

INSTITUTO SUPERIOR MIGUEL TORGA

Escola Superior de Altos Estudos

**A importância da Avaliação dos Pais na
consulta prévia à Psicoterapia Infantil**

LAURENTINA MARIA MALHEIRO DOS SANTOS

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica

Coimbra, Junho de 2010

**A importância da Avaliação dos Pais na
consulta prévia à Psicoterapia Infantil**

Laurentina Maria Malheiro dos Santos

Dissertação Apresentada ao ISMT para Obtenção do Grau de
Mestre em Psicologia Clínica

Orientador: Professor Doutor Carlos Farate

Co-orientadora: Mestre Isabel Margarida Pereira

Coimbra, Junho de 2010

AGRADECIMENTOS

Às crianças e aos pais

Aos meus orientadores, Prof. Doutor Carlos Farate e Mestre Isabel Margarida Pereira

À Filipa, pelo incentivo, partilha e disponibilidade

Ao Manuel, pela generosidade do tempo que dedicou ao arranjo deste texto

Ao Dr. António Mendonça, com quem iniciei este percurso, a minha gratidão

RESUMO

O trabalho com os pais é reconhecido como parte determinante do processo psicoterapêutico da criança. A avaliação inicial permite colocar hipóteses terapêuticas, que devem incluir os resultados de uma avaliação dos pais, quanto à sua capacidade para se implicarem no processo psicoterapêutico do filho.

Este trabalho tem como objectivo propor e testar uma metodologia clínica, que inclui os pais na avaliação inicial da psicoterapia infantil. É um estudo exploratório e qualitativo, em que se utilizaram três casos clínicos, com situações diferentes quanto ao resultado do processo psicoterapêutico: processo concluído, interrupção prematura e um caso misto que desiste após a avaliação, retoma o pedido e termina, após melhoria da sintomatologia. Foi construída uma grelha de avaliação da motivação, expectativas e funcionamento reflexivo dos pais, a qual foi aplicada ao conteúdo das entrevistas iniciais.

Os resultados apontam para a cotação significativa das dimensões da grelha, nos casos de interrupção prematura e no caso misto, quando comparado com as cotações do caso cujo processo terminou com alta. Estes resultados apoiam a qualidade discriminativa das dimensões da grelha, na avaliação dos pais, para esta amostra. Sugerem-se linhas de investigação que permitam validar e generalizar estes resultados.

Palavras-chave: Avaliação; Expectativas; Funcionamento Reflexivo; Motivação; Pais; Psicoterapia infantil.

ABSTRACT

Working with parents is recognized as a determinant part in the child psychotherapy process. The initial assessment formulate therapeutic hypothesis, within which should be included the results of parent evaluation, related with their engagement capacities, in the child psychotherapeutic process.

This study aimed to present and to try a clinical methodology, which includes the parents in the child psychotherapy initial assessment. It's an exploratory and a qualitative study, based in three clinical cases, with different process results: agreed termination, premature termination and a case that has a mixed situation, with drop out after first assessment, new process after one year, ending with symptoms relief.

The parent's motivation, expectations and reflective functioning were the themes used to develop an evaluation framework, applied to the initial parent's interviews material.

The results show the number of dimensions coded in the premature termination and mixed clinical cases were much higher, that in the clinical case terminated with success. These results confirm the parent's assessment dimensions discriminative qualities, for this very small sample. Further research is suggested in order to evaluate the value and the generality of the findings.

Keywords: Assessment; Child Psychotherapy; Expectations; Motivation; Parents; Reflective Functioning

ÍNDICE

I – INTRODUÇÃO.....	1
1 – REVISÃO TEÓRICA.....	1
1 – 1 A psicoterapia da criança e os pais.....	1
1.1.1 Enquadramento teórico da psicoterapia psicodinâmica.....	1
1.1.2 A participação dos pais: apontamentos históricos.....	2
1.1.3 A natureza do trabalho com os pais: Apoio ou psicoterapia?.....	5
1 – 2 Os pais e a psicoterapia psicodinâmica da criança.....	7
1.2.1 Mecanismos de intersecção dos processos psíquicos de pais e filhos.....	7
1.2.2 Interrupção precoce da psicoterapia: influência parental.....	8
1.2.2.1 Patologia parental e perturbação da dinâmica familiar.....	9
1.2.2.2 Dificuldades na aliança terapêutica entre pais e psicoterapeuta.....	10
1.2.3 Modalidades de participação dos pais.....	12
1.2.3.1. Atendimento conjunto pais – criança.....	12
1.2.3.2 Pais e criança em atendimento separado.....	13
1 – 3 A avaliação dos pais no contexto da psicoterapia infantil.....	15
1.3.1 A Motivação.....	16
1.3.2 As Expectativas.....	17
1.3.3 A Capacidade para pensar os sentimentos.....	18
2 – PROBLEMATICA DA INVESTIGAÇÃO.....	21
3 – QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO.....	22
II – METODOLOGIA.....	24
1 – Tipo de estudo.....	24
2 – Participantes.....	25
3 – Procedimentos do trabalho de campo.....	26
3 – 1 Selecção da amostra.....	26
3 – 2 Recolha de dado.....	26
4 – Protocolo de investigação.....	27
4 – 1 Construção da grelha de avaliação.....	27
4.1.1 Modelo teórico.....	27

4.1.2 Análise dos temas.....	28
4.1.3 Construção da grelha.....	30
4 – 2 Aplicação da grelha às entrevistas de avaliação.....	31
III – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS.....	33
Apresentação dos resultados.....	33
Caso 1 – Evolução com interrupção após 13 sessões.....	33
Caso 2 – Evolução com alta após 15 sessões.....	35
Caso 3 – Evolução Mista: interrupção após 1ª fase de avaliação, novo pedido após 1 ano, melhoria de sintomatologia após 13 sessões.....	37
Análise dos resultados.....	40
IV – DISCUSSÃO E CONCLUSÕES.....	43
BIBLIOGRAFIA.....	46
ANEXO 1.....	52
ANEXO 2.....	57
ANEXO 3.....	61

I - INTRODUÇÃO

1 - REVISÃO TEÓRICA

1 - 1 A psicoterapia psicodinâmica da criança e os pais

1.1.1 Enquadramento teórico da psicoterapia psicodinâmica

O enquadramento da psicoterapia infantil, neste trabalho, tem como referência o pensamento psicanalítico, por contraponto a psicoterapias não psicanalíticas definidas sumariamente por Geissmann, P. (2003, p.93) como “fundando-se em teorias que apenas reconhecem factos psíquicos conscientes”. O autor define as psicoterapias de inspiração psicanalítica ou de orientação psicanalítica, como sendo baseadas teoricamente em conceitos psicanalíticos como o inconsciente e a transferência, em que a teoria psicanalítica é sobretudo utilizada para compreender e explicar a vida psíquica e em que o psicoterapeuta pode assumir funções de securização e de intervenção na vida familiar ou escolar. Tem uma frequência semanal ou quinzenal e uma duração que poderá ser pré definida de 6 meses a 2 anos.

Fonagy (1999, p. 91) integra, no âmbito da psicoterapia psicodinâmica, diversas abordagens de tratamento que se baseiam num conjunto heterogéneo de teorias de inspiração psicanalítica, apresentando pressupostos comuns, enumerados desta forma:

- 1- A noção de causalidade psicológica: a experiência passada determina o modo como a criança reage e se adapta ao mundo externo;
- 2- O pressuposto de processos mentais inconscientes: existem processos mentais complexos que funcionam fora da consciência e que influenciam o comportamento da criança, a sua capacidade para regular o afecto e para lidar de forma adequada com o meio social;
- 3- O pressuposto de um modelo representacional da mente: a experiência do Self com os outros é internalizada, constituindo-se como a base de estruturas representacionais das interacções interpessoais e sociais;
- 4- O significado patogénico do conflito intra psíquico (desejos, afectos ou ideias incompatíveis), que é visto como causa de desprazer e de ausência de segurança. Contextos adversos intensificam conflitos e diminuem a possibilidade da criança aprender a lidar com eles;

- 5- O pressuposto das defesas psíquicas: as crianças desenvolvem uma capacidade inconsciente, para modificar ideias, desejos ou afectos inaceitáveis ou perigosos, diminuindo assim o seu poder;
- 6- O pressuposto dos significados complexos: o sintoma, assim como a comunicação da criança no contexto terapêutico, têm significados múltiplos e reflectem a natureza das representações internas que a criança faz de si e dos outros. Elaborar e clarificar estas estruturas de significado, pode ser considerada a essência da psicoterapia psicodinâmica;
- 7- O pressuposto do deslocamento na transferência: quando a criança desloca para o terapeuta, padrões de expectativas de outras figuras importantes da sua vida, abre a possibilidade de conhecer o seu mundo interno;
- 8- O aspecto terapêutico da relação: a relação terapêutica estabelece-se com um adulto apoiante e empático, interessado pelos estados mentais da criança, pela verbalização, jogo, pensamentos e sentimentos e que assume o compromisso de encontrar significado, mesmo nos aspectos mais disruptivos do seu comportamento.

O trabalho apresentado insere-se assim, no âmbito da psicoterapia psicodinâmica, referindo-nos no entanto, à psicanálise ou psicoterapia psicanalítica sempre que sejam essas as designações utilizadas nos trabalhos teóricos em que nos baseamos. Utilizaremos a designação masculina para psicoterapeuta.

1.1.2 A participação dos pais: apontamentos históricos

As crianças vêm a uma consulta trazidas por outros, normalmente os pais, preocupados ou perturbados com o comportamento do filho. O pedido é formulado pelos pais, atendendo à dependência que a criança mantém com eles. A participação dos pais e o lugar que ocupam no processo psicoterapêutico, constituem os aspectos mais diferenciadores da psicoterapia de crianças e de adultos (Geissmann, C.& Houzel, 2003, p. xix; Geissmann, C. 2003, p.12; Geissmann, P., 2003, p.97).

Em geral os pais formulam um pedido de ajuda, tendo em mente preocupações com o bem – estar da criança, não se colocando a si próprios no lugar de paciente. No entanto, durante o processo de avaliação, podem identificar algumas dificuldades na sua própria vida emocional ou em termos da sua saúde mental e podem desejar ou não, uma intervenção nessas dificuldades. A psicoterapia infantil desenvolve-se assim em circunstâncias específicas

e incontornáveis: a dependência da criança e a correspondente influência decisiva dos processos internos e relacionais dos pais.

A evolução da psicoterapia psicodinâmica da criança, ilustra diferentes perspectivas, quanto ao modo como se pode integrar a presença dos pais nos objectivos terapêuticos do trabalho com as crianças, as quais radicam no desenvolvimento das ideias das duas fundadoras da psicanálise de crianças, Anna Freud e Melanie Klein.

A escola vienense representada por Anna Freud, pelo pai, S. Freud e pelos primeiros discípulos deste e a escola inglesa representada a partir de 1924, por Melanie Klein (Dicionário de Psicanálise, p.603) mantêm-se actualmente, na continuidade do pensamento e da obra das suas fundadoras, através do trabalho desenvolvido respectivamente no Centro Anna Freud e na Tavistock Clinic. Estas duas orientações testemunham o percurso individual de ambas e a sua evolução, separada e conflituosa.

Anna Freud desenvolve uma abordagem inserida no contexto desenvolvimental da criança e nos seus esforços para conseguir uma adaptação ao meio social e ao mundo interno (Fonagy, 1999, p.93). Envolve de forma próxima os pais e professores, considerando que ao comunicar aos cuidadores uma compreensão dos problemas da criança, conseguiria mudanças no seu contexto de vida, com um efeito significativo no seu funcionamento a longo prazo. "Para a escola vienense, a análise de uma criança não deveria começar antes dos 4 anos de idade nem ser conduzida directamente, mas sim por intermédio da autoridade parental, julgada protectora" (Dicionário de Psicanálise p. 603). Os pais reais ocupam assim um lugar considerável na concepção de Anna Freud (Geissmann,C., 2003, p.13). Este envolvimento conduziu a relações de alguma conflituosidade com os pais, que tinham como base uma relação de rivalidade. "As relações da criança com o analista e com os seus pais justapunham-se nas suas realidades" (Oury, 1986, p.106).

Para Klein "era preciso abolir todas as barreiras que impediam o psicanalista de ter acesso directamente ao inconsciente da criança" (Dicionário de Psicanálise p. 603). Esta psicanalista explorava os conflitos mais arcaicos e primitivos, tal como se lhe apresentavam no material que a criança utilizava. Estava exclusivamente preocupada com os aspectos inconscientes do comportamento da criança e interessava-se pouco por outros aspectos, como a relação com os pais ou outros adultos. M. Klein considerava que os métodos educativos não têm lugar na psicanálise de crianças e podem mesmo perturbar o processo analítico. Analisava "a relação da mente da criança com a mente da mãe" (Ruberman, 2009, p.348), considerando que para o bebe, o perigo existia nas fantasias que podiam destruir a sua relação com a mãe. Acreditava que a análise da criança acabaria por ajudar os pais, com quem

procurava manter boas relações e não considerava que pudessem ser culpabilizados pelas dificuldades da criança, tendo em conta a distinção que faz entre pais reais e fantasmáticos. Os verdadeiros objectos, os pais reais, não podiam ser identificados aos pais que a criança interioriza. O que está em jogo é a relação com os imagos parentais. Trata-se de imagos introjectados dos pais, que são profundamente diferentes das suas imagens actuais e que exactamente pelo processo de introjecção, sofreram transformações e deformações. Por esta razão, não considerava que a dependência da criança, em relação aos pais reais, criasse qualquer obstáculo à transferência na situação analítica (Geissmann & Houzel, 2003, p.xix-xx). A ênfase que colocava no mundo interno e na fantasia inconsciente deixou o trabalho com pais, para os psicanalistas e psicoterapeutas que se lhe seguiram. De facto, “foram (as teoria kleinianas) em toda a parte revistas, corrigidas, transformadas e modificadas no sentido de uma participação maior dos pais no desenrolar da análise” (Dicionário de Psicanálise, p.604).

A presença dos pais na psicoterapia psicodinâmica da criança é uma questão que se mantém polémica, desde o início, analisada por Cohen, J. (1997, p.16 *) desta forma:

Embora o conhecimento psicanaliticamente informado acerca de um paciente derive de conhecer a sua experiência interna (fantasias, conflitos e transferência) os clínicos sempre trabalharam com os factores externos que afectam as crianças... é certamente possível que o aumento do contacto com os pais possa complicar a nossa compreensão das fantasias não reconhecidas da criança, quanto à relação do clínico com as figuras parentais. Contudo haverá sempre contactos com os pais e haverá sempre fantasias sobre isso. Não acredito que um aumento de atenção ao mundo externo diminua necessariamente a descoberta e o conhecimento psicanalítico.

Assim, a especificidade da psicoterapia da criança conduz à procura de modalidades de atendimento que contemplem a situação de dependência infantil, mas que atribuam à criança o papel de sujeito do processo terapêutico, por direito próprio. O psicoterapeuta, de uma forma ou outra, tem de trabalhar com os pais reais, que se encontram ainda em processo de serem internalizados pela criança. Os pais encontram-se ao mesmo tempo no centro e no limite do processo psicoterapêutico. Estão no centro das decisões, têm de permanecer fora do espaço terapêutico da criança, mas influenciam-no. A forma como a psicoterapia infantil procura resolver o paradoxo da presença – ausência, o dentro – fora, implícito no envolvimento dos pais é ainda um tema controverso.

C. Malpique (1999, p.18) sintetiza desta forma a condição do psicoterapeuta da criança: “o nosso consultante (o pai ou a mãe) não é pois o nosso cliente (a criança) e, como veremos, tudo se vai passar, a nível relacional, no sentido de identificar o verdadeiro cliente e de dar resposta terapêutica ao pedido que ambos veiculam”.

1.1.3 A natureza do trabalho com os pais: Apoio ou psicoterapia?

A psicoterapia de uma criança envolve necessariamente os pais. Existindo “grande flexibilidade entre os psicoterapeutas, quanto ao tipo de trabalho desenvolvido com os pais” (Horne, 2000, p.47), as diferentes modalidades de participação irão organizar-se em torno do significado atribuído pelo psicoterapeuta a esse trabalho, em que áreas e a que níveis se desenvolve. Sutton e Hughes (2005, p.173-174) definem cinco áreas de trabalho com pais:

- a) Troca de informações de ordem prática;
- b) Orientação e comunicação específica quanto ao processo psicoterapêutico da criança;
- c) Apoio às exigências da parentalidade;
- d) Intervenções terapêuticas dirigidas às relações familiares;
- e) Intervenções terapêuticas focadas no impacto das relações precoces dos pais.

Estas intervenções com pais podem ser desenvolvidas em dois níveis que se distinguem, segundo os autores, pelo recurso, explícito ou não, aos processos transferenciais e contratransferenciais, presentes na relação do psicoterapeuta com os pais.

Para Ruberman (2009, p.361), a decisão quanto ao foco da intervenção situa-se num continuum de possibilidades em que “não há regras ou receitas...há juízos clínicos” que envolvem a idade da criança e as questões emergentes na avaliação, relativas aos pais e às crianças. A ideia de continuum já tinha sido referida por Rustin (2000, p.3-4) para quem as modalidades de trabalho desenvolvido com pais na Tavistock Clinic, dependiam dos objectivos a atingir:

- a) Apoio aos pais no sentido de manter a terapia da criança, desenvolvido em sessões de revisão do processo;
- b) Apoio ao funcionamento parental, ajudando os pais a dar sentido ao comportamento e forma de relacionamento do filho ou a lidar com condições excepcionais de stress;

- c) Facilitar mudanças no funcionamento familiar o que pode incluir terapia conjugal, terapia familiar ou trabalho individual com foco nas relações intra familiares;
- d) Psicoterapia individual para um ou ambos os pais através de um encaminhamento para um serviço de adultos.

Tsiantis (2000, p.xix) sublinha o carácter esquemático desta classificação, referindo a importância da “sensibilidade e avaliação clínica” para tomar uma decisão baseada nas necessidades da criança e na disponibilidade dos pais para colaboração. Daí a importância da avaliação “da fragilidade dos pais e das suas capacidades” (idem, p.xix).

Ruberman (2009, p.360) defende um trabalho em que o psicoterapeuta considera a psicodinâmica e psicopatologia parental, procurando que os pais reflectam no impacto das suas questões individuais e relacionais sobre a criança, o que não significa uma psicoterapia com os pais. Uma psicoterapia da parentalidade é a formulação escolhida por Sutton e Hughes (2005, p.185), para caracterizar o trabalho “baseado na aplicação da teoria psicanalítica a indivíduos e casais, relações interpessoais, família e grupos sociais”.

O debate quanto à natureza do trabalho com os pais é longo, sendo que, para Horne (2000, p.55), é importante não impormos limites artificiais quanto ao que é trabalho de apoio ou psicoterapia com pais. O foco do trabalho psicoterapêutico é a criança e assim deve permanecer quando é necessário aprofundar questões relacionadas com os pais, na sua função parental ou nas suas questões conjugais. Será o grau de complexidade das questões emergentes durante o processo, se possível durante a fase de avaliação, que exigirá uma decisão clínica, que esclareça a área de intervenção com os pais e o nível a que se realiza (Sutton & Hughes, 2005, p.175).

Piovano (2004, p.1*) sintetiza desta forma a questão, centrando-se mais nos objectivos, do que na modalidade e métodos de trabalho:

Seja qual for a abordagem e o método de trabalho com os pais, o espaço terapêutico oferecido, encoraja certos processos que são vitais para a estruturação do Self e o crescimento psíquico da criança: criação de um espaço para a representação e investimento emocional da criança; melhoria das funções parentais; e identificação com o psicoterapeuta como um novo ou reactivado objecto desenvolvimental.

1.2 – Os pais e a psicoterapia psicodinâmica da criança

1.2.1 Mecanismos de intersecção dos processos psíquicos de pais e filhos

O pedido é uma iniciativa consciente, que conduz o sujeito a solicitar ajuda, o que no caso da criança é normalmente feito pelos pais. Para Rosenbaum (1997, p.27) a percepção pela própria criança, das suas dificuldades, raramente é tida em conta quando é pedida uma consulta. O primeiro contacto com o psicoterapeuta assume particular importância, numa psicoterapia psicodinâmica, pelo significado presente, na forma e no conteúdo, que essa interação inicial envolve. Athanassiou-Popesco (2009, p.56) acentua a importância deste primeiro contacto “carregado de expectativa e de elementos transferenciais latentes”. O pedido é realizado por pais adultos, “sob os quais se dissimulam crianças” mais ou menos fragilizadas e magoadas pelas suas próprias crianças. O seu lado mais infantil e vulnerável pode ser activado por defesas mais primitivas. As dimensões emocionais subjacentes a um pedido de ajuda por parte dos pais são realçadas por Rosenbaum (1997, p.36) quando diz como “se sentem feridos na sua estima enquanto pais, podem sentir-se maus pais, mas acharem que mais ninguém pode tomar decisões sobre os seus filhos”. Badoni (2002, p.1111) acrescenta que “o pedido é sempre acompanhado por um grau de sofrimento familiar, mais ou menos visível e tolerável”. O grau de perturbação associado a um pedido de ajuda pode manifestar-se por dificuldade de compreender a criança como pessoa distinta (Rosenbaum, 1997, p.24), por incapacidade de consciência emocional do filho não só como ser dependente mas como ser separado (Green, V.,2000, p.28), estando sempre em risco a possibilidade da criança ser pensada de forma empática e de ser compreendida.

Os pais identificam-se frequentemente com os filhos assumindo que estes têm necessidades ou dificuldades semelhantes às suas. Green, V. (2000, p.28) sublinha a importância do equilíbrio entre o investimento do filho por parte dos pais, como parte de si próprios (investimento narcísico) e como objecto de amor. A relação narcísica (amar o self no outro) pode coexistir com uma genuína relação de objecto (amar o outro como diferente do self).

Acreditamos que estes dois modos se encontram em várias proporções em todas as relações pais - filhos ...nos casos patológicos com problemas de desenvolvimento precoce predomina o modo narcísico, enquanto que em situações menos conflituosas a relação narcísica, embora presente, é gradualmente substituída por uma relação de objecto, em que a criança é

reconhecida e amada como indivíduo distinto. (Manzano, J., Espasa, F. P., Zilkha, N., 1999, p.6*).

A presença dos pais nas sessões de revisão, a eventual observação de aspectos da sua relação com a criança e a criança tal como o psicoterapeuta observa e analisa, conduzem o psicoterapeuta a confrontar-se com pelo menos duas versões da mesma criança. Lombardi & Lapidos (1990, p.4*) referem que “uma discrepância significativa entre a descrição que os pais fazem de uma criança e a experiência que o terapeuta tem da relação com essa criança, serve como indicador de que as identificações projectivas dos pais estão a criar dificuldades na criança”.

1.2.2 Interrupção precoce da psicoterapia: influência parental

Sendo o pedido de ajuda formulado pelos pais e encontrando-se estes no centro das decisões que se relacionam com os filhos, é natural que sejam também os pais a influenciar a interrupção do processo terapêutico.

Navradi & Midgley (2006, p.11*) definem a interrupção precoce da psicoterapia como “qualquer término da terapia não baseada em acordo mútuo do analista, da criança e dos pais, independentemente do progresso do tratamento ou seja sem que as partes envolvidas concordem com a data de conclusão ou com um período de tempo de tratamento”.

Alguns estudos, a maioria não psicanalíticos, procuraram medir a dimensão do problema e investigar possíveis factores preditivos da interrupção prematura da psicoterapia. A comparação entre os estudos é difícil por falta de acordo quanto aos critérios para definir quando se considera a interrupção como prematura (Kazdin & Mazurick, 1994, p.1069). Uma afirmação explícita dos pais ou ausência de pelo menos 3 sessões consecutivas, faltando depois em nova marcação foi o critério considerado por Nock e Kazdin (2001, p.171). Os autores referem uma taxa de interrupção prematura elevada, seja qual for a orientação terapêutica e o contexto em que se desenvolve a terapia de crianças e adolescentes. A investigação refere uma percentagem entre 40% - 60% de crianças, cujos processos terapêuticos são interrompidos (Morrissey-Kane & Prinz, 1999, p.183; Kazdin, Holland & Crowley, 1997, p.453; Kazdin & Wassel, 1998, p.332; Navradi & Midgley, 2006, p.2*; Venable & Thompson, 1998, p.286). Apesar da taxa de interrupção prematura em psicoterapia infantil ser elevada, a investigação neste domínio é ainda pouco representativa (Venable & Thompson, 1998, p.286). A interrupção prematura e o resultado do tratamento

têm sido estudados separadamente e mostram uma sobreposição nas variáveis relativas aos pais e família envolvidas nestes resultados (Kazdin & Wassel, 1998, p.332).

Kazdin, Holland & Crowley (1997) desenvolveram um estudo, que relaciona a percepção das barreiras do tratamento com a interrupção prematura da psicoterapia. O modelo “barreiras para tratamento” parte da ideia de que as famílias experimentam múltiplas barreiras associadas à participação no tratamento, que incluem obstáculos de ordem prática, percepção de que o tratamento é exigente ou de pouca relevância para o problema da criança e uma relação ou aliança pobre com o terapeuta. A percepção das barreiras para o tratamento foi incluída noutros estudos (Kazdin & Wassel, 1998 e Morrissey-Kane & Prinz, 1999) em que foi demonstrada a sua importância como preditiva da interrupção prematura, sendo a percepção da irrelevância do tratamento o factor mais significativo. As famílias que terminaram precocemente o tratamento quando comparadas com as que o concluíram, mostram maior desvantagem socioeconómica, maior disfunção nos pais e na criança e mais barreiras associadas à frequência do tratamento (Kazdin & Wassel, 1998, p.336).

1.2.2.1 Patologia parental e perturbação da dinâmica familiar

Hopkins (1999, p.85) refere, que não sendo garantido que a criança mude apenas na direcção que os pais desejam, é necessário avaliar se a família pode apoiar o tratamento individual da criança e aponta várias questões a ter em conta, como a existência de conflitos de interesse familiares que impedem a regularidade da presença da criança e se os pais podem ou não permitir mudanças na criança. Os pais querem que os filhos sejam felizes, mas ao mesmo tempo precisam de manter as suas próprias defesas, o que os torna ambivalentes na procura de ajuda (Frick, 2000, p.66).

Os filhos tem grande significado para os pais que esperam através deles perpetuar-se ou preencher sonhos não realizados nas suas vidas. O narcisismo é referido por Hailparn & Hailparn (2000, p.347) como um dos problemas caracteriológicos dos pais que perturbam o processo terapêutico, ao ponto de conduzir a uma interrupção prematura. Os pais questionam-se porque não são eles os confidentes dos filhos, perguntam-se em que terão falhado, pelo que, o simples facto de iniciar um processo de avaliação, pode significar um sofrimento narcísico insuportável, que os leva a colocar em segundo plano os interesses da criança. Quando os pais querem as crianças à sua própria imagem, com os seus valores e atitudes e se este processo é ameaçado pela relação terapêutica, podem interromper o tratamento, com receio de perderem o que é vivido como uma extensão narcísica de si mesmos.

Muitas vezes, os pais projectam nas crianças, atribuições e expectativas irrealistas, que derivam da própria experiência passada com as suas famílias de origem, podendo repetir uma relação de infância, ao colocar os filhos no lugar dos próprios pais, o que conduz à necessidade de avaliar a transferência intergeracional (Hopkins, 1999, p.85). Por vezes, os pais tentam estabelecer com a criança uma relação oposta à que tiveram com os próprios pais ou tentam reparar um passado penoso, através de uma relação idealizada, perfeita, que serve sobretudo para os gratificar. A criança pode tentar corresponder a esta idealização, esforçando-se por responder às necessidades de sucesso e de gratificação dos pais. Nestas situações, os pais permanecem muito mais preocupados, ainda que inconscientemente, com os seus estados mentais e com os seus desejos, na tentativa de corrigirem o seu passado, do que atentos às experiências reais e actuais dos filhos. Este sofrimento é muitas vezes mal compreendido pelos próprios pais, referindo Badoni (2002, p.1128) que o psicoterapeuta “ é apanhado entre o sofrimento negado dos pais e o sofrimento agido da criança”

Venable e Thompson, (1998) realizaram um estudo que incidiu sobre os factores psicológicos dos pais que podem ser preditivos da interrupção prematura da psicoterapia, em que foram analisados 4 factores de personalidade: hostilidade, ansiedade, depressão e paranóia, concluindo que a hostilidade intra punitiva (autocrítica excessiva e culpa) foi a característica dos pais com relação mais significativa com o abandono da psicoterapia

1.2.2.2 Dificuldades na aliança terapêutica entre pais e psicoterapeuta

Para Green, V. (2000, p.26) ser pai/mãe parece associado a maior capacidade de mudança. Querer ser um bom pai/ mãe, constitui a base de uma aliança terapêutica. Mas as motivações positivas podem coexistir com desejos, sentimentos e impulsos inconscientes e destrutivos, que tem de ser tomados em conta quando se avalia a capacidade dos pais para apoiar o tratamento dos filhos.

Os pais procuram ajuda para a criança, motivados a maioria das vezes por sentimentos de culpa. O contacto inicial é muito relevante, para que os pais não se sintam ainda mais acusados, mas ao mesmo tempo, também não podem ser completamente aliviados deste sentimento perturbador. Athanassiou-Popesco (2009, p.75) refere que o psicoterapeuta terá de “lidar com o narcisismo dos pais e receber a sua culpabilidade sem lhe acrescentar nada, tentando aliviá-la... o que não significa seguir na via das suas defesas. A culpabilidade dos pais pode ser um motor, que os impulsiona a proteger o trabalho analítico da criança e a procurar secundariamente e se necessário, uma ajuda para si próprios... a negação de toda a

culpabilidade poderá conduzir à interrupção do tratamento e/ou à recusa das transformações induzidas na criança”. A culpa mobiliza forças reparadoras e por isso facilita a criação da aliança terapêutica. Mas a aliança terapêutica pode ficar comprometida face a sentimentos de vergonha, ciúme e inveja dos pais.

A vergonha é a experiência de insucesso, é um afecto narcísico, que faz com que os pais resistam. Quando confrontados com o que sentem ser uma crítica formulada pelo psicoterapeuta, reveladora do seu insucesso como pais, procuram negar a vergonha, reduzindo ou negando a importância do psicoterapeuta, desvalorizando-o ou recusando-se a interagir. Horne (2000, p.49) refere a necessidade de conter estes sentimentos, na tentativa de construir uma aliança com os pais.

A inveja dos pais pode ser inveja do terapeuta e da relação fantasiada como perfeita entre o terapeuta - mãe e a criança mas também a inveja do próprio processo terapêutico da criança (Horne, 2000, p.60). Os pais, quando iniciam um processo terapêutico do filho, sentem alívio por estarem a ser ajudados mas também sentem que falharam. Os resultados positivos que o psicoterapeuta consiga realizar com a criança podem agravar este sentimento de insucesso e podem despoletar inveja e ciúme. Fantasiam o terapeuta como mãe/pai idealizado, o que conduz a que se sintam privados, como crianças, de terem também um bom pai e mãe (Baruch, 1997, p.13*). Para alguns pais, é difícil darem-se conta, que nunca tiveram oportunidade de vivenciar os afectos que a relação psicoterapêutica mobiliza nos filhos, o que os leva inconscientemente, a sabotar o processo terapêutico. A inveja pode ser caracterizada desta forma: “quero o que tu tens e odeio que tenhas o que eu quero”. Os pais dirigem esta inveja ao terapeuta, desvalorizando-o em termos da sua inteligência, bens ou aparência (Hailparn & Hailparn, 2000, p.346).

A experiência mais dolorosa pode ser a de se sentirem excluídos da relação que se desenvolve entre a criança e o psicoterapeuta. Sentem a ameaça da perda do afecto do filho, em favor do terapeuta. O ciúme surge então, como uma emoção tripartida entre a criança, os pais e o psicoterapeuta, com intensificação de comportamentos de competição. Podem senti-lo como uma atitude desleal da criança, sabotando a sua relação com o psicoterapeuta (Hailparn & Hailparn 2000, p.344).

A inveja, o ciúme e a consequente competição são problemas caracteriológicos dos pais, activados pela psicoterapia dos filhos e pelo sentimento de falha que a acompanha, podendo resultar na interrupção precoce do tratamento.

1.2.3 Modalidades de participação dos pais

A forma de organização do processo psicoterapêutico da criança, em modalidades que contemplem a participação dos pais, mantém-se muito controversa.

Da análise da literatura, parece-nos poder diferenciar um conjunto de orientações mais próximas das consultas terapêuticas, na tradição das psicoterapias breves e das terapias mãe – bebê, centradas na observação e intervenção relacional e que por isso preconizam a presença conjunta de pais e filhos, distintas das psicoterapias e análises mais longas, dentro de uma tradição psicanalítica, que preconizam situações separadas e em que o debate se organiza mais em torno de ser ou não o mesmo psicoterapeuta a estar com os pais e as crianças. Abordaremos de forma sucinta estas diferentes modalidades.

1.2.3.1. Atendimento conjunto pais – criança

Brafman (1997, p.1*) evoluindo a partir das consultas terapêuticas de Winnicot, apresenta um modelo de avaliação diagnóstica conjunta, em que “na mesma entrevista, um questionamento analítico da história dos pais e também das suas perspectivas em relação à criança, revela como as fantasias da criança e as experiências passadas dos pais, interagem e criam um círculo vicioso mutuamente reforçador”.

A psicoterapia breve de orientação psicanalítica é apresentada por Malpique (1999, p.166), como tendo fundamento nos “princípios da técnica psicanalítica aplicada à criança” definidos por Anna Freud e centrados na “interpretação das defesas, ênfase na transferência positiva, reforço do Eu e apoio aos pais” (idem p.166). O papel do psicoterapeuta é mais activo, cuja formação psicanalítica determina a possibilidade de “utilizar a transferência e vigiar a contratransferência”(idem p.165). C. Malpique descreve desta forma a dinâmica das consultas terapêuticas que preconiza:

O setting é palco do encontro simultâneo com os pais e a criança, mas pode em determinadas circunstâncias fazer sair e entrar alternadamente os seus actores. Podemos sugerir entrevistas só com as crianças ou só com os pais, mas nunca deixaremos de os reunir para, numa interpretação ou numa mensagem, os ligar, diferenciando-os. Quer isto dizer que um dos principais objectivos é a relação pais/filhos e dentro dela ajudar a diferenciar as gerações e os indivíduos. (idem p.165).

A presença da criança sempre que o analista se encontra com os pais, se justificada pela preocupação de que nada lhe possa ser escondido, é para Athanassiou-Popesco (2009,

p.65) resultado da “crença segundo a qual o analista da criança a atraíçõaria, entrando em contacto com o seu mundo externo, na sua ausência”. Para a autora é uma atitude que satisfaz “o fantasma onnipotente segundo o qual a vida privada dos pais deve ser transparente aos olhos da criança” (idem p.65). Considera que se passa exactamente o contrário: a criança precisa de retirar o psicoterapeuta da sua vida externa, para lhe poder confiar os segredos da sua vida inconsciente; trair seria, por isso, receber os pais na sua presença.

Esta permanece uma questão controversa (Navradi & Midgley, 2006, p.18*). Para Malpique (1999, p.167) a Psicoterapia breve de orientação analítica é diferente da Psicanálise, não interessando em sua opinião defini-la por “comparação ou oposição” a esta. Sendo diferente, “ a sua escolha passará também pela personalidade de quem a pratica”.

1.2.3.2 Pais e criança em atendimento separado

O atendimento separado é defendido por Ruberman (2009. p.359-360) e Athanassiou-Popesco (2009, p.57) que considera que a primeira entrevista deve ser só com os pais “para deixar um lugar a cada um, para diferenciar o lugar atribuído ao adulto, não confundido com o que é dado à criança”. Na apresentação de um caso clínico, Badoni (2002, p.1114) expõe o modo como articula a primeira entrevista com os pais e as sessões de avaliação com a criança, pressupondo uma modalidade de atendimento separado: “ a informação reunida nas primeiras entrevistas com os pais conduzem ao desenho de uma espécie de esboço, a partir do qual se iniciam os primeiros investimentos na criança...não se trata apenas de reunir factos importantes da história da criança mas de preparar a mente do analista para escutar o que a criança vai apresentar, activando a função de revêrie”.

- **Um psicoterapeuta**

Rustin (2000, p.14) preconiza que deve ser o psicoterapeuta da criança a trabalhar com os pais, tanto nas sessões de revisão como no apoio ao funcionamento parental. Horne (2000, p.53) refere que no caso de crianças autistas ou com problemas mais graves, esta pode ser a solução mais eficaz para ajudar os pais a compreender o funcionamento da criança. É uma modalidade mais frequente com crianças até aos 5 anos. Para a autora a sua utilização na fase de latência é possível, quando os sintomas são mais neuróticos e quando os pais são capazes de se envolver numa parceria que exija menos suporte parental.

Athanassiou-Popesco (2009, p.62), assume uma posição muito clara ao argumentar que “o analista ao tocar a vida íntima da criança, toca também na dos pais” tornando-o intrusivo, o que pode levar à rejeição do processo, por parte dos pais. Mas, se é sobre o

psicoterapeuta da criança que os pais projectam as suas dificuldades, é também com ele que a aliança com os pais tem de ser trabalhada.

O estudo exploratório realizado por Navradi & Midgley (2006, p.16*) com casos do Centro Anna Freud, aponta para que, nos casos que concluíram a terapia, 56% dos pais foram acompanhados pelo mesmo terapeuta da criança e dos casos que terminaram prematuramente, a maioria dos pais foi seguido por outro terapeuta, diferente do da criança (70%). Para os autores, este resultado é interessante, tendo em conta a posição mais tradicional do psicanalista da criança não estar com os pais, por preocupações de confidencialidade. A perspectiva que preconiza, em que o trabalho com os pais deve ser feito pelo mesmo terapeuta da criança, é confirmada neste estudo, ainda que exploratório, sugerindo o valor potencial desta abordagem, no sentido de evitar a interrupção da psicoterapia

- **Dois psicoterapeutas**

A modalidade que preconiza um processo de apoio aos pais, paralelo ao da criança, é defendida por vários autores, pressupondo sempre um trabalho complementar entre os dois psicoterapeutas (Frick, M.E.2000, p.65; Piovano, 2004, p.4*; Sutton & Hughes, 2005, p.173). O atendimento paralelo é justificado por Horne (2000, p.60) pela necessidade de conter sentimentos de inveja por parte dos pais. Em condições favoráveis, os terapeutas descobrem, gradualmente, que tratam os mesmos temas em terapias separadas, o que significa que, tanto os pais como a criança estão “a “trabalhar” (Frick, 2000, p.80) ou seja que a tentativa de os ajudar a elaborar os seus problemas, está a funcionar. Piovano, (2004, p.6-7*) preconiza uma modalidade “paralela”, em que os dois processos acontecem ao mesmo tempo em espaços separados, concedendo particular importância ao papel do supervisor, comum a ambos os psicoterapeutas.

Athanassiou-Popesco (2009, p.62) questiona uma abordagem que defenda a quase inexistência de contactos entre o psicoterapeuta da criança e os pais, referindo que “se com esta modalidade se procura proteger a análise da criança das intrusões parentais, separando desde início pais e analista, esquece-se que as projecções são trazidas pela criança e que cabe ao psicoterapeuta... trabalhar essas projecções com os pais”

A descrição, ainda que muito resumida, das áreas, dos níveis e das modalidades de participação dos pais no processo psicoterapêutico dos filhos, sugere uma extensa diversidade de situações possíveis. De forma esquemática, referimos as posições defendidas por diferentes psicoterapeutas, que, em geral, não assumem posições rígidas quanto às modalidades de atendimento dos pais. De facto, desde o primeiro contacto, na formulação do pedido, o psicoterapeuta confronta-se com a necessidade de se situar numa posição de grande

flexibilidade mental que lhe permita analisar em cada momento o que é trazido para a consulta, pelos pais, pela criança e por si próprio, numa interrelação complexa, consciente e inconsciente, envolvendo aspectos transferenciais e contratransferenciais. A orientação por que optar, a modalidade de participação dos pais que privilegiar, condicionará decerto todo o processo. Mas, em qualquer caso, deverá ter sempre em conta as questões próprias do funcionamento psíquico dos pais, desencadeadas pela necessidade de ajuda psicoterapêutica para os filhos e que podem traduzir-se numa aliança de trabalho ou transformar-se em obstáculos ao processo. “O pedido de consulta para a criança (e paradoxalmente a falta de colaboração durante a psicoterapia da criança) oculta, muitas vezes, um pedido pessoal de ajuda, negado ou nem sequer reconhecido, por um ou ambos os pais” (Piovano, 2004, p.6*)

1.3 – A avaliação dos pais no contexto da psicoterapia infantil

O psicoterapeuta necessita de ter a cooperação dos pais ao longo das vicissitudes da terapia da criança, de ter o seu investimento no esforço e no desenvolvimento do processo terapêutico e de garantir a sua capacidade para compreender a criança e responder às suas necessidades. Estas exigências implicam uma avaliação dos pais, quanto às suas competências para acompanhar o crescimento da criança e até que ponto demonstram condições, para se envolverem num processo exigente e por vezes emocionalmente confuso e perturbado (Green, V., 2000, p.26-27).

Os objectivos do processo de avaliação para Rosenbaum (1997, p.27) são: perceber como os pais compreendem as razões da criança, quanto ao comportamento que motivou a sua presença na consulta e como se sentem acerca da procura de ajuda para o filho. A avaliação constitui ainda uma oportunidade para tomarem consciência da individualidade e das necessidades da criança que são diferentes das suas e para compreenderem que, as razões pelas quais uma criança pode ter necessidade de psicoterapia, podem não ser as mesmas que os levaram a pedir ajuda. Finalmente, deverá conduzir a uma aliança de trabalho com os pais. Na continuidade dos resultados dos estudos relacionados com a interrupção prematura da psicoterapia Morrissey-Kane & Prinz (1999, p.194) recomendam a modificação dos contactos iniciais com os pais, no sentido de compreender as suas expectativas e trabalhar a sua motivação, tendo em conta o modo como se tem constatado a relação destas variáveis, com a interrupção dos processos terapêuticos.

O estudo de Navradi & Midgley (2006) incluiu uma análise exploratória de cinco casos que terminaram precocemente, com o objetivo de encontrar padrões de funcionamento dos pais, que contribuíssem para explicar e prevenir a interrupção dos processos terapêuticos. A análise de conteúdo realizada conduziu à identificação de três temas: a motivação dos pais para iniciar a terapia, expectativas dos pais em relação à terapia e a capacidade dos pais para pensar os sentimentos.

Analisaremos cada um destes temas, dado que constituem a base da construção da grelha de avaliação do nosso trabalho.

1.3.1 – A Motivação

A motivação dos pais para iniciar e manter um processo terapêutico é decisiva para o sucesso do tratamento. Morrissey-Kane & Prinz (1999, p.183) referem que 15 % a 30% dos pais nem chegam a iniciar a fase de avaliação, adiando frequentemente a procura de ajuda. Target & Kennedy (1991, p.14*) num estudo retrospectivo de 147 casos de crianças com menos de 5 anos (numa amostragem de 763 casos) realizado no Centro Ana Freud, refere que as crianças mais velhas são referidas com maior frequência, o que traduz a relutância dos pais em o fazer precocemente, não tomando a sério sintomatologia, que tratada precocemente, conduziria a resultados mais eficazes e rápidos.

Fonagy & Target (1996, p.11*), numa apresentação posterior deste trabalho, referem que 18% dos casos interromperam o tratamento nos primeiros 6 meses e 26% durante o primeiro ano. As crianças em terapia não intensiva, abandonaram o tratamento com maior frequência que as de tratamento intensivo, o que os autores atribuem à motivação que está subjacente ao envolvimento, desde o início, num tratamento intensivo (idem p.13*).

Sessões regulares com os pais surgem associadas a menores níveis de interrupção, presumindo os autores o impacto destas sessões no aumento da motivação dos pais (Fonagy & Target, 1996, p.13*). A participação dos pais num programa prévio à psicoterapia (Nock & Kazdin, 2005), consistia em dar informação aos pais relativamente à importância da assiduidade e participação e ajudá-los a identificar e desenvolver planos, para ultrapassar possíveis barreiras ao tratamento. Os resultados do estudo indicam um aumento da motivação, assiduidade e adesão. Neste estudo, a motivação para a psicoterapia foi operacionalizada em três componentes: a) desejo de mudança na criança, b) disponibilidade para mudanças como pais e c) percepção de capacidade para mudar (idem p.873).

Uma das fontes de informação quanto à motivação dos pais, analisadas no estudo de Navradi & Midgley (2006, p.19*) foi a sua avaliação de experiências prévias com serviços de apoio psicológico e escolar. Em 4 dos 5 casos, a avaliação tinha conotação negativa. A impaciência dos pais para iniciar a terapia é uma atitude que pode reflectir o seu desespero e necessidade de ajuda em relação aos problemas da criança mas também pode significar o desejo de uma solução rápida, pouco reflectida, que traduz pouca motivação para se implicarem num tratamento. Os seus sentimentos de culpa ou vergonha, conduzem-nos a evitar que outros conheçam as dificuldades da criança. A hesitação em iniciar a terapia, que pode ser expressa em dificuldades práticas como por exemplo a inconsistência nas marcações, constitui um outro elemento indicador da motivação dos pais para iniciar o processo terapêutico do filho. A hesitação inicial pode sinalizar “um cenário complexo de vergonha e culpa” (Horne, 2000, p.57). A vergonha e culpa dos pais são referidas por vários autores como emoções determinantes (Athanassiou-Popesco, 2009, p.75; Frick, 2000, p.75; Green, V., 2000, p.29). A ausência de motivação pode corresponder a uma forma dos pais se defenderem da vergonha que sentem.

1.3.2 – As Expectativas

As expectativas que os pais têm, relativamente ao tratamento, têm um papel importante na disponibilidade para participar. Os estudos sugerem que expectativas incongruentes quanto à forma e duração do tratamento devem ser consideradas como obstáculos ao tratamento (Plunkett 1984, p.376) ou como conducentes a interrupção (Morrissey-Kane & Prinz 1999, p.188). Diferentes expectativas dos pais e do psicoterapeuta quanto aos resultados esperados do tratamento, conduzem frequentemente a interrupções da psicoterapia, por exemplo quando se verifica uma redução inicial da sintomatologia (Kazdin & Wassel, 1998, p.339). Esta situação é referida no estudo retrospectivo do Centro Anna Freud em que dos casos que terminaram precocemente, 44% correspondem a situações em que a sintomatologia melhorou, pese embora o facto de ter sido referido aos pais a importância do desenvolvimento emocional da criança (Target & Kennedy, 1991, p.9*)

Independentemente da severidade objectiva do comportamento da criança, o maior preditor de procura de ajuda, é a percepção que os pais têm desse comportamento como desviante ou como causador de problemas para si próprios (Morrissey-Kane & Prinz, 1999, p.187). Quando os pais percebem o problema da criança como estável, não modificável e fora da sua influência e controlo, podem nunca chegar a solicitar um pedido de ajuda, ou se o

pedem não se sentem como possíveis participantes no processo de mudança. Assim, a motivação e participação limitada no processo terapêutico derivam tanto de baixas expectativas de mudança na criança, como de baixas expectativas dos pais como agentes de mudança eficazes. O sentimento de ineficácia prolongado, em relação ao comportamento da criança, conduz a atribuições relacionadas com as crianças (é um problema constitucional, intencional ou não controlável, estável e sem qualquer hipótese de mudança) e/ou a atribuições relacionadas com os pais (não sou responsável, não o posso controlar e modificar). Estas atribuições desencadeiam sentimentos relacionados com a criança (vergonha, estigma, raiva, desânimo) e relacionados com os pais (apatia, incapacidade e desânimo) que determinam baixas expectativas de mudança (idem p.191-193).

Na mesma linha de observação, Navradi e Midgley (2006, p.20-21*), referem que alguns pais não queriam participar, quer porque pensavam que os problemas da criança nada tinham a ver com eles, quer porque não se sentiam capazes de ajudar a criança. Apresentarem uma visão deformada do problema da criança, verem-na como “má” sem conseguirem perceber razões para o seu comportamento, atribuírem o problema a causas médicas não comprovadas ou fazerem “listas de queixas” sem as conseguirem relacionar com acontecimentos traumáticos da vida precoce da criança, constituem elementos apontados pelos autores, como indicadores das expectativas dos pais relativamente a um processo terapêutico. Neste estudo, os pais do grupo que interrompeu precocemente a psicoterapia, mostraram tendência a preocupar-se com o tipo de informação que a criança transmitiria acerca da família, com a qualidade da relação com o psicoterapeuta e com a consequente possibilidade de ser posta em causa, a sua própria relação com o filho. Este tipo de expectativas, parece relacionar-se de forma mais significativa, com as dificuldades dos pais em prosseguirem o processo psicoterapêutico. A necessidade de perceber se os pais permitem que a criança estabeleça uma relação íntima com outro adulto, também é referida por Hopkins (1999, p.85), que acrescenta a importância de verificar se a sua curiosidade, ciúme ou inveja os levam a interferir no processo.

1.3.3 – A Capacidade para pensar os sentimentos

A capacidade dos pais para reflectirem sobre a sua experiência mental e a dos seus filhos é definida como funcionamento reflexivo parental (Slade, 2005, p.269) e é considerada como manifestação de uma capacidade individual para mentalizar.

O conceito de mentalização é definido pela autora como “a capacidade para compreender o comportamento próprio e o dos outros em termos dos estados mentais e intenções subjacentes e de uma forma mais vasta como uma capacidade crucial humana que é intrínseca à regulação dos afectos e às relações sociais produtivas” (idem p.269). Assim, é próprio dos seres humanos, procurarem compreender os estados mentais – intenções, sentimentos, pensamentos, desejos e crenças – seus e dos outros, para que possam dar sentido às suas acções. Este processo de significação permite descobrir e esclarecer a experiência subjectiva e ao mesmo tempo interpretar as acções interpessoais.

Assim, o conceito de mentalização integra modos de conhecer que são, ao mesmo tempo, cognitivos e afectivos, descritos como “a capacidade de pensar acerca dos sentimentos e de sentir acerca do pensamento” (M. Target, comunicação pessoal, 2003, em Slade, 2005 p.271)

Todos os seres humanos nascem com a possibilidade de desenvolver capacidade de mentalizar, mas são as relações precoces que criam oportunidade para a criança aprender sobre os estados mentais. A mãe tem uma representação mental do seu filho como tendo sentimentos, desejos e intenções, sendo esta representação que permite á criança descobrir a sua própria experiência interna. “São as observações que a mãe faz das mudanças, momento a momento, do estado mental da criança e a sua representação destes estados, primeiro pelo gesto e acção e depois por palavras e jogo que estão no centro do cuidado sensitivo e que são cruciais para o desenvolvimento das capacidades de mentalização da própria criança” (Slade, 2005, p.271).

A teoria do funcionamento reflexivo parental analisa a capacidade dos pais para reflectir, espelhar, conter e transformar a experiência afectiva da criança, através de conceitos provenientes da teoria da vinculação e da psicanálise (Grienenberger, 2006, p.1*). Para que os pais não se sintam invadidos pela perturbação da criança têm de ser capazes de:

- a) Compreender o comportamento agressivo ou de medo como motivado por pensamentos, sentimentos ou intenções subjacentes;
- b) Considerar esses estados mentais como pertencentes à criança e diferentes dos seus;
- c) Compreender as emoções da criança como estados mentais e não realidades concretas e que por isso podem mudar.

Esta compreensão permite-lhes permanecer ao mesmo tempo, emocionalmente envolvidos e numa situação de controlo, o que permite conter e transformar a experiência da criança em algo mais tolerável. Desta forma, para o autor, o funcionamento reflexivo parental

ajuda os pais a lidar com o paradoxo que envolve a força da experiência inter subjectiva com os filhos, com a existência separada da criança.

A abordagem reflexiva procura ajudar os pais a representar a criança de forma progressivamente mais complexa e sofisticada. Green,V. (2000, p.28) refere-se à função reflexiva parental como um processo continuado de “refinamento e de revisão das representações dos pais acerca dos seus filhos, congruente com e em resposta, ao nível de desenvolvimento da criança”.

Os pais demonstram dificuldades de pensamento reflexivo quando tendem a responder a características externas e não internas, ou distorcem os estados mentais, atribuindo à criança o que ela não está a sentir ou a desejar. Shulman (2006, p.2*) chama a atenção para a frequência com que os pais descrevem a experiência interna da criança de forma distorcida, com atribuições negativas. Para o autor, esta dificuldade implica um trabalho prévio de conter e regular as angustias dos pais, a maioria das vezes inconscientes e relacionadas com a sua própria experiência passada, para que sejam capazes de se focarem nas verdadeiras experiências internas das crianças.

Slade (2006, p.4-5*) apresenta as abordagens que utiliza em programas de desenvolvimento da atitude reflexiva dos pais:

- a) Representar a criança em termos de estados mentais, focando-se nos seus estados internos e nas suas intenções, dando voz à experiência interna da criança, falando de sentimentos e ligando-os ao comportamento;
- b) Imaginar a experiência da criança, questionando-se sobre o que se estará a passar, o que conduz a compreender mais do que a aprender sobre desenvolvimento;
- c) Eleger o afecto como meio de mentalização, aproveitando os momentos em que os pais vivem situações emocionalmente fortes, como os mais ricos para fazer emergir a capacidade de mentalizar.

Em situações de pais com mais dificuldades de mentalização o psicoterapeuta poderá ter que lhes proporcionar a experiência de serem eles próprios, alvo de interrogações e de tentativas de compreensão dos seus estados mentais mais confusos e perturbadores (Slade, idem p.5*).

A dificuldade dos pais para pensar sobre os sentimentos, os seus e os da criança, consta na análise do material de avaliação do estudo de Navradi & Midgley (2006). Segundo os autores este factor nunca foi referido na investigação sobre a interrupção prematura da psicoterapia. Evidenciou-se pela dificuldade dos pais em evocar memórias do seu passado ou do passado da criança, no afecto inapropriado que acompanha as suas palavras durante as

entrevistas, ou na sua atitude defensiva em relação aos acontecimentos stressantes das suas vidas. Manifestaram ainda dificuldade em reconhecer os afectos dos filhos (zanga ou tristeza) em momentos particulares, ou foi-lhes difícil considerar que as vivências do filho têm repercussões emocionais (dizerem que uma dada experiência não afectou a criança porque ela nunca falou disso). Além disso, a terapia foi sentida como uma potencial ameaça ao sistema familiar estabelecido.

2 - PROBLEMATICA DA INVESTIGAÇÃO

Este trabalho insere-se numa linha de investigação sobre o papel que os pais desempenham no processo psicoterapêutico das crianças, mais particularmente no momento da avaliação inicial.

A história da psicoterapia infantil, traduz a diversidade e o desacordo de opiniões quanto ao significado atribuído à influência dos pais no processo psicoterapêutico e às modalidades, objectivos e técnicas do trabalho com pais. Apesar de ser unânime a importância que actualmente é concedida à implicação dos pais no processo terapêutico, também é igualmente verdade que a percentagem de tratamentos interrompidos precocemente é significativa, o que remete frequentemente para dificuldades na implicação familiar. De facto a possibilidade de iniciar um processo terapêutico com o nosso cliente (a criança) depende do nosso consultante (o pai ou a mãe), sendo que a interrupção do processo também acontece, na maioria das vezes, por decisão dos pais, seja qual for o motivo que apresentem.

A importância do trabalho com os pais tem sido reconhecida de forma crescente, nomeadamente no que se refere ao estudo do seu papel na continuidade do processo terapêutico, de forma a garantir os seus resultados. A investigação neste domínio é ainda relativamente recente, sobretudo no âmbito da psicanálise e na psicoterapia psicodinâmica.

Ora, a fase de avaliação, cujos objectivos são esclarecer o pedido, formular o diagnóstico e propor a intervenção terapêutica centrada nas necessidades da criança, é um momento privilegiado para compreender o papel que os pais poderão vir a ter no processo de tratamento dos seus filhos. De facto, a proposta terapêutica envolve sempre a participação e o investimento dos pais, pelo que o sucesso do trabalho clínico está necessariamente relacionado com a qualidade e a consistência desta colaboração. O psicoterapeuta é muitas vezes confrontado com a dificuldade dos pais em compreender e responder apropriadamente aos medos, inseguranças e ansiedades dos seus filhos. Assim, Green, V. (2000, p.27)

considera que “uma das questões que se coloca é se os pais são considerados de forma suficiente na avaliação inicial para uma terapia, o que não é apenas saber se concordam ou não com a recomendação mas que parte podem ou querem tomar no processo de mudança”. Já Athanassiou-Popesco (2009, p.70) considera que as razões que conduzem a muitas interrupções da psicoterapia, podem não ter sido devidamente avaliadas no início, nas primeiras entrevistas, no que diz respeito sobretudo à resistência dos pais para se envolverem no processo. E acrescenta, “a arte destas entrevistas iniciais é ter tempo para prever ou pressentir as dificuldades futuras...sabemos como é difícil gerir as primeiras entrevistas porque necessitam de um verdadeiro funcionamento analítico, feito de abertura, de aceitação do desconhecido e da incerteza, de identificação aos dois pais e ao mesmo tempo reflexão de retaguarda que permita ajuizar o futuro do que vai ser iniciado” (idem, p.70). No entanto, não deixa de sublinhar a importância de não idealizar um processo de “prevenção de interrupções”, com uma avaliação precisa de riscos, dado que “muitas vezes a patologia dos pais só se revela no momento em que a criança começa a sair da sua” (idem, p.99).

De facto, os pais fazem parte da complexidade do processo psicoterapêutico do filho e como tal têm de ser considerados, desde o início. Assim, as dimensões do funcionamento dos pais, que possam elucidar a sua capacidade para se envolverem no processo terapêutico dos filhos, deverão estar incluídas na avaliação inicial. Esta avaliação permitirá, então, esclarecer em que medida se poderão constituir como facilitadores ou como obstáculos ao processo psicoterapêutico dos filhos, e, sobretudo, quais as recomendações e procedimentos que serão mais eficientes para a implementação do processo psicoterapêutico da criança.

A avaliação inicial constitui assim, um elemento fundamental para colocar hipóteses terapêuticas que se fundamentem numa observação abrangente da complexidade envolvida no desenvolvimento infantil.

É, assim, objectivo deste trabalho de investigação propor e testar uma metodologia clínica que inclui os pais na avaliação inicial, em consulta prévia ao eventual início de uma psicoterapia infantil.

3 - QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO

Em que medida, a presença e implicação dos pais no processo psicoterapêutico dos filhos se podem constituir como elementos facilitadores ou como obstáculos à finalização bem sucedida da intervenção terapêutica?

Quais as dimensões do funcionamento psíquico dos pais que podem comprometer a sua capacidade para se envolverem de forma consistente no processo psicoterapêutico, do filho, comprometendo assim os seus resultados?

De que forma é possível identificar, durante a fase de avaliação, prévia ao processo psicoterapêutico de uma criança, as dimensões do funcionamento parental, susceptíveis de contribuir para a evolução e os resultados de um processo psicoterapêutico bem sucedido?

II - METODOLOGIA

1 - TIPO DE ESTUDO

Este trabalho enquadra-se numa modalidade de investigação clínica, em que se procede à análise e interpretação sistemática do material recolhido nas entrevistas com pais, na fase de avaliação diagnóstica, em três casos de psicoterapia infantil.

É um estudo empírico, qualitativo, do processo psicoterapêutico, centrado na fase de avaliação e que utiliza a metodologia de estudo de caso agregado.

“A investigação de processo – o estudo empírico do que acontece no tratamento psicoterapêutico - é um meio de explorar porquê e como acontece a mudança” Midgley, (2009, p.83). O mesmo autor refere que os estudos de interrupção precoce de tratamento em tratamentos psicanalíticos com crianças confirmam “ser possível prever nas primeiras fases de avaliação, que casos podem terminar precocemente, embora seja difícil determinar com certeza, quais os factores que são preditivos dessa interrupção” (Midgley, 2006, p.9).

Este trabalho tem um carácter exploratório, remetendo para preocupações de compreensão mais profunda de uma parte do processo psicoterapêutico (fase de avaliação) e centra-se nos factores decorrentes do funcionamento dos pais, a fim de procurar encontrar padrões nesse funcionamento, que se associem a processos psicoterapêuticos infantis que terminam precocemente.

O estudo de caso é uma metodologia definida por Kazdin (1981, p.184) pelo foco no indivíduo, tipo de informação anedótica e ausência de controlo experimental. Permite uma exploração mais profunda dos processos psicoterapêuticos, tornando os seus resultados clinicamente significativos mas menos relevantes do ponto de vista da investigação, por limitações sobretudo quanto à possibilidade de generalização (Kazdin, 1981, p.184; Midgley, 2006, p.125). Este distanciamento da clínica e da investigação está a ser modificado pela emergência das “abordagens do estudo de caso clínico... como método legitimado... necessitando de ser avaliado por critérios apropriados aos seus próprios métodos e não pelos que derivam da investigação experimental” (Midgley, 2006, p.126).

A avaliação da eficácia da psicoterapia infantil, através do estudo de caso, é objecto do trabalho de Urwin, C. (2007), que propõe um modelo de avaliação “*The Hopes and Expectations for Treatment Approach*” construído para definir uma linha de base, no final da fase de avaliação, quanto às expectativas dos pais e do psicoterapeuta. A utilização do mesmo

instrumento, em períodos predefinidos do processo psicoterapêutico, permitirá avaliar os seus resultados.

Kazdin (1981, p.185-187) refere-se à objectividade dos dados e estudo de casos múltiplos, como duas das características que contribuem para o controlo da validade interna, no estudo de caso. Szecsödy (2008) demonstra a possibilidade de utilizar o método de estudo de caso, para provar a eficácia e eficiência de uma psicanálise, utilizando entrevistas e instrumentos de avaliação em momentos definidos do processo.

Kachele e Thoma (1993, p.112) definem desta forma a necessidade de mudanças nos processos de investigação em psicanálise “precisamos de investigações descritivas do processo de interacção”. Como vimos na análise teórica deste trabalho, a qualidade da relação dos pais com o psicoterapeuta da criança, assume uma importância decisiva na construção de uma aliança terapêutica, condição essencial para a conclusão e eficácia do processo terapêutico da criança. O estudo de caso, tal como é aplicado no nosso trabalho, pretende compreender de forma mais profunda a dinâmica da interacção com os pais e ao mesmo tempo, avaliar os conteúdos dessas interacções, sistematizando-os e atribuindo-lhes uma categorização, passível de ser utilizada noutras investigações.

2 – PARTICIPANTES

O estudo foi realizado com 3 casos clínicos, de crianças em período de latência, acompanhadas em clínica privada, numa amostra de conveniência.

Este estudo está centrado na fase de avaliação diagnóstica dos casos clínicos, que inclui entrevistas com os pais, avaliação diagnóstica da criança e informação da história familiar e desenvolvimental da criança.

Os pais e as crianças foram acompanhados pelo mesmo psicoterapeuta. Na fase de avaliação todos os pais foram atendidos em sessões separadas das crianças, embora esta modalidade não fosse mantida, de forma semelhante para os três casos, durante a fase de intervenção.

Os casos iniciaram um processo de psicoterapia psicodinâmica, em sessões semanais ou quinzenais em que não foi estabelecido previamente um tempo limite, ou um número limite de sessões para a fase de intervenção.

Os 3 casos clínicos apresentam diagnósticos diferenciados. O critério do diagnóstico das dificuldades da criança não foi utilizado para a constituição da amostra.

A atitude dos pais relativamente à conclusão do processo distingue os três casos da seguinte forma:

- Caso1- Evolução com interrupção após 13 sessões;
- Caso2- Evolução com alta após 15 sessões;
- Caso3- Evolução Mista: interrupção após 1ª fase de avaliação, novo pedido após 1 ano, melhoria de sintomatologia após 13 sessões.

3 - PROCEDIMENTOS DO TRABALHO DE CAMPO

3.1 – Selecção da amostra

A selecção da amostra teve como critérios de inclusão:

- A fase de desenvolvimento das crianças (período de latência);
- A representatividade de três situações diferenciadas quanto à conclusão do processo terapêutico (interrupção prematura, conclusão com alta e situação mista).

Este procedimento foi supervisionado por um dos orientadores do trabalho, de forma completamente independente da construção dos instrumentos de avaliação, supervisionada por outro orientador.

3.2- Recolha de dados

A investigação é realizada com base em dados primários derivados. Assentam na reconstrução verbal dos aspectos mais significativos das entrevistas de avaliação realizadas com os pais, a partir do quadro de referência teórico conceptual da psicoterapia psicodinâmica. As notas da psicoterapeuta, escritas após as entrevistas, foram utilizadas de forma integral, privilegiando o verbatim. De forma a dispor da maior quantidade possível de material proveniente dos pais, utilizou-se também o conteúdo das suas afirmações, sob a forma de discurso indirecto. Todos os casos foram concluídos antes de se iniciar esta investigação, pelo que a selecção das notas do terapeuta não foi influenciada pelos objectivos do trabalho.

Foram consideradas as duas entrevistas com os pais, realizadas na fase de avaliação, que incidiram na análise do pedido e recolha de informação sobre a história familiar e

desenvolvimental da criança e na análise dos resultados da avaliação e da proposta de tratamento.

Os dados foram validados por sessões de supervisão e orientação e foram sistematizados de acordo com o tema da participação dos pais no processo psicoterapêutico. É um estudo retrospectivo, pelo que os participantes não foram envolvidos directamente na recolha de informação. Salvaguardam-se as questões éticas da investigação em sujeitos humanos, não revelando qualquer dado de identificação e alterando de forma significativa quaisquer elementos da informação que pudessem identificar os sujeitos envolvidos.

4. PROTOCOLO DE INVESTIGAÇÃO

4.1 Construção da grelha de avaliação

A construção da grelha de avaliação tem como objectivo descrever um conjunto de dimensões que traduzam as dificuldades de funcionamento dos pais, que podem estar associadas aos processos de interrupção precoce da psicoterapia dos filhos. Tendo em conta a referência teórico conceptual da psicoterapia psicodinâmica, este trabalho implicou a necessidade de traduzir conceitos psicanalíticos em dados empíricos, susceptíveis de serem utilizados na investigação.

4.1.1 Modelo teórico

O nosso trabalho tem como base os resultados do estudo exploratório realizado por Navradi e Midgley (2006) no Centro Anna Freud.

Apresentamos a tradução dos temas encontrados na análise de conteúdo das entrevistas com os pais, os quais permitem delinear um perfil dos casos que interromperam o processo psicoterapêutico, tal como referido na revisão teórica deste trabalho.

Quadro 1

Temas das entrevistas com pais de casos que terminaram prematuramente o processo psicoterapêutico

	Motivação	Expectativas	Capacidade para pensar os sentimentos
Fontes de informação	Avaliação de outros serviços de apoio	Os pais incluem-se ou excluem-se do tratamento	Dificuldades dos pais em pensar sobre os seus próprios sentimentos
	Impaciência para que a criança inicie a terapia	A visão que os pais têm do problema da criança	Dificuldade dos pais em pensar sobre os sentimentos dos filhos
	Sentimentos de vergonha/culpa	A ansiedade quanto à vinculação da criança com o terapeuta	A terapia ameaça o sistema familiar
	Hesitação pais para iniciar		

De: "An exploratory Study of Premature Termination in Child Analysis" por A. Navradi e N. Midgley, 2006, *Journal of Infant, Child and Adolescent Psychotherapy*, 5 (4). Traduzido e utilizado com autorização de N. Midgley

Os temas da motivação e expectativas parentais têm sido integrados noutros estudos relativos a interrupção prematura da psicoterapia infantil. A função reflexiva parental, segundo os autores, nunca tinha sido utilizada em qualquer investigação anterior. Sharp & Fonagy (2008) apresentam uma entrevista clínica semi-estruturada (*Parent Development Interview*), que tem por objectivo avaliar as representações que os pais têm dos filhos, de si próprios como pais e das suas relações com os filhos. A aplicação da escala de funcionamento reflexivo para adultos permite associar a esta informação, o nível de funcionamento reflexivo dos pais. No entanto, não foram encontrados estudos que relacionassem o funcionamento reflexivo dos pais com a interrupção prematura do processo psicoterapêutico.

A formulação destes temas, no trabalho de Navradi e Midgley (2006), é realizada a partir da análise temática das entrevistas com os pais, dos casos que interromperam o tratamento precocemente. Nesta formulação são referidos comportamentos e formas de funcionamento parental que revelam dificuldades na motivação para o tratamento, inadequação nas expectativas e limitações na função reflexiva parental, pelo que são descritos de forma negativa. Mantivemos esta linha de orientação na construção da grelha de avaliação utilizada no nosso trabalho.

4.1.2 Análise dos temas

A análise de cada um dos temas, teve por objectivo encontrar as dimensões para a construção da grelha de avaliação, a utilizar no nosso trabalho.

Identificamos o tipo de problemas que surgem com mais frequência por parte dos pais, quando há um processo de interrupção prematura da psicoterapia, utilizando para isso os dados referidos na revisão teórica deste trabalho. Em seguida, formulamos e ilustramos esses problemas (Quadros 2,3,4) permitindo assim uma aproximação a componentes do discurso e do funcionamento dos pais, em situação de entrevista.

Quadro 2
Análise da Motivação

O problema	Formulação do problema	Ilustração do problema
Dificuldade em valorizar o setting	Como se referem à qualidade do setting	Muito críticos, grande quantidade de queixas.
Dificuldade em esperar pelo início do tratamento	Exprimem urgência e exigência de resultados rápidos no início do tratamento, que pode traduzir a tentativa de resolver o problema sem reflectir sobre ele. Possível idealização do terapeuta e, secundariamente, possibilidade de delegação neste último de funções parentais importantes	Pedem consulta muito urgente, contactam de forma muito dramatizada. Pretendem resoluções e “receitas” fáceis e rápidas,
Sentimentos de vergonha/culpa dificilmente mentalizáveis.	Como colocam o problema, dificuldade em referir os sintomas como sinais de um problema	Tem dificuldade em expor os problemas da criança, apresentam-se como culpados de modo insistente, excessivo, remetendo para as suas insuficiências
Hesitação em iniciar o tratamento	Como se disponibilizam para o início da terapia Aceitação passiva da proposta de tratamento, sem questionamento ao terapeuta, seguida de manifestações ambivalentes, expressas por comportamentos, faltas, atrasos.	Acentuam dificuldades práticas, físicas e materiais: horários, deslocações, honorários

Quadro 3
Análise das expectativas

O problema	Formulação do problema	Ilustração do problema
Dificuldade em se implicar no processo, distanciando-se do problema da criança	Verbalização das responsabilidades pelo problema da criança e da possibilidade de participarem na sua resolução	Recusam-se a participar, consideram que o problema não é deles (eu não sou responsável, comigo está tudo bem), pretendem que seja a criança o foco da terapia (esperam que o terapeuta a modifique), consideram-se incapazes de ajudar a criança (eu não a controlo, desisto, nada funciona)
Visão deturpada do problema da criança	Avaliação do modo como apresentam e explicam o problema da criança	Transmitem muitas queixas mas não as relacionam, parecem ter uma visão enviesada do problema (“porta-se mal de propósito”), a criança “é” um problema (“nunca vai mudar”)
Sentimento de insegurança decorrente da qualidade do vínculo da criança com o terapeuta	Como interpretam o vínculo entre a criança e o terapeuta (ciúme, inveja)	Receio do que a criança poderá contar relativamente ao que se passa em casa (fazem muitas perguntas à criança ou ao terapeuta). Receio que possa ligar-se ao terapeuta de uma forma que modifique a sua relação com eles – dão muita atenção à criança, em atitude de competição, interferem no espaço da criança, por vezes de modo intrusivo.

Quadro 4

Análise da função reflexiva (capacidade para pensar os sentimentos)

O problema	Formulação do problema	Ilustração do problema
Dificuldades dos pais em pensarem sobre os seus próprios sentimentos	Como exprimem os seus sentimentos associados aos acontecimentos ou vivências relacionados com os filhos ou com a sua própria infância ou adolescência (que evocam de um modo associativo)	Dificuldade em evocar memórias (do seu passado e/ou dos primeiros tempos de vida da criança), expressão de afectos dissonante com o que é verbalizado, atitude defensiva (negação banalização, racionalização) relativamente aos comportamentos da criança, a incidentes ou doenças e a acontecimentos stressantes da família
Dificuldade dos pais em pensarem sobre os sentimentos da criança, separando-os dos seus próprios sentimentos. Dificuldade de separar o que sentem sobre a criança, do que a criança, ela mesma, sente.	Como se referem e avaliam os sentimentos que atribuem à criança	Dificuldade em identificar o estado afectivo da criança, em reconhecer como os acontecimentos do quotidiano podem influenciar o mundo emocional da criança, em perceber como o comportamento da criança pode resultar da reacção emocional a experiências específicas. Tendência à confusão projectiva entre os seus acontecimentos pessoais da infância e os da criança.
Percepção da terapia como ameaça potencial ao sistema familiar estabelecido, com receios de que a melhoria da criança traga alterações à homeostasia familiar	Como antecipam as alterações na relação de casal e nas rotinas familiares, decorrentes da evolução do processo e da maior autonomização da criança	Resistem a alterações da rotina familiar com receios de: encarar problemas de casal (ex. a criança deixar de dormir no quarto dos pais), assumir mais responsabilidades (ex. a criança ter tempo para estar com os pais), confronto com problemas pessoais (ex. a criança necessitar de um contexto mais organizado, previsível e tranquilo)

4.1.3 Construção da grelha

A grelha de avaliação do material clínico foi construída, tendo como base, a análise dos temas presentes nos processos terapêuticos com interrupção precoce.

Para cada tema foram enumerados comportamentos, atitudes e formas de funcionamento dos pais, que deverão corresponder à comunicação verbal e não verbal em situação de entrevista.

De modo a evitar uma extensão excessiva das dimensões da grelha, estas foram formuladas de forma mais condensada, a partir da análise dos temas.

GRELHA DE AVALIAÇÃO

Motivação

- M1→ Muito críticos em relação a intervenções anteriores
- M2→ Pedido muito urgente e dramatizado
- M3→ Pedido de sugestões e soluções imediatas
- M4→ Dificuldades não são vistas como sintomas (e sinais) de um problema
- M5→ Importância excessiva atribuída às insuficiências dos pais
- M6→ Colocam obstáculos físicos e materiais à concretização do processo

Expectativas

- E1→ Consideram que não necessitam de ajuda para si próprios
- E2→ Esperam que a terapia “mude” a criança sem a sua participação
- E3→ Apresentam-se como incapazes de controlar o problema
- E4→ Não vêem o problema como modificável
- E5→ Apresentam muitas queixas, sem explicações ou procura de sentido
- E6→ Idealizam o processo psicoterapêutico ou o terapeuta

Função reflexiva

- FR1→ Não se recordam dos primeiros tempos de vida da criança
- FR2→ Expressam afectos de forma dissonante com o que verbalizam
- FR3→ Negam, racionalizam ou banalizam comportamentos e acontecimentos relacionados com a criança
- FR4→ Enumeram comportamentos e situações problemáticas da criança, sem consciência do seu carácter perturbador e não os associam aos sentimentos do filho/ da filha
- FR5→ Atribuem à criança algumas das experiências e vivências emocionais que mais os marcaram na sua própria infância
- FR6→ Atribuem à criança experiências afectivas e emocionais inadequadas à idade
- FR7→ Manifestam resistência a analisar o impacto das suas atitudes na vida emocional da criança

4.2 - Aplicação da grelha às entrevistas de avaliação

A grelha de análise foi aplicada ao conteúdo de duas entrevistas com os pais, realizadas na fase de avaliação.

O conteúdo das entrevistas com os pais foi redigido na sua totalidade, sob a forma de discurso directo ou indirecto, transcrito pela ordem com que surgiu na interacção com os pais, correspondendo à evolução da dinâmica da entrevista. O conteúdo foi separado por unidades de análise, atribuídas a cada um dos pais ou a ambos, quando se tratou de situações em que

corroboraram a informação ou se exprimiram em conjunto. Não foi registado o que a psicoterapeuta verbalizou.

A análise do material clínico foi separada da informação proveniente dos pais, dado que deriva de reflexões posteriores da psicoterapeuta e das contribuições das sessões de supervisão. Contribuiu para a compreensão do material clínico, no quadro de referência da psicoterapia psicodinâmica.

A cotação do conteúdo das entrevistas constituiu a terceira fase deste processo. Cada unidade de análise foi classificada de acordo com as dimensões da grelha de avaliação, podendo ser-lhe atribuída mais do que uma classificação. A cotação foi atribuída apenas, quando se verifica a presença das dimensões, tal como estão descritas na grelha, ou seja, formuladas sempre na sua vertente negativa.

O resultado desta aplicação aos 3 casos clínicos encontra-se em anexo (Anexos 1,2,3)

III – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Apresentação dos resultados

Caso 1 – Evolução com interrupção após 13 sessões

Caracterização do caso clínico

Menina com 6 anos, frequenta o 1º ano ensino básico, irmã mais velha de uma fratria de 3 (2 irmãs com 4 anos e 1 ano). A leitura das questões apresentadas pelos pais aponta para dificuldades no respeito pela autoridade, indisciplina, insolência e comportamentos desajustados socialmente. Bom nível cognitivo, dificuldades de atenção e em lidar com a frustração.

O resultado da avaliação da criança aponta para um funcionamento de registo neurótico, com alguma tendência para a desorganização mental perante desvalorização narcísica e sentimentos de abandono das figuras parentais. Recurso a defesas do Eu onnipotentes e com tendência para a acção maniforme, perante conteúdos agressivos. Estaremos perante uma organização depressiva com predomínio narcísico em que as defesas surgem como forma de colmatar uma falha muito precoce.

Resultados da aplicação da grelha

A aplicação da grelha, aos conteúdos das entrevistas com os pais (Anexo 1), encontra-se organizada no quadro 5.

Quadro 5

Resultados da aplicação da grelha ao caso 1

Participantes	Entrevistas	Motivação	Expectativas	Funcionamento reflexivo	Total
Mãe	1ª	M4 (1)	E3 (2)	FR5 (1)	11
		M5 (3)	E5 (2)	FR6 (2)	
	2ª	M4 (1)	E6 (1)	FR3 (1)	4
		M6 (1)			
	Sub total	6	5	4	15
Pai	1ª	M4 (1)		FR3 (3)	9
				FR4 (2)	
	2ª	M4 (1)		FR5 (2)	3
		M6 (1)		FR6 (1)	
	Sub total	3		9	12
	Total	9	5	13	27

Motivação

Os pais não vêem as dificuldades da criança como sintoma de um problema (M4) acabando por apresentar obstáculos à concretização do processo (M6). Contrariamente ao pai, a mãe atribui bastante importância às suas insuficiências (M5) o que no entanto, deixa de ser referido na 2ª entrevista.

Expectativas

A mãe reconhece incapacidade de controlar o problema (E3) e apresenta as queixas sem procura de sentido (E5), acabando por evidenciar uma idealização da psicoterapeuta. Os conteúdos respeitantes ao pai não têm cotação neste tema.

Função reflexiva

Os pais têm dificuldades na função reflexiva, sendo no entanto o pai o que apresenta maior número de itens cotados. A negação ou racionalização dos comportamentos da criança (FR3), surge como o mais significativo, sobretudo por parte do pai, enquanto a mãe só o manifesta na 2ª entrevista e apenas uma vez. A atribuição à criança de experiências afectivas e emocionais inadequadas á idade (FR6) são referidas por ambos os pais, sendo ainda o pai, que se apresenta como o que tem menos consciência do carácter perturbador, para a criança, dos seus próprios comportamentos (FR4). O pai parece também atribuir à criança, vivências emocionais que são suas (FR5), com mais frequência que a mãe.

Em resumo, na fase de avaliação, a motivação encontra-se comprometida em ambos os pais, situação que se mantém e se evidencia ainda mais na 2ª entrevista. As dificuldades na motivação associam-se, na mãe, a expectativas centradas na descrição de dificuldades e na constatação das suas limitações, sem formular um pedido real de ajuda para a criança. A idealização da psicoterapeuta que ocorre na 2ª entrevista, parece remeter para as suas próprias necessidades de ajuda. Por outro lado o pai, associa baixa motivação a dificuldade na função reflexiva, não conseguindo uma proximidade com o que a criança possa sentir e apresentando-se muito distanciado e defensivo. Predomínio de conflitos com a mulher. O número total de itens cotados é elevado em ambos os pais (15 e 12).

A evolução do processo caracterizou-se por uma intervenção com a criança e os pais. A intervenção com os pais realizou-se numa modalidade conjunta, em encontros curtos, antes da sessão com a criança, estando ela presente. A criança evidenciou sentimentos de desamparo, utilizando mecanismos de identificação ao agressor e de controlo onnipotente,

com manifestações de agressividade dirigidas aos pais e transferidas para a psicoterapeuta. Manifestou forte insegurança em relação aos afectos parentais. As intervenções com os pais são marcadas sobretudo, por dificuldades em lidar com os mecanismos de projecção da culpa do pai, em relação à mãe.

A interrupção do processo ocorre depois de férias, de forma abrupta, perante uma radicalização das atitudes do pai, que recusa o que sente como uma imposição para mudanças em si próprio e por aumento das dificuldades do casal.

Caso 2 – Evolução com alta após 15 sessões

Caracterização do caso clínico

Menina com 6 anos, frequenta o 1º ano ensino básico e tem uma irmã mais nova 1,5 ano. A leitura das questões apresentadas pelos pais aponta para dificuldades na relação precoce e rivalidade fraterna.

O resultado da avaliação da criança remete para dificuldade de conseguir um espaço de afirmação face à irmã. Conflito edipiano em elaboração. A força é atribuída ao lado materno, com quem se quer identificar. A figura masculina surge como muito desvalorizada. Ausência de dinâmica relacional. Relações caracterizadas como predominantemente funcionais. Dificuldade de controlo de impulsos, tendência para se isolar, defesas onnipotentes e de controlo.

Funciona assim num registo neurótico, em volta dos conflitos normais do seu estágio de desenvolvimento psicosexual. O seu posicionamento na família nuclear é sentido como estando em constante desvalorização em prol da irmã mais nova com quem rivaliza e com quem faz movimentos de formação reactiva, ao efectuar uma transformação da agressividade inconsciente em preocupação e cuidado com o objecto invejado.

Resultados da aplicação da grelha

A aplicação da grelha aos conteúdos das entrevistas com os pais (Anexo 2), encontra-se organizada no quadro 6.

Quadro 6
 Resultados da aplicação da grelha ao caso 2

Participantes	Entrevistas	Motivação	Expectativas	Funcionamento reflexivo	Total
Mãe	1 ^a		E3 (1)	FR5 (6) FR3 (1)	8
	2 ^a			FR5 (1)	1
	Sub total		1	8	9
Pai	1 ^a				
	2 ^a				
	Sub total				
Total			1	8	9

Motivação

Os conteúdos das entrevistas não têm cotação neste tema, em ambos os pais.

Expectativas

A mãe exprime a dificuldade que sente em controlar as dificuldades da filha (E3). Os conteúdos expressos pelo pai, também não são cotados neste tema.

Função reflexiva

A mãe apresenta muita dificuldade em perceber e analisar os problemas da filha como separados dos seus próprios problemas (FR5), atribuindo-lhe vivências emocionais, que parecem ser as da sua própria infância.

Em resumo, na fase de avaliação, os pais admitem a existência de um problema que não compreendem e não colocam qualquer obstáculo a um processo psicoterapêutico. A motivação não é cotada no discurso de ambos os pais, o que poderá indicar a disponibilidade com que se apresentam neste pedido de ajuda. Esta parece ser, aliás, a expectativa que traziam, dado que neste tema apenas se verifica um item cotado. Quando a mãe exprime de forma evidente a sua incapacidade de controlar o problema, poderá estar a pedir ajuda para si própria. De facto, apresenta dificuldades de separação da filha que remetem para a expressão de expectativas de ajuda, “em bloco”. A capacidade da mãe para pensar os sentimentos, seus e dos outros, encontra-se seriamente comprometida. No entanto, surge focada num dos itens da escala o qual remete para a utilização de defesas projectivas, permanecendo todos os outros itens sem qualquer cotação. Pai presente, mas demitido. Podendo ter mais capacidade para compreender as dificuldades da filha, não consegue afirmar essa capacidade perante a

mulher que se impõe, com suposto conhecimento (trabalha ligado à área educacional), numa atitude muito controladora mas perturbada, que parece deixá-lo sem possibilidade de agir. A perturbação das relações familiares alargada à família do marido, que se desenha na 2ª entrevista, parece generalizar esta desvalorização.

A intervenção neste caso faz-se em sessões separadas, com a criança e com os pais. A criança adere com facilidade, exprimindo de forma clara a temática da relação entre os pais e das dificuldades nos seus processos de identificação, assim como na relação com a irmã. Realizaram-se algumas sessões só com a mãe, em que foi possível apoiar a tomada de consciência de como vivia aspectos da sua própria infância, na relação com a filha. Estas sessões tiveram um impacto significativo na relação da mãe com V. e por isso na possibilidade da criança evoluir em termos de desenvolvimento. O processo terminou com alta.

Caso 3 – Evolução Mista: interrupção após 1ª fase de avaliação, novo pedido após 1 ano, melhoria de sintomatologia após 13 sessões.

Caracterização do caso clínico

Menino com 5 anos, frequenta o ensino pré-escolar, filho único. Na 2ª fase do processo tem 6 anos e frequenta o 1º ano. No pedido inicial, a leitura das questões apresentadas pelos pais aponta para dificuldades de atenção, agitação, comportamentos de oposição, dificuldades de separação. Na 2ª fase, a sintomatologia agrava-se com as dificuldades decorrentes do início da frequência escolar (1º ano básico)

O resultado da avaliação da criança indica dificuldades em se adaptar à situação de aprendizagem, por eventual inadequação de conteúdos, mas sobretudo por vivências de cariz emocional, mais regressivas e imaturas, revelando assim uma grande instabilidade emocional. Dificuldade em se identificar a um pai desvalorizado e distante, grande insegurança na relação com a mãe, que não reconhece como figura cuidadora. Dificuldades em aceder ao seu mundo interno, optando por defesas centradas no agir, apelando a referenciais externos. Dificuldades na organização do pensamento e interação com adultos e pares. Sente-se desvalorizado e não encontra referências securizantes e consistentes num contexto familiar confuso, em que os próprios pais tem dificuldades no seu processo de autonomização e em assumirem as suas funções como pais. Utiliza defesas onipotentes de controlo e

manipulação. Parece-nos estar perante uma depressão infantil precoce, provavelmente de linha narcísica, dado que não se sente amado nem investido pelos pais.

Resultados da aplicação da grelha

A aplicação da grelha aos conteúdos das entrevistas com os pais (Anexo 3) encontra-se organizada no quadro 7.

Quadro 7

Resultados da aplicação da grelha ao caso 3

Participantes	Entrevistas	Motivação	Expectativas	Funcionamento reflexivo	Total
Mãe	1 ^a		E3 (1) E5 (1)	FR2 (1) FR3 (1) FR4 (5) FR6 (1)	10
	2 ^a		E5 (2)	FR4 (1) FR5 (1) FR7 (1)	5
	3 ^a	M3 (1) M4 (1) M5 (1)	E3 (3) E5 (1)	FR2 (2) FR4 (1)	10
	Sub total	3	8	14	25
Pai	1 ^a	M4 (1)	E1 (1)	FR2 (1) FR3 (3) FR4 (1) FR6 (1)	8
	2 ^a		E5 (1)	FR7 (1)	2
	Sub total	1	2	7	10
Avó	3 ^a		E3 (2)	FR2 (2)	4
	Sub total		2	2	4
	Total	4	12	23	39

Motivação

A motivação é cotada na 1^a entrevista apenas em relação ao pai, que manifesta resistência a encarar as dificuldades do filho, como um problema (M4). Paradoxalmente e no que se refere à mãe, é na 3^a entrevista, quando retoma o pedido, que a motivação é cotada, o que faz crer na procura de uma ajuda, que não passe por um investimento e envolvimento mais demorado e difícil (M3). As dificuldades na motivação são expressas também por dramatização do pedido associada a dificuldade em perceber as dificuldades reais do filho (M4, M5).

Expectativas

Quanto às expectativas, os pais e a avó são cotados em todas as entrevistas. A apresentação de queixas, com dificuldade em procurar ou estar receptivo ao seu significado (E5), associa-se na mãe à incapacidade para controlar o problema (E3), o que leva a supor a necessidade de delegar o problema no técnico, sentindo-se impotente para a sua resolução. O pai é cotado também como demonstrando resistência em procurar sentido para as queixas que faz do filho (E5), considerando no entanto que não necessita de qualquer ajuda para si próprio (E1). A avó associa-se como mais um elemento da família que se sente ultrapassada pelo comportamento do neto (E3) reforçando a ideia de esperarem soluções externas (medicamentos ou acção educativa sobre D.), que não os implique.

Função reflexiva

A capacidade reflexiva encontra-se seriamente comprometida em ambos os pais e na avó. Percorrem todos os factores constantes da grelha.

Em resumo, a 1ª fase de avaliação não tem continuidade, revelando as dificuldades dos pais em perceberem e se envolverem na resolução das dificuldades do filho. A aplicação da grelha de análise, torna evidentes dificuldades nos três temas em estudo, com uma cotação muito alargada a várias dimensões, em cada um dos temas. Esta cotação elevada aparece em ambos os pais. As dificuldades apresentadas nas duas entrevistas da 1ª fase mantiveram-se e até se agravaram, dado que na 3ª entrevista o pai não comparece, parecendo ser a avó materna que toma a iniciativa e a responsabilidade do processo. A presença da avó materna depois do processo de avaliação anterior, parece ser a confirmação de mecanismos de dependência dos pais de D. em relação aos seus próprios pais, acentuando uma clivagem nas atitudes de ambas as famílias. Tal situação separa o casal, o que dificulta ainda mais a possibilidade de D. aceder a uma representação dos pais juntos e capazes, que lhe possibilite o seu crescimento emocional.

A intervenção neste caso, realiza-se em sessões com a criança, sessões com os pais e situações curtas e pontuais em que a criança e os pais se juntam. A criança evoluiu de forma significativa na expressão emocional, apresentando no entanto maior agitação e dificuldade em se organizar, de forma muito reactiva a “crises” familiares em que pais e avós e outros familiares se envolviam de forma confusa e desregulada. Com os pais procuramos criar um espaço facilitador da aceitação e desenvolvimento de D. Verificou-se alguma evolução na sintomatologia, o que nos parece decorrente da necessidade que D. tinha de um espaço

relacional investido, contentor e empático e de algum esforço dos pais na alteração de padrões de funcionamento. O processo terminou por decisão dos pais e ajustamento das expectativas da psicoterapeuta, face à melhoria dos comportamentos de D.

Analise dos resultados

Na análise dos resultados comparamos o número e o tipo de itens mais cotados em cada um dos casos. Tendo em conta o tamanho da amostra, esta comparação realiza-se em termos qualitativos e com carácter exploratório.

A construção da grelha de análise pressupõe que a cotação encontrada nas entrevistas com os pais, corresponderia a dificuldades na motivação para a psicoterapia da criança, na adequação das expectativas e na capacidade reflexiva dos pais. Procuramos verificar se um maior número de itens cotados poderá traduzir mais dificuldades na implicação e participação por parte dos pais, assim como, quais os itens que aparecem cotados com mais frequência em que tipo de caso.

A análise dos 3 casos clínicos em relação ao número total de cotações e ao número de cotações por tema é apresentada no Quadro 8 (para o caso 3 e para comparação, utilizamos apenas as cotações dos pais).

Quadro 8
Pontuação dos 3 casos por tema

	Caso 1	Caso 2	Caso 3
M	9		4
E	5	1	10
FR	13	8	21
Total	27	9	35

A análise destes resultados permitem constatar que:

- O caso que interrompeu o processo(1) e o caso misto(3) comparativamente com o caso que teve alta (2), apresentam um número de cotações global muito superior;
- O caso que apresenta uma cotação mais elevada é o caso misto;
- O caso que interrompeu precocemente quando comparado com o caso misto apresenta mais cotações ao nível da motivação e menos nas expectativas. No entanto o somatório de ambas as dimensões é o mesmo em ambos os casos.

De modo a verificar quais as dimensões da grelha mais significativas em cada um dos casos, analisamos as cotações dos 3 casos em função de cada um dos itens (Quadro 9).

Mantemos a cotação do caso 3, referida apenas aos itens de ambos os pais, para efeitos de comparação.

Quadro 9
Pontuação dos 3 casos por item da grelha

Dimensões da grelha	Casos clínicos		
	Caso 1	Caso 2	Caso 3
M1 – Muito críticos a intervenções anteriores	0	0	0
M2 – Pedido urgente e dramatizado	0	0	0
M3 – Pedido soluções imediatas	0	0	1
M4 – Dificuldades não são sinais de problemas	4	0	2
M5 – Importância atribuída insuficiências pais	3	0	1
M6 – Obstáculos à concretização do processo	2	0	0
Sub total	9	0	4
E1 – Não necessitam de ajuda para si próprios	0	0	1
E2 – A terapia muda a criança	0	0	0
E3 – Incapazes de controlar o problema	2	1	4
E4 – Problema não modificável	0	0	0
E5 – Muitas queixas sem procura de sentido	2	0	5
E6 – Idealização do processo/psicoterapeuta	1	0	0
Sub total	5	1	10
FR1 – Não recordam primeiros tempos da criança	0	0	0
FR2 – Expressão de afectos dissonante	0	0	4
FR3 - Negam, racionalizam, banalizam	5	1	4
FR4 – Sem consciência carácter perturbador comportamento	2	0	8
FR5 – Atribuição à criança de vivências próprias	3	7	1
FR6 - Atribuição à criança vivências inadequadas à idade	3	0	2
FR7 – Resistência à análise impacto suas atitudes	0	0	2
Sub total	13	9	21
Total	27	9	35

A análise destes resultados indica que:

- a) O caso de interrupção precoce (1) e o caso misto (3) apresentam grande dispersão de cotações sobretudo ao nível do funcionamento reflexivo, indicando a existência de uma grande diversidade de dificuldades, que poderão contribuir para as limitações da participação dos pais durante a fase de intervenção. No caso que teve alta (2), a cotação foi elevada num dos itens do funcionamento reflexivo para um dos pais, mas o facto de estar associado a ausência de dificuldades nas outras dimensões poderá ter facilitado um trabalho mais focado nessa dificuldade específica;
- b) Ainda nos casos 1 e 3, as dimensões mais cotadas são M4 e M5 na Motivação, E3 e E5 nas Expectativas, sendo que em FR se verifica alguma dispersão:

enquanto que no caso de interrupção precoce as dimensões mais cotadas são FR3, FR5 e FR6, no caso misto são FR4, FR2 e FR3.

Procuramos agora compreender eventuais diferenças nas análises dos conteúdos respeitantes às mães e pais separadamente. Comparamos os resultados do caso que terminou precocemente (1) e do caso misto (3), analisando as cotações dos itens mais frequentes, referidos no ponto anterior.

Quadro 10

Distribuição das cotações dos itens mais frequentes para cada um dos pais, nos casos 1 e 3

Dimensões da grelha	Mães		Pais	
	Caso 1	Caso 3	Caso 1	Caso 3
M4 – Dificuldades não são sinais de problemas	2	1	2	1
M5 – Importância atribuída insuficiências pais	3	1	0	0
E3 – Incapazes de controlar o problema	2	4	0	0
E5 – Muitas queixas sem procura de sentido	2	4	0	1
FR2 – Expressão de afectos dissonante	0	3	0	1
FR3 – Negam, racionalizam, banalizam	1	1	4	3
FR4 – Sem consciência carácter perturbador comportamento	0	7	2	1
FR5 – Atribuição à criança de vivências próprias	1	1	2	0
FR6 -Atribuição à criança vivências inadequadas à idade	2	1	1	1

A análise destes resultados leva-nos a constatar que:

- No caso que teve alta (Quadro 9) o pai não tem qualquer cotação, o que se deve ao menor número de intervenções e ao facto das intervenções que teve, não terem sido cotáveis nas dimensões da grelha;
- Nos casos de interrupção precoce e misto analisamos as cotações atribuídas a cada um dos pais, apenas nas dimensões mais frequentes (Quadro 10). Constatamos que, em relação à motivação, são as mães que surgem com maior número de cotações, sendo interessante verificar que os pais não têm qualquer referência à expressão das suas insuficiências. Esta análise prolonga-se na constatação de que, são de novo as mães a verbalizar mais dificuldades ao nível das expectativas, sobretudo assumindo a sua dificuldade em controlar os problemas, aspecto que nunca é verbalizado pelos pais. Quanto ao funcionamento reflexivo, apesar de continuar a centrar-se nas mães, aparece já com algumas cotações referentes aos pais, sobretudo a dimensão FR4 (negação e racionalização).

IV – DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

A análise dos resultados da aplicação da grelha, aos conteúdos das entrevistas com pais, permite constatar diferenças entre o caso que teve alta (2) e os casos com interrupção e misto (1 e 3). De facto, nestes últimos, a cotação abrange os 3 temas da escala, o que estaria de acordo com a literatura quanto à relevância destas dimensões, para prever as dificuldades de implicação dos pais no processo. Da mesma forma, os resultados do caso com alta (caso 2), apontam para um número muito mais baixo de cotações totais e apenas em duas dimensões, o que parece indicar que as dimensões constantes da grelha, poderão ser discriminativas na avaliação dos pais, numa fase previa a um processo psicoterapêutico infantil (Quadro 8).

Os resultados positivos registados no caso com alta (caso 2), surgem associados a dificuldades notórias da mãe, ao nível do funcionamento reflexivo parental (Quadro 6). Neste caso, o pai não apresenta qualquer cotação em qualquer tema e a avaliação fornecida pela aplicação da grelha, sugere que estes pais não apresentam factores de risco ao nível da motivação e expectativas. De facto, o pai, apesar de ter uma posição menos participativa que a mãe, apresenta maior proximidade aos problemas da filha, o que pode ter contribuído para uma evolução mais positiva do processo. Foi possível ainda, mobilizar a mãe para um processo de ajuda, centrado em alguns aspectos do seu funcionamento psíquico, o que se revelou crucial nos resultados. De forma oposta, nos casos 1 e 3 (quadros 5 e 7), verificam-se cotações muito generalizadas nos 3 temas e em ambos os pais. Esta discrepância leva-nos a colocar a hipótese que poderá ser significativo o facto das dificuldades serem generalizadas à maioria das dimensões da grelha e existirem em ambos os pais quando se analisam as condições dos pais para se envolverem no processo psicoterapêutico dos filhos.

A análise das cotações referentes às mães e pais dos casos em que surgiram mais dificuldades (caso 1 e 3), revela que existem diferenças quantitativas, sobretudo ao nível da motivação e expectativas. Estes resultados poderão explicar-se pelas funções tradicionalmente atribuídas à mãe, na ajuda psicológica e na saúde dos filhos, que condicionariam uma maior participação na entrevista. No entanto, as dificuldades ao nível da função reflexiva parental aparecem registadas tanto no discurso das mães como no dos pais, o que nos leva a questionar se este conceito poderá avaliar de forma mais discriminativa, as

capacidades de cada um dos pais, para se envolverem no processo psicoterapêutico dos filhos.

A comparação destes dois casos poderá ainda remeter para uma última questão: o caso misto apresentou um número muito elevado de cotações e muito generalizado. Apesar de na 1ª fase não ter iniciado o processo, o pedido é retomado e evolui, pelo menos no sentido da diminuição da sintomatologia. Ou seja, o caso que apresenta maior número de cotações e mais abrangente, não é o caso que evoluiu de forma mais negativa (considerando a radicalidade e o carácter abrupto da interrupção do caso 1). A necessidade de enquadrar estes resultados da aplicação da grelha, numa compreensão clínica do funcionamento psíquico dos pais, torna-se por isso imprescindível. De facto, a problemática presente nos pais do caso 1 (interrupção precoce), caracterizou-se por um registo narcísico forte, sobretudo por parte do pai, que o impediu de se manter num processo, em que se sentiu em risco de ser posto em causa. Estes indicadores surgiram desde as primeiras entrevistas e o facto de poderem não ter sido devidamente trabalhados durante o processo, nomeadamente através de um espaço próprio para os pais, poderá contribuir para explicar a interrupção da psicoterapia, o que vem aliás ao encontro da literatura sobre o tema. Por outro lado e no que se refere aos pais do caso 3 (misto) a sua dependência e as dificuldades no exercício das funções parentais, tornou-os, apesar de tudo, mais mobilizáveis pela “autoridade técnica”. Finalmente, a avaliação diagnóstica das duas crianças, nos casos 1 e 3, remete para dificuldades mais complexas, quando comparado com o caso 2, que exigiriam por isso um trabalho mais longo e exigente, sobretudo no caso 1. Estes resultados vem também ao encontro das referências da literatura quanto à complexidade do processo de avaliação, previa à psicoterapia infantil, em que é necessário considerar de igual forma, a presença de patologia nos pais, a sua capacidade de mobilização psíquica e a gravidade do diagnóstico na criança, de forma a tomar decisões clínicas mais ajustadas a cada caso.

Este trabalho apresenta um carácter exploratório, pelo que os seus resultados não podem ser generalizados, podendo no entanto, constituir a base de futuras investigações.

Em conclusão, consideramos que este estudo:

- a) Confirma a importância da capacidade e disponibilidade dos pais para a continuidade e sucesso do processo psicoterapêutico dos filhos.

- b) Esclarece, a posteriori, a pertinência de uma avaliação cuidada das dimensões do funcionamento dos pais, no processo psicoterapêutico do filho. A leitura das entrevistas com os pais, através da grelha de avaliação, evidenciou as características do funcionamento parental que contribuíram para compreender as vicissitudes de cada um dos processos.
- c) Evidencia as dimensões da motivação, das expectativas e do funcionamento reflexivo parental, presentes nas entrevistas com os pais. Encontrar as dimensões mais significativas e relacionar essas dimensões com os pais e as mães separadamente, ou mesmo com as patologias em presença nas crianças e nos pais, é sugerido na análise dos resultados deste estudo e deverá ser alvo de investigações futuras.
- d) Demonstra a possibilidade de construir uma metodologia de avaliação a utilizar nas entrevistas com os pais. Os resultados da aplicação da grelha de avaliação, aos conteúdos das entrevistas com os pais, evidenciaram de forma discriminativa as dimensões do funcionamento parental, que poderão contribuir de forma mais significativa para a eficácia e eficiência do processo psicoterapêutico da criança

As limitações deste estudo não permitem validar a metodologia utilizada e generalizar os resultados observados. Consideramos que seria importante desenvolver um trabalho de investigação na sequência deste estudo, em que a construção de uma metodologia de avaliação dos pais, de orientação psicodinâmica, permitisse a definição de processos de apoio, mais consistentes e fundamentados. A nossa prática clínica e as dificuldades no trabalho com os pais, conduziram-nos neste estudo. Acreditamos que a formulação mais objectiva e sistematizada das dimensões do funcionamento parental, para além de clarificar as dificuldades em presença e de apoiar as decisões clínicas, constituiria um instrumento a utilizar na discussão de expectativas com os pais e na criação de uma aliança terapêutica mais segura e consistente. Finalmente e não menos importante, a definição e operacionalização desta metodologia, iria contribuir para poder utilizar os casos clínicos, na investigação empírica dos processos psicoterapêuticos.

BIBLIOGRAFIA

Athanassion-Popesco, C. (2009). *La technique en psychanalyse de l'enfant*. Paris: Popesco Eds

Badoni, M. (2002). Parents and Their Child-and the Analyst in the Middle. Working with A Transgenerational Mandate. *International Journal of Psycho-Analysis* 83(5), 1111-1131

Baruch, G. (1997). The Impact of Parental Interventions On The Analysis of a 5 year Old Boy: A Clinical Account. *International Journal of Psycho-Analysis*, 78, p913, 14p. PEP Archive (IJP.078.O913A). Acedido em 19, Janeiro, 2009, em <http://web.ebscohost.com>

Brafman, A.,H. (1997). Winnicot's Therapeutic Consultations Revisited. *International Journal of Psycho-Analysis*, 78, p773, 15p. PEP Archive (IJP.078.0773A). Acedido em 27, Novembro, 2009, em <http://web.ebscohost.com>

Cohen, J. (1997). Child and Adolescent Psychoanalysis: Research, Practice and Theory. *International Journal of Psycho-Analysis*, 78, p499, 22p. PEP Archive (IJP.078.0499A). Acedido em 27, Novembro, 2009, em <http://web.ebscohost.com>

Farber, B.A. & Nevas, D. (2001). Parent's Perception of the Effects of Their Child's Therapy. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis*, 29(2), p319, 12p. PEP Archive (JAA.029.0319A). Acedido em 26, Julho, 2008, em <http://web.ebscohost.com>

Fonagy, P.(1999).Psychodynamic Psychotherapy. Em: S.W. Russ &T. H. Ollendick (Eds.). *Handbook of Psychotherapies with Children and Families* (p. 87-106). New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers

Fonagy, P. & Target, M.(1996). Predictors Of Outcome in Child Psychoanalysis: A Retrospective Study Of 763 Cases at The Anna Freud Centre. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 44, p27, 51p. PEP Archive (APA.044.0027A). Acedido em 6, Fevereiro, 2009, em <http://web.ebscohost.com>

Frick, M.E. (2000). Parental therapy – in theory and practice. Em: J.Tsiantis, S.B.Boethious, B.Hallerfors, A. Horne & L.Tischler (Eds.). *Work with Parents: Psychoanalytic Psychotherapy with Children and Adolescents* (p. 47-63). London: Karnac Books [reprinted London: Karnac Books, 2004]

Geissmann, C. (2003). Les Fondements. Em: *L'enfant, ses parents et le psychanalyste* (p. 7-21). Paris: Bayard Editions

Geissmann, P. (2003). Le travail psychothérapique avec les enfants. Em: *L'enfant, ses parents et le psychanalyste* (p.93-101). Paris: Bayard Editions

Geissmann,C.&Houzel,D.(2003). Introduction. Em: *L'enfant, ses parents et le psychanalyste* (p.viii-xxv). Paris: Bayard Editions

Green, V. (2000). Therapeutic space for re-creating the child in the mind of the parents. Em: J.Tsiantis, S.B.Boethious, B.Hallerfors, A. Horne & L.Tischler (Eds.). *Work with Parents: Psychoanalytic Psychotherapy with Children and Adolescents* (p. 25-45). London: Karnac Books [reprinted London: Karnac Books, 2004]

Grienenberger, J.F. (2006). Group Process as a Holding Environment Facilitating the Development of The Parental Reflective Function: Commentary on the Article by Arietta Slade. *Psychoanalytic Inquiry*, 26 (4), p668, 8p. PEP Archive (PI.026.0668A). Acedido em 7, Novembro, 2009, em <http://web.ebscohost.com>

Hailparn, D.F., M.A., M.S., LSCW& Hailparn, M. (2000). Parent as Saboteur in the Therapeutic Treatment of Children. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 30(4).

Hopkins, J. (1999). The child and adolescent psychotherapist and the family – the family context. Em M. Lanyado & A. Horne (Eds.). *The Handbook of Child & Adolescent Psychotherapy – Psychoanalytic Approaches* (p 81- 85). London: Routledge

Horne, A. (2000). Keeping the child in mind: thoughts on work with parents of children in therapy. Em: J.Tsiantis, S.B.Boethious, B.Hallerfors, A. Horne & L.Tischler (Eds.). *Work with Parents: Psychoanalytic Psychotherapy with Children and Adolescents* (p. 47-63).London: Karnac Books[reprinted London: Karnac Books, 2004]

Kachele, H.&Thoma, H. (1993). Psychoanalytic Process Research: Methods and Achievements. *Journal of American Psychoanalytic Association*, 41, 109-129

Kazdin, A.E.(1981). Drawing Valid Inferences From Case Studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 49 (2), 183-192

Kazdin, A.E., Holland, L. & Crowley, M. (1997). Family Experience of Barriers to Treatment and Premature Termination From Child Therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65 (3), 453-463

Kazdin, A.E.& Mazurick, J.L.(1994). Dropping Out of Child Psychotherapy: Distinguishing Early and Late Dropouts Over the Course of Treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62(5), 1069-1074

Kazdin, A.E. & Wassel, G. (1998).Treatment Completion and Therapeutic Change Among Children Referred for Outpatient Therapy. *Professional Psychology: Research and Practice*, 29 (4), 332-340

Kennedy, E. (2004). *Child and Adolescent Psychotherapy: A Systematic Review of Psychoanalytic Approaches*. North Central London Strategic Health Authority

Lombardi, K. L.& Lapidos, E. (1990) Therapeutic Engagements with Children: Integrating Infant Research and Clinical Practice. *Psychoanalytic Psychology*, 7 (1), p91, 13p.PEP Archive (PPSY.007.0091A). Acedido em 6,Fevereiro, 2009, em <http://web.ebscohost.com>

Malpique, C. (1999). *Pais/Filhos em Consulta Terapêutica*. Porto: Edições Afrontamento

Manzano, J., Espasa, F.P., Zilkha, N.(1999). The Narcissistic Scenarios of Parenthood. *International Journal of Psycho-analysis*,80(3), p465,12p. PEP Archive (IJP.080.0465A). Acedido em 17,Fevereiro,2009,em <http://web.ebscohost.com>

Midgley, N.(2006). The ‘inseparable bond between cure and research’: clinical case study as a method of psychoanalytic inquiry. *Journal of Child Psychotherapy*, 32(2), 122-147

Midgley, N. (2009). Research in child and adolescent psychotherapy: an overview. Em M. Lanyado & A. Horne (Eds.). *The Handbook of Child & Adolescent Psychotherapy – Psychoanalytic Approaches*. 2nd edition (p.73-97).London: Routledge

Morrissey-Kane, E. & Prinz, R.J. (1999).Engagement in Child and Adolescent Treatment: The Role of Parental Cognitions and Attributions. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 2 (3), 183-198

Navradi, E.& Midgley, N. (2006). An exploratory study of premature termination in child Analysis. *Journal of Infant, Child and Adolescent Psychotherapy*, 5(4), 437-458

Nock, M.K. & Kazdin, A.E.(2001). Parents Expectancies for Child Therapy: Assessment and Relation to Participation in Treatment. *Journal of Child and Family Studies*, 10 (2), 155-180

Nock, M.K. & Kazdin, A.E.(2005). Randomized Controlled Trial of a Brief Intervention for Increasing Participation in Parent Management Training. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73 (5), 872-879

Oury, N. (1986). Les parents et le cadre. *Journal de la psychanalyse de l'enfant*, 2:105-110

Piovano, B. (2004). Parenthood and Parental Functions as a result of the Experience of Parallel Psychotherapy with Children and Parents. *International Forum of Psycho analysis*, 13 (3), 187, 14p. PEP Archive (IFP.013.0187A). Acedido em 26,Julho,2008,em <http://web.ebscohost.com>

Plunkett, J.W.(1984). Parent’s Treatment Expectations and Attrition from a Child Psychiatric Service. *Journal of Clinical Psychology*, 40 (1) 372-377

Rosenbaum, A.L.(1997). L'évaluation du fonctionnement parental: un processus critique dans l'évaluation des enfants, pratiquée en vue d'une psychanalyse. *Journal de la psychanalyse de l'enfant*, 21:19-47

Roudinesco, E. & Plon, M.(2000) *Dicionário de Psicanálise* (Amaral Dias, revisão científica). Lisboa: Editorial Inquérito (Original em francês publicado em 1997)

Ruberman, L. (2009). Working with parents: Implications for Individual Psychotherapeutic Work with Children and Adolescents. *American Journal of Psychotherapy*, 63(4), 345-362

Rustin, M. (2000). Dialogues with parents. Em: J.Tsiantis, S.B.Boethious, B.Hallerfors, A. Horne & L.Tischler (Eds.). *Work with Parents: Psychoanalytic Psychotherapy with Children and Adolescents* (p. 1-23).London: Karnac Books[reprinted London: Karnac Books, 2004]

Sharp, C. & Fonagy, P.(2008). The parent's Capacity to Treat the Child as a Psychological Agent: Constructs, Measures and Implications for Developmental Psychopathology. *Social Development*, 17, 3, 737-754. doi:10.1111/j.1467-9507.2007.00457.x

Shulman, S.(2006). "Wondering" and Beyond: Discussion of Arietta Slade's "Reflective Parenting Programs". *Psychoanalytic Inquiry*, 26(4), p658, 10p. PEP Archive (PI.026.0658A). Acedido em 21,Novembro,2009,em <http://web.ebscohost.com>

Slade, A. (2005). Parental reflective functioning: An introduction. *Attachment & Human Development*, 7(3), 269-281.

Slade, A. (2006). Reflective Parenting Programs: Theory and Development. *Psychoanalytic Inquiry*, 26 (4), p640,18p. PEP Archive (PI.026.0640A). Acedido em 8,Novembro,2009,em <http://web.ebscohost.com>

Sutton, A. & Hughes, L.(2005).The psychotherapy of parenthood: towards a formulation and valuation of concurrent work with parents. *Journal of Child Psychotherapy*, 31(2), 169-188

Szecsödy, I. (2008). A single-case study on the process and outcome of psychoanalysis. *The Scandinavian Psychoanalytic Review*, 31, 105-113

Target, M. & Kennedy, H. (1991). Psychoanalytic Work with the Under fives: Forty Years' Experience. *Bulletin of the Anna Freud Centre* 14 (1), p5, 25p. PEP Archive (BAFC.014.0005A). Acedido em 27,Novembro,2009,em <http://web.ebscohost.com>

Tsiantis, J. (2000). Introduction. Em: J.Tsiantis, S.B.Boethious, B.Hallerfors, A. Horne& L.Tischler (Eds.). *Work with Parents: Psychoanalytic Psychotherapy with Children and Adolescents* (xvii-xxix).London: Karnac Books[reprinted London: Karnac Books, 2004]

Urwin, C. (2007). Revisiting 'What works for whom?': A qualitative framework for evaluating clinical effectiveness in child psychotherapy. *Journal of Child Psychotherapy*, 33(2), 134-160

Venable, W.M. e Thompson,B.(1998). Caretaker Psychological Factors Predicting Premature Termination of Children's Counseling. *Journal of Counseling & Development*, 76, 286-293

Nota: * Paginação correspondente à versão de impressão dos documentos da base de dados do PEP Archive.

ANEXO 1

Aplicação da grelha ao caso clínico 1 – M.

1ª Entrevista

Conteúdos	Análise	Cotação
Mãe: pergunta como quero que exponha as coisas, não está habituada, será que quero que diga como foi o desenvolvimento da M. ou como acho melhor...	A motivação está delegada no técnico	
Pai: interrompe e diz que vai <i>“expor as coisas e depois se achares que tens algo a acrescentar, diz.</i> <i>As 3 filhas são diferentes, são amorosas. A M durante muito tempo, foi neta e filha única. A mãe abdicou da carreira a 100% para cuidar da filha. Quando nasceram as irmãs a Margarida sentiu que perdia protagonismo”</i>	Controle e domínio do marido	
Pai: <i>“A família é mais ou menos estável, não há grandes dramas. Os pais são muito diferentes, o pai é mais disciplinador e rigoroso, a mãe passa mais tempo com elas... São excelentes raparigas, crianças muito normais”.</i>	Apresenta uma imagem bem conseguida da família Normaliza	M4
Pai: <i>M é muito autoritária, auto - suficiente, muito segura de si. A irmã tem pouca capacidade de se assumir. M ultimamente tem tido mais faltas de respeito, de disciplina, com os avós, a mãe e mesmo fora de casa”.</i>	Depois de o afirmar nega o autoritarismo, num mecanismo de anulação. O autoritarismo é visto como sinal de segurança, perante a irmã desvalorizada	FR3
Pai: <i>“Acho que é mais uma ajuda para os pais”</i>	Aparentemente em atitude de se questionar A motivação não é explicitada por questões narcísicas. Não expõe as questões como problemas	
Mãe: <i>“o meu marido, o que mais o assusta é a falta de respeito, a insolência, não sei o que hei-de fazer, deixa-me em situações embaraçosas, principalmente na rua, fora de casa.</i> <i>É bem comportada na escola, faz palhaçadas, faz rir, tem atitudes impróprias para a idade – por exemplo, quando andava na pré, foi com a touca de natação e ficou lá no meio do refeitório, séria, com aquilo na cabeça”</i>	A mãe espera que seja o outro a dar voz à motivação, descreve, mas não se implica. Denega e opõe-se à posição do marido Manifesta insegurança mas quer situar a sua perspectiva sobre a filha num ângulo completamente diferente do marido, como se dissesse - ele preocupa-se com os aspectos exteriores, eu preocupo-me mais com o problema de fundo que se manifesta de muitas maneiras há algum tempo.	M5,E5
A mãe expõe situações em que sente que a agressão lhe é dirigida e em que M. luta para assumir o protagonismo.		
Pai: <i>“é muito segura, é teatral, é muito corajosa e reivindicativa”</i>	Esta atitude é vista como segurança para se assumir Tende a banalizar as queixas e parece admirar o lado teatral e onnipotente da filha. O pai parece admirar esta atitude que surge como contraponto da dependência da mãe.	FR3,FR4
Mãe: <i>“eu sou ao contrário, sou muito</i>	Ao comparar-se com a filha parece	FR6

<p><i>emocional, o lado mole é que domina mais, assusto-me, ela tem comportamentos pré adolescentes. Faz birra desde que acorda até à noite. Ao acordar faz mais birras, no carro se vai com o pai não faz, quando está só com o pai, não teima, não faz birra. Com a mãe reivindicam sempre atenção”.</i></p>	<p>atribuir-lhe um papel mais adulto enquanto que ela assume o lado mais infantil e assustado. Coloca-se numa comparação directa com a filha, em pé de igualdade....face ao marido. Considera a sua componente emocional, como o lado mole = feminino = depressivo, sentindo-se incapaz de usar as suas identificações masculinas para pôr limites à filha. Em contrapartida sente os comportamentos de oposição da filha em relação a ela como uma confirmação da sua fragilidade, parecendo também evidenciar algum grau de competição com o marido, como pai. A referência a comportamentos pré -adolescentes de competição da filha para com ela, evidenciam o seu sentimento de fragilidade, comparando-se com a filha, à qual atribui um lado mais forte. Apresenta-se como menos capaz que o pai. Simultaneamente, quando diz: reivindicam sempre a atenção, parece dizer, implicitamente, que a relação dela com os filhos é de uma qualidade mais positiva.</p>	
<p>Pai: “A mãe dá muito, dá muito mais que eu...”</p>	<p>Apresenta um lado mais complacente da mãe, contrapondo com um lado seu, mais rígido.</p>	
<p>Pai: fala numa amiga da escola que considera má companhia... a mãe reage a esta expressão de “má companhia” colocando-se numa posição de compreensão perante a outra criança que tem problemas familiares. A outra menina, segundo o pai, tem 6 anos, é muito pior que M., entrou numa festa e chegou junto das outras crianças e atirou tudo para o chão e ninguém disse nada. Para o pai, a amiga prejudica a M., descrevendo uma atitude em que a menina olha para ele como se fosse mais velha, com ar provocador...</p>	<p>O pai parece ter-se assustado com uma abordagem que sentiu como mais sexualizada da amiga da filha. Esta referência coloca também na amiga da filha, uma atitude mais adulta do que o que é esperado de crianças de 6 anos. Ambos os pais parecem perceber a filha fora do seu nível etário. A discordância da mãe relativamente ao pai parece situar-se, de novo, na concepção exterior que o pai apresenta dos problemas. São as más influências que prejudicam a filha.</p>	FR6
<p>Mãe: “Essa menina tem os pais separados, vive só com a mãe e entrou para o colégio pela primeira vez. É amiga única da M., diz que M. é só dela e ela aceita esta atitude”. A mãe descreve um exemplo de uma situação de “braço de ferro” entre ela própria e a amiga pela “posse” de M. Tem falado com a mãe das amigas que “dizem que é melhor andar com o grupo das meninas bem comportadas, ela anda a “balouçar”entre as meninas consideradas bem e mal comportadas”.</p>	<p>A mãe coloca-se numa posição em que quase se nega a diferença de gerações – ela e a amiga da filha disputam a filha. A mãe também “balouça” entre duas visões antagónicas da filha.</p>	FR6
<p>Pai: “Ela é viciada em protagonismo, gosta de ser o centro e normalmente é. Tem uma postura agressiva. Estas atitudes agravaram-se talvez há 6 meses. Quer saber, argumenta</p>	<p>Pela primeira vez o pai parece aproximar-se um pouco do lado patológico da filha. Neste momento da entrevista parece não banalizar tanto</p>	FR3,FR4

<i>muito</i> ”.	as coisas, mas tende sempre a deitar “água na fervura”, tanto mais que os comportamentos de oposição não se centram tanto na pessoa dele. Poderá haver também, uma projecção sobre a criança de aspectos pessoais de cada um.	
Mãe: concorda que fala muito com ela, “esforço-me para que ela perceba”.	A mãe mantém um registo de negação das gerações, dando muitas explicações à filha e quando diz: “esforço-me que perceba” também está a tentar controlar a sua zanga com a filha.	M5,E3
Quando a mãe lhe diz que a avó fica triste com o que ela diz, ela responde: “ <i>que me importa que fique triste?</i> ” Pai: O pai acha que ela não sabe que fere, a mãe acha que ela sabe que fere.	De quem estão a falar? De si próprios ou cada um do outro? Poderá existir uma projecção sobre M. dos aspectos pessoais de cada um	FR5
Mãe: “Quando a irmã nasceu, fazia xixi no chão, regressão na linguagem, mimalha, chupeta, tinha de adormecer deitada com a mãe. A mãe refere ainda ter-se sentido “muito angustiada porque às vezes parava de dar de mamar à bebe para atender à filha. Mamou até tarde. Ficava em casa e adormecia com ela. Depois de almoço, tinha que ficar ao lado dela. Não conseguia dizer que não. É muito agressiva. Ocupa o espaço todo	A relação da mãe com as duas filhas é pautada pela culpa. Esta reacção acentuada ao nascimento da irmã, pode indicar, eventualmente, falha da relação primária, M. não se sentia capaz de tolerar o sentimento de não ser ela, o bebé. Por outro lado, a mãe parecia estar a viver esta nova gravidez com muita culpabilidade, sentindo-se pouco capaz de lidar com os seus sentimentos mais agressivos. Quase parece ter de obedecer à filha	
Pai: “senti a falta da companheira que ela era”	A mudança tão radical de disponibilidade da mãe parece ter afectado bastante o marido que fala de um sentimento de perda.	
Mãe: diz que era muito dependente do marido, quando não tinham filhos não concebia afastar-se dele. Refere: “ <i>apaixonei-me pela M.</i> ” Vivía em função da filha. Fala em vício...Ao mesmo tempo reconhece que sentia necessidade de fugir daquilo, dado que quando estava no hospital para ter a bebe, ele levou para lá o computador para ver um projecto no qual estava envolvida.	O relato, tal como é feito, sugere tratar-se mais do que o sentimento de preocupação maternal primária. A ambivalência da ligação a M. parece ser mais evidente. Dividida entre duas paixões, como se a vinda da Margarida a fizesse recear perder a sua ligação à sua profissão. Quando se “ouve melhor” percebe-se que “o vício” seria resultado também de um investimento mais obsessivo, assente na culpa.	
Pai: diz que esta entrega também a fez sentir maior responsabilidade		
Mãe: “Quando tive que dar biberão custou-me, (achava que tinha de ter leite). Sempre foi muito complicada com a alimentação, recusava alimentos. Dormiu até aos 6 meses no quarto dos pais, mudou de quarto...”	A mãe parece ter uma culpabilidade inconsciente em relação às fases evolutivas da filha e a criança também apresentava, em paralelo, dificuldades de separação, rejeitando os alimentos novos.	
Pai: mas a mãe mudou com ela...	Rivaliza com a filha. Muito imaturo	
Mãe: Não teve objecto transitivo, biberão até 2anos e 2 meses, começou a tirar o leite na gravidez da outra irmã. Foi para o Infantário com 13 meses, protagonismo mas obedecia, boa memória, deficit de atenção, desiste		M4, M5, E3, E5

perante as dificuldades, aprende com muita facilidade, distrai-se. Troca as coisas com a Laura, roupas, presentes <i>“parece que quer tudo o que é da irmã”</i> Teve episódios em que trazia coisa da escola e da casa de outras crianças (3aos 6 anos) <i>“Ela tem extremos – é enérgica demais, brincalhona demais, às vezes parece demasiada felicidade. Rói as unhas, é ansiosa. As horas da refeição são as piores, e nem o pai consegue intervir”</i>	Registo maníaco	
Pai: mostra-se preocupado com o facto de M. ficar sozinha comigo naquele espaço, refere que será importante ser dia, ter luz, a necessidade de a preparar, de lhe explicar, ficando com ela naquela tarde de forma especial.	O pai sente o espaço da consulta como intrusivo, projectando um conjunto de fantasmas ameaçadores, muito possivelmente relacionados com as suas experiências de vida. Atribui também à filha um grande poder e evidencia medo das suas reacções. Faz uma identificação narcísica com a filha.	FR5
Mãe: tem dificuldade em terminar a entrevista surgindo-lhe todas as questões no fim. Durante a entrevista surgiu a relação da mãe com os próprios pais como um ponto sensível, dado que o marido diz que ela sente isso como problemático e ela chora. Refere que foi sempre muito independente, sentiu sempre que o irmão tinha um lugar de privilégio, parece não ter tido uma relação boa com a mãe. Quando falou das noites difíceis que a M. dava, refere o facto do marido não a ajudar <i>“por princípio, porque não concordava”</i> .	Dificuldades de separação da própria mãe. Trata a filha colocando-a no lugar de filho privilegiado que era o lugar onde gostaria de ter estado. Queixa-se de desamparo	
2ª Entrevista		
Mãe: <i>“continua a mesma M...gostou muito de brincar com a Dr.ª... adorou...ela não teve consciência que estava a ser analisada...”</i>	O eventual carácter misterioso e assustador de ser analisado, aparece na sequência do cuidado excessivo verbalizado pelo pai, na 1ª entrevista. E também da própria mãe. Grande poder atribuído à Psicoterapeuta	E6
Pai: apressa-se a valorizar imenso o trabalho da mulher, quando esta verbaliza que trabalha em casa, dizendo que duas horas de trabalho em casa, equivale a muito...	O elogio é sentido como exagerado e parecendo encobrir a necessidade de continuar a exercer o controle sobre ela. Necessidade de impressionar bem	
Mãe: refere que as horas de trabalho em casa são muito perturbadas, porque sempre que a filha mais nova chora, ela não consegue deixar de ir ver o que se passa.	Continua a mostrar a sua fragilidade	
Pai: Este interromper é falado pelo marido como sendo um atraso considerável no trabalho que realiza porque implica enganos, que levam muito tempo a corrigir...	Critica a excessiva preocupação da mãe. O narcisismo dele sente-se afectado pela alteração no investimento profissional. Mais uma vez, a perda da companheira.	
O casal envolve-se depois em acusações mútuas, mais da parte da mãe que o acusa de ser um pai pouco presente e que lhe é mais fácil agir com autoridade quando está.	Face a tentativas de reassegurar o papel de maior autoridade da mãe, o pai manifesta a sua satisfação pelo que sente ser a confirmação das acusações	

O pai reconhece a sua “frieza” e pensa poder alterar um pouco isso. A mãe refere que o marido lhe disse de imediato depois da 1ª entrevista, que ela tinha que ser mais exigente... ela afirma isto como mais uma vez o problema fica centrado nas suas atitudes e ele também se omite de muitas situações...	que faz à mulher. Controle e domínio sobre o que o rodeia, no qual se inclui a mulher que acaba por ser desvalorizada também por ele. Mãe zangada e com necessidade de repor as culpas de forma mais equitativa.	
Pais: mostram-se surpreendidos com a necessidade de apoio. A mãe diz que “ <i>não estavam à espera. Achavam que era mais uma conversa com eles e ficaríamos por ali...</i> ”	Dificuldade em aceitar que a filha necessite de ajuda, que não a deles. A expectativa que apresentam é dissonante com a da psicoterapeuta	M4, FR3
Mãe: questiona também o problema do pagamento. Aceitam uma solução de compromisso em relação ao valor das sessões		M6
Pai: Questionam sobre o tempo que demora esta intervenção, levando a psicoterapeuta a propor uma data para fazer uma reavaliação do processo	Sentimento de urgência, que exprime a própria ambivalência dos pais em relação à proposta terapêutica.	M6
Pai: Aceita mas diz de forma muito peremptória que “ <i>o importante é ver os resultados</i> ”.	A desvalorização que faz das mulheres, recorrendo como defesa à racionalização. Pragmatismo. Controle e domínio sobre o que o rodeia. Contratransferencialmente a psicoterapeuta também se sente insegura e controlada.	

ANEXO 2

Aplicação da grelha ao caso clínico 2 – V.

1ª Entrevista

Conteúdos	Análise	Cotação
<p>Mãe: Fala a maior parte do tempo. Está agitada, parece ter muito para falar, exprime-se de forma confusa, mistura assuntos, não é clara. Parece muito ansiosa.</p> <p>V tem <i>“má relação com a irmã que é muito brincalhona e desafiadora. V não aceita brincadeiras, chama mais a atenção, a outra consegue ser o centro das atenções. V bloqueia muito facilmente, quer dizer alguma coisa, se não disser logo, mais tarde já não se lembra. É esquecida.</i></p> <p><i>Estão sempre a bater uma na outra, a brincadeira de V já é agressiva. Mas é uma agressividade diferente, nunca sapateia, bate se lhe bater, não leva tudo a brincar como a irmã, é mais sentimental, é mais levada pelo afecto, pede desculpa, mas bate com mais facilidade, é impulsiva.”</i></p> <p>A mãe apresenta este problema como um grande desgosto.</p>	<p>A irmã mais nova aparece de imediato muito gratificante e valorizada.</p> <p>Os conflitos entre as irmãs tão diferentes são insuportáveis para a mãe.</p> <p>Discurso muito evacuativo. Grande ansiedade relativamente a uma V que é sentida como predominante/ má. A V. parece ser uma parte desta mãe, que ela não reconhece.</p>	FR 5
<p>Pai: <i>“não damos muito apoio, não tenho muita paciência”.</i></p> <p>Mãe: <i>“é tudo comigo...quando me enervo descontrolo-me, erro em relação á irmã”</i></p> <p>Não é claro a quem se refere o erro, parece sentir que erra na sua actuação com V.</p>	<p>O pai coloca-se de imediato como fazendo parte do problema</p> <p>A mãe não se sente capaz de compreender e lidar com as dificuldades da filha, numa atitude paradoxal em que se sente ao mesmo tempo como única capaz de cuidar e como incapaz de o fazer.</p> <p>Parece sentir-se culpabilizada por tudo.</p>	E3
<p>Mãe: descreve o sono agitado de V: <i>“tem sonhos, acorda sobressaltada a chorar, é difícil perceber o que diz, fica sufocada, parece que quer falar, parece que não chega a acordar. De manhã pergunto se sabe o que sonhou e diz: coisas más. Uma vez contou: era um barco, o céu negro, sem azul, eu estou no barco com ela e não sabe da mãe”</i></p>	<p>A mãe é atenta ao sofrimento da filha, procura descrever o melhor possível o que se passa. Tenta compreender o que se passa no mundo interno da filha</p>	
<p>Pais: falam das duas filhas, valorizando nitidamente a mais nova que parece não se aborrecer com nada, ou seja não lhes dá tantas preocupações.</p> <p>Mas de imediato ambos se culpabilizam e se sentem responsáveis.</p>	<p>As dificuldades de relação com a irmã são colocadas como prioritárias mas há a noção de que algo se passa de errado com a V. sendo-lhe atribuída toda a responsabilidade pelo que não corre bem.</p> <p>Parece existir um desinvestimento, um cansaço face a esta filha.</p>	
<p>Mãe: fica grávida da irmã quando a V. tem 8 meses, nascendo quando tem 17meses. A mãe considera que desenvolveu a linguagem um pouco tarde: <i>“ quando a irmã nasceu já falava bem, mas não construía frases”</i></p>	<p>Como só se dessem conta dela quando a irmã nasceu...mas para descobrirem as suas falhas. V é sempre apresentada em negativo</p>	

Conteúdos	Análise	Cotação
<p>Mãe: Com 18 meses tentam colocá-la num infantário, onde ficou apenas 8 dias: ficava a berrar, chorava muito.</p> <p>Confirma que após o choro na entrada, ficava bem.</p>	<p>Ficava bem? Mas é como se isso não tivesse tido qualquer relevância, o que acentua as dificuldades de separação da mãe.</p> <p>O facto de a terem retirado do infantário em 8 dias mostra muita inquietação.</p>	FR 3
<p>Mãe: <i>“vi a alimentação que lhe davam, vi que era pouco, não gostei”</i>, passou a ter dificuldades de se alimentar em casa. Designa esta situação da filha como tendo ficado <i>“bloqueada da cabeça”</i>.</p> <p>Esta descrição é acompanhada de atribuições quanto ao facto de existirem crianças mais fracas, que estavam assim porque não se alimentavam bem no infantário.</p>	<p>É a mãe que fica bloqueada com a separação. A filha recusou a alimentação em casa depois do infantário – a filha só recusou a mãe (alimento) depois de ter estado no infantário.</p> <p>Esta insistência no facto de não alimentarem e não tratarem bem a filha – é a mãe que sente que foi ela que não a tratou bem e não a alimentou.</p> <p>Grande desconfiança em relação ao infantário atribuindo-lhe exclusivamente a responsabilidade pelas dificuldades da criança.</p>	FR5
<p>Mãe: Ficou em casa até aos 2anos, altura em que a colocam noutra infantário para onde a irmã entrou um mês antes. Só ficava com a presença da auxiliar e notavam que se isolava. Tentaram várias intervenções: diziam-lhe que tinha de as deixar confrontarem-se para elas resolverem as questões entre elas. <i>“Tentaram que as duas irmãs ficassem na mesma sala, indo a mais nova para a sala da V mas só ficaram juntas um dia. V achava-se a mãe da irmã, queria que andasse sempre com ela, mas a irmã queria despachá-la. V chorou muito porque a irmã não queria saber dela para nada”</i></p>	<p>Desde o nascimento da irmã que tudo parece passar-se num estado confusional, sem espaço próprio para a V. Falam sempre comparando-as, procuram juntá-las. Atribuem à irmã melhores competências</p> <p>Nesta relação descrita pela mãe como quase fusional por parte de V., poderá haver manifestações de identificação projectiva de aspectos da história da própria mãe</p>	
<p>Mãe: Com 4 anos: <i>“ se saísse à rua não queria ver uma criança”</i>. <i>Veio viver com a avó, ainda tentaram tempo parcial noutra infantário durante alguns meses, mas não comia e a educadora era muito severa”</i></p> <p>A mãe admite que sempre desconfiou do tratamento que era dado á filha. Aparecia de repente na escola e detectava problemas</p>	<p>As dificuldades de separação são muito grandes e associadas a desconfiança, medo de perigos externos, grande necessidade de controlo.</p>	FR5
<p>Pai: confirma que a mulher é muito ansiosa em relação às filhas.</p>		
<p>Mãe: <i>“quando se pegam não tenho muita paciência, não as deixamos chegar ao ponto máximo”</i> fala como tenta conversar com elas, levá-las a estar de outra maneira para não se envolverem em conflitos</p>	<p>A relação entre as irmãs é sentida pela mãe de uma forma muito dramática. Não aguenta os conflitos que se desenvolvem entre as duas. Parece vivenciar uma experiência sua, através da filha.</p>	FR5
<p>Mãe: <i>“eu compreendo a V., talvez porque eu também seja muito nervosa”</i></p>	<p>E aqui confirma atribuir à filha, sentimentos que são seus</p>	FR5

Conteúdos	Análise	Cotação
<p>Mãe: Conta um episódio em que V. bateu de tal modo à outra que a magoou mesmo. <i>“Ela não tem a noção onde lhe bate”</i></p> <p>Considera que <i>as pessoas acolhem mais a irmã, ela faz de palhaço, brincam com ela, V. é mais reservada, observa a irmã, aproximome, mas ela não entra na brincadeira, vê-se que se mói de ciúmes, ela sente-se inferiorizada em relação à irmã</i></p>	Também a mãe parece acolher melhor a irmã	
<p>Pai: <i>“quando ela está com a prima não se sente tão inferior”</i></p>	O pai parece querer deslocar o foco para a irmã, como sendo também responsável pelas dificuldades. Ao mesmo tempo parece ser uma forma de aliviar o peso que este pedido representa, negando de alguma forma os problemas	
<p>Mãe: <i>V. só dança se forem os 4 de mão dada, separados já não dança. Dança com a irmã mas fecha a porta.</i></p> <p><i>Não conta nada em casa em relação à escola, diz que já não se lembra.</i></p>		
<p>Pai: <i>“não sei se se esquece ou se não quer dizer”</i></p>	De novo o pai parece querer compreender o que se passa	
<p>Mãe: <i>“Tem ciúmes da atenção que o avô dá à irmã. Diz à mãe que o avô com ela é mais exigente. Eu bem digo ao meu marido mas ele não aceita, são os pais dele... V já se queixou que “o avô não gosta dela”</i></p>	A mãe parece projectar em V a rivalidade fraterna. É ela que se queixa dos sogros?	FR5
<p>Mãe: <i>“fala muito de namorados, vive num mundo de príncipes e princesas. Ela tem muita vergonha”</i></p> <p>Vê o vídeo do casamento dos pais muitas vezes. Quando vê alguém na rua a dar um beijo chama <i>“porcos e badalhocos”</i>. Os pais referem-na como <i>tímida e envergonhada</i>. Inibem-se de ter manifestações de carinho na frente dela porque ela fica com vergonha. Com 5,5 anos perguntou de onde vinham os bebés, a mãe explicou a relação sexual e ela foi certificar-se da informação que a mãe lhe deu junto de uma prima.</p>		
<p>Mãe: quando lhe é dito que é a mãe que parece sentir muita vergonha, sorri e diz que é verdade, <i>“ela é como eu”</i>.</p>	Tem dificuldade de aceitar esta filha que sente tão parecida consigo e que ao mesmo tempo a desilude tanto	
<p>Mãe: relativamente às brincadeiras de V. diz: <i>“é horrível”</i></p>	Tudo na filha lhe parece horrível, porque se identifica com ela e não aceita esta imagem em espelho	
<p>Pai: <i>“requer muito espaço, gosta muito de ar livre”</i></p>	No pai existe espaço para a V., separado dela, parece conseguir vê-la e compreende-la.	

Conteúdos	Análise	Cotação
Mãe: <i>“não brinca com brinquedos dela, vai buscar talheres, as meias, as cuecas às gavetas e faz de conta que são namorados. É sempre 4 objectos, pais e dois filhos. É insaciável, quer tudo novo, o que os outros têm é que é bonito”</i>		
Mãe: Demonstrou grande reactividade à desarrumação, mostrando-se muito exigente com a limpeza, com ter tudo arrumado.	Pouco disponível para a confusão gerada por duas filhas que fazem barulho, que se zangam e que desarrumam. Falta de espaço interno para as duas	

2ª Entrevista

Conteúdos	Análise	Cotação
Pais: Atentos e receptivos.		
Mãe: Manifesta ansiedade. Atribui responsabilidades à sogra, em casa de quem <i>“podem fazer tudo”</i> .	Nota-se alguma crispação familiar que no entanto não é desenvolvida nesta entrevista. Dificuldade de aceder aos sentimentos da mãe que projecta para o exterior qualquer possibilidade de elaborar o que realmente sente em relação ao que se passa com a filha	
Pai: Grande dificuldade em que o pai se envolva mais nos processos familiares, parecendo delegar tudo na mulher, que por sua vez, controla tudo. O pai parece ter muita dificuldade em compreender/acompanhar o que está a ser conversado o que surge contraditório com o que parece ser uma atitude de maior compreensão da filha.		
Pais: Neste casal a mãe é a pessoa sentida como exercendo uma actividade profissional mais valorizada e mais conhecedora destas questões.		
Mãe: Insegura na sua dificuldade de regulação, procura que compreendam, fala muito com as filhas, procura evitar os conflitos, exercendo a autoridade de forma muito culpabilizada, em impulsos de agressividade, exactamente como descreve os comportamentos da V., quando se torna mais agressiva.		
Mãe: linha muito ténue a demarcar o que é admitido como problema da filha e o que é sentido com grande angústia pela mãe e que a põe em causa a si própria. Muita dificuldade em aceitar e lidar com a rivalidade entre as irmãs		FR5
Mãe: demonstra grande preocupação, culpabiliza-se com frequência, pondo-se em causa como mãe e demitindo-se.		
Pais: aceitam a proposta terapêutica		

ANEXO 3

Aplicação da grelha ao caso clínico 3 – D.

1ª Entrevista

Conteúdos	Análise	Cotação
<p>Mãe: Fala a maior parte do tempo. <i>“Durante 15 dias andou muito deprimido. Chorava, ria-se. Muito irritado. Na escola diziam que pintava tudo a castanho e preto”.</i> <i>Nesta “crise” estava muito refilão, quando contrariado atirava-se ao chão, mas depois chorava e pedia desculpa. Estava mais triste, mais apático. Ao mesmo tempo a avó diz que por vezes ele corria à volta da mesa muito agitado.</i> Situam este episódio uma semana antes do Natal, tendo melhorado na semana a seguir ao Natal. Não conseguem qualquer explicação para este comportamento</p>	<p>Mãe com grande necessidade de expor muita informação. A exuberância da sintomatologia deixa-a muito preocupada. Descreve em detalhe, para poder fornecer o maior número de elementos possível. Impossibilidade de colocarem hipóteses de compreensão do problema do filho. Parece que nem conseguem pensar em possíveis explicações.</p>	<p>E3 E5</p>
<p>Mãe: <i>“Desde bebe foi muito activo, depois não conseguia estar sentado na mesa a comer. Tem queixas, diz dói-me a mão, não posso...arranja sempre maneira de interromper o trabalho que está a fazer. Desde os 2 anos que sabe as letras e os números e pode-se aborrecer quando lhe dão as actividades, que ele já conhece”</i></p>	<p>As queixas são vistas como formas intencionais de fugir ao trabalho. É tudo provocado por factores externos e por características do filho, ora vindas do património genético ora indicadoras de precocidade São sensíveis a eventual aborrecimento nas actividades pouco motivadoras.</p>	<p>FR4</p>
<p>Mãe: <i>“Na escola não é cuidadoso a pintar e a desenhar. Tem uma prima que anda com ele, que pinta muito bem, faz as coisas bem feitas”.</i> A mãe acha que ele <i>“como o comparam muito com a prima já não se esforça...”</i> Apesar de referir este aspecto, ao contar como se dirige ao filho, faz esta comparação com frequência... <i>É muito inteligente, aprende bem.</i> <i>Não consegue estar 5 minutos a fazer o mesmo</i> <i>Na escola come muito bem, em casa é um castigo!”</i> <i>O avô paterno faz reparações de electrónica, ele tenta abrir os aparelhos. Gosta de tudo o que seja comandos, brinquedos com pilhas, desmonta, tira as pilhas, “vai com a faca e tenta abrir”</i> <i>Não consegue ver desenhos animados</i> <i>Quer fazer tudo – passa da música para o computador e depois para outra coisa e não termina nada. Distrai-se muito</i> <i>Não gosta de ser contrariado, faz ao contrário do que lhe é dito. Quando é contrariado, chora, vingá-se (passa pelas coisas e atira-as para o chão).</i></p>	<p>Constata que as comparações podem ser prejudiciais, mas continua a fazê-las Queixas de comportamentos intencionalmente maus em casa Apresentam as reacções do filho como vingativas e propositadas, dirigidas contra eles, sem as situarem nos comportamentos infantis de oposição mas quase como se, de novo, descrevessem uma figura adulta intencionalmente má. Parecem sentir-se rejeitados pelo filho</p>	<p>FR4 FR6 FR4</p>

Conteúdos	Análise	Cotação
<i>Provoca as pessoas. Quando se lhe diz para não mexer nas coisas, ele espera a melhor altura e é mesmo isso que ele vai fazer. Para brincar agora já não gosta de legos e puzzles, gostou quando era mais pequeno. Não liga à bola. Gosta de andar de bicicleta. Pede às pessoas para irem brincar com ele mas depois só quer que elas vejam mas que não participem.</i>		
Mãe: A avó paterna “fica com ele até às 20.30 e depois vai levá-lo. Na avó tem primos, uma da idade dele. Tem tendência para brincar com os mais velhos. Nos avós “faz tudo o que quer”. Os pais dizem que não o acompanham muito, “só vê a mãe à noite e o pai de manhã”.	O facto de estarem pouco com ele, apesar de admitido não parece valorizado. Dificuldade em se implicarem realmente no processo indicador de forte culpabilidade inconsciente.	FR4
Pai: Considera que quando está só com ele, obedece-lhe e não faz cenas, só tem que o castigar quando estão as avós ou a mãe.	O pai esclarece aqui a sua posição. O filho não tem problemas com ele por isso a culpa é da mãe.	M4 E1
Mãe: A mãe acha que isto “não é respeito, é medo”. Refere que ele “faz caretas ao pai quando ele vira as costas”.	A mãe defende-se das acusações e desvaloriza o marido, através do filho. Reconhece uma emoção perturbadora no filho, mas este reconhecimento serve para atacar o pai e não o utiliza para tentar compreender a vida emocional da criança (os medos)	FR4
Pais: Nesta fase da entrevista os pais discordam, mas riem-se do que contam, como se estivessem ao mesmo tempo a atacarem-se um ao outro, mas achando muita graça a todos os comportamentos do filho, às “graças” que ele faz, ao modo como os controla e manipula.	De novo o filho é utilizado como forma de traduzirem as suas divergências, sem o levarem de facto a sério, por si próprio. Poderá haver uma parte inconsciente dos pais que se identifica com a criança	FR2 FR3
Mãe: “quer companhia para tudo”. É dependente da mãe. Ultimamente tem mostrado mais medo. Chama pela mãe para confirmar se ela está presente. Quando foi para a escola, aceitou muito bem a separação.	Aqui aproxima-se do mundo interno do filho. Relaciona o medo com a procura da presença da mãe	
Pai: A propósito do medo refere um episódio em que na casa da avó faltou a luz e começou a tocar o alarme e ele assustou-se muito. <i>Tem medo do escuro. Quer sempre a luz de presença.</i> Dorme sozinho desde os 9 meses, mas uma altura em que esteve doente começou a querer vir para a cama da mãe. Às vezes diz que está doente só para o deixarem ir.	O pai coloca de imediato um acontecimento externo como eventual causa dos medos, sendo-lhe impossível centrar-se no mundo interno. O pai reitera a ideia que o filho poderá enganar a mãe, atribuindo-lhe um comportamento deliberado e de tipo adulto, em que poderá demonstrar também uma percepção realista do lado mais manipulativo da criança. Sente-se impedido de exercer a função paterna	FR3 FR6
Mãe: A mãe acaba por admitir que por vezes ainda dorme com ele.	A mãe admite o seu erro	
Mãe: Dorme bem mas custa a adormecer. Tem enurese nocturna primária “tira a fralda e põe debaixo da cama, fica muito envergonhado, não quer a fralda, tem vergonha perante quem não é da família”	De novo a mãe aqui procura aproximar-se dos sentimentos do filho.	

Conteúdos	Análise	Cotação
Pai: Acha que “até lhe dá gozo” (e ri-se) Às vezes vão pô-lo a fazer xixi de noite, ele diz que já está a fazer e faz naquele momento. O pai acentua o facto de achar que tem prazer e diz “ <i>não tem nojo</i> ”	O pai expõe o conflito da criança com a mãe. A divergência entre os dois pais é utilizada para alimentar uma guerra, para o pai se fazer ouvir, mas não para uma compreensão da criança.	FR3 FR4

2ª Entrevista

Conteúdos	Análise	Cotação
Mãe: Fala dos medos do Daniel, conta uma situação em que se assustou com as sombras, veio aflito junto dela. Ao contar como lidou com a situação, reagiu como se ela própria ficasse mais assustada que ele. Não se dá conta de que é ela que não consegue permanecer calma Ao mesmo tempo noto como fala imenso, explica as situações, faz comentários mas parece ter muita dificuldade em integrar o que lhe é dito. Como se o importante fosse o poder contar o que aconteceu.	Ao falar dos medos do filho, exprime sobretudo a sua insegurança. Não consegue ver o filho, vê-se a si própria e não o compreende Impossibilidade de mentalizar	FR4 FR5 E5
Pais: Apesar de tentar que ambos os pais sentissem a necessidade de uma implicação diferente na vida do filho, nesta entrevista mantiveram-se bastante centrados nas suas convicções e quando concordavam não parecia ser consistente A proposta terapêutica passou por sessões com o D e com os pais de forma paralela, para os ajudar a melhorar as suas formas de relacionamento com ele. Não voltaram a contactar	Pais muito centrados em si próprios. A mãe com necessidade de ser libertada das questões que o filho lhe coloca, expondo-as de forma insistente, mas não se implicando. O marido opta por nem lhes atribuir importância, nega as dificuldades do filho	E5 FR7

2ª FASE (após um ano e meio)

3ª entrevista (mãe e avó materna)

Conteúdos	Análise	Cotação
Mãe: Olha a própria mãe durante todo o tempo, conforme vai falando	Mãe dependente da própria mãe.	
Mãe: Refere que D. iniciou a escola “ <i>Há actividades que não quer, não consegue fazer grafismos. Gosta de fazer perguntas. No 1º dia de aulas, trouxe o caderno numa trapalhada. A prima vinha com tudo direito. Ele inventa muito</i> ”	Procuram ajuda nos primeiros dias de escola, parecendo não conseguir aguentar as dificuldades iniciais. Mantém a comparação com a prima	E3
Mãe: “ <i>O pai não admite que ele tem problemas, não aceita a vinda à psicóloga porque acha que é tudo falta de educação</i> ”	O pai não se implica na educação e na procura de ajuda. Culpabiliza a mãe. Permanece a posição anterior	M4
Mãe: “ <i>Na 6ª feira já veio todo entusiasmado mostrar os trabalhos</i> ”. Acrescenta que no dia anterior o ameaçou de o castigar tirando play station e tv. Coloca a questão ao nível de que castigos dar... Procuraram a Pediatra para medicação	As expectativas estão centradas em procura de respostas rápidas e fáceis Não há qualquer empatia com os esforços de D., centra-se apenas no castigo	M3

Conteúdos	Análise	Cotação
<p>Mãe e Avó: Falam muito da sogra, que o compara muito com a prima, culpam-na e referem os gritos que o pai usa para o controlar. A avó esteve com ele nas férias e conta as coisas que ele fazia, algumas até perigosas e destrutivas. <i>“Tinha de estar sempre presente”</i>. Diz que não é normal, traz uma revista na mão e pergunta rindo e com lágrimas nos olhos se <i>“não será bipolar, se não será esquizofrénico”</i>.</p> <p>Manifestam um nível de angústia muito elevado</p> <p>A atitude de ambas é de contarem coisas complicadas, rindo delas, com ar de impotência e a tentarem encontrar na criança um problema e uma patologia.</p>	<p>Colocam fora de si as responsabilidades pelos problemas, culpabilizam a sogra. A mãe sente dificuldades e procura suporte mas não se consegue implicar. Quem manda são as avós? Confirma-se uma luta entre as duas famílias. Face a uma angústia considerável perante o problema, culpam-se uns aos outros e procuram encontrar uma doença na criança</p> <p>Contratransferencialmente provocam irritação, são sentidas como rejeitando D. Muito feridas e zangadas pela sua sorte, muito centradas em si.</p> <p>Esta resistência parece esconder dificuldades próprias dos pais enquanto pais e enquanto adultos</p>	FR2
<p>Mãe: diz (fleumaticamente) que <i>“também só estamos com ele à noite e se calhar isso não ajuda”</i>.</p>	Coloca de novo a hipótese de influenciarem negativamente o filho mas denega, pela atitude que mostra	M5
<p>Mãe: <i>“Quando vê que não consegue, desiste, quer ganhar e se não ganha desiste. Tem dificuldade em brincar com meninos da idade dele, quer impor as suas brincadeiras, estraga ou interrompe o jogo dos outros”</i>.</p>		
<p>Mãe: o pai <i>“marca muito, anda sempre em cima dele”</i> Uma amiga que esteve lá em casa disse que <i>“a criança assim não podia crescer. O pai grita muito com ele. O filho tem muito medo e não gosta de gritos”</i>.</p>	De novo a necessidade de colocar fora do círculo materno, a responsabilidade pelo problema. É o pai e a sogra que têm culpa	
<p>Mãe: <i>“Para comer em casa dos avós é preciso dar-lhe a sopa na boca. Tem repentinos mas depois arrepende-se”</i></p>		
<p>Mãe: quanto à escola, a mãe diz que está a gostar, que vinha muito contente pelo que conseguiu (refere-se à melhoria do comportamento de D, após o castigo) <i>“o castigo revolta-o”</i>.</p>		
<p>Mãe: <i>Ele inventa</i> (para se desculpar das asneiras que faz). Quando é referida a explicação de poder ser uma defesa perante o medo e a culpa, a mãe repete que não sabe do que ele diz, se é verdade ou mentira...</p>	<p>Não há qualquer abertura para compreender o que está subjacente aos comportamentos de oposição do D. A questão que preocupa a mãe é ser capaz de não ser enganada pelo filho.</p>	FR4 E5
<p>Mãe: <i>“Continua a molhar a cama”</i>. A mãe conta que ele dizia que aos 6 anos ia deixar a fralda e que fez isso e não fez na cama. Mas depois aleijou-se, esteve doente, a mãe teve que dormir com ele 2/3 noites e nessa altura começou a fazer outra vez – a mãe voltou a pôr fraldas. Agora ele diz que é quando fizer 7 anos...</p> <p>Já dormiu fora de casa e não fez, se dormir em casa da avó materna não faz.</p>	<p>Esta criança detém um grande poder sobre os pais, a mãe aceita a ideia de que é ele que determina quando deixa as fraldas. Na sequência do que foi dito antes, atribuem-lhe atitudes deliberadas para os enganar e para os aborrecer, mostrando-se completamente impotentes, mas colocando-se de fora, não se implicando</p>	E3

Conteúdos	Análise	Cotação
<p>Avó e mãe: Voltam a referir como não se concentra só numa coisa, tem de estar a fazer várias coisas ao mesmo tempo A mãe diz que ele “<i>não faz nada do que ela lhe pede...</i>” e diz isto a rir-se com ar de impotência de distanciamento e gozo.</p>	<p>De novo a atitude de oposição é aceite de forma passiva e não conseguindo assumir qualquer papel regulador.</p>	<p>FR2 E3</p>
<p>Avó: A avó fala de como “<i>ele se calhar precisava de um irmão</i>” ao que a mãe responde que “<i>ele agora não quer, antes dizia que queria, mas agora não</i>”.</p>	<p>A mãe fala do que o filho diz como se fosse um discurso de adulto, literal, parecendo não entender o que está na base dos pedidos, das atitudes do filho. De novo, o domínio e poder que lhe é atribuído</p>	<p>E3</p>
<p>Avó: A psicoterapeuta questiona a expectativa, é a avó que responde dizendo que <i>precisam de ajuda</i>. No final é ela que paga a consulta.</p>	<p>Ausência da participação do pai nesta situação e da avó paterna que é referida como a pessoa que tem maior contacto com ele... O lado paterno está ausente.</p>	