

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL  
FACULDADE DE PSICOLOGIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA  
DOUTORADO EM PSICOLOGIA

**AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS DA PSICOTERAPIA PSICANALÍTICA  
COM CRIANÇAS**

**ELISABETH KUHN DEAKIN**

Profª Drª. Maria Lucia Tiellet Nunes  
Orientadora

Porto Alegre, junho de 2008

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL  
FACULDADE DE PSICOLOGIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA  
DOUTORADO EM PSICOLOGIA

**AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS DA PSICOTERAPIA PSICANALÍTICA  
COM CRIANÇAS**

**ELISABETH KUHN DEAKIN**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação  
em Psicologia da Faculdade de Psicologia da  
Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande  
do Sul como requisito para obtenção do grau de  
Doutor em Psicologia

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria Lucia Tiellet Nunes  
Orientadora

Porto Alegre, junho de 2008

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL  
FACULDADE DE PSICOLOGIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA  
DOUTORADO EM PSICOLOGIA

**AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS DA PSICOTERAPIA PSICANALÍTICA  
COM CRIANÇAS**

Elisabeth Kuhn Deakin

COMISSÃO ORGANIZADORA

---

**Profa. Dr. Maria Lucia Tiellet Nunes**  
Presidente

---

**Dr. Ângela Plass**  
Sociedade Psicanalítica de Porto Alegre

---

*Aos meus filhos Thomas, Arthur e  
Julia. Ao meu marido, Russell, e  
aos meus pais, Olavo e Nadir.*

## AGRADECIMENTOS

São muitas as pessoas que gostaria de mencionar neste momento tão especial de minha vida, porém seria impossível citar o nome de todos. De qualquer forma, aproveito esta oportunidade para agradecer a todos os pacientes, a seus familiares, às instituições, aos alunos, professores e colegas de profissão que, de uma forma ou de outra, contribuíram com este trabalho.

Minha gratidão a algumas pessoas que estiveram mais próximas e merecem ser nomeadas. Em primeiro lugar, meus filhos Thomas, Arthur e Julia e meus pais Olavo e Nadir, que me apoiaram muito ao longo de todo este percurso. Mostraram sua admiração pelo meu desejo de querer continuar a estudar e de me aprimorar na profissão.

Ao meu marido Russell, que, apesar de não concordar com a realização deste projeto no primeiro momento, conseguiu entender seu significado e, enfim, me acompanhou-me na decisão de realizar este doutorado.

À minha tia Thalita, que muito me ajudou nas logísticas da PUCRS quando me mudei para os Estados Unidos e sempre procurou manter tudo em perfeita ordem.

À Maria Lucia Tiellet Nunes, minha orientadora e grande amiga, que muito me ensinou e incentivou ao longo desta trajetória.

Aos colegas, Rodrigo Linck Graeff e Silvia Dian, que foram incansáveis na coleta dos dados, análise do material e concretização do projeto. Tenho certeza de que, se não fosse pelo estímulo destes colegas, eu não teria conseguido finalizar.

Ao grupo de pesquisa, com atenção especial a Milene Merg, Cristiane Feil, Juliane Borsa e Rodrigo Souza. Também a todos os funcionários do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da PUCRS.

Aos diretores do CEAPIA, que apostaram na realização deste projeto e acreditaram no seu valor.

Aos funcionários do CEAPIA, em especial à secretária Ângela Maria Godoi dos Santos, que foi sempre muito otimista na busca dos pacientes e suas famílias, meu muito obrigado.

À Vânia Hirakata pela excelente assessoria estatística e disponibilidade de me ajudar mesmo a distância.

## SUMÁRIO

<b>Resumo</b> .....	<b>7</b>
<b>Abstract</b> .....	<b>8</b>
<b>Apresentação</b> .....	<b>9</b>
<b>Seção I - Modelo de Efetividade e Eficácia na Avaliação de Resultados de Psicoterapia com Criança</b> .....	<b>14</b>
<b>Seção II: - Avaliação de Resultados de Psicoterapia Psicanalítica com Crianças</b> .....	<b>44</b>
<b>Seção III: - Abandono de Psicoterapia com Crianças</b> .....	<b>82</b>
<b>Considerações Finais</b> .....	<b>109</b>
<b>Anexos</b> .....	<b>116</b>
<b>Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisas da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul</b> .....	<b>117</b>
<b>Termo de Consentimento Livre e Informado</b> .....	<b>118</b>
<b>Ficha de Acompanhamento do Paciente</b> .....	<b>119</b>
<b>Ficha de Evolução do Paciente</b> .....	<b>120</b>

## RESUMO

Esta tese objetivou fazer uma revisão sobre a pesquisa em psicoterapia com crianças, mas especificamente a psicoterapia psicanalítica, bem como investigar a efetividade e o abandono prematuro desta modalidade de atendimento. Para tanto foram elaborados três estudos. O primeiro é um trabalho de revisão sobre os modelos de investigação mais utilizados na atualidade para avaliar resultados de psicoterapia: o modelo de estudo de eficácia e o modelo de estudo de efetividade. O segundo é uma pesquisa empírica sobre os resultados da psicoterapia psicanalítica individual com crianças em um ambulatório de Porto Alegre, RS. Neste estudo foram aplicados três testes psicológicos com 23 crianças de 6 a 11 anos (WISC III, Bender-Gestáltico e Rorschach) e um questionário auto-administrado (CBCL) com os pais ou responsáveis. Todos os testes foram aplicados antes da intervenção psicoterápica psicanalítica e, novamente, após 12 meses da primeira avaliação seguindo os mesmos princípios metodológicos. As 23 crianças que receberam atendimento psicoterápico psicanalítico foram comparadas com 22 crianças do mesmo sexo, idade e resultado total do CBCL que não receberam tratamento. Neste estudo, foram encontradas diferenças positivas estatisticamente significantes no grupo clínico que recebeu intervenção psicoterápica nas seguintes variáveis: redução dos sintomas de ansiedade (.002) e problemas escolares (.031); melhora das relações interpessoais medidas pelo Rorschach (.022); melhora nas escalas de retraimento (.010), pensamento(.022), ansiedade e depressão (.017), introversão (.008) e total (.003) medidas pelo CBCL. O resultado da escala total do CBCL foi utilizado para cálculo do tamanho de efeito da intervenção, que foi estimado em 0.696, portanto, moderado. Não foram encontradas diferenças estatisticamente significantes nos testes do WISC III e Bender. Por último foi realizada uma pesquisa empírica sobre abandono de psicoterapia com crianças no qual foi feita uma comparação de uma amostra de 24 crianças que completaram 12 meses de psicoterapia psicanalítica com uma amostra de 38 crianças que interromperam prematuramente o tratamento. Foram encontradas diferenças estatisticamente significantes nas variáveis sexo, sintomas, frequência dos atendimentos, capacidade da criança de controlar as emoções (%CF) e de controlar impulsos (%m + mF), medidas pelo Rorschach e escalas de sociabilidade, queixas somáticas, ansiedade e depressão e comportamentos internalizantes medidas pelo CBCL. Este estudo revelou que a psicoterapia psicanalítica é efetiva no tratamento da criança do sexo feminino, que apresenta transtornos internalizantes, tem maior descontrole de emoções e impulsos e recebe atendimento com uma frequência de duas vezes por semana por pelo menos 12 meses.

**Palavras-chave:** Psicoterapia Psicanalítica com Crianças; Pesquisa de Resultados; Psicanálise.

## ABSTRACT

This dissertation aimed to review the current research in child psychotherapy, more specifically, the child psychoanalytic psychotherapy, as well as to investigate the effectiveness of child psychoanalytic psychotherapy and early termination of this treatment modality. Three different studies were carried out. The first was a theoretical study which discussed two models that are mostly used to evaluate psychotherapy outcome: the efficacy model and the effectiveness model. The second study was an empirical research on individual child psychoanalytic psychotherapy outcome in a clinical outpatient setting in Porto Alegre, Brazil. Three psychological testing (Rorschach, Bender, WISC III) were administered in 23 children, ages 6 to 11 years old and the Child Behavior Check List (CBCL) was completed by the parents. All testing was completed before the beginning of the psychoanalytic psychotherapy. The same measures were repeated after 12 months of intervention. The 23 children who received individual psychoanalytic psychotherapy were compared with 22 children (same age, gender and total CBCL score) who did not receive any kind of intervention. In the clinical group the results indicated statistical significant reduction of anxiety symptoms (.002) and school problems (.031), improvement in interpersonal relationships (.022) and positive change in the following CBCL scales: withdrawn (.010), thought processing (.022), anxiety and depression (.017), internalizing (.008) and total (.003). An effect size of 0,696 was calculated based on the CBCL total scale before and after intervention. No statistical significant differences were found in the WISC III and Bender-Gestalt results. The third study comprised an empirical research in child psychotherapy drop out in which 24 children who completed 12 months of psychoanalytical psychotherapy were compared with 38 children who dropped out of psychotherapy before 12 months of intervention. Statistical significant differences were found in the following variables: gender, presenting problems, frequency of sessions, child's impulse and emotion control and the socialization, somatic, anxiety, depression, internalizing CBCL scales. The results revealed that the child psychoanalytical psychotherapy is mostly effective in the treatment of female children, who present internalizing problems, such as anxiety and depression, has little control of impulses and emotions and attends at least 12 months of psychoanalytical psychotherapy twice weekly.

**Key words:** Child Psychoanalytic Psychotherapy, Outcome Research, Psychoanalysis.

## APRESENTAÇÃO

Esta tese de Doutorado está inserida no grupo de Pesquisa: Formação, Avaliação e Atendimento em Psicoterapia Psicanalítica, coordenado pela Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria Lucia Tiellet Nunes, na Linha de Pesquisa em Intervenções Psicoterapêuticas, do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS).

Estudos epidemiológicos sugerem que de 10% a 20% das crianças brasileiras sofrem de doenças psiquiátricas em algum momento de sua infância e esses transtornos tendem a ser persistentes se não atendidos efetivamente (Fleitlich-Bilyk & Goodman, 2004). Destas crianças que necessitam de tratamento, somente 10% a 20% chegam a receber algum tipo de atendimento psicológico e/ou psiquiátrico. Mesmo entre crianças atendidas, 40% a 60% abandonam prematuramente o tratamento (Kazdin, 1996). Esse dado remete a um problema de saúde pública e reforça a urgente necessidade de disponibilizar tratamentos efetivos da doença mental na infância a toda população.

O estudo da efetividade de um tratamento permite uma perspectiva da qualidade da psicoterapia oferecida por um profissional autônomo ou por um ambulatório. Pode-se observar um número acentuado de profissionais que oferecem serviços de atendimento psicoterápico para as crianças em Porto Alegre e em todo o Rio Grande do Sul, mas muito poucos realmente se envolvem com a investigação empírica. No que diz respeito à psicanálise, parece haver uma resistência ainda maior a avaliar o trabalho realizado (Kandel, 2003).

O fato de existirem poucas pesquisas de resultados de psicoterapia psicanalítica com crianças não significa que esta modalidade de atendimento seja ineficiente. Entretanto, atualmente existe uma forte tendência que privilegia a medicina baseada em evidências, ou seja, na utilização de intervenções que demonstram produzir mudanças

terapêuticas em estudos clínicos controlados (Kazdin, 2008). Essa tendência está diretamente relacionada a uma constante pressão quanto ao reembolso das sessões por parte do governo e planos de saúde, principalmente nos Estados Unidos e países da Europa. Para estes, os recursos disponíveis para a saúde mental devem ser destinados a modalidades de tratamento que ofereçam o melhor custo-benefício aos pacientes (Fonagy, 2003).

Neste cenário, a psicanálise acaba por deparar-se com novas demandas que podem ser traduzidas em uma necessidade de produzir mais pesquisas de resultados do trabalho oferecido. Apesar disso, a escassa literatura na área confirma que a psicanálise e os métodos derivados desta ainda produzem uma pesquisa tímida e cautelosa, principalmente nos países da América Latina (Serralta & Streb, 2003).

É justamente pelos fatores citados até então que o interesse pelo presente estudo surgiu. Este procura unir anos de experiência clínica psicanalítica com crianças com à investigação empírica dos resultados do trabalho realizado. Busca-se, também, aprimorar a compreensão do paciente que busca atendimento nos dias de hoje e oferecer a modalidade de atendimento que seja mais adequada às suas necessidades.

O estudo foi facilitado pelo fato de esta autora estar inserida em um ambulatório de Porto Alegre que oferece atendimento psicoterápico psicanalítico a um grande número de crianças da comunidade e que vem demonstrando interesse de desenvolver o setor de pesquisa e avaliar a efetividade do tratamento psicoterápico oferecido.

Para ir ao encontro deste objetivo foram elaborados três estudos sobre a temática, conforme resolução do Programa de Pós-Graduação em Psicologia, a saber:

Seção I: Modelo de Efetividade e Eficácia na Avaliação de Resultados de Psicoterapia com Crianças.

Seção II: Avaliação dos Resultados da Psicoterapia Psicanalítica com Crianças.

### Seção III: Abandono de Psicoterapia com Crianças.

O primeiro estudo aborda o tema relativo às diferentes modalidades de estudo de avaliação de resultados de psicoterapia. O objetivo deste trabalho é discorrer sobre importantes conceitos teóricos relacionados à avaliação de resultados de psicoterapia com crianças, em especial a psicoterapia psicanalítica. Por fim é apresentada uma discussão na qual se procura argumentar a superioridade do modelo de estudo de efetividade sobre o modelo de estudo de eficácia na avaliação de resultados da psicoterapia psicanalítica com crianças.

O segundo estudo apresenta e discute os resultados encontrados no estudo de avaliação de resultados de psicoterapia psicanalítica com crianças em um ambulatório de Porto Alegre. Foram comparados os resultados antes *versus* depois de 23 crianças que realizaram psicoterapia psicanalítica por 12 meses com os resultados de 22 crianças do grupo controle que não receberam nenhum tipo de intervenção. Foram encontradas diferenças estatisticamente significantes nos resultados antes *versus* depois das crianças que se mantiveram em tratamento por 12 meses nos resultados do *Child Behavior Checklist* (CBCL), no teste projetivo do *Rorschach* e nas fichas de evolução preenchidas pelos terapeutas. Este texto aborda temas relativos ao alcance da psicoterapia psicanalítica com crianças, assim como suas limitações.

O terceiro e último trabalho procura retratar as diferenças encontradas no primeiro momento da avaliação entre 24 crianças que se mantiveram em tratamento psicoterápico psicanalítico por 12 meses e as 38 crianças que abandonaram o tratamento. Aborda temas relativos ao abandono de psicoterapia, o perfil do paciente que abandona e as razões que levam a interrupção do tratamento. Além do mais, procura-se levantar formas de prevenção do abandono da psicoterapia com crianças.

Espera-se que este estudo possa trazer contribuições para a transmissão de informações científicas a respeito da efetividade da psicoterapia psicanalítica com crianças, através da indicação de possíveis respostas para melhorar a organização das instituições que oferecem este serviço e prevenir o abandono de psicoterapia.

A composição dessa tese está estruturada da seguinte forma: 1) apresentação geral do trabalho; 2) seção de revisão da temática; 3) seção empírica sobre resultados de psicoterapia psicanalítica com crianças; 4) seção empírica sobre abandono de psicoterapia e, por fim, 5) os comentários finais sobre todos os resultados, em uma tentativa de integrá-los e englobar os conceitos analisados ao longo dos diferentes estudos.

## **Referências Bibliográficas**

Fleitlich-Bilyk, B. & Goodman R. (2004). The prevalence of child and adolescence psychiatric disorders in south east Brazil. **Journal of American Academy of Child and Adolescence Psychiatry**, **43**, 727-734.

Fonagy, P. (2003). The research agenda: the vital need for empirical research in child psychotherapy. **Journal of Child Psychotherapy**, **29**(2), 129-36.

Kandel, E.R. (2003). A biologia e o futuro da psicanálise: um novo referencial intelectual para a psiquiatria revisitado. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, **25**(1), 139-165.

Kazdin, A.E. (1996). Dropping out of child psychotherapy: issues for research and implications for practice. **Clinical Child Psychology and Psychiatry**, **1**, 133-156.

Kazdin, A.E. (2008). Evidence-Based treatment and practice: New opportunities to bridge clinical research and practice, enhance the knowledge base and improve patient care. **American Psychologist**, **63**(3), 146-159.

Seralta F.B, Streb L.G. (2003). Notas sobre pesquisa em psicoterapia psicanalítica: situação atual e perspectivas. **Revista Brasileira de Psicoterapia**, **5**(1), 53-65.

**SEÇÃO I**

**MODELO DE EFETIVIDADE E EFICÁCIA NA AVALIAÇÃO DE  
RESULTADOS DE PSICOTERAPIA PSICANALÍTICA COM CRIANÇAS**

## **Introdução**

O desenvolvimento e a identificação de intervenções psicoterapêuticas que se mostrem efetivas no tratamento da doença mental na infância são fundamentais. Este estudo teórico se propõe a explorar possibilidades de investigação de resultados de psicoterapia com crianças, com ênfase nos modelos de estudo mais utilizados na atualidade: o modelo de efetividade e o modelo de eficácia. Neste texto, serão apontadas as especificidades de cada um dos modelos e, por fim, procurar-se-á argumentar a superioridade do modelo de efetividade na avaliação de resultados da psicoterapia psicanalítica.

## **Psicoterapia Psicanalítica e Investigação Científica**

Ser psicoterapeuta independente da linha teórica escolhida, requer sensibilidade, flexibilidade, capacidade empática e criatividade. Ao mesmo tempo requer conhecimento científico da teoria e da técnica utilizada. Esse conhecimento, por sua vez, não é estático, pois a área está em constante evolução e produzindo novas idéias. Esse processo de evolução requer uma metodologia que permita verificar a validade do conhecimento e possibilite preparar as mudanças necessárias para melhorar o produto que daí resulta. Nesse sentido, a psicoterapia, assim como as demais ciências, deve se preocupar com sua validade e utilidade, sendo a investigação científica uma das formas pelas quais se é possível questionar e verificar a validade deste determinado conhecimento (Villegas, 1991)

Atualmente existe forte tendência que privilegia a medicina baseada em evidências, ou seja, naquilo que pode ser comprovado cientificamente. Esse movimento se deve ao fato de que governos, planos de saúde e, até mesmo, os próprios pacientes estão interessados na relação custo/benefício dos tratamentos psicológicos,

principalmente naqueles de longo prazo, como o proposto pela psicanálise e pelos tratamentos de orientação analítica (Target & Fonagy, 1994). Essa necessidade de avaliar os resultados dos tratamentos psicoterapêuticos parece estar também relacionada com a forma de pensamento/não pensamento que a pós-modernidade propõe: a cultura de imagens, de explosões emocionais e de gratificação imediata. Há uma busca de soluções de baixo custo que não exijam muita reflexão, mas aliviem o sofrimento psíquico que motivou a busca de atendimento (Eizirik, 2001). A descrição de Kristeva (2004) para o homem contemporâneo é de um habitante de um espaço e um tempo retalhados e acelerados, com dificuldade de reconhecer em si mesmo uma fisionomia. Para esta autora, o homem atual está perdendo sua alma justamente pela falta de tempo e disponibilidade psíquica para a reflexão.

Na verdade, todas as áreas da saúde se encontram comprometidas com as exigências sociais e econômicas que tomam conta do dia-a-dia das pessoas, fazendo com que estas tenham que lutar pela sua sobrevivência em uma realidade muito competitiva. No contexto desta discussão, as pesquisas de avaliação de resultados de psicoterapia têm se desenvolvido com o intuito de demonstrar que são superiores, iguais ou inferiores a outros tratamentos, similares ou não, que se dispõem a tratar as mesmas formas de doença ou expressão de sofrimento psíquico (Eizirik, 2001).

Não obstante, existem aqueles que acreditam que este recente interesse por pesquisas de resultados está mais relacionada com uma imposição social e política de controle sobre o profissional da saúde do que com o aprimoramento do serviço oferecido ao paciente. Fonagy (1997) sugere que, na maioria das pesquisas de resultados, as necessidades do paciente não são consideradas, sendo o foco as necessidades dos governos e planos de saúde. Para Jimenez (1998), na América Latina ainda estamos na etapa de justificção da psicoterapia, que começou como resposta à

publicação dos estudos de Eysenck em 1952. Este autor colocou em dúvida a eficácia dos tratamentos psicológicos em comparação com a melhora por remissão espontânea. Nesta etapa de justificação, as psicoterapias têm sido desafiadas a demonstrar que são mais eficazes e/ou efetivas que o placebo ou a remissão espontânea e que, inclusive, reduzem o gasto com a saúde geral dos pacientes atendidos.

No Brasil, tem havido muitas discussões relativas às possibilidades e limitações da pesquisa em psicoterapia psicanalítica (Caon, 1996; Eizirik, 1998; Lowenkron, 2000). Apesar de ser possível observar maior envolvimento com a investigação empírica de resultados dessa modalidade de atendimento, o número de pesquisas na América Latina ainda é muito reduzido se comparado a outros países, principalmente aos Estados Unidos (Serralta & Streb, 2003)

Autores reconhecidos no meio psicanalítico contemporâneo, como Wallerstein (1996) e Green (1996), defendem posições diversas no que diz respeito à pesquisa em psicanálise e psicoterapia psicanalítica. Enquanto Wallerstein (1996) afirma que é possível produzir pesquisa empírica em psicanálise, Green (1996) se refere a isso como uma ilusão, pois acredita que não há compatibilidade entre o modo de pensar psicanalítico e todas as exigências do método científico.

Kernberg (1999) discute que a psicanálise e a psicoterapia psicanalítica apresentam algumas peculiaridades que acabam por dificultar as pesquisas. Para o autor, as características do processo analítico e sua intersubjetividade criam empecilhos à objetivação da pesquisa. Além disto, sugere que os métodos empíricos ainda são simplistas e não contemplam a complexidade da relação terapêutica. Também argumenta que a formação analítica não se mostra muito preocupada com a produção do conhecimento quanto à evidência empírica e que há, inclusive, certo distanciamento

entre os centros de formação e as universidades, locais em que são fomentadas as pesquisas empíricas.

É fato que os tratamentos psicanalíticos se baseiam no significado psicológico de um determinado sintoma e muito pouco no sintoma em si. Isso faz com que seja mais difícil definir o objetivo desta modalidade de tratamento quando comparada com outras modalidades de atendimento como, por exemplo, a psicoterapia cognitivo-comportamental. Além disso, vários indivíduos e diferentes escolas de tratamento psicanalítico conceituam a “natureza psicanalítica” de sua prática de forma muito diversa: técnica, frequência das sessões, ações terapêuticas, entre outros aspectos (Liz, Zennaro & Mazzeschi, 2001). Como se pode perceber, nem sempre há uma coesão de idéias entre os diferentes profissionais que trabalham a partir de uma orientação psicanalítica o que dificulta ainda mais a realização da investigação empírica na área.

Herrmann (2000) refere que especificamente a psicanálise está na defensiva no que diz respeito à avaliação dos resultados de seu trabalho. O autor sugere que a partir de atitudes como essas, a psicanálise e a psicoterapia psicanalítica acabam por se isolar em uma pretensa autonomia, distanciando-se ainda mais das demandas sociais e políticas da atualidade, correndo o risco de não sobreviver no mundo contemporâneo.

Bernardi (1996) argumenta que apenas a especulação intelectual não pode ser considerada como científica e, por isso, há necessidade de desenvolver metodologias capazes de tornar evidentes resultados específicos no que diz respeito aos efeitos de psicoterapia. O autor afirma haver uma crescente necessidade dos diferentes tratamentos psicológicos, incluindo, entre eles, a psicanálise, bem como de revisar sua eficácia através de fundamentos científicos mais consistentes. Jimenez (1995) assinala que a ausência de estudos desse tipo faz com que a atenção terapêutica se organize em função

dos terapeutas e planos de saúde e não da demanda, quer dizer, das necessidades da população.

Talvez o ideal fosse a confluência de distintas metodologias e tipos de estudo que resultem complementares à investigação clínica, pois a psicanálise, assim como toda disciplina viva, deve enfrentar processos de transformação que se originam, tanto em seu próprio crescimento interno, como nas exigências de um ambiente que está sempre mudando (Bernardi, 1996). Para tanto faz-se necessário unir os esforços daqueles que estão envolvidos na investigação dos resultados da psicanálise e psicoterapia psicanalítica, de forma a integrar os estudos, tornando estes representativos da população que busca atendimento psicológico e solidificando de vez a investigação empírica nesta área.

Por fim, é importante salientar que a urgência maior encontra-se na realização de pesquisas na área da psicanálise infantil, pois a carência de avaliação empírica das intervenções oferecidas à criança por esta linha de trabalho, faz com que seus resultados sejam facilmente desafiados por outras formas de tratamento empiricamente validadas. Em alguns países, como nos Estados Unidos, no qual os planos de saúde praticamente comandam o tipo de tratamento que deve e pode ser oferecido ao paciente, a psicanálise e modalidades oriundas desta correm o risco de serem consumidas por um sistema pouco preocupado com as necessidades do paciente, mas muito atento aos custos de um tratamento psicológico, principalmente aqueles de longo prazo como a psicanálise.

### **Pesquisa em Psicoterapia com Crianças**

Para introduzir o tema relativo à pesquisa em psicoterapia com crianças na atualidade, considera-se importante esclarecer que neste estudo, entende-se por psicoterapia com crianças uma intervenção que visa atender problemas diversos que

causam estresse emocional, interferem no dia-a-dia da criança e dificultam o desenvolvimento das habilidades adaptativas e/ou ameaçam o bem-estar da criança e dos outros a sua volta. Sem dúvida, é um conceito amplo, no qual há interação de um grande número de fatores, e qualquer um deles pode influenciar significativamente o resultado da intervenção (Weisz, Doss & Hawley, 2005).

Acredita-se ser relevante salientar que as intervenções psicoterapêuticas da infância sofreram uma série de transformações durante o século XX. Em um levantamento realizado por Kazdin (2000), foram encontrados 500 tipos de intervenções psicoterapêuticas disponíveis para crianças e adolescentes. Por um lado, esta proliferação de intervenções disponibilizou uma literatura mais ampla aos profissionais que trabalham nesta área. Por outro, o grande número de listas, manuais e guias criados recentemente são bastante complexos e paradoxalmente aumentam a dificuldade de identificar qual o tratamento é melhor para qual paciente (Chorpita, Becker & Daliedes, 2007).

No contexto desta discussão, cabe referir que a diversidade das técnicas também tornou problemática a avaliação dos resultados destas, visto não existir uma forma singular de tratamento que possa ser utilizada como referência. Fonagy (1997) questiona, no entanto, esta diversidade das técnicas, pois não acredita haver tantos tipos genuinamente diferentes de ajudar uma criança que está sofrendo psiquicamente. O autor argumenta que as diferenças entre as terapias não são claras e mais de 50% dos terapeutas oferecem terapias ecléticas, utilizando elementos de várias orientações teóricas na sua prática diária. O mesmo não acontece, no entanto, na seleção de uma modalidade terapêutica ao se realizar uma investigação empírica, na qual há a necessidade de definir e, muitas vezes, manualizar o tratamento a ser oferecido.

Kovacs e Lohr (1995) revisaram a literatura sobre pesquisa em psicoterapia com crianças e adolescentes no período de 1960 a 1995. Concluíram que a pesquisa nesta área tem sido caracterizada por uma maior disponibilidade de terapias, intervenções mais focalizadas e aumento do uso de grupos homogêneos de pacientes. Além disto, sugeriram haver um consenso de que o tratamento psicoterápico para crianças pequenas é melhor do que nenhuma intervenção.

Outros autores (Weisz et al., 2005), realizaram uma completa revisão metanalítica e crítica sobre a pesquisa de resultados de psicoterapia com crianças nas últimas quatro décadas (1962-2002). Os autores demonstraram que os estudos provaram ser efetivos no tratamento das crianças que apresentam problemas psicológicos diversos (depressão, ansiedade, conduta e transtorno de déficit de atenção e hiperatividade), mas mostraram-se particularmente fracos em termos de representação clínica de suas amostras, terapeutas e locais de atendimento, sugerindo uma necessidade de uma maior ênfase na validade externa das pesquisas de resultados de psicoterapia com crianças. Apenas 8% dos estudos incluídos neste estudo utilizavam abordagens psicodinâmicas.

Com relação à pesquisa de resultados de psicoterapia com crianças, Fonagy (1997) sugere que a saúde mental de uma criança não pode ser considerada em termos absolutos. Isso quer dizer que o impacto de uma intervenção deve ser analisado no tocante ao contexto da totalidade daquela criança. Nesse sentido, a ausência ou presença de sintomas não pode ser o único critério utilizado para avaliar a efetividade de uma intervenção. De fato, o importante é que os resultados de psicoterapia com crianças possam ser vistos de uma forma ampla e global, e que possam ser identificados os mecanismos que foram responsáveis pelo processo de mudança.

O autor propõe cinco níveis pelos quais os resultados podem ser conceitualizados: Primeiro, o nível sintomático ou diagnóstico, que é aquele que possui

medidas mais sofisticadas e de fácil utilização. Segundo, o nível relativo à adaptação da criança ao seu ambiente psicossocial, já que problemas de saúde mental limitam o funcionamento global da criança. Terceiro, o nível das capacidades emocionais e cognitivas de uma criança, ou seja, a capacidade da criança compreender suas emoções e de formar relações emocionais. O quarto nível é o chamado transacional, que diz respeito às influências contextuais que podem ter relações transacionais com o problema da criança, como por exemplo, as relações familiares, as características da comunidade, a escola da criança assim como aspectos culturais de uma forma geral. O quinto e último nível diz respeito à utilização de serviços, ou seja, os diferentes tipos de serviços disponíveis para atender a criança e a integração entre eles (Fonagy, 1997).

É importante salientar que as medidas de ajustamento e sintomatologia são menos desenvolvidas para crianças e adolescentes do que são para os adultos. Isso se deve ao fato de que as medidas necessitam ser normatizadas para as crianças em diferentes idades, sexo, nível socioeconômico, além disso, devem ser avaliadas sistematicamente devido à complexidade da interação entre o desenvolvimento e a psicopatologia da infância (Liz et al., 2001). Portanto, para que se possa avaliar os resultados de uma intervenção psicoterápica com crianças, é importante que sejam utilizados diferentes instrumentos (testes psicológicos, testes cognitivos, questionários auto-administrados) bem como diferentes informantes (pais, professores, terapeutas e criança) e que esta avaliação seja realizada em momentos diversos do tratamento (antes de iniciar o tratamento, ao longo deste e *follow-up*), já que a prática clínica não se traduz em apenas atingir um destino, como, por exemplo, eliminar os sintomas, mas também na trajetória percorrida para se atingir o objetivo final, que nada mais é do que a melhora psicológica da criança. Kazdin (2008) sugere que os estudos sobre resultados de uma intervenção devem poder explicar como o processo terapêutico transcorreu de

forma a alterar a vida da criança, isto é, quais os processos do tratamento são responsáveis por aquele resultado em particular. Só assim, pode-se definir que tipo de tratamento é mais efetivo para determinada população.

Existem outros aspectos que são igualmente importantes e devem ser considerados na avaliação de resultados de psicoterapia com crianças. O primeiro ponto diz respeito ao fato de que são os pais que buscam tratamento, e isso pode comprometer os resultados já que a identificação dos casos que necessitam de tratamento é muito mais complexa. As percepções parentais do ajustamento e do funcionamento de uma criança estão moderadamente relacionadas com a psicopatologia parental (especialmente ansiedade e depressão), discórdia marital e apoio social fora de casa (Kazdin, 1994). Além disso, pais, professores e pediatras se mostram mais incomodados com comportamentos exteriorizantes ou de conduta e, justamente, por isso a maioria das crianças com esses problemas são encaminhadas a tratamento (Kazdin, Bass, Ayers & Rodgers, 1990). Já os comportamentos interiorizantes como a depressão e a ansiedade, são mais fáceis de passarem despercebidas porque causam menos desconforto àqueles que convivem com a criança e, por esse motivo nem sempre esta é encaminhada para o atendimento psicoterápico.

O segundo ponto é quanto ao fato de que a dependência de uma criança aos adultos fazer com que estes sejam particularmente vulneráveis a determinados fatores sobre os quais eles têm pouco controle. A relação do casal, a saúde mental dos pais, o nível de estressores, a cultura, assim como a desvantagem socioeconômica são alguns dos aspectos que influenciam a natureza e a severidade da doença da criança (Weisz & Weiss, 1991; Dadds & MacHugh, 1992; Kazdin, 1995). Oferecer um tratamento para uma criança é, muitas vezes, apenas uma parte da intervenção e com frequência outros

esforços são necessários para alterar o contexto ou as pessoas com as quais a criança interage.

O terceiro é quanto à inconsistência entre os informantes (pais, professores, criança) sobre o problema em geral; o baixo índice de concordância, faz com que o resultado de uma intervenção nem sempre possa ser julgado decisivamente. Ainda assim, a maioria dos estudos de resultados de psicoterapia com crianças, realizados até hoje, tem por base informações derivadas de diversos informantes. Se, por um lado, estas diferentes informações podem oferecer perspectivas diversas, por outro podem chegar a conclusões muito diferentes justamente pelo baixo índice de concordância já citado (Achenbach, McConaughy & Howell, 1987; Kazdin, 1994). Esse é um problema particularmente sério na avaliação de resultados de psicoterapia infantil já que as informações derivadas destes informantes são essenciais para avaliação dos problemas e planejamento do tratamento.

O quarto ponto é quanto à presença de dois ou mais transtornos na criança que chega para tratamento ser mais uma regra do que uma exceção (Anderson, Williams, Mc Gee & Silva, 1987). Não obstante, a comorbidade, que consiste na presença de outros transtornos associados com os problemas que levaram à busca de tratamento, não é geralmente incluída nos estudos de resultados. Esse fato acaba por obscurecer a interpretação dada sobre a efetividade de um determinado tratamento. Muitas crianças podem melhorar na condição tratada e que motivou a busca de tratamento, porém podem seguir com os sintomas relacionados à condição co-mórbida não atendida no tratamento. Nesses casos, a psicoterapia pode ser considerada efetiva em um determinado estudo apesar dos sintomas da condição co-mórbida ainda estarem presentes (Kazdin & Whitley, 2006).

Por último, cabe salientar que a criança está em desenvolvimento, e mudanças normais podem obscurecer os efeitos do tratamento de um transtorno específico, especialmente se um tratamento é de médio ou longo prazo (Roth & Fonagy, 2005). Muitos problemas emocionais e de comportamento na infância têm diferentes significados em diferentes idades. Eles só se tornam disfunções em potencial quando não fazem parte do desenvolvimento normal de uma criança. Por esse motivo, todo estudo de avaliação de resultados de psicoterapia com crianças deve levar em conta o estágio de desenvolvimento das crianças investigadas, através da utilização de instrumentos que levem em consideração as diferenças entre as idades e o desenvolvimento normal da criança (Liz et al., 2001).

Kazdin (1991) afirma ser a efetividade de um tratamento dependente de vários fatores além da técnica de tratamento utilizada ou do tipo de problema ou transtorno. Os psicoterapeutas que trabalham com crianças concordam que o resultado de um tratamento depende da criança, dos pais e da família em que a criança está inserida (Kazdin, Siegel & Bass, 1990). Por esse motivo é importante que sejam definidos os fatores específicos e os fatores não específicos da investigação nas pesquisas de avaliação dos resultados de psicoterapia. Os fatores específicos são aqueles elementos da investigação que são inteiramente conhecidos e manipulados pelo investigador, como, por exemplo, a teoria e a técnica utilizada. Já os fatores não específicos são aquelas qualidades inerentes a qualquer relação humana, que, no caso da psicoterapia, consiste em fatores presentes na relação terapeuta e paciente. Estes últimos são dificilmente controlados, pois dizem respeito à condição humana que é, por si só, totalmente diversa. Mesmo assim, na avaliação dos resultados de uma modalidade de tratamento, é importante que os fatores não específicos sejam identificados de alguma forma e os fatores específicos, controlados pelo investigador (Villegas, 1991).

Na maioria das pesquisas realizadas com crianças, a avaliação diagnóstica é ainda muito utilizada para selecionar os sujeitos de uma amostra. Nestes casos, os critérios diagnósticos mais utilizados são o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-IV (APA, 1995) e a Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento - CID-10 (OMS, 1993). Apesar da tentativa de agrupar as crianças de acordo com quadros diagnósticos, existe pouca concordância quanto ao diagnóstico *standart* a ser utilizado, principalmente no que se refere à criança, porque está em desenvolvimento. Mesmo quando há o estabelecimento de um critério diagnóstico, é importante lembrar que as possibilidades de que duas crianças sejam muito diferentes, apesar do mesmo diagnóstico, são muito elevadas. Só no transtorno de conduta existem 32.000 combinações de sintomas que os indivíduos podem apresentar e, mesmo assim, receber o diagnóstico de transtorno de conduta (Perepletchikova, Treat & Kazdin, 2007).

Na ausência de uma concordância diagnóstica, é razoável exigir-se documentação criteriosa dos casos selecionados para determinada pesquisa. O detalhamento da natureza dos problemas que serviram para o encaminhamento para tratamento pode ser um caminho para aprimorar a qualidade de uma investigação. No caso de crianças, outras informações, como, por exemplo, psicopatologia dos pais, estabilidade da relação parental, abuso, negligência, entre outros, são fatores relevantes e devem ser considerados na avaliação dos resultados de determinada intervenção com crianças (Kazdin, 1991).

No que diz respeito ao motivo de busca para atendimento, existem duas categorias que são mais utilizadas para delinear problemas emocionais e de comportamento de crianças: os chamados comportamentos interiorizantes (*internalizing behaviors*), que correspondem à ansiedade, depressão e isolamento social e os

chamados comportamentos externalizantes (*externalizing behaviors*), que são os comportamentos dirigidos ao ambiente externo, como a agressividade, hiperatividade e o comportamento antisocial. A psicoterapia é mais aplicada para os comportamentos interiorizantes, tanto na pesquisa como na prática, com crianças e adolescentes (Kazdin et al., 1990).

Ainda, cabe ressaltar a importância da integridade do tratamento ao se avaliar os resultados de uma determinada intervenção com crianças. A integridade se refere à garantia de que o tratamento foi efetivado da maneira pela qual era esperado. Obviamente, que, se um tratamento não é realizado da maneira como era esperado inicialmente, o resultado não poderá ser avaliado. Mesmo quando dois tratamentos são avaliados e comparados, é importante descartar a possibilidade de que as diferenças são derivadas das variações de integridade em que cada tratamento foi conduzido (Kazdin, 1991) Os videoteipes e as gravações das sessões, citados por Busch et al. (2000), são instrumentos que podem ser utilizados para assistir no monitoramento das intervenções terapêuticas, sem substituir a ferramenta essencial, que é a mente do analista/psicoterapeuta. Nos estudos de avaliação de resultados atuais, recursos de vídeo e áudio são importantes para avaliar a aderência do terapeuta ao tratamento proposto e para demonstrar o quanto uma psicoterapia é reproduzível. O uso de manuais também é considerado um bom instrumento para assegurar a integridade de um tratamento; existem, porém, muitas controvérsias quanto à manualização das intervenções psicoterapêuticas, principalmente aquelas que seguem uma orientação psicanalítica.

Todos esses fatores citados remetem a uma questão muito importante na pesquisa de resultados de psicoterapia com crianças: a complexidade clínica da criança que chega ao tratamento nos dias de hoje. Estes pacientes têm patologias mais severas, estão inseridos em famílias com transtornos diversos e, por sua vez, são mais

heterogêneos do que aqueles incluídos em muitas das pesquisas de resultados de psicoterapia com crianças. A seguir, procurar-se-á discorrer sobre a situação da pesquisa em psicoterapia psicanalítica com crianças nos dias de hoje, bem como sobre suas peculiaridades e suas limitações.

### **Pesquisa em Psicoterapia Psicanalítica com Crianças**

As psicoterapias psicodinâmicas, como a psicanálise e modalidades oriundas desta, são amplamente utilizadas na Europa (Liz et al., 2001) e nos Estados Unidos (Kazdin et al., 1990; Russell, 1991). No Rio Grande do Sul a psicanálise e as abordagens psicodinâmicas com crianças igualmente ocupam um espaço significativo na prática clínica e nas clínicas-escola (Campezatto & Nunes, 2007), porém ainda é possível observar uma ausência de pesquisas que avaliem a efetividade destas modalidades de atendimento. A revisão da literatura é contundente em afirmar que existe uma escassez de pesquisas em psicoterapia psicanalítica com crianças em todo o mundo e, isso faz com que seja muito difícil avaliar esta modalidade de atendimento (Target & Fonagy, 1994; Fonagy, 2003).

Isso se deve, em parte, à subjetividade envolvida no processo psicanalítico. Os profissionais que trabalham com esta abordagem buscam compreender e interpretar os processos conscientes e inconscientes que estão envolvidos no tratamento e, por este motivo, objetivam ir além do alívio da sintomatologia que motivou a busca para o tratamento. Para tanto, estes mesmos profissionais se utilizam de encontros individuais, em geral, pelo menos, duas vezes por semana e por um período de um a três anos, o que caracteriza esta modalidade de intervenção como uma psicoterapia intensiva e de longa duração (Liz et al., 2001).

Mais especificamente a psicoterapia psicanalítica com crianças pode ser definida como uma forma de tratamento interpretativo que tem por base a compreensão psicanalítica. Objetiva a resolução de sintomas, a modificação do comportamento, certo grau de mudança estrutural da personalidade e o retorno da criança aos impulsos desenvolvimentais normais. As técnicas da psicoterapia incluem a interpretação utilizada junto à verbalização, o esclarecimento e as mudanças manipulativas do comportamento, assim como uma experiência emocional corretiva de um novo objeto (Sours, 1996).

Pesquisadores, como Peter Fonagy (1994, 1997, 2003) e Mary Target (1994), têm trabalhado continuamente na compreensão e validação da psicanálise com crianças. Estes autores fizeram uma extensa revisão da literatura sobre investigação empírica em psicoterapia com crianças e concluíram que existem poucos estudos demonstrando a utilidade da técnica para problemas psiquiátricos específicos. Entretanto, estudos retrospectivos (Target & Fonagy, 1994) sugerem que o tratamento intensivo, como aqueles propostos pela psicoterapia psicanalítica, podem ser a opção que traz o melhor custo-benefício para crianças com distúrbios emocionais severos.

Estes autores fizeram uma investigação retrospectiva dos prontuários no *Anna Freud Center* em Londres, Inglaterra, e concluíram que o tempo de permanência em psicoterapia está diretamente relacionado com resultados positivos de psicoterapia para crianças com transtornos internalizantes, ou seja, ansiedade e depressão. Além do mais, o maior número de sessões semanais também parece estar diretamente relacionado com o resultado positivo de psicoterapia. Para os transtornos externalizantes, como o de conduta e oposicional desafiante, Fonagy e Target (1994) concluíram que os resultados positivos estavam diretamente relacionados ao início precoce do tratamento (antes dos

15 anos) e que fatores desenvolvimentais, como idade e nível de funcionamento, afetam os resultados da psicoterapia.

De qualquer forma existem muitas medidas que podem ser utilizadas para avaliar resultados de psicoterapia. A dificuldade maior parece residir na possibilidade de avaliar o processo psicoterapêutico com crianças, ou seja, descrever e medir o que realmente ocorre entre o terapeuta e a criança durante a hora que estes interagem. Mais especificamente, a pesquisa de avaliação do processo de psicoterapia objetiva estudar sistematicamente os processos interpessoais, emocionais e cognitivos envolvidos na psicoterapia com crianças. Shirk e Russell (1996) descreveram que apenas 22 artigos haviam sido publicados entre 1946 e 1996 sobre processo de psicoterapia, em uma média de um artigo a cada dois anos. Comparados às terapias cognitivo-comportamentais e estudos de avaliação de resultados de psicoterapias diversas, pode-se dizer que a pesquisa sobre processo de psicoterapia com crianças ainda se encontra nos estágios iniciais e tem se desenvolvido de forma bastante lenta.

Nenhuma pesquisa brasileira de resultados de psicoterapia psicanalítica com crianças foi encontrada, quer como artigo quer como capítulos de livros, sobre avaliação de resultados de psicoterapia com crianças, em busca realizada através de fontes eletrônicas como MEDLINE (2000-2007), SCIELO (2000-2007) e PSYINFO (2000-2007). Os termos usados na busca foram psicoterapia psicanalítica com crianças e avaliação de resultados de psicoterapia psicanalítica com crianças. Considera-se importante salientar tal ausência para confirmar a limitada investigação na área no Brasil.

Com relação a esta escassez de pesquisas, Fonagy (2003) aponta para a necessidade de mudança na atitude do psicanalista ou psicoterapeuta psicanalítico que trabalha com crianças. O autor sugere que estes devem sair de uma cultura que conhece

e tem certeza e dirigir-se para uma cultura que questiona, admite não conhecer e quer progredir. Para tanto o autor propõe uma agenda de pesquisa que pode vir a ser incorporada pelos profissionais da área e que facilitaria o desenvolvimento da pesquisa empírica. São todas relativas ao desenvolvimento de: 1) um sistema de classificação que permita identificar os casos de crianças que são mais apropriados para a psicoterapia psicanalítica; 2) medidas que comprovem que a psicoterapia psicanalítica com crianças realmente ocorreu através da observação sistemática do que acontece na terapia; 3) medidas que reflitam o tipo de mudanças que a psicoterapia psicanalítica objetiva gerar (ex: mudança estrutural, mudança na representação de objeto, entre outras).

De forma mais ampla, o autor propõe uma sistematização das impressões do terapeuta sobre a subjetividade da criança para que assim possa ser comprovada a relação custo/benefício de um tratamento psicanalítico. Sem medidas sistemáticas de avaliação, os resultados obtidos são facilmente desafiados por outras formas de tratamento e acabam por levantar uma série de questionamentos sobre o que realmente ocorreu ao longo do tratamento (Kazdin, 2008). A manualização e o monitoramento do tratamento é uma proposta que de certa forma viabiliza a sistematização do estudo.

Os manuais de tratamento são utilizados para descrever e especificar procedimentos utilizados pelos terapeutas, e as sessões são monitorizadas para garantir que o terapeuta está realizando o tratamento de acordo com o que o manual exige. Essa abordagem é, no entanto, altamente controversa. Em primeiro lugar os manuais restringem as estratégias terapêuticas. Em segundo lugar, existem modalidades terapêuticas, como, por exemplo, a psicoterapia psicanalítica com crianças, que são mais difíceis de serem manualizadas, pois sua técnica é mais abrangente e menos rígida que as terapias comportamentais. Além disso, o tratamento psicanalítico com crianças depende muito da personalidade do profissional envolvido e da maneira pela qual ele e

seu paciente desenvolvem a aliança terapêutica. Não obstante, a ausência de estudos manualizados levanta muitas questões metodológicas com relação aos estudos psicanalíticos até então realizados. Somente um manual foi publicado sobre a psicoterapia psicanalítica com crianças: *The Cornell Project for Conduct Disordered Children* (Kernberg & Chazan, 1991), e não existem estudos de avaliação deste. Por último, é importante salientar que o constante monitoramento das sessões raramente acontece, pois apesar destas serem supervisionadas, não há um acompanhamento sistemático das supervisões, o que dificulta controlar as inúmeras variáveis que se mostram presentes no processo psicoterapêutico (Roth & Fonagy, 2005).

Tudo leva a crer que, apesar das adversidades, é essencial que a psicoterapia psicanalítica com crianças seja desenvolvida e avaliada, assim como as demais formas de tratamento. Para tanto, é fundamental que as amostras utilizadas nas pesquisas representem a prática clínica efetivada com crianças e não aquela que é mais facilmente medida ou que pode se adaptar mais rapidamente a uma escala ou medida de avaliação. Nesse sentido, se considera importante analisar os dois modelos de estudos mais utilizados atualmente nas avaliações de resultados de psicoterapia: o modelo de estudo de eficácia e o modelo de estudo de efetividade, e discorrer sobre as peculiaridades de cada um desses modelos.

### **Dois Modelos de Estudo de Resultados de Psicoterapia: Eficácia e Efetividade**

O modelo de estudo de efetividade se propõe a medir a extensão de quanto uma determinada intervenção produz um resultado benéfico, quando empregado no mundo real, em uma população definida. É o resultado observado nas condições habituais de uso, ou seja, a sua utilidade em condições usuais. Já o modelo de estudo de eficácia se propõe a medir a extensão de quanto uma determinada intervenção produz um resultado

benéfico em condições ideais de observação; trata-se do resultado no laboratório, ou seja, da utilidade da intervenção em condições ideais (Pereira, 1995). Pesquisa de eficácia é um termo que se refere à aplicação de estudos experimentais altamente controlados do tratamento de pacientes que são selecionados a partir de uma amostra homogênea (Beutler & Howard, 1998).

Serralta e Streb (2003) sugerem que as pesquisas de efetividade são aquelas que melhor representam o valor do tratamento psicanalítico; são estudos naturalísticos, nos quais as condições da investigação são aquelas da prática clínica, pois são realizados com pacientes que recebem tratamento igual ao que é ministrado nas clínicas e nos consultórios psicoterapêuticos. Os estudos sobre efetividade, no entanto, só agora estão sendo reconhecidos, pois havia relutância, por parte dos pesquisadores, em aceitar a pesquisa da atividade clínica como ela realmente é.

O modelo tradicional de eficácia é aquele que tem uma maior aceitação no meio científico e, portanto, o que vem sendo mais utilizado em pesquisa de avaliação de resultados de psicoterapia. De acordo com Seligman (1995), o modelo ideal de eficácia tem as seguintes peculiaridades: 1) os pacientes são aleatoriamente designados; 2) os tratamentos são manualizados, e uma fidelidade ao que o manual exige é esperada; 3) o tratamento tem tempo determinado, geralmente até doze semanas; 4) o controle sobre o tratamento realizado e o grupo controle que, muitas vezes não recebe nenhum tipo de tratamento, é rígido; 5) as amostras são altamente selecionadas e geralmente compostas de grupos homogêneos em termos de diagnóstico único, sendo os demais excluídos. Para este autor, todos estes fatores acabam por não refletir a prática clínica que tem uma natureza diversa e, portanto, não controlada. Além disso, o autor argumenta que os “tratamentos puros” são raramente encontrados.

Beutler e Howard (1998) explicam que o modelo de estudo de eficácia espera identificar, através do controle rígido de variáveis, que tratamento específico funciona melhor e em que condições específicas. Como já referido, a crítica mais comum ao modelo de eficácia é de que as amostras de pacientes utilizadas não são bons exemplos de amostras presentes nas clínicas de saúde mental. Estes pacientes são, geralmente, menos comprometidos emocionalmente, não apresentam comorbidades e dificilmente têm algo em comum além do diagnóstico inicial. Pacientes deprimidos, por exemplo, têm estilos de vida altamente diversos, assim como personalidade e circunstâncias de vida também muito diferentes. Talvez a crítica mais importante ao modelo de eficácia seja de que é muito difícil utilizar tratamentos psicológicos da mesma forma em todas as pessoas.

Esta tensão entre os dois modelos de estudo não é simplesmente resolvida através da inserção da pesquisa em um contexto clínico, já que isso pode vir a ameaçar a validade interna do estudo que nada mais é que o grau em que as conclusões de um estudo são corretas para a amostra de indivíduos investigados. Uma investigação que tem uma boa validade interna é capaz de, por exemplo, investigar a precisão da técnica utilizada, a relevância dos indicadores empregados e o controle dos fatores que podem dificultar a interpretação. Já a validade externa diz respeito tanto à extrapolação dos resultados tanto para a população de onde foi retirada a amostra quanto à generalização para outras populações (Pereira, 1995). Entretanto, o que acaba por acontecer é que, ao se aumentar a representatividade de uma pesquisa, diminui-se poder de explicação (Roth & Fonagy, 2005). O número acentuado de variáveis a se considerar em um ambiente natural de psicoterapia faz com que seja muito mais difícil se comprovar a efetividade de um tratamento do que sua eficácia.

Seligman (1995) argumenta que as psicoterapias psicodinâmicas e de longo prazo raramente aparecem nos estudos de eficácia, justamente, porque não se moldam ao paradigma proposto por este modelo. O autor se mostra, até mesmo, irônico ao propor um modelo de estudo de eficácia para a psicoterapia psicodinâmica de longo prazo. Neste estudo, os grupos controles não poderiam receber tratamento psicoterapêutico por um período de anos, seria necessário criar um manual que pudesse cobrir centenas de sessões e, por último, os pacientes teriam que ser encaminhados aleatoriamente a outro tipo de tratamento que dure pelo menos um ano. Não é preciso dizer que as questões éticas deste tipo de pesquisa são assustadoras, além disso o custo de um estudo como este o torna inviável.

O que Seligman (1995) parece propor é que o modelo de estudo de eficácia não é o mais adequado para a validação empírica da psicoterapia tal como esta é praticada porque omite muito dos elementos cruciais do que realmente é feito no dia-a-dia das clínicas de saúde mental. O autor refere cinco características da psicoterapia realizada no ambiente naturalístico: 1) a psicoterapia não tem um tempo determinado; 2) a psicoterapia é autocorrigida, ou seja, se uma técnica não está funcionando outra pode ser utilizada; 3) os pacientes buscam um determinado tipo de tratamento, com um determinado tipo de terapeuta e geralmente não aceitam ser aleatoriamente designados a um tipo ou outro de tratamento; 4) os pacientes, em geral, têm problemas múltiplos e a psicoterapia visa aliviar estes problemas diversos; 5) a psicoterapia geralmente busca a melhora do funcionamento geral do indivíduo e não apenas o alívio dos sintomas.

Nesta procura por uma forma mais eficaz de avaliar resultados de psicoterapia, muito se tem discutido sobre como medir a significância clínica de um tratamento. Os estudos de eficácia são delineados para detectar as diferenças significativas entre um tratamento e o grupo controle e, com isto, um tamanho de efeito pode ser computado.

Mas autores, como Seligman (1995), questionam o quanto um resultado estatisticamente significativo tem uma significância clínica, ou seja, será que um tamanho de efeito grande teve um impacto clinicamente significativo no paciente? Nas pesquisas de avaliação de resultados de psicoterapia pouco se sabe sobre o quanto os pacientes retornaram a um funcionamento normal ou o quanto suas vidas foram alteradas positivamente com o tratamento psicoterápico. Essas questões reportam à significância clínica de um estudo ao invés da significância estatística deste (Ogles, Lunner & Boneskel, 2001).

Jacobson et al., (2000) sugerem que, para muitos problemas clínicos, a significância clínica se refere ao movimento de uma pessoa de um funcionamento disfuncional para um funcionamento funcional naquelas variáveis medidas para aquele determinado estudo. Isso quer dizer que uma mudança é clinicamente significativa se o paciente atinge um escore pós-tratamento que o coloque na população funcional. Para Kendall (1999), ao se realizar o cálculo da significância clínica três índices devem ser utilizados: 1) sintomas antes do tratamento passam a índices normais após a intervenção; 2) mudanças grandes são atingidas (dois desvios-padrão) e 3) indivíduos não apresentam um diagnóstico psiquiátrico ao final do tratamento. Os autores citados referem que a combinação de critérios estatísticos e clínicos possibilita que os indivíduos possam ser categorizados com uma maior confiança, diminuindo, assim o conflito entre validade interna e externa de pesquisas de resultados de psicoterapia.

Considera-se importante lembrar que, enquanto a análise quantitativa dos dados pode responder questões relativas ao custo/benefício de um tratamento, esta análise dificilmente conseguirá responder ao processo de mudança no tratamento ou sobre a natureza do processo terapêutico. Com isso, a análise qualitativa vai sempre preceder a análise quantitativa. Entretanto, amostras de pesquisas qualitativas não são desenhadas

para serem estatisticamente representativas da população pesquisada, e isso significa que qualquer afirmação sobre incidência ou prevalência não pode ser feita (Roth & Fonagy, 2005).

Kazdin (2008) propõe uma maior utilização de métodos qualitativos nas pesquisas de resultados de psicoterapia, já que estes promovem uma união entre o rigor científico e a relevância clínica e com isto possibilitam uma aproximação entre o clínico e o investigador. Para este autor, o método qualitativo possibilita um olhar mais detalhado sobre a real experiência do paciente e a maneira pela qual sua vida foi influenciada pela intervenção, ou seja, avalia o processo terapêutico como um todo. Esse processo pode vir a ser codificado de forma a ser replicado em outros estudos ampliando assim a compreensão do paciente e das técnicas utilizadas. Infelizmente este método é pouco estudado nas universidades e, portanto, é minimamente utilizado nos estudos de avaliação de resultados de tratamento.

Apesar das diferenças citadas ao longo deste estudo, acredita-se ser fundamental a escolha de um método de trabalho que possa refletir as necessidades da população que está sendo avaliada, pois para cada estudo, dependendo de seus objetivos e limitações, há uma forma mais adequada de trabalhar. Os diferentes modelos de estudo (eficácia e efetividade) e de análise de dados (quantitativa e qualitativa) não estão em uma relação competitiva, em que há uma luta a respeito de quem é o melhor modelo de estudo. Estes se referem simplesmente a diferentes questões de pesquisa. A partir disso, considera-se importante discutir as peculiaridades da pesquisa em psicoterapia psicanalítica com crianças e a aplicação do modelo de efetividade na avaliação dos resultados desta modalidade de tratamento.

## **O modelo de efetividade aplicado à avaliação de resultados da psicoterapia psicanalítica com crianças**

A psicoterapia psicanalítica é extremamente complexa e subjetiva; nela há uma interação de inúmeros fatores e qualquer um deles pode influenciar o resultado. Os terapeutas variam em termos de personalidade, formação, capacidade empática e de vinculação com seus pacientes, que por sua vez diferem em termos de funcionamento, diagnóstico, circunstâncias socioeconômicas, dentre outros. Assim, parece ser muito difícil avaliar resultados de psicoterapia psicanalítica através de um modelo de eficácia, que exige um controle rígido das variáveis mencionadas.

Como já mencionado, a saúde mental de uma criança tem uma influência em muitos aspectos do seu funcionamento e por isso considera-se a mudança sintomática como um indicador de resultados reducionista se comparada a todo o complexo processo interpessoal que evolui em centenas de sessões de psicoterapia psicanalítica. Recente estudo metanalítico sugeriu que essas avaliações de mudança sintomática são muito limitadas e podem levar a um resultado enganoso do tamanho de efeito de um tratamento (Weisz, Weiss, Han, Granger & Morton 1995). Nesses casos muitas áreas importantes do funcionamento de uma criança não são levadas em consideração o que torna difícil a definição do que funcionou, em que determinado momento e como ocorreu esta mudança.

No que se refere à psicoterapia com crianças, Kazdin (1991) compara as características de psicoterapia conduzida em um ambiente natural com a psicoterapia conduzida em um ambiente de pesquisa. No primeiro, os casos são geralmente encaminhados para tratamento em clínicas ou consultórios privados, tem enfoque individual, duração média de 6 a 12 meses, os pais são incluídos nos tratamentos e as modalidades psicodinâmicas são freqüentemente utilizadas. No ambiente de pesquisa,

os casos são selecionados e recrutados para determinado tipo de tratamento, que tem a duração máxima de oito a 10 semanas, o enfoque é, geralmente, grupal, os pais não são vistos e as modalidades psicodinâmicas não são utilizadas. Em suma, a prática clínica e a pesquisa diferem no que diz respeito a quem é tratado, a como é tratado, a que modalidade de atendimento, a duração do tempo e no que se refere à presença dos pais no tratamento. Um aspecto crítico da pesquisa nesta área é o profundo abismo ainda presente entre a investigação e a prática dos tratamentos com crianças.

Por esse motivo acredita-se que modelo de estudo de efetividade, apesar de suas limitações no que diz respeito à validade interna, parece ser aquele que mais se aproxima da possibilidade de avaliação de resultados da prática psicoterapêutica psicanalítica com crianças. Este modelo procura integrar a investigação empírica com o dia-a-dia do profissional da saúde e, portanto, permite que o paciente estudado seja aquela criança que está sendo tratada nos consultórios privados e clínicas de saúde mental que seguem uma orientação psicanalítica nos dias de hoje.

Esta integração poder ser operacionalizada a partir da sistematização da avaliação do trabalho realizado por parte das instituições de ensino e formação, através da utilização de métodos quantitativos e qualitativos na análise dos dados de forma que o tratamento possa ser codificado e continuamente replicado. Somente assim poder-se-á desafiar outras formas de tratamento e confirmar empiricamente a importância da psicoterapia psicanalítica no tratamento psicológico das crianças na atualidade.

### **Referências Bibliográficas**

Achenbach, T.M.; McConaughy, S.H. & Howell, C.T. (1987). Child/Adolescent behavior and emotional problems: Implications of cross-informant correlations for situational specificity. **Psychological Bulletin**, **101**, 213-232.

American Psychiatric Association (1994). **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders** (4<sup>a</sup> ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.

Anderson, J.; Williams, S.; McGee, R. & Silva, P. (1987). DSM-III disorders in preadolescent children: Prevalence in a large sample from the general population. **Archives of General Psychiatry**, **44**, 69-76.

Bernardi, R. (1996). Investigación clínica e empírica sistemática en psicoanálisis. In Lhullier, A.C. (Org.). **Novos modelos de investigação em psicoterapia**. Pelotas: Educat, pp. 24-42.

Beutler, L.E.; Howard, K.I. (1998). Clinical utility research: an introduction. **Journal of Clinical Psychology**, **54**(3), 297-301.

Busch, F.N.; Milrod, B.L.; Rudden, M.; Shapiro, T.; Roiphe, J.; Singer, M. & Aronson, A. (2000). How Treating Psychoanalysts respond to psychotherapy research constraints. **Journal of the American Psychoanalytic Association**, **49**(3), 961-983.

Campezatto, P. V. M.; Nunes, M. L. T.(2007). Atendimento em clínicas - escola da psicologia da região metropolitana de Porto Alegre. **Estudos de Psicologia** (Campinas), **24**, 363-374.

Caon, J.L. (1996). A refundação da experiência psicanalítica na pesquisa universitária a partir da apresentação psicanalítica de pacientes. In Couto, L.F.S. (Org.). **Pesquisa em Psicanálise**. Porto Alegre: Associação Nacional de Pesquisa e Pós-graduação em Psicologia.

Chorpita, B.F.; Becker, K.D.; Daleiden, E.L. (2007). Understanding the common elements of evidence-based practice: Misconceptions and clinical examples. **Journal of American Academy of Child and Adolescence Psychiatry**, **46**(5), 647-658.

Dadds, M.R. & McHugh, T.A. (1992). Social support and treatment outcome in behavior family therapy for child conduct disorder. **Journal of Consulting Clinical Psychology**, **60**, 252-259.

Eizirik, C.L. (1998). Alguns limites da psicanálise: Flexibilidades possíveis. **Revista da Sociedade Brasileira de psicanálise**, **32**(4), 953-966.

Eizirik, C.L. (2001). Processos possíveis de avaliação da psicanálise. **Revista Brasileira de Psicanálise**, **35**(3), 495-501.

Eysenck, H.J. (1952). The effects of psychotherapy. **Journal of Consulting Clinical Psychology**, **16**, 319-324

Fonagy, P. (1997). Evaluating the effectiveness of interventions in child psychiatry. **Canadian Journal of Psychiatry**, **42**, 584-594.

Fonagy, P. (2003) The research agenda: the vital need for empirical research in child psychotherapy. **Journal of Child Psychotherapy**, **29**(2), 129-36.

Green, A. (1996). What kind of research for psychoanalysis? **The Newsletter of the International Psychoanalytical Association**, **5**, 10-14

Hermann, F. (2000). Cem anos de psicanálise no Brasil. **Revista Brasileira de Psicanálise**, **34**(4), 731-748.

Jacobson, N.S.; Follette, W.C.; Revenstorf, D.; Baucom, D.H.; Hahlweg, K. & Margolin, G. (2000). Variability in outcome and clinical significance of behavior marital therapy: a re-analysis of outcome date. **Prevention and Treatment**, **30**, 111-139.

Jimenez J.P. (1995). El psicoanálisis en la construcción de una psicoterapia como tecnología apropiada. In Defey, D.; Elizalde, J.H. & Rivera, J. (Eds.). **Psicoterapia Focal**. Montevideo: Rocca.

Jimenez, J.P. (1998). Investigación em psicoterapia? Claro que si. Pero, a quién le interessa?. In Grill, S.; Ibañez, A.; Mosca, I & Souza, P.L.R. (Eds).(pp. 27-47). Pelotas: EDUCAT.

Kazdin A.E. (1991). Effectiveness of psychotherapy with children and adolescents. **Journal of Consulting and Clinical psychology**, **59**(6), 785-98.

Kazdin, A.E. (1994). Methodology, design and evaluations in psychotherapy research. In Bergin, A.E. & Garfield, S.L. (Eds.) **Handbook of psychotherapy and behavior change**, 4<sup>th</sup> ed. (pp. 19-71). New York: Wiley.

Kazdin, A.E. (1995). Child, parent, and family dysfunction as predictors of outcome in cognitive-behavior treatment of anti-social children. **Behavior Research and Therapy**, **33**, 271-281.

Kazdin, A.E. (2000). **Psychotherapy for children and adolescents: directions for research and practice**. New York: Oxford University Press.

Kazdin, A.E.; Bass, D.; Ayers, W.A. & Rodgers, R. (1990). An empirical and clinical focus of child and adolescent psychotherapy research. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, **58**, 729-740.

Kazdin, A.E.; Siegel, T.C. & Bass, D. (1990). Drawing upon clinical practice to inform research on child and adolescent psychotherapy: A survey of practioners. **Professional Psychology: Research and practice**, **21**, 189-198.

Kazdin, A.E. & Whitley, M.K. (2006). Comorbity, case complexity, and effects of evidence-based treatment for children referred for disruptive behavior. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, **74**(3), 455-467.

Kazdin, A.E. (2008). Evidence-Based treatment and practice: New opportunities to bridge clinical research and practice, enhance the knowledge base and improve patient care. **American Psychologist**, **63**(3), 146-159.

Kendall, P.C. (1999). Clinical significance. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, **67**, 283-339.

Kernberg, O. (1999). Resistências à pesquisa em psicanálise. **Boletim Informativo da Fundação psicanalítica da América Latina**.

Kernberg, P.F. & Chazan, S.E. (1991). **Children with conduct disorders: A psychotherapy manual**. New York: Basic Books.

Kovacs, M. & Lohr, D. (1995). Research on psychotherapy with children and adolescents: an overview of evolving trends and current issues. **Journal of Abnormal Child Psychology**, **23**(1), 11-30.

Kristeva, J. (2004). **As novas doenças da alma**. Rio de Janeiro: Rocco.

Liz, A.; Zennaro, A. & Mazzeschi, C. (2001). Child and adolescent empirical psychotherapy research: A review focused on cognitive-behavior and psychodynamic-informed psychotherapy. **European Psychologist**, **6**(1), 36-64.

Lowenkron, T.S. (2000). Questão da pesquisa em psicanálise: "Prova-se pudim comendo-o?" **Revista Brasileira de Psicanálise**, **34**, 749-766.

Ogles, B.M.; Lunnen, K.M. & Bonnestel, K. (2001). Clinical significance: History, application, and current practice. **Clinical Psychology Review**, **21**, 421-446.

Organização Mundial de Saúde (1993). **Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10**. Porto Alegre: Artes Médicas.

Pereira, M.G. (1995). **Epidemiologia: Teoria e prática**. Guanabara: Koojan.

Perepletchikova, F.; Treat, T.A. & Kazdin, A.E. (2007). Treatment integrity in psychotherapy research: Analysis of the studies and examination of the associated factors. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, **75** (6), 829-841.

Roth A. & Fonagy, P. (2005). **What works for whom: a critical review of psychotherapy research** (2<sup>a</sup>. ed). New York: Guildford Press.

Russell, R.L. (1991). Narrative in views of humanity, science and action: Lessons for cognitive therapy. **Journal of Cognitive Psychotherapy**, **5**, 241-256.

Seligmann, E.P. (1995). The effectiveness of psychotherapy: the Consumer Reports study. **American Psychological Association**, **50**(12), 965-74.

Seralta F.B & Streb L.G. (2003). Notas sobre pesquisa em psicoterapia psicanalítica: situação atual e perspectivas. **Revista Brasileira de Psicoterapia**, **5**(1), 53-65.

Shirk S.R. & Russell R.L. (1996). **Change process in child psychotherapy: Revitalizing treatment research**. New York: Guildford.

Sours, J. (1996). Uma abordagem analiticamente orientada à avaliação diagnóstica. In Glenn, J. (Org.). **Psicanálise e psicoterapia de crianças** (pp. 373-390). Porto Alegre: Artes Médicas.

Target, M. & Fonagy, P. (1994). The efficacy of psychoanalysis for children: prediction of outcome in a developmental context. **Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry**, **33**(8), 1134-1144.

Villegas, O.L. (1991). Investigación en psicoterapia. **Revista de Psicología del Peru**, **9**(2), 163-190.

Wallerstein, R. (1996). Psychoanalytic research: Where do we disagree? **The Newsletter of the International Psychoanalytical Association**, **5**, 15-17.

Weisz, J.R. & Weiss, B. (1991). Studying the “referability” of child clinical problems. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, **59**, 266-273.

Weisz, J.R.; Weiss, B.; Han, S.S.; Granger, D.A. & Morton, T. (1995). Effects of psychotherapy with children and adolescents revisited: a meta-analysis of treatment outcome studies. **Psychological Bulletin**, **117**(30), 450-468

Weisz, J.R.; Doss, A.J. & Hawley; K.M. (2005). Youth psychotherapy outcome research: a review and critique of the evidence base. **Annual Review of Psychology**, **56**, 337-63.

**SEÇÃO 2**

**AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS DE PSICOTERAPIA  
PSICANALÍTICA COM CRIANÇAS**

## INTRODUÇÃO

Este estudo foi elaborado com o objetivo de avaliar a efetividade da psicoterapia psicanalítica individual com crianças em um ambulatório de Porto Alegre (RS), seguindo um modelo naturalístico e aberto. Para ir ao encontro deste objetivo, procurou-se avaliar os resultados da psicoterapia psicanalítica em três níveis: sintomático, de adaptação da criança ao seu ambiente psicossocial e suas capacidades emocionais e cognitivas. Além disto, este estudo visou compreender a criança que se apresenta para tratamento nos dias de hoje através da utilização de diferentes informantes (crianças, pais e terapeutas), avaliados por instrumentos diversos (testes psicológicos, cognitivo, questionários auto-aplicados e fichas de evolução dos pacientes) em dois momentos do tratamento. Espera-se que os resultados deste estudo possam ser utilizados para aprimorar as técnicas psicoterápicas existentes e incentivar a investigação na área de avaliação de resultados de psicoterapia tanto em outros centros de atendimento de crianças em Porto Alegre (RS) como em demais locais do país.

Recentes estudos apontam que problemas psiquiátricos na infância são freqüentes (10% a 20%) e persistentes. Infelizmente são poucos os que chegam a receber um atendimento adequado às suas necessidades emocionais, e é ainda menor o número de crianças que completam o tratamento proposto (Kazdin, 1996; Fleitlich-Bilyk & Goodman, 2004). Estudos longitudinais também demonstram que doenças psiquiátricas na infância são precursores desenvolvimentais para uma gama de resultados negativos como a delinqüência e doenças psiquiátricas diversas na vida adulta (Sourander, et al., 2007).

No Brasil, não existem estudos que avaliem a efetividade da psicoterapia psicanalítica com crianças. Mesmo em outros países mais desenvolvidos, a maioria das pesquisas de resultados de tratamento da criança é realizada com as modalidades

cognitivo-comportamentais e medicamentosas. Recente estudo de metanálise indicou que apenas 8% dos estudos de avaliação de resultados de psicoterapia com crianças utilizam uma abordagem psicodinâmica, como a psicoterapia psicanalítica (Weisz, Doss & Hawley 2005). Apesar disso, esta mesma abordagem é amplamente utilizada nas clínicas e consultórios privados do Brasil e em todo o mundo (Kazdin, Siegel & Bass, 1990; Liz, Zennaro & Mazzeschi, 2001).

Em face dessa realidade, é fundamental que estudos que avaliem a efetividade da psicoterapia psicanalítica com crianças sejam desenvolvidos, buscando a aproximação do clínico com o investigador, de forma a aprimorar o serviço e disponibilizar tratamentos que se mostrem efetivos a toda população. O estudo da efetividade também é importante para a compreensão da criança que busca atendimento psicoterápico na comunidade nos dias de hoje e na prevenção do abandono prematuro de psicoterapia. Neste estudo, os termos psicoterapia psicodinâmica e psicoterapia psicanalítica serão utilizados como equivalentes, seguindo, portanto, a tendência da maioria dos estudos na área (Gabbard, 2005).

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo Geral**

Avaliar a efetividade da psicoterapia psicanalítica com crianças em um ambulatório de Porto Alegre, Rio Grande do Sul.

### **Objetivos Específicos**

Verificar as modificações cognitivas, emocionais, sintomáticas e de adaptação ao ambiente psicossocial das crianças após 12 meses de psicoterapia de orientação psicanalítica.

Comparar o grupo de crianças que recebeu tratamento psicoterápico psicanalítico (G1) com o grupo controle de crianças que não receberam nenhum tipo de intervenção (G2).

## MÉTODO

### **Delineamento**

Trata-se de um estudo quantitativo em dois grupos (tratamento G1 x controle G2); tratamento quase-experimental, com delineamento de medidas repetidas, em um intervalo de 12 meses. Para o G1, as medidas foram completadas antes e depois de 12 meses de intervenção psicoterápica psicanalítica. No caso do G2, nenhuma intervenção foi oferecida e somente um instrumento, o *Child Behavior Checklist* (CBCL) foi aplicado em dois momentos, também em um intervalo de 12 meses entre as aplicações.

### **Amostra**

Inicialmente, foi constituída uma amostra por conveniência de 66 crianças de seis a 11 anos, 23 crianças do sexo feminino e 43 crianças do sexo masculino, pacientes cujas famílias buscaram atendimento no Centro de Estudos, Atendimento e Pesquisa da Infância e da Adolescência (CEAPIA), em Porto Alegre (RS), nos anos de 2005 e 2006, e concordaram em participar da pesquisa através de firmar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Das 66 crianças que realizaram a avaliação inicial, 27 completaram 12 meses de atendimento psicoterápico psicanalítico, havendo apenas um caso de alta combinada após seis meses de tratamento. Em quatro casos, a família não concordou em participar do re-teste por motivos pessoais. Dois casos foram excluídos por apresentarem o diagnóstico de retardo mental. Outros dois casos foram excluídos porque as crianças

tinham menos de seis anos de idade no momento da busca. Em 34 casos dos 62 incluídos nesta amostra, houve interrupção do tratamento por parte da família do paciente, sendo o índice de abandono de 54,8%. O índice de abandono desta amostra está dentro das taxas de 40 a 60% de abandono esperadas nas psicoterapias com crianças, citado por Kazdin (1996).

A amostra deste estudo consiste, então, de um grupo de 23 pacientes que recebeu psicoterapia psicanalítica por um período de 12 meses e realizou o re-teste (G1) e um grupo controle de 22 crianças que foram selecionados aleatoriamente e utilizados para comparação. Os grupos foram equiparados em idade (seis a 11 anos), sexo e resultado total do CBCL (Achenbach, McConaughy & Howell, 1987; Achenbach, 2006).

O tratamento para o G1 foi de, em média, 80 sessões em uma frequência de uma ou duas vezes por semana. A duração de 12 meses e o número médio de 80 sessões caracteriza esta modalidade de tratamento como de longa duração (Gabbard, 2005). As crianças do G2 não foram submetidas a nenhum tipo de intervenção psicoterápica, apesar de muitas obterem um resultado clínico em várias escalas medidas pelo CBCL.

Foram critérios de inclusão para o G1: a idade das crianças entre 6 a 11 anos e a realização de 12 meses de psicoterapia psicanalítica. Foram critérios de exclusão os diagnósticos de retardo mental, transtornos orgânicos e transtornos invasivos do desenvolvimento. Como critério de inclusão para o G2, foram considerados: ser criança de seis a 11 anos e não estar em tratamento psicológico durante o período da pesquisa.

Com relação aos terapeutas, 14 foram envolvidos neste estudo, sendo 13 do sexo feminino e um do sexo masculino. Destes terapeutas, 13 eram psicólogos formados e uma terapeuta tinha formação médica. Todos os profissionais estavam realizando o curso de formação em Psicoterapia da Infância e da Adolescência no CEAPIA, que tem duração de três anos, no momento da realização deste projeto.

Todos os terapeutas foram supervisionados semanalmente por profissionais experientes e treinados em psicoterapia psicanalítica com crianças. A psicoterapia foi então, conduzida a partir das orientações recebidas nas supervisões e nos seminários específicos do curso de formação em psicoterapia psicanalítica com crianças (média de quatro por semestre).

A psicoterapia oferecida no serviço é individual, realizada face a face, com frequência de uma a três vezes por semana e sem a utilização de um manual. Neste estudo entende-se por psicoterapia psicanalítica o tratamento interpretativo que tem por base a compreensão psicanalítica. Objetiva a resolução de sintomas, a modificação do comportamento, certo grau de mudança estrutural da personalidade e o retorno da criança aos impulsos desenvolvimentais normais. As técnicas da psicoterapia incluem a interpretação utilizada junto à verbalização, o esclarecimento e as mudanças manipulativas do comportamento, assim como uma experiência emocional corretiva de um novo objeto (Sours, 1996).

### **Características da amostra**

Composta de 45 crianças, 23 do sexo feminino e 22 do sexo masculino, com idades que variavam de 6 a 11 anos. Destas 45 crianças, 23 (G1) ingressaram no CEAPIA nos anos de 2005 e 2006 e se mantiveram em atendimento por 12 meses e as famílias concordaram em participar da pesquisa e realizar o re-teste. As outras 22 crianças (G2) foram escolhidas por conveniência e equiparadas em sexo, idade e resultado da escala total do CBCL. As crianças do G2 não receberam nenhum tipo de intervenção psicoterápica durante o período de realização desta pesquisa. As características sócio-demográficas e clínicas da amostra são as seguintes:

**Tabela 1- Características sociodemográficas da amostra**

<i>Características</i>	<i>G1</i>	<i>%</i>	<i>G2</i>	<i>%</i>	<i>P</i>
<b>Sexo</b>					0,670**
Feminino	15	65,2	12	54,5	
Masculino	8	34,8	10	45,5	
<b>Idade</b>	8,3 (1,7)		8,3 (1,9)		0,979*
<b>Escolaridade</b>					0,301**
Até segunda série	8	34,8	12	54,5	
Terceira série em diante	15	65,2	10	45,8	

\* teste t de *student*. Valores apresentados em média e desvio-padrão.

\*\* teste chi-quadrado de Pearson. Valores apresentados em frequência (%).

As características clínicas do G1 estão apresentadas na Tabela 2

**Tabela 2- Características Clínicas (G1)**

<i>Características Clínicas</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
<b>Encaminhamento</b>		
Escola	9	39,1%
Neurologista	2	8,7%
Psiquiatra	4	17,4%
Pediatra	2	8,7%
Familiar	4	17,4%
Outros	2	8,7%
<b>Motivo de consulta</b>		
Problemas escolares	7	30,4%
Dificuldades na relação interpessoal	5	21,7%
Falta de atenção	6	26,1%
Depressão e tristeza	8	34,8%
Dificuldade de sono/ alimentação/controle dos esfínteres	1	4,3%
Problemas de comportamento	5	21,7%
Ansiedade/insegurança/medos	14	60,9%
Agressividade	6	26,1%
<b>Hipótese Diagnóstica Inicial</b>		
Transtorno de humor	5	21,7%
Transtorno de conduta	2	8,7%
Transtorno de ansiedade	6	26,1%
TDAH	1	4,3%
Outros	4	17,4%
Não tem informação	5	21,7%
<b>Número de Sessões por Semana</b>		
Uma sessão por semana	12	52,2%
Duas sessões por semana	11	47,8%

<b>Tratamentos Concomitantes</b>		
Sim	8	34,8%
Não	15	65,2%
<b>Ano do Curso do terapeuta</b>		
Primeiro Ano	6	26,1%
Segundo Ano	14	60,9%
Terceiro Ano/Corpo Clínico	3	13,0%

Os resultados demonstram que ambos os grupos apresentaram um número maior de meninas do que de meninos, sendo a média de idade de 8 anos e 3 meses. No G1, um número maior de crianças havia completado a segunda série do ensino fundamental (65,2%) no momento inicial da pesquisa se comparado ao G2. A maior fonte de encaminhamento dos casos do G1 foi a escola (39,1%), seguida por diferentes profissionais da saúde. As queixas mais freqüentes em ordem decrescente foram: ansiedade, insegurança e medos (60,9%), seguidos de depressão e tristeza (34,8%), e dificuldade escolar (30,4%). Como hipótese diagnóstica inicial, as de maior concentração de casos foram ansiedade (26,1%) e humor (21,7%). Dos 23 casos, 52,2% das crianças foram atendidas uma vez por semana, e 47,8% foram atendidas duas vezes por semana.

Com relação aos tratamentos concomitantes, 34,8% realizavam outros tratamentos simultâneos à psicoterapia, seja com neurologista ou com psiquiatra. Das crianças que realizavam tratamentos concomitantes, 75% tomaram medicação psiquiátrica durante os 12 meses de tratamento.

No que diz respeito ao ano do curso do terapeuta da criança, 60,9% dos terapeutas estavam no segundo ano do curso (que tem três anos de duração) e 25,0% estavam no primeiro ano do curso no momento da avaliação inicial da criança. Os restantes (13%) foram atendidos por alunos do terceiro ano ou corpo clínico da instituição.

## **Instrumentos**

Para esta avaliação, foram utilizados os seguintes instrumentos com as crianças do G1: o Teste Gestáltico Visomotor de Bender; o *Wechsler Intelligence Scale for Children* (WISC III) com padronização brasileira de Figueiredo (2002) e a técnica de Rorschach. Aos pais foi solicitado o preenchimento do *Child Behavior Check List* (CBCL), (Achenbach, 1991) Aos terapeutas foi solicitado o preenchimento de uma ficha de levantamento sociodemográfico e clínico das crianças avaliadas (anexo C) no início do tratamento e uma ficha de evolução do caso (anexo D) após 12 meses de intervenção psicoterápica psicanalítica. No G2, somente o CBCL foi utilizado em um intervalo de 12 meses. Os demais testes não foram utilizados porque as crianças do grupo controle não estavam em tratamento e havia restrições quanto ao número de instrumentos a serem aplicados. Além disso, a maioria das crianças do grupo controle fazia parte de um estudo maior sobre o instrumento CBCL, que é um questionário auto-aplicado, portanto de fácil utilização. O estudo citado não tinha como objetivo a aplicação de mais instrumentos e/ou o encaminhamento das crianças para atendimento psicológico.

A escolha dos instrumentos aplicados no G1 foi feita a partir da revisão da literatura e interesse do grupo de pesquisa no qual a autora deste estudo estava inserida. Pesquisadores de diferentes áreas têm enfatizado o papel central dos testes psicológicos no planejamento e na avaliação dos resultados dos tratamentos oferecidos as crianças (Stokes et al. 2003; Bem-Porath, 2007). Variáveis derivadas do teste projetivo Rorschach, por exemplo, têm sido utilizadas para prever resposta ao tratamento e para medir os resultados de psicoterapia. Estas variáveis possibilitam medir a integridade da estrutura da personalidade e recursos disponíveis ao paciente (Exner, 1995). Os

questionários auto-aplicados como o *Child Behavior Check List* (CBCL), também são medidas amplamente utilizadas nas pesquisas de avaliação de resultados de psicoterapia com crianças no mundo inteiro, já que suas escalas fornecem cobertura ampla das situações psicopatológicas encontradas na infância e adolescência e são mais desenvolvidas que as demais escalas multifatoriais existentes (Achenbach, 1991). Já os testes *Wechsler Intelligence Scale for Children* (WISC III) e o Teste Gestáltico Visomotor do Bender são importantes na avaliação dos aspectos cognitivos e de maturação viso percepto-motora da criança, principalmente quando retardo mental e transtornos orgânicos são considerados critérios de exclusão do estudo.

### **Procedimentos de Coleta de Dados**

Durante a triagem, procedimento padrão para ingresso da criança como paciente da instituição, os pais ou responsáveis do G1 foram convidados a participar da pesquisa em questão. Os técnicos, que foram previamente treinados quanto à realização desse convite, explicaram aos pais ou responsáveis o que se tratava. Em caso de aceite ao convite foi entregue aos pais um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para assinatura (Anexo B). Após terem concordado com a participação e assinado o TCLE, foram-lhes oferecidos horários previamente definidos para a realização da coleta de dados.

No momento anterior à psicoterapia, as crianças do G1 foram avaliadas por um examinador treinado, nas datas definidas após a entrevista de triagem e antes de iniciarem a psicoterapia propriamente dita. A coleta de dados com as crianças do G1 foi realizada em dois encontros: um para a aplicação do Teste Gestáltico Visomotor do Bender e do WISC III, e um segundo para a aplicação do Rorschach. O CBCL foi preenchido pelos pais enquanto a criança estava sendo avaliada. As fichas de

levantamento sociodemográfico e clínico e de evolução foram preenchidas pelos terapeutas das crianças avaliadas no início do tratamento e após 12 meses respectivamente. A aplicação desses instrumentos foi de acordo com o método padronizado para cada um:

Para o Teste Gestáltico Visomotor do Bender, foi apresentado à criança um conjunto constituído de nove cartelas (total de 9), contendo as figuras que compõem o teste. Sua tarefa consiste em visualizar essas figuras, uma a cada vez, e transpô-las para o papel. Não existe tempo-limite para essa tarefa. Material utilizado: folha de ofício branca e lápis preto nº2; não foi utilizada borracha para a execução dos desenhos. Ao errar a cópia de uma figura, a criança a circulava e tentava realizá-la novamente. O sistema de correção utilizado foi o de Koppitz (1987) e a padronização brasileira de Kroeff (1988).

Para o WISC-III, foi utilizada a padronização de Figueiredo (2002), sendo que esse instrumento é composto de 10 subtestes (Informação, Compreensão, Vocabulário, Semelhanças, Armar Objetos, Cubos, Aritmética, Arranjo de Figuras, Códigos e Completar Figuras), divididos em Escala Verbal e de Execução. Para esta pesquisa, foram utilizados os 10 subtestes obrigatórios, e com estes foi possível obter o QI total, QI Verbal, QI de Execução, Compreensão Verbal (CV) e Organização Perceptual (OP) da criança avaliada. A ordem de aplicação dos subtestes manteve a padronização de Figueiredo (2002), e a correção do instrumento se deu por esse sistema validado para o Brasil.

A técnica de Rorschach foi aplicada, classificada e analisada conforme o sistema compreensivo de Exner (1995). Foram aplicadas as 10 lâminas que compõem o teste em duas fases: a de verbalização e a do inquérito. A classificação e a análise das respostas possibilitam avaliar os traços de personalidade, o funcionamento de condições

intelectuais, o nível de ansiedade básica e situacional, a depressão e as condições afetivas e emocionais do testando, como também o seu controle geral, sua capacidade para suportar frustrações e conflitos e a adaptação ao trabalho/estudo. Por último, o teste apresenta condições de avaliar o ajustamento e a integração dos impulsos, instintos, das reações emocionais bem como o nível de aspiração do testando.

O CBCL foi preenchido pelos pais das crianças avaliadas. Este é um questionário composto de 138 itens, 20 dos quais avaliam a competência social da criança e 118 avaliam os problemas de comportamento. O teste é dividido em duas grandes dimensões, introversão e extroversão. A dimensão introversão consiste das escalas: retraimento, queixas somáticas, ansiedade/depressão. Já a dimensão extroversão é relativa às manifestações de conduta da criança e consiste de duas escalas: comportamento agressivo e comportamento delinvente. Também fazem parte do teste as escalas de problemas sociais, problemas de pensamento e de atenção (Achenbach, 1991).

Com relação às fichas preenchidas pelos terapeutas, a primeira ficha (Anexo C) solicitava ao terapeuta informar a idade, motivo da busca, encaminhamento, hipótese diagnóstica inicial, número de sessões por semana, presença de tratamentos concomitantes e medicação no início do tratamento. A segunda ficha (Anexo D), preenchida pelo terapeuta após 12 meses de intervenção psicoterápica, solicitava-lhe informar sobre a evolução do tratamento. Continha questões relativas à presença ou ausência de sintomas, desempenho da criança em tarefas diárias, mecanismos de defesa utilizados, controle da ansiedade, tolerância à frustração, modulação afetiva, controle dos impulsos, contato com realidade e padrão de relacionamento social da criança.

Todos os três avaliadores são psicólogos formados e treinados na aplicação e interpretação de testes psicológicos. Os mesmos avaliadores que realizaram o teste

realizaram o re-teste, não havendo, portanto, o cegamento dos aplicadores. A ausência do cegamento dos aplicadores dos instrumentos se deu pela dificuldade de formar um grupo qualificado na aplicação destes. Houve, no entanto, um cegamento na interpretação do teste do Rorschach, já que o profissional responsável pela interpretação não tinha acesso à informação sobre o material a ser interpretado, isto é, se este se referia a um teste ou a um re-teste da criança testada.

Após 12 meses da primeira coleta de dados, foi realizada uma segunda aplicação dos instrumentos, seguindo os mesmos princípios metodológicos da primeira. Todos os testes – o Bender, o WISC-III, o Rorschach e o CBCL – foram aplicados, avaliados e interpretados conforme seus respectivos manuais e comparados com a avaliação e interpretação dos mesmos testes realizados com as mesmas crianças, num delineamento antes *versus* depois dos 12 meses da psicoterapia psicanalítica.

Para o G2, seguiram-se os mesmos princípios metodológicos, mas apenas o CBCL foi utilizado, portanto os questionários foram enviados aos pais e recolhidos após seu preenchimento pelos pesquisadores, com intervalo de 12 meses entre as aplicações.

### **Procedimento de Análise dos Dados**

No teste Bender-Gestáltico duas escalas para pontuação de escores foram utilizadas: a escala de maturação segundo a idade, conforme Koppitz (1987), e a escala de maturação segundo a idade, conforme Kroeff (1988), que realizou uma padronização com crianças de Porto Alegre. No WISC III, a escala utilizada para avaliação dos resultados foi a adaptação e padronização a partir de uma amostra brasileira de Vera Lúcia Marques de Figueiredo (2002). Já no Rorschach, os resultados foram levantados e interpretados a partir do sistema compreensivo para crianças proposto por Exner (1995). E, por fim, o CBCL foi levantado a partir de um programa de computador que apresenta

os escores numéricos e também os divide em três categorias: clínico, limítrofe e não-clínico (Achenbach, 1991).

Com relação às fichas preenchidas pelos terapeutas, o levantamento foi feito a partir das informações fornecidas por estes quanto aos dados sociodemográficos e dados clínicos. Já a ficha evolução do terapeuta foi levantada a partir do relato escrito do terapeuta quanto à presença ou ausência dos sintomas que motivaram a busca; adequação para a idade do paciente quanto ao controle de impulsos, tolerância à frustração, controle da ansiedade, contato com a realidade, mecanismos de defesa utilizados, desempenho em tarefas gerais, modulação afetiva e padrão de relacionamento interpessoal.

Para o grupo controle, foi realizada apenas a aplicação do CBCL. Como já mencionado muitas das crianças do grupo controle foram avaliadas como parte de uma pesquisa mais ampla sobre o CBCL realizado pelo grupo de pesquisa no qual a autora está inserida. As crianças do grupo controle foram escolhidas por conveniência e foram equiparadas com o G1 em sexo, idade e o resultado da escala total do CBCL. A aplicação foi realizada após consentimento livre e esclarecido dos pais em participar da pesquisa. O teste foi aplicado, avaliado e interpretado conforme seu respectivo manual e comparado com o mesmo teste das mesmas crianças num intervalo de 12 meses. As crianças do G2 não receberam qualquer tipo de intervenção psicoterápica. Este grupo controle foi constituído com o objetivo de permitir demonstrar que as mudanças ocorridas no G1 não são decorrentes apenas da passagem do tempo e/ou desenvolvimento da criança, mas da intervenção psicanalítica oferecida.

Os resultados de cada teste e das fichas de cada criança foram transportados para o programa SPSS 11.0 (*Statistic Package for Social Sciences*). Os resultados foram apresentados por meio de estatística descritiva através de média e desvio-padrão para

variáveis contínuas e frequências absolutas e relativas para as categóricas. Para avaliar o resultado da psicoterapia, foram comparados os dados antes *versus* depois da intervenção terapêutica, utilizando-se o teste *t* de *student* para amostras dependentes e testes não-paramétricos para duas amostras relacionadas (Wilcoxon & McNemar). O nível de significância considerado foi de 0,05.

Para o cálculo do tamanho de efeito do tratamento, foi utilizada a seguinte fórmula para dados emparelhados:

$$ES = \frac{m_1 - m_2}{\sqrt{dp_1^2 + dp_2^2 - 2dp_1dp_2r}}$$

Para comparar a variação entre os grupos estudados, tratamento (G1) e controle (G2), foi utilizado o teste de análise de covariâncias dos valores das diferenças entre os escores ajustados pelos valores basais. As frequências das variáveis categóricas (sexo, escolaridade) foram analisadas entre grupos através do teste do qui-quadrado e a variável contínua (idade) através do teste *t* de *student* para amostras independentes.

### **Procedimentos Éticos**

Os procedimentos éticos deste estudo incluíram o treinamento da equipe que participou desta investigação quanto ao convite feito aos pais para participar da pesquisa, à informação aos pais sobre a pesquisa e aos testes que seriam aplicados e à entrega do Termo de Consentimento Livre e Informado a estes. Além disto, foi mantido o sigilo quanto à identidade das famílias e das crianças avaliadas.

Os testes do G1 foram realizados em duas sessões para não sobrecarregar as crianças que estavam sendo avaliadas. Além disto, foi oferecido um lanche às crianças entre um teste e outro. Por último, foi oferecida a todos os pais uma devolução escrita dos resultados dos testes aplicados.

## RESULTADOS

Os resultados encontrados neste estudo foram divididos quanto ao motivo da consulta, resultados do Bender, resultados do WISC III, resultados do Rorschach, resultados do CBCL, antes e depois da intervenção psicoterápica para o G1. Para este mesmo grupo de crianças, foi feita uma análise do relato da ficha de evolução do paciente preenchida pelo terapeuta da criança, e aspectos relativos ao funcionamento global dos pacientes foram transformados em duas variáveis categóricas: adequado à idade e não adequado à idade.

Para comparação entre grupo de tratamento (G1) e o grupo controle (G2) somente constam os resultados do CBCL, pois este foi o único teste comum aplicado em ambos os grupos. Esta comparação consiste em analisar as diferenças entre o primeiro e o segundo momento de avaliação dos sujeitos. O re-teste foi realizado em um intervalo de 12 meses.

Os motivos de busca do G1 foram divididos em duas categorias: ausente ou presente. A ausência ou presença dos sintomas foram obtidas através dos formulários (Anexos C e D), preenchidos pelos terapeutas antes e depois de 12 meses de tratamento. Foi aplicado então o teste não paramétrico Mc Nemar para duas amostras relacionadas. Os resultados estão dispostos na tabela a seguir:

**Tabela 3 – Motivos de Busca**

	<i>N</i>	<i>p</i>
Dificuldades escolares	7	,031
Agressividade	6	,125
Falta de atenção	6	1,000
Problemas de comportamento	5	,500
Depressão e tristeza	8	,375
Dificuldade com alimentação, sono e esfíncteres	1	1,000
Ansiedade, insegurança e medos	14	,002
Dificuldade de relacionamento	4	1,000

De acordo com o teste não paramétrico Mc Nemar para duas amostras relacionadas, considerando-se um nível de significância de 5%, verificou-se uma ausência de diferença estatisticamente significativa nos seguintes motivos de busca: agressividade (0,125) , falta de atenção (1,000), problemas de comportamento (0,500), depressão e tristeza (0,375), dificuldades com alimentação, sono e esfínteres (1,000) e dificuldade de relacionamento (1,000). Os motivos de busca ansiedade, insegurança e medos e problemas escolares apresentaram uma diferença positiva estatisticamente significativa. O valor obtido foi de  $p = 0,031$  para problemas escolares e  $p = 0,002$  para ansiedade, insegurança e medos.

Os resultados do Bender foram divididos em maturação viso percepto-motora compatível ou acima do esperado para a idade cronológica da criança e maturação viso percepto-motora abaixo do esperado para a idade cronológica da criança, segundo Koppitz (1987) e segundo Kroeff (1988). Foi aplicado, então, o teste não paramétrico Mc Nemar para duas amostras relacionadas. Os resultados estão apresentados a seguir.

**Tabela 4 – Resultados do Bender Gestáltico, segundo Koppitz (1987).**

	<i>Teste (N)</i>	<i>Teste%</i>	<i>Re-teste(N)</i>	<i>Re-teste%</i>
Acima/Compatível com a idade	7	30,4	12	52,2
Abaixo do esperado para idade	16	69,9	11	47,8

**Tabela 5- Resultados do Bender Gestáltico, segundo Kroeff (1988).**

	<i>Teste (N)</i>	<i>Teste%</i>	<i>Re-teste(N)</i>	<i>Re-teste%</i>
Acima/Compatível com a idade	17	73,9	17	73,9
Abaixo do esperado para idade	6	26,1	6	26,1

**Tabela 6 – Teste estatístico Mc Nemar**

	<b>p</b>
Escore Koppitz teste & Escore Koppitz re-teste	,063
Escore Kroeff teste & Escore Kroeff re-teste	1,000

Ao se compararem os resultados do teste do Bender algumas diferenças foram observadas, porém, estas não se mostraram estatisticamente significantes, segundo Kroeffer (1988) e Koppitz (1987). No entanto, considera-se importante ressaltar uma mudança positiva maior nos resultados antes *versus* depois no escore Koppitz (1987) com tamanho de  $p = 0,063$ .

No que diz respeito aos resultados do WISC III foram calculados a média e desvio padrão dos escores totais de cada item do WISC III, antes e depois da intervenção psicoterápica. Foi, então, aplicado o teste *t de student* com o objetivo de avaliar se a média do momento pré e pós tratamento eram estatisticamente diferentes.

Os resultados são apresentados na tabela 7.

**Tabela 7 – Resultados do WISC III (G1)**

	<i>Média</i>	<i>Desvio Padrão</i>	<i>p</i>
QI Verbal teste	115,91	17,56	,914
QI Verbal re-teste	113,00	24,31	
QI de execução teste	110,96	16,06	,486
QI de execução re-teste	109,35	22,77	
QI Total teste	114,74	16,45	,456
QI Total re-teste	113,74	19,41	
Compreensão verbal teste	113,70	18,39	-,369
Compreensão verbal re-teste	114,52	18,60	
Organização perceptual teste	108,91	16,38	-,112
Organização perceptual re-teste	109,13	19,01	
<b>Sub-testes</b>			
Informação teste	11,35	3,11	1,428
Informação re-teste	10,57	3,70	
Semelhança teste	13,04	3,24	-1,729
Semelhança re-teste	13,78	3,06	
Aritmética teste	12,43	2,92	1,777
Aritmética re-teste	11,61	2,73	
Vocabulário teste	14,00	4,06	-,061
Vocabulário re-teste	14,04	3,72	
Compreensão teste	12,00	3,45	-,088
Compreensão re-teste	12,04	3,61	
Completar figuras teste	11,70	3,53	,405
Completar figuras re-teste	11,48	3,12	
Código teste	12,17	2,98	-,251
Código re-teste	12,35	3,23	
Arranjo de Figuras teste	10,57	2,69	-,347

Arranjo de figuras re-teste	10,74	3,51	
Cubos teste	12,00	3,26	-,405
Cubos re-teste	12,22	3,37	
Armar Objetos teste	11,57	2,94	,569
Armar Objetos re-teste	11,22	3,57	

Não foi possível verificar diferença estatisticamente significante entre os resultados do WISC III quando comparados os resultados.

Com relação ao CBCL, foram calculados a média e o desvio padrão dos escores totais de todas as áreas medidas pelo teste. Após, foi aplicado o teste *t de student*.

**Tabela 8 – Resultados do CBCL**

	<i>Média</i>	<i>Desvio Padrão</i>	<i>p</i>
Par 1 Atividade teste & Atividade re-teste	37,91 40,74	9,91 6,93	,075
Par 2 Sociabilidade teste & Sociabilidade re-teste	43,13 42,39	8,60 7,79	,528
Par 3 Escolaridade teste & Escolaridade re-teste	41,48 41,96	8,15 6,65	,682
Par 4 Total teste & Total re-teste	41,35 41,65	12,49 10,56	,829
Par 5 Retraimento teste & Retraimento re-teste	62,63 59,00	6,77 6,37	,010
Par 6 Queixas Somáticas teste & Queixas Somáticas re-teste	64,65 61,57	9,95 8,20	,113
Par 7 Ansiedade e Depressão teste & Ansiedade e Depressão re-teste	65,26 61,13	7,82 9,72	,017
Par 8 Contato Social teste & Contato Social re-teste	59,48 56,26	7,57 6,54	,056
Par 9 Problemas de pensamento teste Problemas pensamento re-teste	60,43 56,96	6,95 7,27	,022
Par 10 Problemas com atenção teste & Problemas com atenção re-teste	63,35 61,70	7,88 6,20	,255
Par 11 Comportamento Delinqüente teste Comportamento Delinqüente re-teste	59,04 57,65	7,85 6,13	,302
Par 12 Comportamento Agressivo teste Comportamento Agressivo re-teste	61,74 60,00	8,55 8,26	,105
Par 13 Problemas Sexuais teste & Problemas sexuais re-teste	55,74 53,87	9,03 7,00	,151
Par 14 Escala Total teste & Escala Total re-teste	65,91 62,04	8,33 8,35	,003

Par 15 Escala Introversão teste & Escala introversão re-teste	63,22	7,56	,008
Par 16 Escala extroversão teste & Escala Extroversão re-teste	66,26	8,05	
	59,17	14,67	,135
	56,96	14,41	

Os resultados, apresentados nas tabelas 8, indicam que não houve diferenças estatisticamente significantes entre os resultados antes *versus* depois da intervenção psicoterápica nas seguintes áreas: atividade (0,075), escolaridade (0,682), sociabilidade (0,528), queixas somáticas (0,113), contato social (0,056), problemas de atenção (0,255), comportamento delinqüente (0,302), comportamento agressivo (0,105) e problemas sexuais (0,151).

Já nos itens ansiedade e depressão (0,017), problemas de pensamento (0,022), retraimento (0,010), escala de introversão (0,008) e escala total (0,003) foram encontradas diferenças positivas estatisticamente significantes, ou seja, as crianças avaliadas apresentaram uma melhora nos sintomas de ansiedade, depressão, problemas de pensamento e retraimento, como também no comportamento introversivo e global após intervenção psicoterápica.

Os resultados da escala total, de introversão e extroversão do G1 foram comparadas com os resultados das escalas do G2 em dois momentos. Encontraram-se os seguintes resultados:

**Tabela 9 – Comparação das médias dos resultados do CBCL (G1 versus G2)**

p**	G1			G2			P*
	Basal	12 meses	Δ	Basal	12 meses	Δ	
0,519 0,014	65,7(±8,0)	61,8(±8,0)	-3,7	64,1(±9,0)	61,9(±8,8)	-2,4	
0,035 0,023	66,6(±8,0)	63,2(±8,5)	-2,9	61,1(±8,9)	60,8(±9,7)	-0,9	
0,781 <0,001	62,2(±7,6)	59,8(±9,2)	-2,4	61,4(±10,5)	59,2(±10,3)	-2,3	

\* Teste *t de student* para amostras independentes

\*\* Resultado de uma análise de covariância entre os valores de Delta ajustado pelos valores basais

A comparação entre os dois momentos do grupo de tratamento (G1) e do grupo controle (G2) indica que houve uma diminuição mais significativa nos resultados do G1 que recebeu intervenção psicoterápica psicanalítica nas três escalas medidas. É importante ressaltar que houve um caso no grupo controle (G2) que apresentou uma queda de 20 pontos no momento do re-teste na escala de extroversão. Este sujeito, possivelmente, fez com que a média do G2, no re-teste, diminuísse de forma inusitada, resultando em um  $p = <0,001$ , apesar das diferenças entre os dois momentos nos dois grupos não serem significativas (-2,4 no G1 e -2,3 no G2).

Com relação ao teste do Rorschach, foram feitas duas análises. Primeiro foi aplicado o teste  $t$  de *student* para as variáveis contínuas que foram analisadas quanto à média, desvio-padrão e tamanho do  $p$ . Em um segundo momento foi feita uma seleção a partir da literatura estudada das variáveis consideradas relevantes para medir mudança e analisar resultados de psicoterapia (Weiner & Exner, 1991; Blatt & Ford, 1994; Hilsenroth, Handler, Toman & Padawer, 1995). Entre as variáveis escolhidas, estão aquelas que: 1) avaliam a qualidade interpessoal das relações estabelecidas; 2) avaliam os recursos internos disponíveis comparados às demandas (ou impedimentos) sobre estes mesmos recursos; 3) avaliam a modulação afetiva do paciente. As escalas utilizadas foram as propostas pelo sistema compreensivo de Exner (1995).

Para avaliar a qualidade das relações estabelecidas foram utilizados o somatório de respostas com determinante de sombreado e textura (T), a variável EB que avalia o tipo de vivência utilizado pelas crianças (dividida em três categorias: extroversivo, introversivo e ambigüal), e a variável que avalia a relação do conteúdo humano (H) com os conteúdos de humano descaracterizado (H) detalhe humano (Hd) e detalhe humano descaracterizado (Hd).

Para avaliar os recursos psicológicos *versus* as demandas ou impedimentos, foi utilizada a relação do valor de EA (recursos) e o valor de *es* (impedimentos), resultando em três categorias: sujeito tem mais recursos que impedimentos disponíveis; sujeito tem o mesmo volume de recursos e impedimentos e, por último, o sujeito tem menos recursos que impedimentos disponíveis.

Para avaliar a modulação do afeto, foram utilizadas as variáveis que estabelecem uma relação entre os determinantes de cor cromática, como o FC (Cor cromática com forma definida = modulação de afeto adequado), CF (Cor cromática com forma indefinida = mais espontâneo, mas nem sempre adequado) e C(Cor cromática sem forma = impulsividade emocional). Duas categorias foram utilizadas:  $FC \geq CF+C$  (paciente tem controle sobre suas emoções),  $FC < CF + C$  (Não há controle sobre suas emoções, mas esperado em crianças de até nove anos).

Os resultados do Rorschach foram calculados através da aplicação dos testes não-paramétricos Mc Nemar (para as variáveis dicotômicas) e Wilcoxon (para as variáveis não dicotômicas). Os resultados encontrados a partir do cálculo da média, desvio-padrão e valor do *p*, estão dispostos na tabela a seguir.

**Tabela 10– Resultados Rorschach Numérico**

	<i>Média</i>	<i>Desvio-padrão</i>	<i>p</i>
Número de respostas teste &	13,17	8,22	,375
Número de respostas re-teste	15,04	8,43	
% G teste &	49,83	26,27	,489
% G re-teste	45,70	27,12	
% D teste &	32,35	19,54	,050
% D re-teste	44,57	23,29	
% Dd teste &	13,13	13,62	,001
% Dd re-teste	1,83	,39	
% SomS teste &	8,48	8,15	,683
% SomS re-teste	7,39	7,56	
Som F teste &	5,09	3,94	,021
Som F re-teste	7,22	5,69	
% Som F teste	35,83	21,14	,113
% Som F re-teste	46,26	19,45	
Som Fo/+ teste	4,79	3,86	,045

Som Fo/+ re-teste	6,74	5,96	
% FM teste &	18,04	15,30	,846
% FM re-teste	18,91	14,12	
% Fm teste	0,65	2,29	,179
% Fm re-teste	2,39	2,25	
Som m+mf teste &	0,35	0,57	,008
Som m+mf re-teste	0,00	0,00	
% FC' teste &	6,30	9,12	,793
%FC' re-teste	6,09	9,06	
% FC teste &	9,10	11,48	,561
% FC re-teste	7,70	10,61	
% CF teste	4,70	6,00	,145
% CF Re-teste	2,30	4,60	
% C teste &	1,39	2,89	,957
% C re-teste	1,35	3,45	
% Som M teste &	7,26	8,88	,295
% Som M re-teste	7,87	7,75	
% Som FM teste &	18,04	15,30	,846
% Som FM re-teste	18,91	14,12	
% A + Ad teste	57,09	20,93	,613
% A + Ad re-teste	54,17	15,51	
% H + Hd teste	8,61	11,1	,386
% H + Hd re-teste	11,13	8,66	
% (H) + (Hd) teste	5,96	7,66	,404
% (H) + (Hd) re-teste	4,43	7,11	

Os resultados do Rorschach indicam que houve diferenças positivas estatisticamente significantes nas seguintes variáveis contínuas: 1) Localização: % Detalhe comum (D) ( $p = 0,050$ ), % Detalhe incomum (Dd) ( $p = 0,001$ ); 2) Determinantes: Somatório de Forma (F) ( $p = 0,021$ ), Somatório Movimento Inanimado sem forma ou forma indefinida (m + mF) ( $0,008$ ); 3) Qualidade da Forma (Fo ou F+) ( $p = 0,045$ ).

Os resultados do Rorschach também foram divididos em categorias (dentro da faixa clínica normal e fora da faixa clínica normal) e aplicados os testes Mac Nemar ou Wilcoxon. Os resultados estão apresentados a seguir:

**Tabela 11 – Resultados do Rorschach categórico**

	<i>valor do p</i>
<i>EA</i> (recursos) x <i>es</i> (impedimentos) teste	,763
<i>EA</i> (recursos)x <i>es</i> (impedimentos) re-teste	
Tipo de vivência teste &	,574
Tipo de Vivência re-teste	
Classificação % som C teste &	,207
Classificação % som C re-teste	
Classificação <i>EB</i> teste &	,508
Classificação <i>EB</i> re-teste	
Classificação <i>H</i> : ( <i>H</i> )+ ( <i>Hd</i> )+ <i>Hd</i> &	,022
Classificação <i>H</i> : ( <i>H</i> )+ ( <i>Hd</i> )+ <i>Hd</i> re-teste	
Determinante <i>T</i> Teste &	,043
Determinante <i>T</i> Teste re-teste	

Os resultados do Rorschach, quando analisados através de categorias indicam que houve diferença estatisticamente significativa na categoria Relação Interpessoal, através do valor do  $p = 0,022$  na relação do conteúdo humano (*H*) *versus* conteúdo humano descaracterizado (*H*), detalhe humano (*Hd*) e detalhe humano descaracterizado (*Hd*) e o valor do  $p = 0,043$  na relação do determinante *T* antes *versus* depois da intervenção psicoterápica.

A ficha de evolução dos pacientes, preenchida pelos terapeutas após 12 meses de tratamento, foi analisada e transformada em variáveis categóricas dicotômicas, sendo estas: adequado à idade e não adequado à idade. Os resultados estão dispostos na tabela a seguir.

**Tabela 12 – Resultados da Ficha de Evolução do Paciente**

	<i>p-valor</i>
Desempenho em Tarefas Gerais	,001
Controle dos Impulsos	,001
Modulação Afetiva	,001
Controle da Ansiedade	,001
Relação Interpessoal	,008
Contato com Realidade	,500

Os resultados indicam que houve diferenças estatisticamente significantes nas variáveis: desempenho da criança em tarefas gerais (0,01), controle dos impulsos (0,01) modulação afetiva (0,01), controle de ansiedade (0,01) e relação interpessoal (0,08)

relatadas pelo terapeuta responsável pelo tratamento da criança. Não foi encontrada diferença na variável contato com a realidade (0,500).

Para o cálculo do tamanho de efeito do tratamento, foi utilizada a seguinte fórmula para dados emparelhados do G1 :

$$ES = \frac{m_1 - m_2}{\sqrt{dp_1^2 + dp_2^2 - 2dp_1 dp_2 r}}$$

Conforme a fórmula,  $m_1$  refere-se à média do escore da escala total do CBCL antes da intervenção psicoterápica,  $m_2$  à mesma média após 12 meses de intervenção psicoterápica,  $dp_1$  refere-se ao desvio padrão do momento pré-intervenção,  $dp_2$  ao desvio padrão pós-intervenção e  $r$  refere-se à correlação, que, neste caso, foi de ,778. O tamanho de efeito do tratamento foi calculado em 0,696; portanto, de valor moderado. O mesmo cálculo foi realizado utilizando os resultados dos G2, e o tamanho de efeito obtido foi de 0,34 que caracteriza um tamanho de efeito leve.

Não foi feito o cálculo de tamanho de efeito para amostras dependentes porque a fórmula não permitia utilizar os valores ajustados pelas diferenças basais. Ao se utilizar os valores não ajustados no cálculo obteve-se um tamanho de efeito de 0,288, portanto também leve.

## DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Para realizar este estudo sobre efetividade da psicoterapia psicanalítica com crianças em um ambulatório de Porto Alegre, RS, priorizou-se a representação clínica da amostra e a utilização de medidas que avaliaram a sintomatologia (fichas preenchidas pelos terapeutas e CBCL), a adaptação da criança ao seu ambiente psicossocial (CBCL, fichas preenchidas pelo terapeuta e Rorschach) e suas capacidades emocionais e cognitivas (Rorschach, WISC III, Bender e fichas preenchidas pelos terapeutas). Deu-se importância, ainda, à utilização de diferentes informantes e instrumentos de medidas de resultados em dois momentos. Objetivou-se com isto analisar as características da

criança que chega a atendimento psicológico e se mantém em psicoterapia psicanalítica, como também facilitar o planejamento do tratamento a ser oferecido e o encaminhamento mais efetivo da criança que apresenta transtornos psicológicos a serviços que vão ao encontro de suas necessidades .

Os resultados indicam que foram encontradas diferenças estatisticamente significantes no grupo de crianças que recebeu tratamento de orientação psicanalítica (G1) em vários dos aspectos medidos, a começar pelos motivos de busca: ansiedade, insegurança e medos (0,002) e problemas escolares (0,031), havendo uma diminuição estatisticamente significante destes sintomas após 12 meses de intervenção psicoterápica psicanalítica. Esse resultado foi corroborado pela diminuição estatisticamente significante dos sintomas de ansiedade e depressão medidas na escala do CBCL (0,017) e na análise da ficha de evolução do paciente preenchida pelo terapeuta (0,001). Isso quer dizer que todos os instrumentos que mediram o sintoma de ansiedade indicaram que a criança que recebeu tratamento psicoterápico psicanalítico por 12 meses passou a mostrar-se menos irritada, tensa e/ou preocupada, demonstrando consistência positiva entre os resultados.

Esses resultados confirmam os dados encontrados em estudo retrospectivo de prontuários realizado no *Anna Freud Center* (Londres), no qual houve melhora das crianças com sintomas de ansiedade e depressão, ambos transtornos internalizantes, após intervenção psicanalítica. A duração mais prolongada do tratamento e a maior frequência das sessões foram associadas aos resultados positivos do tratamento (Target & Fonagy, 1994). Os estudos realizados com adultos também demonstram que as psicoterapias dirigidas ao insight, como a psicoterapia psicanalítica, são mais efetivas para os transtornos internalizantes, enquanto as terapias comportamentais são mais

efetivas para os transtornos externalizantes. (Beutler, Horward, Alimohamed & Malik, 2002).

Considera-se importante salientar que, com a diminuição da ansiedade, que é presente em 9,9% das crianças da população em geral (Costello, Mustillo, Erkani, Keeler & Angold, 2003), pode-se observar também uma diminuição dos problemas escolares. Esse resultado vai ao encontro da idéia de que alguns transtornos cognitivos podem ser evidentes na criança ansiosa que tende a superestimar o perigo de uma situação (Flanery-Schoracer, Suveg, Safford, Kendall & Webb, 2004). Já a criança menos ansiosa pode utilizar seu potencial cognitivo de uma forma mais efetiva reduzindo, assim, os problemas relacionados à escola.

Além desses resultados foram encontradas diferenças estatisticamente significantes no CBCL do G1 nas escalas de problemas de pensamento ( $p = 0,022$ ), retraimento ( $p = 0,010$ ), introversão ( $p = 0,008$ ) e escala total ( $p = 0,003$ ), indicando uma melhora global da criança após 12 meses de intervenção psicoterápica psicanalítica. Tanto a escala de retraimento e ansiedade/depressão estão dentro da dimensão internalizante, que se referem aos problemas de comportamento que não atuam diretamente no ambiente, ou seja, acontecem no âmbito privado da criança. Mais especificamente a escala de retraimento diz respeito ao desejo e à capacidade da criança de se relacionar com os outros a sua volta. A presença de uma diferença estatisticamente significativa nesta escala indica que a criança que recebeu psicoterapia psicanalítica apresentou uma melhora nos aspectos relativos ao seu relacionamento interpessoal, com diminuição do retraimento e aumento do desejo de relacionar-se com os demais.

Quanto ao perfil comportamental do CBCL, a significância estatística mostrou-se presente apenas na escala específica de problemas de pensamento ( $p = 0,022$ ),

indicando uma diminuição de pensamentos obsessivos e inadequados nos pacientes que foram submetidos à psicoterapia psicanalítica.

Já o levantamento dos resultados do CBCL do grupo controle indicou que as crianças que não foram submetidas à intervenção psicoterápica psicanalítica apresentaram uma diminuição menos significativa de resultados clínicos no re-teste. É importante ressaltar que 63,4% do grupo controle apresentavam resultados clínicos. Este dado leva a crer que aquelas crianças que realizaram psicoterapia psicanalítica, quando comparadas ao grupo controle, obtiveram resultados mais positivos, sendo este um indicador da efetividade do tratamento psicanalítico individual para esta amostra em particular. O tamanho de efeito de 0,696 confirma a efetividade moderada da intervenção.

Com relação aos demais testes que foram aplicados no grupo clínico podem-se detectar diferenças estatisticamente significantes em algumas variáveis medidas pelo Rorschach. Com relação ao valor do T, que avalia a necessidade do sujeito de contato afetivo interpessoal, houve uma mudança positiva após intervenção psicoterápica psicanalítica, no qual se pode observar um aumento do número de T = 1 (faixa clínica normal) e valor do  $p = 0,043$ . Isto quer dizer que houve uma melhora no contato afetivo interpessoal das crianças clínicas avaliadas. Esta melhora foi confirmada pela diferença estatisticamente positiva na variável que avalia a relação entre o conteúdo humano *versus* conteúdo humano descaracterizado ( $p = ,022$ ). Ambas as variáveis avaliam a relação interpessoal e pode-se observar uma mudança positiva antes *versus* depois da psicoterapia psicanalítica. Esses resultados corroboram os demais encontrados na escala específica de retraimento do CBCL.

A melhora na relação interpessoal igualmente foi encontrada na análise dos resultados da ficha de avaliação preenchida pelo terapeuta, com valor do  $p = ,008$ , ou

seja, estatisticamente significativa. As outras variáveis relativas ao controle dos impulsos, modulação afetiva e desempenho em tarefas gerais também foram medidas e, de acordo com relato do terapeuta, apresentaram diferenças positivas estatisticamente significantes.

Além disso, também foram encontradas diferenças estatisticamente significantes nos itens que avaliam a localização da resposta no Rorschach. Pode-se observar um aumento significativo de respostas de Detalhe Comum ( $p = 0,050$ ) e uma diminuição de respostas de Detalhe Incomum ( $p = 0,001$ ) no re-teste. Isso significa que após os 12 meses de atendimento psicoterápico psicanalítico, as crianças puderam desenvolver uma melhor capacidade de perceber a realidade como ela é, sem maiores distorções. Esta melhora também pode ser observada no aumento estatisticamente significativo de respostas com forma de boa qualidade ( $p = 0,045$ ) e diminuição de respostas de movimento inanimado sem forma ( $p = 0,008$ ) no re-teste. Esses resultados são confirmados pela melhora estatisticamente significativa na escala específica de problemas de pensamento medido no CBCL, já mencionado nesta discussão.

Não foram encontradas diferenças estatisticamente significantes nos testes Bender-Gestáltico e no WISC III. Isso quer dizer que a psicoterapia psicanalítica não promoveu diferenças estatisticamente significantes no aspecto cognitivo e de percepção visomotora nas crianças avaliadas. Uma das razões da ausência de mudanças nesta área pode ser creditada ao fato de que a inteligência é um constructo estável, e que a presença de alterações psicológicas acabam por não afetar diretamente os resultados. Mesmo assim, a utilização destes testes neste estudo foi importante para avaliar o quociente intelectual das crianças e sua percepção visomotora, já que o retardo mental e os transtornos orgânicos eram critérios de exclusão.

Fonagy (2003) propõe cinco níveis pelos quais a investigação dos resultados de psicoterapia pode ser conceitualizada de forma a avaliar globalmente a criança. Na amostra investigada, pode-se observar uma melhora em três dos cinco níveis propostos por Fonagy: 1) nível sintomático: diminuição da ansiedade, depressão e problemas escolares; 2) nível de adaptação da criança ao seu ambiente psicossocial: melhora no relacionamento interpessoal e percepção da realidade; 3) nível das capacidades emocionais e cognitivas da criança: sem alteração na capacidade cognitiva, mas com melhora na capacidade da criança de compreender suas emoções e modulação afetiva. Os dois últimos níveis, transicional e de integração dos serviços utilizados, não foram avaliados devido aos objetivos e limitações deste estudo.

É importante ressaltar que a maioria das crianças que permaneceu em tratamento neste estudo eram meninas (60,9%) que apresentavam sintomas de ansiedade, insegurança, medos (60,9%) e depressão (34,8%), os quais são característicos dos transtornos internalizantes. Para este grupo, a psicoterapia psicanalítica mostrou-se efetiva, com tamanho de efeito moderado de 0,696. Os mesmos resultados positivos, no entanto, não foram encontrados nas crianças que apresentavam comportamentos externalizantes, como o transtorno opociosional desafiante e transtornos de conduta. Estas crianças, predominantemente do sexo masculino (78,9%), formaram a maioria do grupo que não respondeu positivamente ao tratamento psicoterápico psicanalítico e abandonou-o antes de completar 12 meses.

Esses resultados confirmam os achados encontrados por Mary Target & Peter Fonagy (1994) em estudo retrospectivo anteriormente citado, que sugerem que a psicanálise e a psicoterapia psicanalítica são mais efetivas para transtornos emocionais, como ansiedade e depressão, não demonstrando a mesma efetividade para transtornos de conduta.

Não obstante, é importante considerar que existem limitações em todos os estudos, e este mostrou-se particularmente vulnerável porque foi realizado em um ambulatório que não possuía cultura de pesquisa e, por este motivo, todos os procedimentos operacionais tiveram que ser gradualmente instituídos e incorporados pela instituição. Houve uma resistência inicial a encaminhar os pacientes para a avaliação exigida nesta pesquisa, mas, aos poucos, os próprios terapeutas puderam dar-se conta do benefício obtido e valorizar, junto aos pais, a experiência de participar deste estudo. A dificuldade maior foi obter a cooperação dos terapeutas quando se procurou estudar aspectos do processo psicoterápico a partir da análise das sessões dialogadas supervisionadas em três diferentes momentos do tratamento. Essa análise foi sugerida pela banca de qualificação como complemento ao estudo da efetividade da psicoterapia psicanalítica com crianças. Apesar das inúmeras tentativas de obter o material solicitado, o retorno dos terapeutas foi mínimo, havendo uma real resistência destes a dividir com os pesquisadores seu material clínico. Esta resistência confirma os achados da literatura que menciona que os profissionais de orientação psicanalítica encontram-se na defensiva de avaliar o seu trabalho, havendo pouca valorização da produção do conhecimento obtido a partir da evidência empírica (Kernberg, 1999; Hermann, 2000)

Além disso, considera-se importante mencionar que existem mais dificuldades de se avaliar a efetividade da psicoterapia psicanalítica com crianças em um ambiente natural, como neste estudo, devido ao número acentuado de variáveis presentes (Roth & Fonagy, 2005). Também, na investigação de resultados com crianças, não é ético utilizar-se um grupo controle em que nenhum tratamento é oferecido; e a realidade de Porto Alegre, onde existem poucos modelos alternativos à psicanálise de atendimento de crianças, dificulta ainda mais a utilização de um grupo controle no qual outro tipo de tratamento é oferecido (como, por exemplo, a terapia cognitivo-comportamental, que é

amplamente utilizada nos Estados Unidos, e outros estados brasileiros). Não foi possível, também, utilizar-se um grupo controle de lista-de-espera neste estudo já que todas as famílias que buscavam atendimento no ambulatório eram prontamente atendidas.

Neste estudo, foram utilizados diferentes bancos de dados para a formação do grupo controle, já que se almejava equiparar as crianças do grupo clínico em termos de idade, sexo e resultado total do CBCL. Inicialmente, foi utilizado um banco de dados apenas de um estudo que avaliou, através do CBCL, diversas crianças de uma escola da rede pública de Porto Alegre, RS. Apesar de um retorno satisfatório dos pais em um primeiro momento, o mesmo não foi observado no re-teste. Este fato provavelmente está relacionado com a evasão escolar e à falta de contato direto dos pesquisadores com os pais, já que o processo teve que ser intermediado pela diretora da escola. Procuraram-se, então, outros bancos de dados, mantendo a equiparação das crianças; mesmo assim não foi possível formar um grupo controle de 23 crianças como se esperava inicialmente. Essa dificuldade na formação deste grupo controle em particular vai ao encontro da idéia de alguns autores (Leichsering & Rabung, 2006) que reportam que o uso de um grupo controle nos estudos de avaliação de resultados de psicoterapias de longa duração é difícil de ser organizados e produzem altos custos de investigação.

Quanto a outras limitações encontra-se a dificuldade que se teve para assegurar a integridade do tratamento, isto é, garantir que este foi efetivado da maneira pela qual era esperado (Kazdin, 2003). Isso se deve ao fato de que é muito difícil criar um manual para psicoterapias de longo prazo como a proposta neste estudo. Além disso, há uma maior flexibilidade nesta modalidade de tratamento, ou seja, quando um manejo técnico não está funcionando há uma adequação da intervenção às necessidades da criança e de sua família (ex: intervenção familiar ao invés de individual). Em geral, as terapias

psicodinâmicas dão maior valor à espontaneidade do momento e percebem um plano de tratamento detalhado e planejado de pouco uso ao processo psicoterápico, já que valorizam a improvisação e a criatividade (Bohart, O'Hara & Leitner, 1998; Pereplechikova, Treat & Kazdin, 2007). Neste estudo procurou manter-se a integridade do tratamento através das supervisões semanais oferecidas aos terapeutas envolvidos. Não foi possível, no entanto, assegurar que todas as supervisões seguissem o mesmo padrão, apesar de todos os supervisores terem uma formação psicanalítica, sendo muitos psicanalistas.

A escolha do método e dos instrumentos a serem utilizados e a implementação destes juntos aos profissionais que realizam os serviços são fundamentais na pesquisa de efetividade de psicoterapia. Neste estudo acredita-se que outros instrumentos poderiam ter sido utilizados, como o *Child Global Assessment Scale* (CGAS) ou o *Children's Functional Assessment Rating Scale* (CFARS), pois são instrumentos de fácil aplicação e validados internacionalmente. Acabou-se optando por instrumentos já conhecidos e utilizados no ambulatório no qual foi realizada esta investigação, porém o re-teste foi, certamente, dificultado pela extensão e exigência dos instrumentos escolhidos; além disso estes pareceram menos sensíveis à mudança.

A utilização de métodos qualitativos, complementares aos quantitativos, como foi sugerido pela banca de qualificação com a inclusão da análise das sessões dialogadas, teria sido igualmente relevante neste estudo. Infelizmente procurou-se obter o material junto aos terapeutas em um momento avançado do tratamento, e o retorno foi mínimo. Como este material geralmente fica em posse dos terapeutas e não nos prontuários dos pacientes, não foi possível fazer um estudo retrospectivo das sessões dialogadas. Esta tendência de não utilizar medidas sistemáticas de avaliar o progresso dos pacientes é muito comum entre os clínicos, porém impossibilita a união entre o

rigor científico e a relevância clínica, ou seja, a compreensão de como o processo terapêutico faz com que se atinja determinado resultado (Kazdin, 2008)

Neste estudo, o único instrumento qualitativo utilizado foi a ficha de evolução do paciente que foi criada especialmente para esta pesquisa. O retorno dos terapeutas foi de 100% e possibilitou um olhar mais detalhado da real experiência terapêutica do paciente. Optou-se pela categorização das medidas avaliadas na ficha de evolução em adequado e não adequado à idade, pois o método escolhido havia sido o quantitativo; mas, sem dúvida, este material pode vir a ser eventualmente analisado quanto ao seu conteúdo de forma a facilitar a compreensão do processo terapêutico e suas múltiplas facetas.

Apesar das dificuldades citadas ao longo desta discussão, acredita-se que será possível dar um retorno positivo ao serviço que disponibilizou seu espaço e crianças para realização deste estudo. Procurar-se-á dar este retorno de forma que a instituição e os profissionais que ali atuam possam aplicar os resultados desta investigação na sua prática. Por exemplo, considera-se importante enfatizar que são as meninas, que apresentam transtornos internalizantes e que permanecem em tratamento por, pelo menos, 12 meses, aquelas que mais se beneficiam com a psicoterapia psicanalítica. Já os meninos que apresentam transtornos externalizantes não são beneficiados da mesma forma e tendem a abandonar prematuramente o tratamento. Por este motivo, modalidades alternativas à psicoterapia psicanalítica para o tratamento dos transtornos externalizantes serão sugeridas. Também será reforçada a necessidade de investimento na aliança terapêutica com os pais desde o início do tratamento, através da compreensão detalhada de suas expectativas frente a este para evitar assim incongruências entre o tratamento a ser oferecido e o desejo do paciente e sua família. Por último será reforçada a importância da atualização dos prontuários e um maior controle sobre o

material contido nestes, bem como a operacionalização de medidas sistemáticas de avaliação, através da utilização de instrumentos de fácil aplicação, como o CBCL e o CGAS, em momentos diversos do tratamento. Só assim será possível um maior acesso dos pesquisadores ao material dos pacientes, a realização de estudos retrospectivos e a sistemática avaliação do progresso do paciente através de diferentes instrumentos, informantes e momentos de tratamento.

É provável que haja uma resistência por parte do serviço a revisar sua maneira de trabalhar, porém acredita-se que é somente através do investimento na pesquisa empírica dos resultados do trabalho, do entendimento da criança e sua família que busca atendimento e da compreensão dos fenômenos envolvidos no processo psicoterápico que se poderão oferecer serviços que vão ao encontro das reais necessidades da comunidade infantil que necessita de tratamento psicológico.

### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Achenbach, T.M. (1991). **Manual for the child behavior checklist/4-18 Profile**. Burlington, Vermont: University of Vermont, Department of Psychiatry.

Achenbach, T.M. (2006). As other see us – Clinical research implications of Cross-Informant Correlations for psychopathology. **Current Directions in Psychological Science**, **15**, 2, 94-88

Achenbach, T.M.; McConaughy, S.H. & Howell, C.T. (1987). Child/adolescent behavior and emotional problems: implications of cross-informant correlatios for situational specificity. **Psychological Bulletin**, **101**, 213-232.

Ben-Porath, Y.S. (1997). Use of personality assessment information in empirically guided treatment planning. **Psychological Assessment**, **9**, 361-367.

Beutler, L.E.; Howard, T.M.; Alimohamed, S. & Malik, M. (2000). Functional impairment and coping style. In Norcross, J.C. (Ed). **Psychotherapy Relationships that Work** (pp. 147-170). New York: Oxford University Press.

Blatt, S. Ford, R. (1994). **Therapeutic Change: An Object Relations Perspective**. New York: Plenum Press.

Bohart, A.C.; O'Hara, M. & Leitner, L.M. (1998). Empirically violated treatments: Disenfranchisement of humanistic and other psychotherapies. **Psychotherapy Research**, **8**, 141-157.

Costello, E.J.; Mustillo, S.; Erkanli, A.; Keeler, G. & Angold, A. (2003). Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. **Archives of General Psychiatry**, **60**, 837-844

Exner, J.E. & Weiner, I.B. (1995). **The Rorschach: A Comprehensive System. Assessment of Children and Adolescents**, **3**. John Wiley & Sons Inc.

Flannery-Schroeder, E.; Suveg, C.; Safford, S.; Kendall, P.C. & Webb, A. (2004). Comorbid externalizing disorders and child anxiety treatment outcomes. **Behavior Change** **21**, 14-25.

Fleitlich-Bilyk, B. & Goodman R. (2004). The prevalence of child and adolescence psychiatric disorders in south east Brazil. **Journal of American Academy of Child and Adolescence Psychiatry**, **43**, 727-734.

Figueiredo, V.L.M. (2002). **Escala de Inteligência Weschler para Crianças - Adaptação e padronização de uma amostra brasileira (3ª ed.)**. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Fonagy, P. (2003). The research agenda: the vital need for empirical research in child psychotherapy. **Journal of Child Psychotherapy**, **29**(2), 129-36.

Gabbard, G.O. (2005). **Elaboração e término**. In Gabbard G.O. **Psicoterapia Psicodinâmica a longo prazo: texto básico** (pp.161-178). Porto Alegre: ArtMed.

Hermann, F. (2000). Cem anos de psicanálise no Brasil. **Revista Brasileira de Psicanálise**, **34**(4), 731-748.

Hilsenroth, M.J.; Handler, L.; Toman, K.; Padawer, J. (1995). Rorschach and MMPI- 2 Indices os early psychotherapy termination. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, **63**(6), 956-965.

Kazdin, A.E.; Siegel, T.C. & Bass, D. (1990). Drawing upon clinical practice to inform research on child and adolescent psychotherapy: A survey of practioners. **Professional Psychology: Research and practice**, **21**, 189-198.

Kazdin, A.E. (1996). Dropping out of child psychotherapy: issues for research and implications for practice. **Clinical Child Psychology and Psychiatry**, **1**, 133-156.

Kazdin, A.E. (2003). **Research Design in Clinical Psychology** (4<sup>th</sup> edition). Boston: Allyn & Bacon,

Kazdin, A.E. (2008). Evidence-Based treatment and practice: New opportunities to bridge clinical research and practice, enhance the knowledge base and improve patient care. **American Psychologist**, **63**(3), 146-159.

Kernberg, O. (1999). Resistências à pesquisa em psicanálise. **Boletim Informativo da Fundação psicanalítica da América Latina**.

Koppitz, E. M. (1987). **O teste Gestáltico Bender para Crianças** (2ª ed.). Porto Alegre: Artes Médicas.

Kroeff, P. (1988). Normas Brasileiras para o Teste de Bender. **Psicologia: reflexão e Crítica**, **3**, ½, 10-17

Leichsering F. & Rabung S. (2006). Change norms: a complementary approach to the issue of control groups in psychotherapy outcome research. **Psychotherapy Research**, **16**(5), 594-605.

Liz, A.; Zennaro, A. & Mazzeschi, C. (2001). Child and adolescent empirical psychotherapy research: A review focused on cognitive-behavior and psychodynamic-informed psychotherapy. **European Psychologist**, **6**(1), 36-64.

Perepletchikova, F.; Treat, T.A. & Kazdin, A.E. (2007). Treatment integrity in psychotherapy research: Analysis of the studies and examination of the associated factors. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, **75** (6), 829-841.

Roth A., & Fonagy P. (2005). **What works for whom: a critical review of psychotherapy research** (2ª ed.) New York: Guildford Press.

Sourander, A.; Jensen, P.; Davies, M.; Niemela, P.; Elonheimo, H.; Ristakari, M.; Helenius, H.; Sillanmaki, L.; Piha, J.; Kumpulainen, K.; Tamminen, T.; Moilanen, I. & Almqvist, F. (2007). Who is at greatest risk of adverse long-term outcomes? The Finnish from the boy to a man study. **Journal of American Academy of Child and Adolescence Psychiatry**, **46**:9, 1148-1161.

Sours, J. (1996). Uma abordagem analiticamente orientada à avaliação diagnóstica. In Glenn, J. (Org.). **Psicanálise e Psicoterapia de crianças** (pp. 373-390). Porto Alegre: Artes Médicas.

Target, M. & Fonagy, P. (1994). The efficacy of psychoanalysis for children: prediction of outcome in a developmental context. **Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry**, **33**(8), 1134-1144.

Ward, J.; Dow, M.; Sanders, T.; Halls, S.; Musante, K.; Penner, K. & Burbine, T. (1995). **Program Evaluation and Outcome Assessment Project: HRS District 7, Phase II Summary, FY 1994-95**. Department of Community and Mental Health, Florida Mental Health Institute, University of South Florida, Tampa, Florida.

Weisz, J.R.; Doss, A.J. & Hawley, K.M. (2005). Youth psychotherapy outcome research: a review and critique of the evidence base. **Ann. Rev. Psychol.**, **56**, 337-363.

Weiner, I. & Exner, J. (1991). Rorschach changes in long-term and short-term psychotherapy. **Journal of Psychological Assessment**, **56**, 453-465.

**SEÇÃO III**

**ABANDONO DE PSICOTERAPIA COM CRIANÇAS**

## INTRODUÇÃO

O abandono prematuro do tratamento psicoterápico é um problema de grande relevância para aqueles que oferecem serviços a crianças, adolescentes e suas famílias. Seu significado, entretanto, fica muitas vezes obscurecido pelas evidências empíricas da efetividade de diferentes modalidades de atendimento oferecidas às crianças. (Weisz, Weiss, 1993; Kazdin, 1996; Weiss, Doss & Hawley, 2005). Isso quer dizer que se uma criança é engajada em tratamento, é provável que esta consiga se beneficiar deste. Não obstante, a literatura demonstra que de 40% a 60% das crianças abandonam prematuramente a psicoterapia (Kazdin, 1996). Estas mesmas crianças acabam por não receber o tratamento planejado e são geralmente desconsideradas nos estudos de avaliação de resultados de psicoterapia.

Além disto, estudos longitudinais indicam que as doenças psiquiátricas na infância são precursoras de uma gama de resultados negativos, ou seja, se uma criança sofre de uma doença psiquiátrica na infância e não é tratada, ela tem maior risco de desenvolver outros transtornos emocionais ao longo de sua vida adulta (Sourander, et al., 2007). Neste sentido, é fundamental a compreensão empírica do fenômeno que envolve a interrupção prematura do tratamento psicoterápico de crianças para que ações preventivas apropriadas possam ser tomadas, e, assim, um número maior de crianças possa vir a ser apropriadamente atendida .

Para ir ao encontro desta demanda, foi desenvolvido este estudo que teve como objetivo comparar um grupo de 62 crianças que chegaram a atendimento psicológico por problemas emocionais diversos em um ambulatório de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. Destas 62 crianças, uma recebeu alta após sete meses de atendimento, e 23 completaram 12 meses de tratamento e seguiram-no até alta combinada. As demais 38 crianças interromperam o tratamento denotando um índice de abandono prematuro de

61,3%, ou seja, um pouco acima do esperado nas psicoterapias com crianças (Kazdin, 1996)

### **Abandono de Psicoterapia com Crianças**

Para poder se considerar abandono prematuro de psicoterapia são necessárias três condições: 1) o paciente deve deixar de participar do tratamento; 2) a decisão deve ser unilateral e feita pelo paciente ou seus pais e 3) esta mesma decisão não deverá ter a concordância do terapeuta (Kazdin, 1996). O abandono prematuro de tratamento neste estudo foi considerado como a interrupção da psicoterapia por decisão unilateral do paciente e/ou sua família, sem a concordância do terapeuta, o qual o considerava como incompleto.

Com relação a esta definição, é importante salientar que é o terapeuta quem nomeia a interrupção do tratamento como prematura a partir de seu julgamento sobre a necessidade da sua continuidade. Considerando que uma psicoterapia tem muitos objetivos e possíveis benefícios a serem atingidos, e a obtenção de alguns objetivos podem ser mais imediatos do que outros, a interrupção do tratamento após a obtenção de um objetivo inicial, pode ser injustamente designado como prematuro para muitas famílias (Kazdin, 1996).

Apesar das dificuldades de definição, na maioria dos casos o abandono prematuro de psicoterapia é um problema significativo, já que afeta um grande número das crianças que buscam tratamento psicológico e tem implicações clínicas, de pesquisa e para os serviços que oferecem este tipo de atendimento. As implicações clínicas consistem na impossibilidade de prover o serviço necessário à criança, pois ao abandonar o tratamento esta não recebe o seu benefício. Este é um problema de grande relevância, já que as crianças que abandonam são as que, em geral, mais necessitam

(Kazdin, Mazurick & Siegel, 1994). Em termos de pesquisa, as implicações consistem em perda amostral que pode vir a ameaçar a validade do experimento, pois reduz seu poder estatístico e limita a generalização dos resultados. Com relação aos serviços, o abandono prematuro compromete os custos com profissionais e a área física do estabelecimento. Em geral, as famílias que abandonam o tratamento tendem a faltar muito às sessões antes de desistir e, por isto, ocupam horários de outras crianças que, muitas vezes, aguardam tratamento (Kazdin, 1994)

Existem muitos fatores citados na literatura (Kazdin, 1996; Kazdin, Holland & Crowley, 1997) relacionados ao abandono prematuro. São estes: a) percepção por parte da criança e/ou família de que o tratamento não é relevante; b) uma aliança terapêutica frágil com a criança e sua família no início do tratamento; c) desvantagem socioeconômica; d) alto nível de stress e disfunção na família, entre outros (Gould, Shaffer & Kaplan, 1985; Armbruster & Kazdin, 1994; Kazdin, Holland & Crowley, 1997). Na verdade, quanto mais fatores presentes, maior o risco de abandono prematuro. Os estudos indicam que, na maioria dos casos, a razão do abandono reside nas dificuldades familiares e não na criança que necessita atendimento. Apesar disto, os pais têm dificuldades de identificar as razões do abandono quando indagados a respeito (Kazdin et al., 1997)

Neste sentido a psicoterapia com crianças difere da psicoterapia com adultos já que a criança não busca tratamento para si mesmo e, portanto, depende da motivação dos pais para que procurem ajuda e se mantenham em tratamento. Por este motivo, uma aliança terapêutica positiva com os pais é, muitas vezes, mais importante para manutenção do tratamento do que uma boa aliança terapêutica com a criança (Kazdin, 1996). Na maioria dos casos os pais participam ativamente da psicoterapia de seus

filhos. Quanto maior a resistência para participação, maior o risco de abandono prematuro (Armbruster & Kazdin, 1994).

### **Término de Psicoterapia Psicanalítica com Crianças**

O término da psicoterapia é uma fase distinta e crucial do processo de tratamento, no qual são mobilizados sentimentos e emoções tanto por parte do paciente como do profissional responsável. A maneira pela qual será manejado o término do tratamento depende muito da orientação teórica do terapeuta. Nos casos das psicoterapias psicodinâmicas, que neste estudo será utilizado como sinônimo de psicoterapia psicanalítica, os objetivos incluem explorar as emoções geradas pelo término, como, por exemplo, os sentimentos relacionados a perdas e separações (Curtis 2000; Watchell, 2002).

Em um estudo qualitativo (Kramer, 1986) sobre término de psicoterapia de longa duração, como a psicoterapia psicanalítica, revelou-se que os terapeutas pouco falam sobre o término da psicoterapia e não preparam seus pacientes para isso. Além disto, o estudo demonstrou que havia muito desacordo entre terapeutas e pacientes com relação a esta fase. Enquanto os pacientes tendem a atribuir o término a fatores externos a psicoterapia, os terapeutas tendem a interpretar o fato como resistência ou falta de motivação por parte do paciente. A maior parte da literatura sobre o assunto é ainda teórica e especulativa, e os estudos que existem parecem mais preocupados em quando a terapia terminou e não como esta fase específica do tratamento se apresentou (Roe, Dekel, Harel & Fennig, 2006).

Ferro (1995) refere que será o próprio campo emocional, ou seja, o encontro entre analista/psicoterapeuta e paciente, o lugar de sinalização do fim de análise. Tais sinalizadores são resultantes das forças emocionais deste campo e se originam de sua

interação. Exemplos de tais indícios são relatos e sonhos do paciente, seus personagens e narrações, jogos, desenhos, contratransferência e sonhos de contratransferência, identificações projetivas, entre outras manifestações.

Todas as vezes que assumirmos uma escuta mais ampla e atenta às manifestações do campo, segundo Ferro (1995), os sinalizadores poderão ser percebidos e compreendidos. Para isso, no entanto, é imprescindível que um trabalho exaustivo de análise pessoal, estudos teóricos e supervisão aconteçam, permitindo uma verdadeira “desintoxicação” mental do analista/psicoterapeuta, o que permite a salvaguarda de seu aparelho de pensar.

Como já citado, a análise e a psicoterapia psicanalítica com crianças diferem em muitos aspectos do tratamento de adultos. No que diz respeito ao término da psicoterapia psicanalítica com crianças, as questões são igualmente diversas, já que a responsabilidade pelo estabelecimento dos critérios de término incide principalmente no analista/terapeuta, pois dificilmente os pais ou a criança tem condições de entender os processos envolvidos nesta decisão. Apesar disto, recente estudo realizado em Porto Alegre sobre a efetividade da psicoterapia psicanalítica com adultos encontrou um elevado número de abandonos, confirmando estudos anteriores (Jung, Tiellet & Eizirik, 2007). Já estudo específico sobre abandono precoce do tratamento em psicoterapia psicanalítica com adultos, realizado na mesma cidade, encontrou uma taxa de abandono de apenas 12,5%; portanto, bastante inferior a outros estudos. Os autores sugerem que isto pode refletir uma indicação mais precisa para esta modalidade de atendimento, já que foram considerados 21 critérios baseados na literatura e em painel de *experts* para o encaminhamento dos casos para psicoterapia psicanalítica. Dentre os critérios utilizados estão a busca espontânea, a qualidade das relações de objeto, o sofrimento psíquico, descontrole de impulsos, a aliança terapêutica, a motivação para mudança, entre outros.

O menor nível de *insight* e defesas mais imaturas foram associados a maiores taxas de abandono. (Hauck et al., 2008)

Abrams (1996) sugere alguns pontos que devem ser considerados ao final de uma análise com crianças e que podem ser, em parte, considerados para a psicoterapia psicanalítica com crianças. O autor refere-se ao confronto das questões dinâmicas, desenvolvimento de mecanismos de defesa e controle de impulsos apropriados à etapa desenvolvimental da criança, bem como ao amadurecimento do aparelho emocional da criança. Se o tratamento termina antes que estes critérios possam ser satisfeitos, deve ser considerado interrompido prematuramente e não terminado.

Um aspecto importante a ser salientado diz respeito ao fato de que as psicoterapias psicanalíticas não possuem um número pré-delimitado de sessões para atingir seus objetivos, diferentemente das psicoterapias cognitivo-comportamentais. As psicoterapias de orientação psicanalítica são, na sua maioria, de longa duração e têm objetivos amplos e que vão se adequando às necessidades do paciente ao longo do tratamento. São muitos os processos envolvidos em um tratamento psicoterápico, e tudo depende da interação destes fatores, como a relação paciente-terapeuta, a motivação do paciente e o seu funcionamento emocional.

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo Geral**

Comparar o grupo de crianças que se manteve em psicoterapia psicanalítica por 12 meses e que seguiu o tratamento até o momento de alta combinada (G1) com o grupo de crianças que abandonou prematuramente o tratamento (G2).

### **Objetivos Específicos**

Realizar uma associação entre as variáveis sociodemográficas, clínicas e dos resultados dos testes com a permanência em psicoterapia psicanalítica e o abandono do tratamento.

Verificar se existem diferenças nos resultados dos testes das crianças do G1 e as crianças do G2.

### **MÉTODO**

Trata-se de um estudo quantitativo em dois grupos (tratamento G1 x abandono G2); tratamento quase-experimental de medida única antes do início da psicoterapia psicanalítica individual. Os dados sociodemográficos, clínicos e dos resultados dos testes foram associados com a permanência na psicoterapia psicanalítica por 12 meses e seguimento do tratamento até alta combinada e o abandono da psicoterapia antes dos 12 meses ou alta combinada.

### **Amostra**

Inicialmente foi constituída uma amostra de 66 crianças como parte de outro estudo da mesma autora sobre efetividade da psicoterapia psicanalítica com crianças. Nesta amostra inicial, 23 crianças eram do sexo feminino e 43 crianças eram do sexo masculino, com idades entre 6 e 11 anos, pacientes cujas famílias buscaram atendimento no Centro de Estudos, Atendimento e Pesquisa da Infância e da Adolescência (CEAPIA), em Porto Alegre, nos anos de 2005 e 2006 e concordaram em participar da pesquisa. Das 66 crianças que realizaram a avaliação inicial, 23 completaram 12 meses de atendimento psicoterápico e seguiram atendimento até a data combinada com o terapeuta. Um caso teve alta combinada após 7 meses de tratamento. Dois casos foram

excluídos por apresentarem diagnóstico de retardo mental, e dois casos foram excluídos porque as crianças tinham menos de seis anos de idade. Em 38 casos dos 62 incluídos nesta amostra, houve interrupção do tratamento por parte da família do paciente, sendo o índice de abandono de 61,3%.

### Características da Amostra

Composta de 62 crianças que buscaram atendimento psicoterápico no Centro de Estudos, Atendimento e Pesquisa da Infância e Adolescência (CEAPIA), em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, nos anos de 2005/2006 e concordaram em participar da pesquisa. A amostra foi, então, dividida em dois grupos: o G1 que corresponde às crianças que se mantiveram em atendimento por 12 meses e seguiram em atendimento e/ou tiveram alta combinada, em um total de 24 crianças e o G2 que corresponde às crianças que abandonaram o tratamento, em um total de 38 crianças. As características sociodemográficas da amostra são apresentadas na tabela a seguir:

**Tabela 1 – Características Sócio-demográficas**

	<i>N</i>	<i>G1</i>	<i>N</i>	<i>G2</i>	<i>Ntotal</i>	<i>%</i>
<b>Sexo</b>						
Feminino	15	37,5%	8	21,1%	23	37,1
Masculino	9	62,5%	30	78,9%	39	62,9
<b>Idade</b>						
6 anos	5	20,8%	8	21,1%	13	21,0
7 anos	3	12,5%	5	13,2%	10	12,9
8 anos	4	16,7%	8	21,1%	12	19,4
9 anos	6	25,0%	9	23,7%	15	24,2
10 anos	4	16,7%	5	13,2%	9	14,5
11 anos	2	8,3%	3	7,9%	5	8,1
<b>Escolaridade</b>						
Pré-escola	2	8,3%	2	5,3%	4	6,5
Primeira-série	4	16,7%	9	23,7%	13	21,0
Segunda-série	2	8,3%	9	23,7%	11	17,7
Terceira-série	7	29,2%	8	21,1%	15	24,2
Quarta-série	5	20,8%	6	15,8%	11	17,7
Quinta-série	3	12,5%	4	10,5%	7	11,3

A análise das frequências indica que no momento da busca a amostra era constituída de 37,1% de crianças do sexo feminino e 62,9% de crianças do sexo masculino. Apesar de serem a minoria, no momento inicial deste estudo, as crianças do sexo feminino são a maioria (62,5%) no grupo que permaneceu em psicoterapia durante 12 meses e não interrompeu o tratamento. As crianças do sexo masculino, por sua vez, formaram a maioria no grupo que abandonou prematuramente o tratamento (78,9%).

Com relação à idade, o maior número de crianças em ambos os grupos se concentra na idade de 8 a 10 anos. A escolaridade das crianças reflete a idade destas já que o número de repetências é praticamente nulo.

As características clínicas da amostra são apresentadas na tabela 2:

**Tabela 2- Características Clínicas**

	<i>N</i>	<i>%(G1)</i>	<i>N</i>	<i>%(G2)</i>
<b>Encaminhamento</b>				
Escola	10	41,7	13	34,2
Neurologista	2	8,3	2	5,3%
Psiquiatra	3	12,5	3	7,9
Pediatra	2	8,3	3	7,9
Psicólogo	1	4,2	1	2,9
Familiar	4	16,3	4	10,5
Outro	2	8,3	9	23,7
Não tem informação	0	0,0	3	7,9
<b>Motivos de Busca</b>				
Problemas escolares	7	29,2	7	18,4
Dificuldades na rel. Interp	5	20,8	5	13,2
Falta de atenção	3	12,5	12	31,6
Depressão e tristeza	8	33,3	3	7,9
Dificuldade no sono/alimentação/ controle dos esfínteres	1	4,2	1	2,6
Problemas de comportamento	5	20,8	15	39,5
Ansiedade/insegurança/medos	17	70,8	13	29,2
Agressividade	7	29,2	7	18,4
<b>Hipótese Diagnóstica Inicial</b>				
Transtorno de humor	4	16,7	10	26,3
Transtorno de conduta	9	29,2	15	10,5
Transtorno de ansiedade	7	37,5	4	39,5

TDAH	2	8,3	4	10,5
Outros	2	8,3	4	10,5
Não tem informação	0	0,0	1	206
<b>Número de Sessões por Semana</b>				
Uma sessão por semana	11	45,8	18	47,4
Duas sessões por semana	13	54,2	3	7,9
Só avaliação	0	0,0	14	36,8
<b>Tratamentos Concomitantes</b>				
Sim	8	33,3	5	13,2
Não	16	66,7	33	86,8
<b>Uso de Medicação</b>				
Sim	6	25,0	3	7,9
Não	18	75,0	35	92,1
<b>Ano do Curso do terapeuta</b>				
Estágio de Psicologia	2	8,3	3	7,9
Primeiro ano	5	20,8	17	44,7
Segundo Ano	14	58,3	10	26,3
Terceiro Ano/Corpo Clínico	3	12,5	8	15,8

Os resultados indicam que a escola foi a fonte de maior encaminhamento em ambos os grupos, seguida por profissionais da saúde. Com relação aos motivos de busca, os comportamentos internalizantes, como ansiedade (70,8%) e depressão (33,3%) predominam no G1, já que se mostram presentes em um grande número de casos. Por outro lado, os comportamentos externalizantes, como problemas de comportamento, são a maioria no G2, presentes em 39,5% dos casos.

Como hipótese diagnóstica inicial, a maioria dos casos em ambos os grupos se concentra nos transtornos relacionados à ansiedade, o que pode ser relacionado aos motivos de busca no G1, mas não aos motivos de busca do G2. A maioria dos pacientes foi atendida duas vezes por semana no G1 (54,8%). Já no G2 a maior parte dos casos só realizou a avaliação (36,8%) ou foi atendida uma vez por semana (47,4%). Os resultados também indicam que 86,8% das crianças do G2 não realizavam outros atendimentos concomitantes à psicoterapia. No G1 este número corresponde a 66,7%.

Quanto ao ano do curso no qual o terapeuta se encontrava no momento de busca, 20,8% estavam no primeiro ano, e 58,3% estavam no segundo ano no G1. Já no G2, apenas 26,3% estavam no segundo ano, estando concentrados a grande maioria dos terapeutas no primeiro ano do curso (44,7%)

### **Instrumentos**

Para a avaliação das 62 crianças foram utilizados os seguintes instrumentos: a) Ficha de levantamento sociodemográfico e clínico das crianças avaliadas (Anexo C); b) Teste Gestáltico Visomotor de Bender; c) The Wechsler Intelligence Scale for Children (WISC III), com padronização brasileira de Figueiredo (2002); d) técnica de Rorschach e e) Child Behavior Check List (CBCL),

### **Procedimentos de coleta de dados**

Durante a triagem, procedimento padrão para ingresso da criança como paciente da instituição, os pais ou responsáveis foram convidados a participar da pesquisa em questão. Os técnicos, que foram previamente treinados quanto à realização desse convite, explicaram aos pais ou responsáveis do que se tratava. Em caso de aceite ao convite, foi entregue aos pais um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para assinatura (Anexo B). Após terem concordado com a participação e assinado o TCLE, foram-lhes oferecidos horários previamente definidos para a realização da coleta de dados.

No momento anterior à psicoterapia, as crianças foram avaliadas por um examinador treinado, nas datas definidas após a entrevista de triagem e antes de iniciarem a psicoterapia propriamente dita. A coleta de dados com as crianças foi realizada em dois encontros: um para a aplicação do Bender e do WISC III, e um

segundo para a aplicação do Rorschach. O CBCL foi preenchido pelos pais enquanto a criança estava sendo avaliada. As fichas de levantamento sociodemográfico e clínico foram preenchidas pelos terapeutas das crianças avaliadas. A aplicação desses instrumentos foi de acordo com o método padronizado para cada um :

Para o Bender, foi apresentado à criança um conjunto de cartelas (total de 9), contendo as figuras que compõem o teste. O sistema de correção utilizado foi o de Koppitz (1987) e a padronização brasileira realizada em Porto Alegre (RS) de Kroeff (1988).

Para o WISC-III, foi utilizada a padronização de Figueiredo (2002), sendo que esse instrumento é composto de 10 subtestes (Informação, Compreensão, Vocabulário, Semelhanças, Armar Objetos, Cubos, Aritmética, Arranjo de Figuras, Códigos e Completar Figuras), divididos em Escala Verbal e de Execução. Para esta pesquisa, foram utilizados os 10 subtestes obrigatórios, e com estes foi possível obter o QI total, QI Verbal, QI de execução, compreensão verbal (CV) e organização perceptual (OP) da criança avaliada. A ordem de aplicação dos subtestes manteve a padronização de Figueiredo (2002), e a correção do instrumento se deu por esse sistema validado para o Brasil.

A técnica de Rorschach foi aplicada conforme Exner (1995). Foram aplicadas as 10 lâminas que compõem o teste em duas fases: a de verbalização e a do inquérito. A classificação e a análise das respostas foram feitas pelo sistema compreensivo proposto por Exner (1995).

O CBCL foi preenchido pelos pais das crianças avaliadas. Este é um questionário composto de 138 itens, 20 dos quais avaliam a competência social da criança e 118 avaliam os problemas de comportamento. Os resultados são divididos em

não-clínico, clínico e limítrofe de acordo com as respostas dadas pelos pais (Achenbach, 1991)

Com relação à ficha preenchida pelos terapeutas, esta (anexo C) solicitava ao terapeuta informar a idade, motivo da busca, encaminhamento, hipótese diagnóstica inicial, número de sessões por semana, presença de tratamentos concomitantes e medicação. Todos os três avaliadores são psicólogos formados e treinados na aplicação e interpretação de testes psicológicos. Todos os testes – o Bender, o WISC-III, o Rorschach e o CBCL – foram aplicados, avaliados e interpretados conforme seus respectivos manuais.

### **Procedimento de análise dos dados**

No teste Bender-Gestáltico, duas escalas para pontuação de escores foram utilizadas: a escala de maturação segundo a idade conforme Koppitz (1987) e a escala de maturação segundo a idade conforme Kroeff (1988). No WISC III, a escala utilizada para avaliação dos resultados foi a adaptação e padronização a partir de uma amostra brasileira de Vera Lúcia Marques de Figueiredo (2002). Já no Rorschach os resultados foram levantados e interpretados a partir do sistema compreensivo para crianças proposto por Exner (1995). E por fim, o CBCL foi levantado a partir de um programa de computador que apresenta os escores e os divide em clínico, limítrofe e não-clínico.

Com relação à ficha preenchida pelos terapeutas o levantamento foi feito a partir das informações fornecidas por estes quanto aos dados sociodemográficos e dados clínicos

Os resultados de cada teste e das fichas de cada criança foram transportados para o programa SPSS 11.0 (*Statistic Package for Social Sciences*). Foi, então, aplicado o teste qui-quadrado para heterogeneidade com correção de Yates ou teste exato de Fisher

quando necessário para associação das variáveis categóricas. O teste t de *student* foi utilizado para a associação das variáveis quantitativas. Objetivou-se, com isto, realizar uma associação entre as variáveis sociodemográficas, clínicas e dos resultados dos testes com a permanência em psicoterapia psicanalítica por 12 meses (G1) e o abandono do tratamento (G2).

### **Procedimentos Éticos**

Os procedimentos éticos deste estudo incluíram o treinamento da equipe que participou desta investigação quanto ao convite feito aos pais para participar da pesquisa, à informação aos pais sobre a pesquisa e aos testes que seriam aplicados e à entrega do Termo de Consentimento Livre e Informado a estes. Além disso, foi mantido o sigilo quanto à identidade das famílias e das crianças avaliadas.

Os testes foram realizados em duas sessões para não sobrecarregar as crianças que estavam sendo avaliadas.

## **RESULTADOS**

Para a análise das diferenças das variáveis sociodemográficas e clínicas foi aplicado o teste chi-quadrado. Os resultados estão dispostos na tabela a seguir:

**Tabela 3- Variáveis sociodemográficas e clínicas**

	<i>valor do p</i>
<b>Idade</b>	,998
<b>Sexo</b>	,001
<b>Escolaridade</b>	,575
<b>Encaminhamento</b>	
Problemas escolares	,470
Agressividade	,324
Ansiedade/Insegurança e Medos	,005
Depressão/Tristeza	,011
Problemas de Relacionamento Interpessoal	,423

Problemas de Atenção	,088
Problemas com Sono/alimentação/Esfíncteres	,739
Outros	,487
<b>Hipótese Diagnóstica</b>	,510
<b>Ano do Curso do Terapeuta</b>	,083
<b>Frequência dos atendimentos</b>	,0001
<b>Atendimentos Concomitantes</b>	,057
<b>Uso de Medicação</b>	,063

A análise das variáveis sociodemográficas e clínicas demonstra que houve diferenças estatisticamente significantes nas seguintes variáveis: sexo (0,001), com predominância do sexo feminino no grupo que permaneceu em tratamento por 12 meses(G1); nos motivos de busca ansiedade, insegurança, medos (0,005) e depressão (0,001), ambos presentes em maior número no G1; frequência dos atendimentos, sendo a predominância da frequência de duas vezes por semana no G1 e uma vez por semana no G2. Todas as demais variáveis não apresentaram diferenças estatisticamente significantes.

Com relação às variáveis relativas aos resultados dos testes Bender, WISC III, Rorschach e CBCL o valor do  $p$  está demonstrado nas tabelas a seguir:

**Tabela 4- Resultados dos Testes Bender**

	<i>valor do p</i>
Bender Koppitz	,577
Bender Kroeff	,327

**Tabela 5 – Resultados do WISC III**

	<i>valor do p</i>
QI Verbal	,719
QI de Execução	,719
QI Total	,906
Compreensão Verbal	,385
Organização perceptual	,425

**Tabela 6 – Resultados do Rorschach**

	<i>valor do p</i>
Numero de respostas	,678
% Global	,825
% Detalhe Comum	,795
% Detalhe Incomum	,668
% S	,846
% Respostas F	,249
% Fo	,372
% F-	,693
% FM	,463
% M	,135
% FC	,197
% CF	,041
% C	,433
% FC'	,760
% C'F + C'	,615
% Fm	,135
% m+ mF	,013
% FT	,905
% A + Ad	,174
% H	,868

**Tabela 7 – Resultados do CBCL**

	<i>valor do p</i>
Atividade	,890
Sociabilidade	,045
Escolaridade	,945
Total	,091
Retraimento	,512
Somático	,021
Ansiedade/depressão	,019
Contato social	,961
Pensamento	,691
Problema de atenção	,758
Delinqüência	,909
Agressividade	,920
Problemas sexuais	,615
Escala introversão	,046
Escala extroversão	,916
Escala total	,108

Os resultados apontam diferenças estatisticamente significantes nas variáveis %CF ( $p = 0,041$ ) e %m+mF ( $p = 0,013$ ) do Rorschach e escalas de sociabilidade ( $p = 0,045$ ), ansiedade e depressão ( $p = 0,019$ ), somática ( $p = 0,021$ ) e introversão ( $p = 0,046$ )

no CBCL. Nas variáveis medidas nos testes Bender e WISC III, não foram encontradas diferenças estatisticamente significantes, assim como nas demais variáveis do Rorschach e CBCL.

## DISCUSSÃO

As pesquisas de abandono de psicoterapia de crianças realizadas até o momento possibilitaram uma melhor definição do abandono prematuro, a identificação de fatores que levam ao abandono, bem como formas de prevenir e melhorar os serviços psicoterápicos oferecidos às crianças (Armbruster & Kazdin, 1994; Kazdin, Holland & Crowley, 1997). Entretanto, a investigação na área é ainda escassa, e esta limitação parece estar relacionada com a dificuldade de acesso aos paciente que abandonam prematuramente o tratamento, já que estes raramente se dispõem a participar de pesquisas longitudinais e acabam por limitar o entendimento dinâmico do tema.

Kazdin (2008) salienta a importância de caracterizar os moderadores que influenciam os resultados de uma intervenção para o encaminhamento dos pacientes ao tratamento mais efetivo às suas necessidades. Neste estudo em particular, a análise dos resultados encontrados na comparação entre o (G1) e o (G2) demonstra que a criança que permaneceu em tratamento era predominantemente do sexo feminino, apresentava sintomas de ansiedade, insegurança, medos, depressão, queixas somáticas e de dificuldades na sociabilidade no momento da busca - todos estes sintomas característicos dos transtornos internalizantes - e recebeu atendimento com uma frequência de duas vezes por semana. Além disto, as crianças do G1 apresentaram diferenças estatisticamente significantes em algumas das variáveis medidas pelo Rorschach, com uma porcentagem maior de CF e m+mf, indicando uma maior dificuldade de controlar os impulsos e emoções do que o G2.

Estes resultados demonstram que as crianças que possuem estas características sociodemográficas (sexo feminino), clínicas (transtornos internalizantes e maior frequência de atendimentos) e nos resultados dos testes (Maior %CF e maior % m+mF) são aquelas que têm uma maior chance de permanecer em psicoterapia psicanalítica, beneficiarem-se com o tratamento e não abandonarem prematuramente o mesmo. O G2, por sua vez, foi caracterizado por um número acentuado de meninos que apresentavam problemas de comportamento e falta de atenção no momento da busca - estes predominantemente comportamentos externalizantes - e receberam atendimento uma vez por semana ou só realizaram a avaliação antes de interromperem o tratamento. Esses resultados indicam que as crianças que possuem as características descritas acima têm mais chance de não se beneficiarem com a psicoterapia psicanalítica e de interromperem o tratamento em sua fase.

Os resultados deste estudo também confirmam o alto índice de abandono encontrado nas psicoterapias com crianças (Kazdin, 1996). É relevante salientar, no entanto, que índices elevados de abandono são também encontrados nas psicoterapias em diferentes idades, grupos diagnósticos e modalidades de tratamento (30-60%), denotando que este não é um problema restrito à população infantil que realizou psicoterapia psicanalítica. Estudos realizados no Brasil sobre o tema encontraram índices de abandono que variam de 35% a 68,7% nos serviços que oferecem serviços psicológicos (Lopez, 1983; Carvalho & Têrziz, 1988; Lhullier, Nunes, Antochévis, Porto & Figueiredo 2000). Recente amostra pesquisada em Porto Alegre (RS), sobre efetividade da psicoterapia psicanalítica com adultos reportam taxas de desistência ainda maiores entre 76,4% a 94,12% (Jung, Tiellet & Eizirik, 2007). Apesar disso 88,24% dos pacientes desta amostra descreveram sua experiência com o tratamento como satisfatória. Estes achados comprovam dados de outros informes sobre a

tendência dos psicoterapeutas de subestimarem as altas e superestimarem as interrupções.

Neste estudo sobre abandono de psicoterapia com crianças, procurou-se fazer uma investigação longitudinal, através da aplicação do CBCL, com os abandonantes, mas o retorno das famílias foi pouco significativo, confirmando evidências citadas na literatura. (Armbruster & Kazdin, 1994). Acredita-se, porém, que similares resultados poderiam ser encontrados, ou seja, apesar das desistências, o índice de satisfação seria elevado. Essa suposição se deve aos resultados encontrados em um levantamento informal realizado no ano de 2006, com os pais, nesta mesma instituição sobre sua satisfação com o tratamento. Quase 100% dos pais, cujos os filhos estavam em tratamento no momento do levantamento, consideravam-se plenamente satisfeitos ou satisfeitos com a psicoterapia psicanalítica realizada com seus filhos até aquele momento (Deakin & Dian, 2006).

Em estudo realizado sobre as características das crianças que abandonam o tratamento, concluiu-se que a continuidade do tratamento não depende muito das características da criança, mas sim de fatores situacionais e externos à psicoterapia, como raça e classe social (Viale-Val, Rosenthal, Curtiss & Marohn 1984; Weisz, Weiss & Longmeyer, 1987). Alguns fatores internos, no entanto, podem ser detectados na avaliação, como, por exemplo, a motivação dos pais, e a sua utilização no planejamento do tratamento a ser oferecido à criança.

Algumas hipóteses levantadas sobre as razões pelas quais esta amostra apresentou um alto índice de abandono merecem ser mencionadas. Em primeiro lugar, como referido anteriormente, a psicoterapia psicanalítica parece ser mais efetiva no tratamento das crianças do sexo feminino e que apresentam transtornos internalizantes. Estes resultados confirmam os achados encontrados em pesquisa realizada no *Anna*

*Freud Center*, Londres (Target & Fonagy, 1994), no qual o estudo retrospectivo de 763 prontuários demonstrou que a psicanálise com crianças e modalidades oriundas desta são mais efetivas no tratamento de transtornos emocionais, como a ansiedade e depressão, não demonstrando a mesma efetividade para transtornos de conduta. Também existem evidências que apontam que são as crianças do sexo masculino aquelas que tendem ao maior abandono de psicoterapia (Lasky & Salmone, 1977)

A amostra inicial deste estudo, no entanto, era composta predominantemente de meninos e que apresentavam problemas de comportamento, portanto transtornos externalizantes. Para esta população estudos indicam serem as psicoterapias comportamentais as mais indicadas, e o elevado índice de desistência reforça a idéia de que a psicoterapia psicanalítica não apresenta a mesma efetividade (Kazdin, 1994, 1996; Target & Fonagy, 1994).

Em segundo lugar, cabe ressaltar que os terapeutas envolvidos eram, na sua maioria, iniciantes e inexperientes quanto à realização da psicoterapia com crianças. Estudos reportam uma correlação positiva entre a quantidade de tempo de trabalho e os resultados de tratamento (Sandell et al., 2000). Em geral, os terapeutas iniciantes tendem a criar expectativas ideais e não reais de seu trabalho, aspirando algo perfeito e além do esperado pelo paciente (Gabbard, 2005).

Não obstante, vale mencionar que a maioria dos terapeutas que trabalham a partir de uma orientação psicanalítica ou psicodinâmica, sejam estes iniciantes ou experientes, objetiva ir além do alívio dos sintomas que motivaram a busca do tratamento e visa a uma mudança estrutural da criança, na qual há o estabelecimento de uma nova relação objetal (Sours, 1996). Para obtenção desses objetivos é, muitas vezes, necessária uma maior frequência das sessões e duração mais prolongada do tratamento. Entretanto, nem sempre os pais buscam essas mudanças, prevalecendo a normalização

do comportamento da criança como o objetivo principal. Quanto este é atingido, mesmo que outros objetivos possam existir por parte do terapeuta, os pais podem se sentir beneficiados e optar por interromper o tratamento que, para eles, não é considerado prematuro, já que suas expectativas foram atendidas (Soley, Hooper, Marshall & Chambliss, 1998). Além disso, é importante ressaltar que os profissionais que trabalham a partir de uma orientação psicodinâmica, como a psicoterapia psicanalítica, tendem interpretar o término do tratamento como resistência ou falta de motivação por parte do paciente e/ou sua família. Estes últimos, por sua vez, tendem a atribuir o término a fatores externos à psicoterapia, como falta de tempo, dificuldades de transporte ou financeira (Todd, Deane & Bragdon, 2003). Plunkett (1984) salienta que quando as expectativas dos pais se mostram incongruentes com as do serviço no qual a criança está inserida há uma maior chance de que a família interrompa o tratamento e/ou tenha dificuldade de participar deste. O autor cita algumas formas de prevenção do abandono prematuro como a compreensão dos objetivos e expectativas dos pais e da criança frente ao tratamento bem como a formação de uma forte aliança terapêutica com estes, já que no caso da psicoterapia com crianças, a aliança terapêutica com os pais é mais importante do que com a criança (Tryon & Kane, 1990).

Pelos fatores citados, até então, é possível que tenha havido uma incongruência entre as expectativas dos pais e os objetivos do serviço oferecido. Neste estudo, não foi feita uma análise inicial das expectativas dos pais, e talvez uma maior ênfase tenha que ser dada nesta questão em estudos futuros sobre efetividade e abandono de psicoterapia com crianças. Recente estudo (Garland, Haine & Boxmeyer, 2007) demonstrou que a satisfação da criança/adolescente está associada a expectativas positivas do terapeuta. Já uma maior satisfação dos pais apareceu associada a um maior número de sessões e melhora no funcionamento global da criança. Cabe ressaltar, no entanto, que os

constructos relativos às expectativas e satisfação parental frente à psicoterapia ainda são vagos e necessitam ser mais bem definidos para que possam ser utilizados nos estudos de avaliação de intervenções terapêuticas com crianças.

A posição de Gabbard e Westen (2003) vale aqui ser lembrada. Para estes autores a teoria moderna de ação terapêutica diz respeito à utilização de estratégias (sejam estas psicanalíticas ou não) que facilitarão o processo de mudança proposto no plano de tratamento de determinado paciente. Com isto, os autores sugerem que o profissional deve se preocupar mais com o fato de uma técnica ser terapêutica para determinado paciente, e não se esta se enquadra dentro da linha teórica seguida por este mesmo profissional. Dentro desta mesma linha de pensamento, Tryon e Kane (1990) propõem que não se deve oferecer o mesmo tipo de tratamento a todas as crianças, independente da situação, pois ao se desconsiderarem as características individuais de cada caso, corre-se o risco de maiores índices de abandono de tratamento.

A necessidade de gratificação imediata, a pouca capacidade reflexiva das crianças e seus pais e a busca de soluções rápidas e de baixo custo podem também estar relacionadas a um maior índice de abandono das psicoterapias de longa duração, como as propostas pela psicoterapia psicanalítica. Além disso, existe a constante pressão dos planos de saúde que querem cortar custos a qualquer preço e, por isso limitam a qualidade do serviço a ser oferecido. A distância entre o tratamento real e o tratamento ideal para determinado paciente parece estar cada vez maior, comprometendo os resultados e levando a maiores índices de abandono. Cabe aos profissionais que atuam nesta área unir seus esforços na compreensão das demandas características da pós-modernidade para que, assim, possam continuar oferecendo seus serviços, de forma efetiva, a toda a comunidade infantil que apresenta problemas psicológicos.

Por fim é fundamental a integração entre o clínico e as universidades, locais nos quais são fomentadas as pesquisas, para que, então, os importantes conceitos desenvolvidos pela psicanálise infantil, ao longo do último século, possam ser aplicados efetivamente ao paciente que se apresenta nos dias de hoje e, com isto, prevenir o abandono prematuro do tratamento.

### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abrams, S.(1996). O término da análise infantil. In: Jules Glenn (Org.). **Psicanálise e Psicoterapia de crianças** (pp. 273-286). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Achenbach, T.M.; McConaughy, S.H. & Howell, C.T. (1987). Child/Adolescent behavior and emotional problems: Implications of cross-informant correlations for situational specificity. **Psychological Bulletin**, **101**, 213-232.
- Armbruster, P. & Kazdin, A.E. (1994). Attrition in child psychotherapy. In Ollendick, T.H. & Prinz, R.J. (Eds). **Advances in Clinical Child Psychology** (pp.81-108), New York: Plenum.
- Carvalho, R.M.L.L. & Têrziz, A. (1988). Caracterização da população atendida na clínica-escola do Instituto de Psicologia, **Est Psicol.**, **5**(1), 112-125.
- Curtis, R. (2002). Termination from a psychoanalytic perspective. **Journal of Psychotherapy Integration**, **12**(3), 350-357.
- Deakin, E.K & Dian S. (2006). Satisfação dos Pais com a Psicoterapia dos Filhos. Trabalho não publicado.
- Exner, J.E. (1995). **The Rorschach: A Comprehensive System. Volume 3: Assessment of Children and Adolescents**. John Wiley & Sons Inc.
- Ferro, A. (1995). **A técnica da psicanálise infantil**. Rio de Janeiro: Imago Editora.
- Figueiredo, V.L.M. (2002). **Escala de Inteligência Weschler para Crianças - Adaptação e padronização de uma amostra brasileira** (3ª ed.). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Gabbard, G.O. & Westen D. (2003). Rethinking therapeutic action. **International Journal of Psychoanalysis** , **84**, 823-841.
- Gabbard, G.O. (2005). Elaboração e término. In Gabbard G.O. **Psicoterapia Psicodinâmica a longo prazo: texto básico** (PP. 161-178). Porto Alegre: ArtMed.

Garland A.F.; Haine R.A. & Boxmeyer, C.L. (2007). Determinants of Youth and Parent satisfaction in usual care. **Evaluation and Program Planning** **30**(1), 45-54

Gould, M.S.; Shaffer, D. & Kaplan, D. (1985). The characteristics of dropouts from a child psychiatric clinic. **Journal of American Academy of Child and Adolescence Psychiatry**, **24**, 316-328.

Hauck, S.; Krueh, L.; Sordi, A.; Sbardellotto, G.; Cervieri, A.; Moschetti, L.; Schestastsky, S. & Ceitlin, L.H. (2007). Fatores associados a abandono precoce do tratamento em psicoterapia de orientação psicanalítica. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, **29**(3), 265-273.

Jung, S.I.; Fillippon, A.P.; Nunes, M.L. & Eizirik, C.L. (2007). Avaliação de resultados da psicoterapia psicanalítica. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, **29**(2), 184-196.

Kazdin, A.E. (1994). Methodology, design and evaluations in psychotherapy research. In Bergin, A.E. & Garfield, S.L. (Eds.). **Handbook of psychotherapy and behavior change**, 4<sup>th</sup> ed. (pp. 19-71). New York: Wiley.

Kazdin, A.E. (1996). Dropping out of child psychotherapy: issues for research and implications for practice. **Clinical Child Psychology and Psychiatry**, **1**, 133-156

Kazdin, A.E. (2008). Evidence-Based treatment and practice: New opportunities to bridge clinical research and practice enhance the knowledge base and improve patient care. **American Psychologist**, **63**(3), 146-159.

Kazdin, A.E.; Mazurick, J. & Siegel (1994). Dropping out of child psychotherapy: distinguishing early and late dropouts over the course of treatment. **Journal of Consulting Clinical psychology**, **62**(5), 1069-1074.

Kazdin, A.E.; Holland, L. & Crowley, M. (1997). Family experience of barriers to treatment and premature termination from child therapy. **Journal of Consulting Clinical psychology**, **65**(3), 453-463.

Koppitz, E.M. (1987). **O teste Gestáltico Bender para Crianças** (2<sup>a</sup> ed.). Porto Alegre: Artes Médicas.

Kramer, S.A. (1986). The termination process in open-ended psychotherapy: guidelines for clinical practice. **Psychotherapy**, **23**(4), 526-531.

Kroeff P. (1988). Normas Brasileiras para o Teste de Bender. **Psicologia: reflexão e Crítica**, **3**, 1/2, 10-17

Lasky, R.G. & Salmone, P.R. (1977). Attraction to psychotherapy: Influences of therapist status and therapist-patient age similarity. **Journal of Clinical Psychology**, **33**, 511-516.

Lhullier, A.C.; Nunes, M.L.; Antochevis, A.F.; Porto, A.M. & Figueiredo, D. (2000). Mudança de terapeuta e abandono de psicoterapia em uma clínica-escola. **Revista Aletheia**, **11**, 7-11.

Lopez, M.A. (1983). Considerações sobre o atendimento fornecido por clínicas-escolas de psicologia. **Arquivo Brasileiro de Psicologia**; **35**(2):123-135.

Plunkett, J.W. (1984). Parents' treatment expectations and attrition from a child psychiatric service. **Journal of Clinical Psychology**, **40**, 372-377.

Roe, D.; Dekel, R.; Galit H. & Fennig, S. (2006). Client's reasons for terminating psychotherapy: a quantitative and qualitative inquiry. **Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice**. **79**, 529-538.

Sandell R.; Blomberg J.; Lazar A.; Carlsson J.; Broberg J. & Schubert J. (2000). Varieties of long-term outcome among patients in psychoanalysis and long-term psychotherapy: A review of findings of Stockholm outcome of psychoanalysis and psychotherapy project (STOPPP). **International Journal of Psychoanalysis**, **81**, 921-942.

Soley, G.; Hooper, I.; Marshall, R. & Chambliss, C. (1998). Educating new therapists about differences between parents and therapist's expectations of child psychotherapy. **Resources in education. ERIC/CASS**.

Sourander, A.; Jensen, P.; Davies, M.; Niemela, P.; Elonheimo, H.; Ristakari, M.; Helenius, H.; Sillanmaki, L.; Piha, J.; Kumpulainen, K.; Tamminen, T.; Moilanen, I & Almqvist, F. (2007). Who is at greatest risk of adverse long-term outcomes? The Finnish from the boy to a man study. **Journal of American Academy of Child and Adolescence Psychiatry**, **46**:9, 1148-1161

Sours, J. (1996). Uma abordagem analiticamente orientada à avaliação diagnóstica. In : Jules Glenn (Org.). **Psicanálise e Psicoterapia de crianças** (pp. 373-390). Porto Alegre: Artes Médicas.

Target, M. & Fonagy, P. (1994). The efficacy of psychoanalysis for children: prediction of outcome in a developmental context. **Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry**, **33**(8), 1134-1144.

Todd, D.M.; Deane, F.P. & Bragdon, R.A. (2003). Client and therapist reasons for termination: a conceptualization and preliminar validation. **Journal of Clinical Psychology**, **59**, 133-147.

Tryon, G. & Kane, A.S. (1990). The helping alliance and premature termination. **Counseling Psychology Quartely**, **3**, 233-238.

Viale-Val, G.; Rosenthal, RH; Curtiss, G. & Marohn R.C. (1984). Drop out from adolescent psychotherapy: a preliminary study. **Journal of American Academy of Child and Adolescence Psychiatry**, **23**, 562-568.

Watchel, P.L. (2002). Termination of psychotherapy: an effort at integration. **Journal of Psychotherapy Integration**, **12**(3), 373-383.

Weisz, J. R.; Weiss, B. & Longmeyer, D.B. (1987). Giving up on child psychotherapy: who drops out? **Journal of Consulting Clinical psychology**, **55**(6), 916-918.

Weisz, J. R.; Doss, A. J. & Hawley, K. M. (2005). Youth psychotherapy outcome research: a review and critique of the evidence base. **Ann. Rev. Psychol.**, **56**, 337-363.

Weiner, I. & Exner, J. (1991). Rorschach changes in long-term and short-term psychotherapy. **Journal of Psychological Assessment**, **56**, 453-465.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A idéia original desta tese era a de realizar um estudo de efetividade da psicoterapia psicanalítica com crianças com um grupo único de 50 pacientes que se mantivessem em tratamento por 12 meses em um ambulatório de Porto Alegre. O acompanhamento e a avaliação dos resultados do tratamento efetivados nestes pacientes constituíam o objetivo final deste estudo. De acordo com a orientação da banca examinadora do processo de qualificação, esse *design* original foi ampliado com a inclusão de um grupo controle de crianças equiparadas em sexo, idade e resultado da escala total do CBCL (63,4% clínico). Estas crianças do grupo controle não realizaram nenhum tipo de tratamento psicoterápico. Também foram incluídas as crianças que abandonaram prematuramente o tratamento, com as quais se realizou um estudo específico sobre abandono de psicoterapia. Apesar destas alterações, o foco inicial deste estudo foi preservado e a psicoterapia psicanalítica com crianças pôde ser avaliada quanto a sua efetividade.

O que muito surpreendeu neste processo de investigação foi o alto índice de abandono do tratamento. Apesar de a literatura citar que de 40% a 60% (Kazdin, 1996) das crianças que iniciam psicoterapia abandonam prematuramente o tratamento, almejava-se um índice menor nesta amostra. A perda amostral acabou por reduzir o poder estatístico do experimento e limitou a generalização dos resultados. Além disso, apesar dos esforços contínuos de fazer contato e re-testar as crianças que interromperam o tratamento, não se contou com a cooperação das famílias e a grande maioria destes pacientes não retornaram ao ambulatório para realizar o re-teste. Esse fato corrobora estudos anteriores, nos quais nem um incentivo financeiro foi suficiente para obter um retorno significativo das famílias que abandonam o tratamento (Kazdin, 1996).

É fato, porém, que a falta de um levantamento prévio mais preciso do índice de abandono no ambulatório no qual foi realizado este estudo constituíu-se numa falha importante. Esta falha pode ser atribuída, em parte, à ausência de dados relativos ao abandono de psicoterapia nesta instituição já que nunca havia sido feito qualquer tipo de levantamento a este respeito. Os dados preliminares deste estudo mobilizaram o ambulatório a reformular os prontuários e a incluir uma ficha de levantamento do motivo da alta/interrupção do tratamento. Além disto, foram incluídas fichas de acompanhamento da evolução dos pacientes, o que há de possibilitar a realização de estudos retrospectivos no futuro. Mesmo assim, é importante uma maior sistematização da avaliação do trabalho realizado de forma a possibilitar a investigação do processo de tratamento e a identificação dos moderadores que influenciam a intervenção.

Apesar das limitações, pode-se concluir que a psicoterapia psicanalítica é efetiva para aquelas crianças que se mantêm em tratamento por um período de 12 meses, principalmente se elas forem do sexo feminino e apresentarem transtornos internalizantes como ansiedade e depressão, confirmando estudos anteriores realizados nesta área (Target & Fonagy, 1994).

Considera-se importante salientar que as limitações pertinentes à investigação de resultados da psicoterapia com crianças parecem estar diretamente relacionadas com a falta de pesquisas na área e com o limitado interesse dos profissionais a se dedicar à investigação empírica dos resultados do trabalho realizado. Na verdade, pode se observar, até mesmo, um distanciamento entre o clínico e o investigador. Para que o processo de aproximação entre estes se inicie, é importante que os centros de formação de psicoterapeutas que trabalham a partir de uma orientação psicanalítica se engajem nos grupos de pesquisa das universidades e, com isso, estudos multicêntricos possam

ser realizados, visando, assim, a um aumento da amostra estudada e, com isso, a sua representatividade.

Considera-se fundamental a adoção de uma nova atitude empírica, ou seja, o hábito de avaliar o próprio trabalho à luz do fenômeno observável e não da seleção do material de forma a confirmar uma teoria. Um exemplo disso seria a condução de sessões de psicoterapia psicanalítica por psicoterapeutas treinados em sala de espelho, onde eles poderiam ser observados por outros profissionais e ter, assim, seu trabalho avaliado por estes. A vivência de observar profissionais experientes questionando seu próprio trabalho é bastante diferente da prática que é transmitida, geralmente de forma idealizada, através de estudos de caso (Jimenez, 2005).

A experiência de operacionalizar os conceitos necessários para uma pesquisa empírica através da avaliação sistemática do trabalho realizado também é uma forma que promove muitos ganhos ao clínico que se envolve com investigação (Jimenez, 2007). A minha experiência como investigadora me fez acreditar ser perfeitamente possível modificar e acrescentar maneiras de trabalhar clinicamente a partir da experiência empírica. Posso afirmar que os ganhos oriundos desta pesquisa empírica aumentaram a minha liberdade como clínica no processo de decisão de qual intervenção técnica é mais apropriada ao meu paciente. Safran e Muran (1994) chamam estas mudanças de “*clinical byproducts of research*”, ou seja, os produtos clínicos obtidos através da investigação empírica. Neste sentido posso reinterar a idéia de que o treinamento em pesquisa facilita a melhor combinação entre o processo de recolher informações e a tomada de decisões no âmbito clínico. Entretanto, para que isso ocorra de uma forma mais abrangente o conhecimento oriundo da pesquisa empírica tem que ser integrado ao julgamento clínico e então aplicado à prática psicoterápica.

O desafio ainda parece residir na transmissão dos resultados encontrados na investigação, de forma que estes possam ser aplicados na prática diária daqueles que não estão diretamente envolvidos com a atividade clínica. O investigador, muitas vezes, tem dificuldade para traduzir as diferenças estatísticas em mudanças no dia-a-dia do paciente, mesmo que o modelo de estudo de efetividade tenha sido o escolhido. Entretanto, é importante ter em mente que a integração entre o clínico e o investigador só será possível se os investigadores começarem a apresentar seus resultados de forma a facilitar o processo de decisão clínica, através da descrição da proporção dos casos que respondem melhor a que tipo de tratamento *versus* a outra intervenção e da demonstração dos aspectos positivos e negativos de diferentes modalidades de tratamento.

Apesar de todo o processo de decisão ser baseado na probabilidade, parece ser mais correto apoiar-se em escolhas validadas empiricamente do que apenas na decisão clínica de determinado profissional, já que não está bem estabelecido se há consistência na decisão clínica dos terapeutas quando apresentados ao mesmo caso, tampouco se o tratamento escolhido teve um impacto na vida de seu paciente e no resultado do tratamento (Kazdin, 2008).

Neste estudo, os resultados da investigação empírica poderão ser integrados à prática clínica se houver uma abertura por parte dos profissionais a adequarem sua forma de trabalhar ao paciente que busca atendimento e permanece em tratamento. É fundamental que o método de trabalho se molde às necessidades do paciente e não vice-versa. O plano de tratamento deve levar em consideração que são as crianças do sexo feminino, que apresentam sintomas de ansiedade e depressão, aquelas que mais se beneficiam com a psicoterapia psicanalítica. Novas formas de pensar e trabalhar com as crianças que apresentam transtornos externalizantes devem ser instituídas. Neste

sentido, este trabalho foi pioneiro e procurou contribuir para a indicação de formas de tratamento mais efetivas, motivando a economia de recursos e o direcionamento destes para tratamentos que se mostram com maiores possibilidade de resultados positivos.

Muitos terapeutas são *experts* em seu campo profissional. Existe, porém, uma tendência dos terapeutas a limitar seu interesse em estudos que se aplicam diretamente a sua clínica e seletivamente desconsiderar resultados que possam requerer uma modificação substancial na sua maneira de trabalhar. Esse fato parece ser verdadeiro tanto para terapeutas comportamentais como para aqueles que trabalham a partir de uma orientação psicanalítica/psicodinâmica (Raw, 1993; Suinn, 1993). Isso que dizer que a decisão clínica ainda parece estar muito baseada na formação de determinado profissional e não nas necessidades do paciente e validação empírica dos resultados.

Os estudos epidemiológicos sobre doenças psiquiátricas na infância demonstram o número significativo da população que necessita de atendimento na área da saúde mental (10-20%). Apesar disso poucos chegam a atendimento (10-20%), e menor é o número daqueles que permanecem em tratamento psicoterápico (40-60%). Isso quer dizer que, mesmo fazendo uma estimativa conservadora, de um grupo de 100 crianças brasileiras, de 10 a 20 crianças apresentam algum tipo de doença psiquiátrica, e destas, apenas de 2 a 4 chegam a atendimento e 1 ou 2 permanecem em psicoterapia e recebem algum tipo de ajuda. Mesmo para estes que recebem atendimento psicoterápico, são raros os estudos que avaliam a efetividade do tratamento oferecido. Esse fato remete a uma necessidade urgente de sistematizar a avaliação dos serviços de saúde mental oferecidos à criança de forma que lhe possa ser oferecido o tratamento que seja o mais efetivo, de melhor qualidade e de menor custo.

Algumas considerações merecem ser discutidas com relação ao trabalho realizado. Merece atenção a argumentação de Kernberg (1999) sobre algumas

características do processo analítico que dificultam a objetivação requerida pela pesquisa. Há uma real dificuldade de encontrar instrumentos que possam medir adequadamente o processo psicanalítico, principalmente quando a amostra é constituída de crianças. A investigação empírica com adultos está muito mais desenvolvida do que aquela realizada com crianças, o que torna muitos trabalhos praticamente únicos no seu campo de ação.

Além disso é importante ressaltar que muitos dos estudos revisados na literatura sobre investigação empírica com crianças parecem pouco comprometidos com a representação clínica de suas amostras (Weisz, Doss & Hawley, 2005). Na maioria dos estudos de avaliação de resultados nos dias de hoje, a validade interna é mais valorizada, havendo pouca preocupação com a validade externa dos estudos, ou seja, o quanto estes representam o que realmente ocorre na prática clínica.

Sem dúvida, uma maior abertura dos profissionais que trabalham a partir de um enfoque psicanalítico é essencial para que mais estudos de avaliação de resultados de psicoterapia psicanalítica com crianças possam vir a ser realizados. Os psicoterapeutas de crianças mostram-se mais interessados em atingir os resultados do que identificar os ingredientes necessários para atingi-los. Enquanto o pesquisador tende a maximizar a evidência negativa, isto é, incrementar o grau de questionamento e crítica dos achados, o clínico tende a maximizar a evidência positiva; e isso se reflete na situação terapêutica.

Por fim, gostaria de mencionar que concordo plenamente com as idéias de Jimenez (2007), bem como de Gabbard e Westen (2003) de que o desafio maior reside no desenvolvimento de uma técnica psicanalítica que seja ativa e flexível nas suas múltiplas formas de intervenção e que seja capaz de incorporar o conhecimento obtido através das pesquisas de resultados tanto em psicoterapia como em psicanálise. Espero

que esta minha investida empírica, após anos de carreira clínica psicanalítica possa ir além do meu crescimento pessoal e abra caminho para o desenvolvimento de novos estudos e possibilidades de tratamento psicanalítico com a criança que está sofrendo psicologicamente nos dias de hoje.

### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Gabbard, G.O. & Westen D. (2003). Rethinking therapeutic action. **International Journal of Psychoanalysis**, **84**, 823-841.

Jimenez, J.P. (2005). The search for integration or how to work as a pluralist psychoanalyst. **Psychoanalytical Inquiry**, **25**, 602-634.

Jimenez, J.P. (2007). Can research influence clinical practice. **International Journal of Psychoanalysis**, **88**, 661-679.

Kazdin, A.E. (1996). Dropping out of child psychotherapy: issues for research and implications for practice. **Clinical Child Psychology and Psychiatry**, **1**, 133-156

Kazdin, A.E. (2008). Evidence-Based treatment and practice: New opportunities to bridge clinical research and practice, enhance the knowledge base and improve patient care. **American Psychologist**, **63**(3), 146-159.

Kernberg, O. (1999). Resistências à pesquisa em psicanálise. **Boletim Informativo da Fundação psicanalítica da América Latina**.

Raw, S.D. (1993). Does psychotherapy research teach us anything about psychotherapy? **The Behavior Therapist**, March, 77-76.

Safran, J.D. & Muran J.C. (1994). Toward a working alliance between research and practice. In: Talley P.F.; Strupp H.H. & Butler S.F. (Eds). **Psychotherapy Research and Practice: Bridging the gap** (pp. 206-226). New York, NY: Basic Books.

Suinn, R.M. (1993). Practice – It's not what we preached. **The Behavior Therapist**, February, 47-49.

Target, M. & Fonagy, P. (1994). The efficacy of psychoanalysis for children: prediction of outcome in a developmental context. **Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry**, **33**(8), 1134-1144.

Weisz, J.R.; Doss, A.J. & Hawley; K.M. (2005). Youth psychotherapy outcome research: a review and critique of the evidence base. **Annual Review of Psychology**, **56**, 337-63.

**ANEXOS**

**Anexo A**

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL.  
PRO-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP - PUCRS



Ofício 726/06-CEP

Porto Alegre, 10 de julho de 2006.

Senhor(a) Pesquisador(a):

O Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS apreciou e aprovou seu protocolo de pesquisa registro CEP 06/03228, intitulado: "Avaliação dos resultados da psicoterapia psicanalítica com crianças".

Sua investigação está autorizada a partir da presente Data.

Relatórios parciais e final da pesquisa devem ser encaminhados a este CEP.

Atenciosamente,

Prof. Dr. José Roberto Goldim  
COORDENADOR DO CEP-PUCRS

Ilmo(a) Sr(a)  
Dout Elisabeth Kuhn Deakin  
N/Universidade

---

**Anexo B**TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

A avaliação da efetividade e qualidade dos atendimentos psicoterápicos prestados pelo CEAPIA é de extrema importância para a manutenção e planejamento dos aspectos referentes ao ensino da psicoterapia da infância e adolescência, assim como do próprio tratamento. Esta pesquisa tem como objetivo verificar a efetividade do tratamento psicoterápico de orientação psicanalítica, modalidade realizada nesta instituição. Para atingirmos esse objetivo utilizaremos quatro técnicas de avaliação psicológica: o Bender, o WISC III (*Weschler Intelligence Scale for Children*), o CBCL (*Child Behavior Check List*) e o Rorschach que serão aplicados em duas sessões, no início do tratamento e um ano após essa data. É importante ressaltar que esse procedimento não envolve risco algum para a criança, exceto graus mínimos de ansiedade, comuns em qualquer atividade desconhecida dessa natureza.

Eu \_\_\_\_\_ (Responsável) fui informado dos objetivos da pesquisa em questão, de maneira clara e detalhada. Recebi informações a respeito dos procedimentos que serão realizados e esclareci minhas dúvidas. Sei que, a qualquer momento, poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar, sem que isso acarrete nenhuma interferência no tratamento de minha criança. O psicólogo(a) responsável pela pesquisa certificou-me que todos os dados referentes à identidade de minha criança são confidenciais, logo serão preservados em sigilo, sendo permitido que apenas os responsáveis pela pesquisa e o terapeuta da criança tenha acesso a estes.

Declaro que recebi o a cópia do presente termo de consentimento informado

Assinatura: \_\_\_\_\_ Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

---

Pesquisador Responsável

Elisabeth Kuhn Deakin – (51) 9985 7747

**Anexo C**FICHA SOCIODEMOGRÁFICA/CLÍNICA DA CRIANÇA

Caso : \_\_\_\_\_

Prontuário Ceapia : \_\_\_\_\_

Data de nascimento : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Idade : \_\_\_ a \_\_\_ m

Escolaridade : \_\_\_\_\_ Número de repetências : \_\_\_\_\_

Data da triagem \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Fonte de encaminhamento : \_\_\_\_\_

Motivo Inicial da Busca :

---

---

---

---

Hipótese Diagnóstica:

---

Data da primeira sessão com a criança; \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Terapeuta responsável : \_\_\_\_\_

Ano do Curso do terapeuta ( ) primeiro ( ) segundo ( ) terceiro ( ) estagiária

Frequência Semanal do atendimento : \_\_\_\_\_

Outros atendimentos concomitantes à psicoterapia : \_\_\_\_\_

Uso de medicação: sim ( ) não ( ) 16. Tempo de uso: \_\_\_\_\_

Presença de aspectos neurológicos: sim ( ) não ( )

Observações : \_\_\_\_\_

**Anexo D**FICHA DE ACOMPANHAMENTO DA EVOLUÇÃO DO PACIENTE

Nome do Paciente: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_

Tempo de tratamento: \_\_\_\_\_

Motivo Inicial da busca:

---

---

---

---

---

---

---

---

Hipótese Diagnóstica Inicial:

---

Hipótese Diagnóstica Atual:

---

Síntese da Evolução do Paciente : Faça uma análise comparativa do estado mental entre o momento de busca e o momento atual seguindo os itens abaixo:

- a) Desempenho em tarefas gerais (atenção, rendimento escolar, motivação para realizar tarefas);
- b) Controle de impulsos e tolerância à frustração;
- c) Modulação afetiva (alterações do humor, adequação do afeto e controle da agressividade);
- d.) Controle da Ansiedade (presença de medos, ansiedade de separação, administração da ansiedade de uma forma geral);
- e) Padrão de relacionamento social (modificações no padrão de interação e relacionamento interpessoal);
- f) Mecanismos de defesa (modificações na utilização dos mecanismos de defesa que sejam significativos no funcionamento psíquico do paciente);
- g) Contato com a realidade (avaliação na capacidade de perceber a realidade objetiva, de se organizar frente à realidade, fuga à fantasia, pensamento lógico);
- h) Percepção da capacidade cognitiva (avanço na capacidade de estabelecer relações abstratas, associações, capacidade simbólica);
- i) Sintomas (continuidade ou remissão parcial ou total dos sintomas apresentados no início do tratamento).