

## O brincar na psicoterapia psicodinâmica de uma criança com sintomas externalizantes: um estudo de caso

Play in psychodynamic psychotherapy of a child with externalizing symptoms: a case study

**Caroline de Oliveira, Vera Regina Röhnelt Ramires**

Universidade do Vale do Rio dos Sinos. Programa de Pós-Graduação em Psicologia.  
Av. Unisinos, 950, Cristo Rei, 93020-190, São Leopoldo, RS, Brasil.  
carolinedeoliveira20@gmail.com, vramires@unisinos.br

**Resumo:** O objetivo deste artigo foi investigar o brincar na psicoterapia psicodinâmica de uma criança com sintomas externalizantes. Empregou-se delineamento misto e a abordagem de estudo de caso sistemático. Todas as sessões foram filmadas e avaliadas com o *Child Psychotherapy Q-Set (CPQ)*. Os itens referentes ao brincar foram analisados quanto às suas médias e correlações com o tempo de tratamento. O relato da psicoterapeuta compôs a análise qualitativa. Durante os períodos inicial e intermediário, os instrumentos indicaram uma criança resistente, com intolerância à frustração, fortes sentimentos de irritação e agressividade, além de ter dificuldades em explorar os conteúdos relacionados aos problemas e grande oscilação comportamental, características que se refletiam em seu brincar. A psicoterapeuta, por sua vez, mostrou-se afetivamente engajada, sensível, e flexibilizou a técnica. No decorrer do tratamento, o paciente passou a mostrar maior engajamento nas atividades e um brincar mais fluido, espontâneo e simbólico, possibilitando a elaboração de conteúdos internos e impulsos agressivos, evidenciando melhora na capacidade de regulação emocional. As mudanças na psicoterapia não ocorreram de forma linear, identificando-se movimentos de evolução e regressão ao longo do processo.

**Palavras-chave:** brincar. psicoterapia psicodinâmica. sintomas externalizantes.

**Abstract:** The purpose of this article was to investigate the play in the psychodynamic psychotherapy of a child with externalizing symptoms. A mixed design and a systematic case study approach were used. All sessions were filmed and evaluated with the *Child Psychotherapy Q-Set (CPQ)*. The items related to playing were analyzed for their means and correlations with the time of treatment. The psychotherapist's report made up the qualitative analysis. During the initial and intermediate periods, the instruments indicated a resistant child, with intolerance to frustration, strong feelings of irritation and aggressiveness, as well as having difficulties in exploring content related to problems and behavioral oscillation - characteristics that were reflected in his play. The psychotherapist, on the other hand, showed to be affectively engaged, sensitive, and flexibilized the technique. Throughout the psychotherapy, the patient developed a greater engagement in the activities and a more fluid, spontaneous and symbolic play. The elaboration of internal contents and aggressive impulses was possible the, evidencing an improvement in the capacity for emotional regulation was observed. The changes in

psychotherapy did not occur in a linear way, identifying evolution and regression movements throughout the process.

**Keywords:** play. psychodynamic psychotherapy. externalizing symptoms.

---

## Introdução

Infância e brincar são frequentemente relacionados, havendo inúmeras evidências das consequências positivas do brincar para o desenvolvimento cognitivo, afetivo e social de crianças (Bernardi, 2016; Milteer *et al.*, 2012; Schmidt e Nunes, 2014). Na psicoterapia psicodinâmica, o brincar assume um papel central (Klein, 1932, 1955; Schmidt e Nunes, 2014; Winnicott, 1965, 1971). Ele permite a comunicação entre psicoterapeuta e criança, uma vez que é para essa última um meio natural de expressão (Klein, 1932; Ramires, 2016).

Como a associação livre está para o adulto, o brincar está para a criança, sendo por meio desse realizadas as interpretações dos conteúdos internos e o transcorrer do processo terapêutico infantil. Nesta perspectiva, a partir do brincar, a criança revelaria a repetição de experiências e recriaria detalhes da vida cotidiana entrelaçados com fantasias. Além disso, reviveria emoções e fantasias arcaicas com relação aos objetos primários, tornando possível sua compreensão. Desta forma, seria permitido o exame dessas relações e a diminuição das ansiedades infantis (Klein, 1932, 1955).

Somando-se a isso, a partir do brincar, desenvolve-se a organização interna e externa de afetos, bem como, quando possível, constitui-se como uma via para a organização, síntese e promoção dos processos de regulação do self (Campbell e Knoetze, 2010; Klein, 1955; Ramires, 2016). Logo, o brincar pode ser considerado um caminho para o simbolismo, o qual o psiquismo utiliza para se integrar; essas características fazem da atividade lúdica um importante elemento terapêutico (Campbell e Knoetze, 2010; Jelline *et al.*, 1996).

Além disso, as perturbações durante a infância se refletem no brincar, o qual torna possível avaliar o nível de desenvolvimento e ter compreensão do

funcionamento dinâmico da criança (Chazan, 2002; Russ, 2003; Slade, 1994). Nesse sentido, a dificuldade ou a impossibilidade de brincar podem ser consideradas sintomas de problemas (Carvalho e Ramires, 2013; Ramires, 2016; Warren et al., 1996). Dessa forma, o brincar e sua análise também podem ser utilizados como instrumento na elaboração de diagnóstico psicológico, e na identificação dos sintomas internalizantes e/ou externalizantes. Também, pode servir como medida de prognóstico e de resultado de psicoterapias (Affonso, 2009; Efron *et al.*, 2003).

Assim, com relação à psicopatologia e sua identificação por meio do brincar, destacam-se os sintomas externalizantes como um dos problemas de saúde mental mais recorrentes na infância. Estes podem ser caracterizados pelos problemas de comportamentos desajustados incidentes diretamente sobre o meio externo (ex.: agressividade, impulsividade, agitação psicomotora e comportamentos delinquentes) (Achenbach, 1991; Bordin *et al.*, 1995). Em decorrência de sintomas como impulsividade, irritação e agressividade, crianças com sintomas externalizantes podem apresentar prejuízos nas habilidades sociais, graves dificuldades nas relações com pares, colegas, professores e familiares e, também, problemas de aprendizagem (Kazdin, 2011; Kernberg e Chazan, 1992).

Os sintomas externalizantes podem ser entendidos como expressões de regulações emocionais mal adaptadas ou dos mecanismos de defesas usados pela criança, como forma de proteger a si mesmas de emoções dolorosas. Sintomas agressivos, portanto, protegeriam a criança, mascarando e removendo de sua consciência tais emoções (ex.: culpa, vergonha, dor e preocupação) (Hoffman *et al.*, 2015; Rice e Hoffman, 2014).

Há alta prevalência desse tipo de problema em crianças e adolescentes, inclusive na realidade brasileira (Anselmi *et al.*, 2010; Fleitlich-Bilyk e Goodman, 2004; Zanini e Borsa, 2015). Pesquisa realizada no nordeste brasileiro, com crianças pré-escolares, indicou prevalência de sintomas externalizantes em 23.5% delas (Santos *et al.*, 2016). Já em outra pesquisa com 479 pré-adolescentes brasileiras de 11 anos, dos 10.8% que

apresentavam transtornos psiquiátricos, 8.5% eram quadros externalizantes (Anselmi *et al.*, 2010). Outro estudo, internacional, sugeriu o aumento dessa porcentagem conforme a idade, sendo a prevalência de 30.7% em crianças de 6 a 12 anos (Roberts *et al.*, 1998). Vale ainda enfatizar o quanto esse quadro possui impacto negativo ao longo do desenvolvimento (Homem *et al.*, 2013). Caso não tratados, os problemas externalizantes podem acarretar graves transtornos na vida adulta (Zanini e Borsa, 2015).

A externalização dos conflitos e dificuldades se manifestará no brincar (Warren *et al.*, 1996) logo, o brincar de crianças com sintomas externalizantes irá expressar o funcionamento do seu mundo interno e a partir desta atividade elas poderão realizar a descarga de sentimentos desconfortáveis e comportamentos inaceitáveis (Bellinson, 2013). Como consequência, estas crianças costumam canalizar em suas brincadeiras a descarga da agressão e, geralmente, são incapazes de brincar de forma recíproca e sublimada (Chazan, 2002; Eresund, 2007; Kernberg e Chazan, 1992). Em psicoterapia, caberá ao psicoterapeuta, por sua vez, ajudar a criança a compreender as defesas e as comunicações presentes no brincar, tolerando os intensos afetos manifestos, como raiva, tristeza, sadismo e dependência (Jelline *et al.*, 1996).

No processo de psicoterapia psicodinâmica espera-se o alívio desses sintomas e do sofrimento psíquico, a obtenção de mudanças psíquicas para que se tornem mais livres emocionalmente, assim como mais capazes de expressarem e elaborarem ansiedades e sentimentos. Somando-se a isso, a psicoterapia busca promover modificações intrapsíquicas e no repertório defensivo, nas relações intersubjetivas e sociais, por meio do vínculo paciente/psicoterapeuta e da compreensão e elaboração dos fenômenos transferenciais/contratransferenciais (Castro e Stürmer, 2009; Zavaschi *et al.*, 2015). Sobretudo, um dos objetivos principais da psicoterapia psicodinâmica de crianças com sintomas externalizantes é o torná-las capazes de brincar e criar narrativas, bem como de estabelecer um relacionamento com o psicoterapeuta rico de significados simbólicos, para ampliação de sua capacidade de representação de

estados mentais (Fonagy e Target, 1996, 1998; Slade, 1994; Target *et al.*, 2007). Isso se revelaria a partir da expansão em reconhecer aspectos variados da experiência pessoal na segurança do jogo imaginativo. Nesse sentido, espera-se, também, que a criança, ao longo do processo terapêutico, liberte-se de suas limitações causadas por conflitos, déficits ou inibições, de modo que possa atuar de forma autônoma e produtiva nos âmbitos cognitivo, social e emocional (Target *et al.*, 2007).

Considerando que o brincar reflete o mundo interno infantil, os problemas, conflitos, mecanismos de enfrentamento, relacionamentos e representações da criança (Fonagy e Target, 1996), na medida em que ocorram mudanças ao longo do processo psicoterapêutico, espera-se, por conseguinte, que o brincar também se modifique, tornando-se mais representativo e elaborado, e que a criança possa direcionar comportamentos de *acting out* para os símbolos e palavras (Kernberg e Chazan, 1992). Do mesmo modo, mais que um resultado, o brincar e a relação terapêutica construída a partir da atividade lúdica podem ser considerados elementos que possibilitarão a ação terapêutica e as mudanças no funcionamento psicodinâmico infantil (Levy, 2008; Russ, 2003; Target *et al.*, 2007; Winnicott, 1971).

Contudo, embora seja reconhecido o papel do brincar no desenvolvimento e na psicoterapia psicodinâmica com crianças, havendo vasta produção teórica sobre a temática, destaca-se a necessidade de estudos empíricos sobre o assunto (Bernardi, 2016; Shirk e Burwell, 2010). Dentre as pesquisas empíricas, enfatiza-se o estudo de caso, que permite a investigação dos processos subjetivos e da complexidade da díade psicoterapeuta/paciente de forma mais ampla, refletindo da melhor forma a prática clínica. Possibilita, do mesmo modo, uma maior aproximação entre psicoterapeutas e pesquisadores (Serralta *et al.*, 2011). O foco na externalização comportamental, em especial, faz-se necessário, considerando a alta prevalência e os desafios que crianças com esse quadro impõem à clínica.

Diversos estudos internacionais investigaram o brincar em psicoterapia de crianças com diferentes diagnósticos e também, no intuito de compreender a ação

terapêutica (Chazan, 2000; Chazan e Wolf, 2002; De Felice et al., 2015; Halfon, 2017; Halfon *et al.*, 2016; Halfon *et al.*, 2017; Hoffmann e Russ, 2012; Salcuni *et al.*, 2016). No entanto, ainda existe uma lacuna no cenário brasileiro a respeito dessa temática. Desta forma, o objetivo deste artigo foi descrever e analisar o brincar no processo de psicoterapia psicodinâmica de um menino em idade escolar com sintomas externalizantes.

## **Método**

### ***Delimitação***

Foi realizado um estudo misto, longitudinal, exploratório, baseado no procedimento de Estudo de Caso Sistemático (ECS) (Edwards, 2007).

### ***Participantes***

Os participantes do estudo foram um menino (pseudônimo Walter) que realizou psicoterapia psicodinâmica e sua psicoterapeuta. A escolha deste caso se deu pela criança apresentar sintomas externalizantes – conforme o instrumento *Child Behavior Check-List* (CBCL), preenchido pela mãe, pai e professor, e por ter tido alta do tratamento, podendo, assim, ser analisado todo o processo psicoterapêutico.

Os pais de Walter procuraram psicoterapia, em consultório privado, quando ele tinha sete anos, pois o menino apresentava queixas relacionadas a dificuldades de relacionamento na escola. O tratamento teve duração de 44 meses, e foi composto por 158 sessões de psicoterapia, que ocorreram em sua maioria, duas vezes por semana, sendo cada sessão com duração de 50 minutos. A psicoterapeuta de Walter, no início do tratamento, possuía 25 anos de experiência clínica, formação em Psicoterapia Psicanalítica e Mestrado em Psicologia Clínica. Também realizava supervisão clínica do caso em estudo e tratamento analítico.

### ***Instrumento***

Como instrumento para avaliar o processo psicoterapêutico, especialmente o brincar da criança ao longo da psicoterapia psicodinâmica, foi utilizado o *Child Psychotherapy Q-Set* (CPQ). O CPQ permite descrever clinicamente o processo de psicoterapia de crianças com idades entre 3 a 13 anos, proporcionando uma análise quantitativa e qualitativa dos dados obtidos (Schneider *et al.*, 2010; Schneider e Jones, 2004, 2012).

O CPQ contém 100 itens com afirmações referentes a três subconjuntos que descrevem atitudes, sentimentos comportamentos ou experiências da criança; ações e atitudes do psicoterapeuta; e a natureza da interação paciente e psicoterapeuta. Esses 100 itens devem ser classificados em nove categorias que definem dois polos, os itens extremamente não característicos (pontuados entre 1 a 3) e os itens extremamente característicos (pontuados entre 7 a 9). Já os itens neutros compõem as categorias intermediárias (pontuados entre 4 a 6). Cada categoria tem uma quantidade pré-determinada de itens, a fim de obter uma distribuição normal. Deste modo, o avaliador deve assistir ao vídeo de uma sessão de psicoterapia e distribuir os itens mais ou menos característicos da sessão, e os itens neutros. O CPQ foi adaptado para o português brasileiro por Ramires e Schneider (2016), possuindo também, propriedades psicométricas constatadas, como a validade e fidedignidade, a validade discriminante e, a fidedignidade entre avaliadores (Carvalho *et al.*, 2016; Goodman e Athey-Lloyd, 2011; Goodman *et al.*, 2015; Ramires e Schneider, 2016; Schneider, 2004; Schneider e Jones, 2004).

Dentre os itens da criança, do psicoterapeuta e da relação entre ambos, há itens do CPQ que se referem ao brincar em psicoterapia. Logo, a fim de compreender o brincar ao longo do processo psicoterapêutico, estes foram os itens que receberam um foco maior neste estudo. Os itens foram os seguintes:

a) Itens da criança:

- 29. A qualidade do brincar da criança é fluida, absorta;
- 71. A criança se engaja no jogo de faz-de-conta;

- 95. O brincar da criança carece de espontaneidade;
- b) Item do psicoterapeuta:
  - 46. O psicoterapeuta interpreta o significado do jogo da criança;
- c) Item da díade:
  - 64. A criança inclui o psicoterapeuta no jogo.

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

O estudo baseou-se nos dados de uma psicoterapia já concluída, e foram utilizados os seus registros para a análise da evolução do brincar durante o processo. Esses registros foram os *videotapes* das sessões da criança.

O tratamento psicoterápico ocorreu no consultório da psicoterapeuta (devidamente equipado para atendimento infantil). A psicoterapia teve início a partir da avaliação inicial, com as entrevistas com os pais, anamnese e entrevistas com a criança. Por conseguinte, identificada a necessidade e o desejo de iniciar a psicoterapia, os pais e a criança foram consultados sobre a possibilidade de participar da pesquisa e ter o atendimento filmado. A psicoterapeuta havia sido previamente consultada e concordou em participar.

### ***Procedimentos Éticos***

Este estudo fez parte do projeto *Estruturas de Interação na Psicoterapia Psicodinâmica de Crianças*, o qual foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS) (Resolução 039/2012) e seguiu as orientações do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e do Conselho Federal de Psicologia (CFP). Os pais do paciente e a psicoterapeuta foram consultados e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A desistência da participação na pesquisa poderia ocorrer a qualquer momento sem implicar em prejuízo para o tratamento psicoterápico. O bem-estar de todos foi priorizado e

qualquer desconforto vivenciado poderia implicar na interrupção da participação no estudo. Além disso, o sigilo e confidencialidade foram garantidos.

As informações obtidas e sessões filmadas compõem um banco de dados que não será descartado, podendo ser usado em estudos futuros. Os participantes autorizaram esse procedimento.

### *Procedimentos de Análise de Dados*

Foram realizadas análises estatísticas de todas as sessões de psicoterapia com base no CPQ e análise qualitativa dos relatos da psicoterapia elaborados pela psicoterapeuta. Para análise com o CPQ, foi necessário treinamento de juízes para uso do instrumento. Esse treinamento consistiu na codificação de sessões de psicoterapia com a concordância interavaliadores de pelo menos 0,7 em dez sessões (*Alpha de Cronbach*). A coordenadora do estudo realizou treinamento com a autora do CPQ e recebeu assim, certificação necessária para treinamento de juízes no Brasil.

Inicialmente, cada sessão foi analisada individualmente, por dois juízes, de um grupo de seis, aleatoriamente escolhidos. Posteriormente, foi realizado um cálculo de concordância entre os dois juízes, denominado coeficiente de correlação intraclassa (que deve ser igual ou superior a 0,7), com o intuito de verificar se houve concordância significativa na pontuação dos itens do CPQ. Quando a correlação fosse menor que 0,7, um terceiro avaliador codificava a sessão. Assim, cada sessão avaliada recebeu um score final oriundo da média das classificações feitas pelos dois juízes, passando a integrar um banco de dados.

Posteriormente, com o intuito de descrever globalmente o processo, todos os itens do CPQ foram analisados, a partir de medidas de tendência central e de dispersão e assim, destacados os dez itens mais e dez menos característicos de todo o processo terapêutico. Logo após, considerando o escopo deste artigo, foram selecionados para a análise os itens do CPQ referentes ao brincar (vide seção instrumento). Foi examinado o quanto estes itens foram mais ou menos característicos

nas 158 sessões de psicoterapia, a partir da média aritmética global de cada item. Além disso, a correlação de Pearson ( $r$ ) foi analisada entre o tempo e cada item do CPQ referente ao brincar, a fim de compreender a oscilação do brincar ao longo do tempo. A correlação de Pearson é uma medida de associação linear entre variáveis, podendo variar de -1 a 1, tanto na direção positiva como negativa, e o valor indica a magnitude e o grau de relacionamento entre as variáveis (Dancey e Reidy, 2013; Figueiredo Filho e Silva Júnior, 2009). Estas análises foram realizadas utilizando o *software* SPSS 22.0.

Por fim, o relato da psicoterapeuta sobre o caso compôs a análise qualitativa dos dados. Esse relato continha a descrição da maioria das sessões e as suas impressões e percepções sobre o processo terapêutico como um todo. O mesmo foi compreendido tendo em vista os resultados estatísticos citados anteriormente. Essa análise foi realizada a partir da análise clínico-qualitativa de Turato (2011).

## **Resultados**

### ***Relato da Psicoterapeuta***

Segundo a psicoterapeuta, Walter, no início da psicoterapia, apresentava comportamentos impulsivos, regressivos, e baixa tolerância à frustração. Tinha também graves dificuldades no relacionamento social e escolar, os colegas implicavam com ele e ele respondia com agressividade. O menino também se recusava a realizar as atividades escolares. Em casa, filho único, era super gratificado pelos pais e avós. Na família, a mãe era a figura dominante e o pai tinha comportamento dependente. O casal divergia na imposição de limites. O menino tinha uma relação simbiótica com a mãe. Viviam com os avós maternos, sendo que a mãe e avó tinham conflitos entre elas.

A partir de entrevistas com pais, criança e escola, e da aplicação do CBCL e do Método de *Rorschach*, Walter foi diagnosticado com Transtorno Disruptivo da Desregulação de Humor (TDDH), satisfazendo critério também para o Transtorno Desafiador Opositivo (TDO) (American Psychiatric Association, 2014). A abordagem teórica utilizada pela psicoterapeuta foi a psicodinâmica, com foco nas relações objetais

e na abordagem de Kernberg e Chazan (1992) para crianças com transtornos de conduta, abrangendo intervenções suportivas e expressivas. A profissional também realizava periodicamente entrevistas e orientações com os pais e a escola.

Durante as sessões, o menino apresentava comportamento dependente e fazia diversas exigências à psicoterapeuta. Além disso, expressava fortes sentimentos de irritação e explosões de raiva e tinha dificuldades em explorar esses sentimentos e conteúdos relacionados aos problemas. Mostrava resistência às intervenções verbais da psicoterapeuta, por exemplo, quando ela tentava explorar assuntos relacionados à escola, ele pedia, aos gritos, que a psicoterapeuta parasse de falar. Muitas vezes, ignorava a psicoterapeuta e passava tempo significativo arrastando-se no chão, deitado na poltrona e, em diversas sessões, lendo gibis. Também, recusava-se a explorar o conteúdo do seu brinquedo. Em momentos em que ela tentava aproximação no jogo, respondia empurrando-a, desejando que fosse apenas espectadora. Frente a isso, a psicoterapeuta relatou questionar-se sobre o quanto estava conseguindo ajudar o paciente, sentia-se confusa, pois diante das suas tentativas de intervenções Walter se fechava, escondia-se ou ficava furioso, interrompendo seu brincar. A psicoterapeuta apresentava fortes sentimentos contratransferenciais de irritação e desânimo ao deparar-se com a resistência da criança.

Inicialmente, Walter apresentava um brincar de descarga, o qual manifestava sua agressividade (revólver, tiros, brigas, acidentes etc.). Nas primeiras sessões, brincava sobretudo com o jogo *Quebra Gelo*. Também encenava sua realidade na família terapêutica, no qual personagens se machucavam e havia conflitos familiares. Usava geralmente gestos bruscos e agressivos. Costumava escolher brincar conforme suas regras.

Na fase intermediária, alterava o humor e o comportamento entre as sessões, variando de momentos de maior proximidade e um brincar mais fluido, para momentos mais fechado e respondendo com maior hostilidade à psicoterapeuta. Algumas vezes, a mesma passou a fazer intervenções ou explorações apenas no final

das sessões, de modo a evitar afastamento e manter a aproximação. O brincar se tornou mais narrativo, simbólico e criativo. Walter passou a criar histórias e a elaborar, a partir dessas, sentimentos e conteúdos de seu mundo interno. Ele apresentava no brincar o conflito do crescer, variando entre construção e destruição/regressão. Passou, também, a incluir mais a psicoterapeuta nas atividades. No entanto, ainda apresentava dificuldades em ouvi-la, quando relacionava o brincar com sua vida, ou falava sobre ele, sua família e sentimentos. Essa resistência deixava a psicoterapeuta desanimada, e em alguns momentos ela se questionava sobre a melhora efetiva e duradoura.

No segundo ano da psicoterapia, após aumento dos conflitos escolares e dificuldade de manejo da escola, os pais transfeririam o menino para um novo colégio, onde foi bem acolhido, e obteve, gradualmente, melhora nas relações interpessoais. Walter passou a não se isolar e responder aos colegas de forma menos agressiva. Apresentou alguns conflitos, porém, demonstrava maior amadurecimento para resolução dos mesmos. A psicoterapeuta e os pais passaram a perceber melhora no paciente, que demonstrava estar mais vinculado à psicoterapeuta, entrava sem resistência e interagia com ela. Nas sessões, houve redução dos comportamentos regressivos ao falar de assuntos difíceis. Brincava e criava novas possibilidades no jogo, expressando-se num brincar mais espontâneo. A psicoterapeuta, após supervisão, passou a brincar mais com o paciente e a fazer interpretações sobre os personagens, ao invés de diretamente a ele. Desta forma o paciente parecia responder de forma menos resistente.

No último ano de psicoterapia, Walter conseguia expressar sentimentos positivos à psicoterapeuta e vinculação à psicoterapia. Ambos conseguiam recordar o início do tratamento e as dificuldades iniciais. No entanto, também exibia baixa tolerância à frustração e instabilidade, principalmente quando perdia nos jogos ou algo não saía como esperado. Mesmo próximo ao final da psicoterapia, havia oscilações, algumas sessões eram mais difíceis e pouco interagia. Por outro lado, a psicoterapeuta conseguia falar mais sobre os problemas com o menino e explorar a transição para a

adolescência, seu crescimento e sua autonomia. Mostrava maior capacidade de *insight* e percepção sobre a mudança.

Com a possibilidade de alta, o paciente apresentou alguns comportamentos regressivos e ansiedades de separação, que foram trabalhados, principalmente por meio do brincar, por alguns meses pela psicoterapeuta e paciente. No final do tratamento, com 11 anos, Walter brincava de forma mais recíproca e simbólica, sendo que seu jogo representava os conflitos vivenciados. Criava personagens e histórias a partir de jogos e desenhos animados, com grande capacidade criativa e imaginativa. Ele inventava novas formas de brincar que permitiam a entrada e participação da psicoterapeuta e apresentava bom humor mais frequentemente. Revisitava os desenhos realizados em psicoterapia e por meio deles falava dos problemas iniciais. Do mesmo modo, conseguia trabalhar sobre o conteúdo do jogo e se expressar mais através das palavras. Por fim, Walter recebeu alta após 44 meses, depois da superação das dificuldades e amadurecimento da criança e concordância sobre as melhoras por parte da psicoterapeuta, dos pais e dele mesmo.

### ***O Processo Psicoterapêutico***

Com o intuito de contextualizar e compreender o brincar no processo de psicoterapia de Walter, fez-se necessário apresentar alguns dados globais do processo terapêutico referentes à criança, psicoterapeuta e interação da díade. Considerando isso, a tabela 1 ilustra os itens mais e menos característicos da psicoterapia de Walter como um todo.

Walter pode ser descrito como, em média, com facilidade em compreender a sua psicoterapeuta e conseguindo expressar-se com afeto. No entanto, Walter também apresentava dificuldades em ter consciência das suas questões conflitivas internas, e à olhar os assuntos de um ponto de vista diferente e ter *insights*. Era resistente e costumava ignorar ou rejeitar os comentários da psicoterapeuta, não respondendo de forma complacente (Conforme itens 5, 40, 53, 32, 58, 42 e 78 da tabela 1).

**Tabela 1** - Média dos dez itens mais e dos dez itens menos característicos do processo terapêutico de Walter de acordo com o CPQ**Table 1** - Mean score of the ten most characteristic and the ten least characteristic items of Walter's therapeutic process according to the CPQ

Itens do CPQ mais característicos	Média	DP	Variação
31 - T solicita mais informação ou elaboração.	8,20	0,74	3 – 9
58 - C parece relutante em examinar pensamentos, reações ou motivações relacionadas aos problemas.	7,71	1,67	2,5 – 9
88 - O material da sessão é significativo e relevante em relação aos conflitos da C.	7,52	0,076	5 – 9
86 - T é confiante, seguro de si [vs. incerto ou inseguro].	7,48	0,73	5 – 9
23 - A sessão terapêutica tem um tema ou foco específico.	7,26	1,29	1 – 9
77 - A interação do T com a C é sensível ao seu nível de desenvolvimento.	7,17	1,06	4 – 9
6 - T é sensível aos sentimentos da C.	7,14	1,15	2 – 9
65 - T clarifica, reafirma, ou reformula comunicações da C.	7,01	0,83	5 – 9
42 - C ignora ou rejeita os comentários e observações do T.	7,00	1,89	1,5 – 9
28 - T percebe acuradamente o processo terapêutico.	6,95	1,30	1,5 – 9
Item do CPQ menos característicos	Média	DP	Variação
9 - T não é responsivo [vs. afetivamente engajado].	2,10	1,22	1 – 7,5
40 - C se comunica sem afeto.	2,28	1,30	1 – 9
17 - T ativamente exerce controle sobre a interação (ex. estruturando, introduzindo novos tópicos).	2,42	1,33	1 – 8
89 - T age para fortalecer as defesas existentes.	2,51	1,24	1 – 8
12 - T modela emoções não ditas ou não elaboradas.	2,57	0,82	1 – 4,5
32 - C alcança uma nova compreensão ou insight.	2,57	1,42	1 – 7
5 - C tem dificuldade para compreender os comentários do T.	2,60	1,04	1 – 6
53 - C transmite consciência das próprias dificuldades internas.	2,60	1,65	1 – 8
78 - C é complacente.	2,80	1,35	1 – 6,5
18 - T é crítico e transmite falta de aceitação.	3,09	1,74	1 – 8,5

Nota: T – terapeuta; C – criança

A psicoterapeuta, em média, era confiante, não crítica e sensível aos afetos e ao nível de desenvolvimento de Walter, bem como demonstrava ser receptiva e engajada afetivamente com ele. Possuía uma postura exploratória e parecia estar sintonizada, percebendo adequadamente o processo terapêutico e realizando clarificações,

interpretações e formulações ideativas dos estados emocionais, pensamentos e comportamentos de Walter. Além disso, a psicoterapeuta, em geral, permitia que ele estruturasse as sessões e não agia para suprimir os pensamentos ou sentimentos problemáticos do seu paciente (De acordo com itens 86, 18, 6, 77, 9, 31, 28, 65, 12, 17 e 89 da tabela 1). Já os itens referentes ao relacionamento psicoterapeuta e paciente, demonstraram que as sessões de psicoterapia possuíam, em geral, um único foco ou tema e estes pareciam ser relevantes aos conflitos psíquicos de Walter (De acordo com itens 23 e 88 da tabela 1).

### *O Brincar da Criança*

O escopo deste artigo foi avaliar o brincar de Walter em sua psicoterapia. Desta forma, a fim de compreender o comportamento dos itens do brincar no processo terapêutico, a tabela 2 apresenta a média global desses itens nas 158 sessões.

**Tabela 2.** Média dos itens do brincar do CPQ

**Table 2.** Mean score of CPQ play items

Item	Média global	DP	Varição
29. A qualidade do brincar da C é fluida, absorta	5,95	1,87	1,5 – 9
71. A C se engaja no jogo de faz-de-conta	5,98	2,10	1,5 – 9
95. O brincar da C carece de espontaneidade	3,42	1,93	1 – 8
46. O T interpreta o significado do jogo da criança	6,10	1,67	2 – 9
64. A C inclui o T no jogo	4,33	1,95	1 – 9

Nota: T – terapeuta; C – criança.

A partir da tabela 2, Walter pode ser descrito como, em média, com um brincar espontâneo e imaginativo. A qualidade do brincar e o jogo simbólico, a interpretação sobre os significados da atividade lúdica e a inclusão da psicoterapeuta no jogo pelo menino foram avaliadas, em média, entre os itens neutros nas 158 sessões de psicoterapia.

É possível visualizar que o desvio-padrão e a variação das pontuações dos itens referentes ao brincar, apresentados na tabela 2, tiveram considerável oscilação entre as 158 sessões de psicoterapia. Em virtude desta variação, buscou-se compreender o

padrão de variação dos itens do brincar ao longo do tempo. A tabela 3 descreve essa variação. Todos os itens obtiveram correlação estatisticamente significativa com o tempo de tratamento (resultados considerando  $p \leq 0,05$ ). Porém, embora significativas, estas correlações podem ser consideradas fracas, ou seja, a força da relação entre as variáveis - itens do CPQ e o tempo - indicam escores na categoria pequeno/fraco. Na definição da intensidade de correlação adotou-se,  $r = 0,10$  até  $0,30$  (fraco);  $r = 0,40$  até  $0,60$  (moderado);  $r = 0,70$  até  $1$  (forte) (Dancey e Reidy, 2013; Figueiredo Filho e Silva Júnior, 2009).

**Tabela 3** – Padrão de variação dos itens do brincar na psicoterapia de Walter

**Table 3** - Pattern of variation of play items in Walter's psychotherapy

Item	Correlação
29. A qualidade do brincar da C é fluida, absorta	$r = 0,302^{**}$
71. A C se engaja no jogo de faz-de-conta	$r = 0,243^{**}$
95. O brincar da C carece de espontaneidade	$r = -0,254^{**}$
46. O T interpreta o significado do jogo da criança	$r = -0,256^{**}$
64. A C inclui o T no jogo	$r = 0,181^*$

Nota: C – criança; T – terapeuta. \*  $p < 0,005$ ; \*\* $p < 0,001$ .

Mesmo assim, os resultados da tabela 3 indicam que, com o passar do tempo, ainda que de forma discreta, o brincar de Walter se tornou mais fluido, espontâneo, conseguindo sustentar um foco maior e com maior engajamento nas atividades. A psicoterapeuta de Walter passou a realizar menos interpretações. Além disso, a criança passou a convocá-la mais a participar do seu jogo.

## Discussão

Com base no relato da psicoterapeuta e nos resultados obtidos por meio do CPQ, constatou-se que o brincar do paciente nas sessões não se caracterizou como um processo ascendente. O brincar sempre esteve presente, mas apresentou oscilações de acordo com os estados mentais do menino. Sua agressividade, irritabilidade, intolerância à frustração e instabilidade conduziram a uma grande oscilação comportamental nas sessões, que se refletia no seu brincar. A variação das pontuações

dos itens referentes ao brincar nas 158 sessões de psicoterapia, apresentada na Tabela 2 pode ser explicada desta forma. Além disso, como o CPQ é um instrumento que demanda a avaliação de cada item em relação aos outros, isso também poderia explicar a posição neutra dos itens do brincar, na medida em que outros itens relacionados às atitudes e comportamentos de Walter se sobressaíram aos olhos dos avaliadores.

Tal resultado pode ser explicado também pelo fato de não existir uma linearidade nas sessões de psicoterapia, em virtude da complexidade do desenvolvimento e dos processos dinâmicos do paciente e da díade, e ainda pelas forças transferenciais e contratransferenciais. No caso de Walter, tal complexidade pode se fundamentar em seu quadro sintomatológico. Já foi enfatizado pela literatura que o processo de psicoterapia psicodinâmica não é linear, e um dos princípios da ação terapêutica indica justamente estágios sucessivos de integração e desintegração (Freedman *et al.*, 2011), os quais podem contribuir para a formação de novos estados do ego (Winnicott, 1945). Esse fenômeno, conforme relato da psicoterapeuta, foi trabalhado na relação terapêutica e principalmente no brincar de Walter, sendo expressado nessa atividade a elaboração dos processos de integração e desintegração.

A dinâmica do brincar sofre influência e influencia diferentes fatores no processo terapêutico. Por isso, a importância de compreender todo o processo, o que a tabela 1 ajuda a elucidar. Como visto acima, Walter foi uma criança resistente, que ignorava ou rejeitava os comentários da psicoterapeuta, era exigente, tinha dificuldade para ter *insights* e conscientizar-se das suas dificuldades. A psicoterapeuta, embora percebendo acuradamente o processo terapêutico, sendo sensível aos sentimentos da criança e agindo de forma adequada ao seu nível de desenvolvimento, caracterizou-se por uma atitude exploratória, clarificadora, priorizando colocações interpretativas em detrimento à modulação de afetos. Levanta-se a hipótese que tal postura psicanalítica mais tradicional pode ter contribuído, em algum grau, para o descontrole emocional e comportamental de Walter em várias sessões, repercutindo no brincar. Crianças com

sintomas externalizantes apresentam grandes dificuldades na regulação emocional, e demandam intervenções que as auxiliem nesse sentido, em vez de intervenções mais exploratórias e/ou interpretativas (Kernberg e Chazan, 1992).

Além disso, uma possível explicação para a força baixa da correlação entre os itens do CPQ e o tempo (tabela 3) pode se concentrar na não linearidade e na trajetória não estacionária da melhora clínica ao longo do tempo. Os perfis do brincar discutidos por Chazan (2002) tratam dos padrões da atividade lúdica da criança em cada sessão de psicoterapia, em que elas expressariam a visão de si mesmas e dos outros, e suas estratégias de enfrentamento e adaptação. A psicoterapia, através do brincar, facilitaria a modificação de experiências passadas e a inovação de estratégias de enfrentamento e de adaptação ao meio ambiente (Chazan, 2002). No entanto, estudos empíricos identificaram a não linearidade desses perfis ao longo do curso do tratamento (De Felice *et al.*, 2015; Halfon *et al.*, 2016). Ou seja, a transição dos perfis do brincar ao longo do processo de psicoterapia envolve fases de integração, bem como de desintegração, pois a criança enfrenta questões problemáticas que são retrabalhadas na segurança da esfera do brincar (Halfon *et al.*, 2016).

Vale ressaltar que crianças, inclusive as com sintomas externalizantes, apresentam diferentes padrões do brincar ao longo do curso do tratamento. No caso de Walter, essas mudanças ocorreram conforme o enfrentamento dos seus conflitos. Logo, na fase inicial, o brincar serviu principalmente para estabelecimento da relação terapêutica, sendo o papel do psicoterapeuta o de atuar como facilitador da sua expressão. Nessa etapa, são comuns brincadeiras que envolvem coordenação motora ampla e descarga (Kernberg e Chazan, 1992). No caso de Walter, foi possível perceber o jogo *Quebra Gelo* como tentativa de vinculação e estabelecimento da confiança. Também significou um brincar de descarga da agressividade e ataques à psicoterapeuta, testando sua aceitação e capacidade de continência. Crianças com sintomas externalizantes apresentam déficits do ego em várias áreas, como no funcionamento cognitivo, atenção, controle de impulsos, julgamento, modulação de

afeto, linguagem, tolerância a frustração e, conseqüentemente, dificuldades nos relacionamentos (Kernberg e Chazan, 1992). Isso se refletiu numa contratransferência negativa, com a psicoterapeuta sentindo-se paralisada, desanimada e evitando intervenções durante as sessões para não interromper o jogo e manter o contato com o menino.

Já na fase intermediária era esperado um jogo mais estruturado, o qual oportunizasse a expressão dos sentimentos e fantasias (Kernberg e Chazan, 1992). No caso de Walter, conforme a discreta variação dos itens do brincar e o relato da psicoterapeuta, seu brincar foi se tornando mais simbólico e narrativo, elaborando conteúdos internos e impulsos agressivos, bem como os processos de construção/regressão e reparação. As repetições de brincadeiras e sua continuação também ilustra um processo de elaboração. No entanto, ainda apresentava resistência frente à exploração desses conteúdos pela psicoterapeuta. Por isso, a mesma passou a utilizar intervenções sobre os personagens do jogo e não diretamente sobre a criança. Frente a essa adaptação da técnica, Walter passou a tolerar mais a aproximação. Além disso, seria esperado uma diminuição gradual, durante este período, da posição egocêntrica. Na psicoterapia de Walter, ele apresentava grande dificuldade em compartilhar a experiência do jogo e dava diversas ordens à psicoterapeuta, e isso foi se alterando apenas próximo ao final da psicoterapia.

Por fim, na fase final, seria esperado jogos mediados pela fantasia criativa, livre de ações repetitivas, tensas e impulsivas (Kernberg e Chazan, 1992). Contudo, Walter ainda demonstrava algumas dificuldades em lidar com frustrações e impulsividade. Com o curso do tratamento, o brincar do paciente se tornou mais criativo, fluido, imaginativo e simbólico, principalmente no final da psicoterapia. O brincar lhe permitiu lidar com os impulsos agressivos, revisitar as dificuldades, promovendo mudanças na relação terapêutica, que se tornou mais cooperativa.

Assim, foi possível constatar que, embora tenha ocorrido este desenvolvimento ao longo do tratamento, não foi observada uma linearidade ou constância, sendo que

em alguns momentos variava o padrão do brincar. Tal fenômeno pode ser justificado pelo paciente, em algumas sessões, estar sob efeito de fortes emoções ou mais angustiado. Por conseguinte, na medida em que seu brincar revelaria seu estado interno, este seria mais desorganizado/conflitivo. Por outro lado, quando o paciente estava mais organizado e usando de estratégias de enfrentamento e regulação emocional, seu brincar tornava-se mais adaptativo e simbólico. Essas oscilações entre diferentes estados são importantes para que a criança tenha a possibilidade de experimentar novas estratégias, e também voltar para antigas quando muito angustiada. Isso contribui para restaurar a estabilidade e assim gerar algo novo no espaço terapêutico (Halfon et.al, 2016; Galatzer-Levy, 2009).

A característica central do TDDH é a irritabilidade crônica grave e frequentes explosões de raiva, principalmente frente a frustrações (American Psychiatric Association, 2014). No caso de Walter, o relato da psicoterapeuta e os resultados do CPQ indicaram essa irritação, a dificuldade em lidar com a frustração, que implicavam também na resistência, no afastamento, no ignorar e nos ataques à psicoterapeuta. Inicialmente, o brincar de Walter era mais concreto, fragmentado, repetitivo e expressava a descarga emocional. Não conseguia brincar em conjunto com a psicoterapeuta, ignorando suas intervenções e verbalizações. Ao mesmo tempo, era dependente, fazendo diversas solicitações, da mesma forma em que assumia comportamentos dominantes e muitas vezes buscava provocá-la por meio de ações em sua atividade lúdica. Esses comportamentos podem ser compreendidos por conta da necessidade desses pacientes se defenderem de emoções dolorosas (ex.: impotência, angústia e vergonha) provocadas na relação terapêutica, as quais compreendem como muito difíceis de serem toleradas. Na tentativa de afastarem a sensação de se perceberem como desconsiderados e desvalorizados pelo outro, a melhor alternativa da defesa é o ataque. Por conta disso, o brincar dessas crianças, assim como o de Walter, ao invés de voltado para a solução de problemas e ser recíproco, costuma ser

usado para controlar a figura do psicoterapeuta, transmitindo extrema agressividade e afastamento (Hoffman *et al.*, 2015; Kernberg e Chazan, 1992).

Esses diversos ataques à psicoterapeuta e a resistência de Walter geravam fortes sentimentos contratransferências, os quais são comuns na psicoterapia de crianças disruptivas, principalmente considerando a ameaça real para o psicoterapeuta e seu consultório. Por isso, ressalta-se a importância do tratamento pessoal e da supervisão, como no caso da psicoterapeuta de Walter. Assim torna-se possível responder de forma terapêutica e não de forma contratransferencial (Hoffman *et al.*, 2015).

Em suma, Walter se mostrava resistente em explorar o conteúdo do seu brincar e às interpretações da psicoterapeuta. Além disso, possuía dificuldades em ver as situações de um ponto de vista diferente e ter *insight*. Crianças com sintomas externalizantes, assim como o menino desse estudo, costumam responder com irritação quando deparados com conteúdos desconfortáveis, por exemplo ao entrar em contato com seu mundo interno durante o brincar (Hoffman *et al.*, 2015). Desta forma, é possível inferir que a resistência de Walter e as forças contratransferenciais atuantes da psicoterapeuta podem ter contribuído para diminuição das interpretações ao longo do tratamento.

Por outro lado, é possível compreender também que, ao deparar-se com o fracasso de intervenções interpretativas sobre o brincar, ela flexibilizou a técnica às necessidades e ao funcionamento do paciente. Como relatado acima, isso ocorreu após ter sido sugerido em supervisão que ela brincasse mais e que suas interpretações fossem para os personagens e não diretamente para a criança, o que, conseqüentemente, possibilitou uma mudança na dinâmica das sessões. Nesse sentido, embora reconhecida a importância das interpretações dos conteúdos simbólicos, ressalta-se a necessidade de o psicoterapeuta de crianças com sintomas externalizantes, antes de tudo, ajudá-las a brincar, facilitando a criação de uma narrativa coerente, atuando como co-autor desta narrativa e apoiando inferências sobre a vida interior de personagens imaginados, encontrando soluções para cenários emocionais de

representação intensa (Shirk e Burwell, 2010; Slade, 1994; Target *et al.*, 2007). Um trabalho análogo ao diálogo inicial entre a mãe e o filho, em que ao invés de descobrir símbolos, os mesmos são criados com a criança (Slade, 1994).

Enfatiza-se, sobretudo, a importância do estabelecimento da aliança terapêutica entre psicoterapeuta e paciente a fim de permitir um brincar simbólico, e que a criança se sinta acolhida e segura para expressar seus impulsos e fortes afetos. Isso só seria possível a partir da capacidade do psicoterapeuta de apresentar uma atitude aceitadora, tolerante e reguladora (Target *et al.*, 2007). No caso da psicoterapeuta de Walter, foi possível inferir tais atitudes pelas características apresentadas na tabela 1, em que se observa uma psicoterapeuta afetivamente engajada, receptiva, sensível, não crítica e confiante. Essas características podem ter contribuído para a evolução do paciente. Da mesma forma, a sua capacidade de ser um objeto utilizável, que sobrevivia à destruição psíquica do paciente, para dessa maneira, ajudá-lo a desenvolver uma maior coesão do self, maior tolerância aos afetos e a organizar suas experiências com maior complexidade (Fonagy *et al.*, 2004; Winnicott, 1971). Na medida em que isso se tornou possível, o brincar no *setting* clínico possibilitou o desenvolvimento de um funcionamento simbólico. Assim, foi possível a construção de uma narrativa, a integração do afeto a essa narrativa, a elaboração de um significante dentro das relações de objeto e o desenvolvimento de uma capacidade de regulação emocional e reflexiva sobre os próprios estados emocionais e os dos outros (Ramires, 2016; Slade, 1994).

A psicoterapeuta compreendia acuradamente o processo terapêutico, realizava supervisão e tratamento pessoal, foi flexível e adaptou a técnica às necessidades do seu paciente. Adotou postura de brincar ativamente com a criança, respondendo de forma sintonizada ao seu nível de desenvolvimento. Por sua vez, Walter, de forma geral, parecia compreender a psicoterapeuta, e conseguia expressar-se com afeto. Além disso, a psicoterapeuta realizou clarificações e interpretações sobre o estado emocional da criança, e aceitava seus sentimentos e impulsos problemáticos. Essas intervenções

podem ter contribuído para uma manutenção da aliança terapêutica e, por conseguinte, a partir dessa relação, um aumento da regulação emocional e compreensão de que os conteúdos dolorosos não precisavam ser tão intensamente evitados.

Portanto, embora se reconheça a importância da interpretação e do *insight* como elementos terapêuticos, atualmente, tais estratégias não são consideradas como os únicos agentes de mudanças no trabalho com crianças, sobretudo quando apresentam sintomas externalizantes. Em alguns casos, o elemento central, responsável pela melhora terapêutica e pelo progresso evolutivo, e como ocorrido no processo de psicoterapia de Walter, seria o desenvolvimento das capacidades simbólicas imaginativas e mentais, que implicaria no aumento da riqueza emocional no jogo da criança (Fonagy e Target, 1996, 1998; Slade, 1994; Target *et al.*, 2007).

### **Considerações Finais**

A análise do brincar de uma criança com sintomas externalizantes evidenciou que essa atividade se modificou conforme o estado emocional e o seu nível de desenvolvimento no decorrer do processo terapêutico. O brincar manifesta o mundo interno e o quadro sintomatológico da criança, servindo como um elemento útil para a avaliação de psicoterapias. No caso de crianças com sintomas externalizantes, um brincar de descarga, de ataques à figura do psicoterapeuta e tentativas de dominação podem ser manifestos na tentativa de lidar com emoções dolorosas. Por meio do brincar e da relação terapêutica construída, tornam-se possíveis processos de elaboração de conflitos e o aumento da qualidade simbólica do brincar. Por conseguinte, pode haver um aumento da capacidade de pensar sobre os próprios estados emocionais e os dos outros e uma melhora nas capacidades de enfrentamento e adaptação.

No entanto, como identificado neste estudo, essa mudança não costuma ocorrer de forma linear, principalmente em se tratando do processo psicoterapêutico de

crianças. Movimentos de evolução e regressão parecem ser fundamentais para a melhora terapêutica. Em crianças com sintomas externalizantes, como com TDDH, isso pode ser ainda mais característico, considerando a grande instabilidade, irritação e intolerância a frustração, os quais resultam em prejuízos no desenvolvimento social e interferem no processo terapêutico. Por isso, nessa psicopatologia, sobretudo, é fundamental a flexibilização e a adequação da técnica às necessidades do paciente, bem como a adoção pela psicoterapeuta de uma postura sensível, afetivamente engajada, tolerante e não crítica. A escolha de intervenções mais suportivas em detrimento de interpretativas pode ser necessária, explorando os sentimentos e o brincar através da atividade lúdica.

O estudo de caso pode contribuir para aprimorar modelos clínicos de tratamentos, podendo ser considerado uma extensão da prática clínica, permitindo visualizar a resposta do paciente aos componentes de intervenções terapêuticas. Neste artigo, a partir da investigação do brincar, foi possível analisar o processo terapêutico e como os conflitos do paciente se manifestaram no decorrer do mesmo.

O relato da psicoterapeuta foi primordial para compreensão detalhada do caso, associado ao uso de instrumento de avaliação do processo psicoterápico infantil. Esse procedimento foi importante para a análise do brincar e de como ocorre sua transformação em psicoterapia, em compasso com as demais características do processo terapêutico. Para estudos futuros, sugere-se o uso de outros instrumentos que permitam uma análise aprofundada do brincar. Também seriam importantes estudos que investigassem o brincar em diferentes quadros clínicos na infância, como por exemplo, em crianças com sintomas internalizantes.

## Referências

- ACHENBACH, T. M. 1991. *Manual for the Child Behavior Checklist/4-18 e 1991 profile*, Burlington, VT, University of Vermont; Department of Psychiatry.
- AFFONSO, R. M. L. 2009. *Ludodiagnóstico: investigação clínica através do brinquedo*, Porto Alegre, Artmed, 288 p.

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION [APA]. 2014. *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais/DSM-5*. Porto Alegre, Artmed, 992 p.
- ANSELMINI, L. et al. 2010. Prevalence of psychiatric disorders in a Brazilian birth cohort of 11-year-olds. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, **45** (1): 135-142. <https://doi.org/10.1007/s00127-009-0052-2>
- BELLINSON, J. 2013. Games children play. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*, **22** (2): 283-293. <http://dx.doi.org/10.1016/j.chc.2012.12.003>
- BERNARDI, D. 2016. Reflexões acerca do brincar e seu lugar no infantil. *Rev. Bras. Psicoter.(Online)*, **18** (1): 82-92.
- BORNSTEIN, B. 1945. Clinical notes on child analysis. *The Psychoanalytic Study of the Child*, **1**: 151-166.
- BORDIN, I. A.; MARI, J. J.; CAEIRO, M. F. 1995. Validação da versão brasileira do "Child Behavior Checklist"(CBCL) (Inventário de Comportamentos da Infância e Adolescência): dados preliminares, *Rev ABPAPAL*, **17** (2): 55-66.
- CAMPBELL, M. M.; KNOETZE, J. J. 2010. Repetitive symbolic play as a therapeutic process in child-centered play therapy. *International Journal of Play Therapy*, **19** (4): 222. <https://doi.org/10.1037/a0021030>
- CARVALHO, C.; GODINHO, L. R.; RAMIRES, V. R. R. 2016. O processo psicoterapêutico de uma criança: análise baseada no Child Psychotherapy Q-Set, *Temas em Psicologia*, **24** (3): 1153-1167. <https://doi.org/10.9788/tp2016.3-19>
- CARVALHO, C.; RAMIRES, V. R. R. 2013. Repercussões da depressão infantil e materna no brincar de crianças: revisão sistemática. *Psicologia: teoria e prática*, **15** (2): 46-61.
- CASTRO, M. G. K.; STÜRMER, A. 2009. *Crianças e adolescentes em psicoterapia: a abordagem psicanalítica*. Porto Alegre, Artmed. 357 p.
- CHAZAN, S. E. 2000. Using the children's play therapy instrument (CPTI) to measure the development of play in simultaneous treatment: a case study. *Infant Mental Health Journal*, **21** (3): 211-221. [https://doi.org/10.1002/1097-0355\(200007\)21:3<211::aid-imhj6>3.3.co;2-8](https://doi.org/10.1002/1097-0355(200007)21:3<211::aid-imhj6>3.3.co;2-8)
- CHAZAN, S. E. 2002. *Profiles of play: Assessing and observing structure and process in play therapy*. London, Jessica Kingsley Publishers, 223 p.
- CHAZAN, S. E.; WOLF, J. 2002. Using the Children's Play Therapy Instrument to measure change in psychotherapy: the conflicted player. *Journal of Infant, Child, and Adolescent Psychotherapy*, **2** (3): 73-102. <https://doi.org/10.1080/15289168.2002.10486407>
- DANCEY, C. P.; REIDY, J. 2013. *Estatística sem matemática para psicologia*. Porto Alegre, Penso Editora, 608 p.
- DE FELICE, G. et al. no prelo. *Monitoring non-linear changes in psychodynamic play therapy*. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/287215309\\_Monitoring\\_Non-linear\\_Changes\\_in\\_Psychodynamic\\_Play\\_Therapy\\_submitted](https://www.researchgate.net/publication/287215309_Monitoring_Non-linear_Changes_in_Psychodynamic_Play_Therapy_submitted). Acesso em: 01/07/2017.
- EDWARDS, D. J. A. 2007. Collaborative versus adversarial stances in scientific discourse: implications for the role of systematic case studies in the development of evidence-

- based practice in psychotherapy. *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy*, **3** (1): 6-34. <https://doi.org/10.14713/pcsp.v3i1.892>
- EFRON, A. M. et al. 2003. A hora do jogo diagnóstica. In: DE OCAMPO, M. L. S.; ARZENO, M. E. G.; DE PICCOLO, E. G. *O processo psicodiagnóstico e as técnicas projetivas*. São Paulo, Martins Fontes, p. 163-201.
- EMERICH, D. R. et al. 2012. Diferenças quanto ao gênero entre escolares brasileiros avaliados pelo inventário de comportamentos para crianças e adolescentes (CBCL/6-18). *Psico*, **43** (3): 380-387.
- ERESUND, P. 2007. Psychodynamic psychotherapy for children with disruptive disorders. *Journal of Child Psychotherapy*, **33** (2): 161-180. <https://doi.org/10.1080/00754170701431347>
- FIGUEIREDO FILHO, D. B.; SILVA JÚNIOR, J.A. 2010. Desvendando os Mistérios do Coeficiente de Correlação de Pearson (r). *Revista Política Hoje*, **18** (1): 115-146.
- FLEITLICH-BILYK, B.; GOODMAN, R. 2004. Prevalence of child and adolescent psychiatric disorders in southeast Brazil. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, **43** (6): 727-734. <https://doi.org/10.1097/01.chi.0000120021.14101.ca>
- FONAGY, P.; TARGET, M. 1996. Playing with reality I. *The International Journal of Psycho-Analysis*, **77** (2): 217.
- FONAGY, P.; TARGET, M. 1998. Mentalization and the changing aims of child psychoanalysis. *Psychoanalytic Dialogues*, **8** (1): 87-114. <https://doi.org/10.1080/10481889809539235>
- FONAGY, P. et al. 2004. *Affect regulation, mentalization, and the development of the self*. New York, Other Press, 1450 p.
- FREEDMAN, N.; HURVICH, M.; WARD, R. 2011. *Another kind of evidence: Studies on internalization, annihilation anxiety, and progressive symbolization in the psychoanalytic process*. London, Karnac Books, 352 p.
- GALATZER-LEVY, R. M. 2009. Good vibrations: analytic process as coupled oscillations. *The International Journal of Psychoanalysis*, **90** (5): 983-1007. <https://doi.org/10.1111/j.1745-8315.2009.00188.x>
- GOODMAN, G.; ATHEY-LLOYD, L. 2011. Interaction structures between a child and two therapists in the psychodynamic treatment of a child with Asperger's disorder. *Journal of Child Psychotherapy*, **37** (3): 311-326. <https://doi.org/10.1080/0075417x.2011.614749>
- GOODMAN, G.; MIDGLEY, N.; SCHNEIDER, C. 2016. Expert clinicians' prototypes of an ideal child treatment in psychodynamic and cognitive-behavioral therapy: is mentalization seen as a common process factor? *Psychotherapy Research*, **26** (5): 590-601. <https://doi.org/10.1080/10503307.2015.1049672>
- HALFON, S. 2017. Play profile constructions: an empirical assessment of children's play in psychodynamic play therapy. *Journal of Infant, Child, and Adolescent Psychotherapy*, **16** (3): 219-233. <https://doi.org/10.1080/15289168.2017.1312875>

- HALFON, S. et al. 2016. The non-linear trajectory of change in play profiles of three children in psychodynamic play therapy. *Frontiers in Psychology*, **7**: 1494. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.01494>
- HALFON, S.; BEKAR, O.; GÜRLEYEN, B. 2017. An empirical analysis of mental state talk and affect regulation in two single-cases of psychodynamic child therapy. *Psychotherapy*, **54** (2): 207.
- HOFFMAN, L.; RICE, T.; PROUT, T. 2015. *Manual of regulation-focused psychotherapy for children with externalizing behaviors: a psychodynamic approach*. New York, Routledge, 236 p.
- HOFFMANN, J.; RUSS, S. 2012. Pretend play, creativity, and emotion regulation in children. *Psychology of Aesthetics, Creativity, and the Arts*, **6** (2): 175. <https://doi.org/10.1037/a0026299>
- HOMEM, T. C. et al. 2013. Perturbações de comportamento externalizante em idade pré-escolar: o caso específico da perturbação de oposição. *Análise Psicológica*, **31** (1): 31-48. <https://doi.org/10.14417/ap.658>
- JELLINE, M. S.; BIEDERMAN, J.; ABLON, S. L. 1996. The therapeutic action of play. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, **35** (4): 545-547, 1996.
- KAZDIN, A. E. 2011. Evidence-based treatment research: Advances, limitations, and next steps. *American Psychologist*, **66** (8): 685. <https://doi.org/10.1037/a0024975>
- KERNBERG, P.; CHAZAN, S. E. 1992. *Crianças com transtornos de comportamento: manual de psicoterapia*. Porto Alegre, Artmed, 307 p.
- KLEIN, M. 1932. *The psycho-analysis of children*. London, Hogarth Press, 352 p.
- KLEIN, M. 1955. The psychoanalytic play technique. *American Journal of Orthopsychiatry*, **25** (2): 223-237.
- LEVY, A. J. 2008. The therapeutic action of play in the psychodynamic treatment of children: A critical analysis. *Clinical social work journal*, **36** (3): 281-291. <https://doi.org/10.1007/s10615-008-0148-2>
- LILLARD, A. S. et al. 2013. The impact of pretend play on children's development: a review of the evidence. *Psychological Bulletin*, **139** (1): 1-34. <http://dx.doi.org/10.1037/a0029321>
- MILTEER, R. M. et al. 2012. The importance of play in promoting healthy child development and maintaining strong parent-child bond: focus on children in poverty. *Pediatrics*, **129** (1): 204-213. <https://doi.org/10.1542/peds.2011-2953>
- PROUT, T. A. et al. 2015. The development of an evidence-based treatment: regulation-focused psychotherapy for children with externalising behaviours (RFP-C). *Journal of Child Psychotherapy*, **41** (3): 255-271. <https://doi.org/10.1080/0075417x.2015.1090695>
- PUIG-ANTICH, J. 1982. Major depression and conduct disorder in prepuberty. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, **21** (2): 118-128. [https://doi.org/10.1016/s0002-7138\(09\)60910-9](https://doi.org/10.1016/s0002-7138(09)60910-9)

- RAMIRES, V. R. R. et al. 2017. Child psychoanalytic psychotherapy: a single case study. *Psychoanalytic Psychotherapy*, **31** (1) 75-93.  
<https://doi.org/10.1080/02668734.2017.1280692>
- RAMIRES, V. R. R. 2016. The Intersubjective Nature of Play Development and Its Role in Child Psychoanalytic Psychotherapy. *Frontiers in Psychology*, **7** (1783).  
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.01783>
- RAMIRES, V. R. R.; SCHNEIDER, C. 2016. Psicoterapia de Crianças: Desenvolvimento da Versão em Português do Child Psychotherapy Q-Set. *Psic.: Teor. e Pesq.*, **32** (3).  
<https://doi.org/10.1590/0102-3772e323218>
- RICE, T. R.; HOFFMAN, L. 2014. Defense mechanisms and implicit emotion regulation: a comparison of a psychodynamic construct with one from contemporary neuroscience. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, **64** (4): 693-705.  
<https://doi.org/10.1177/0003065114546746>
- ROBERTS, R. E.; ATTKISSON, C.; ROSENBLATT, A. 1998. Prevalence of psychopathology among children and adolescents. *American Journal of Psychiatry*, **155** (6): 715-725. <https://doi.org/10.1176/ajp.155.6.715>
- RUSS, S. W. 2003. *Play in child development and psychotherapy: toward empirically supported practice*. New York, Routledge, 194 p.
- SALCUNI, S. et al. 2016. Psychotherapy with a 3-year-old child: the role of play in the unfolding process. *Frontiers in Psychology*, **7**: 2021. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.02021>
- SAMPIERI, R. H.; COLLADO, F. C.; LUCIO, M. P. B. 2013. *Metodologia de pesquisa*. 5. ed. Porto Alegre, Penso, 624 p.
- SANTOS, L. M. et al. 2016. Prevalence of behavior problems and associated factors in preschool children from the city of Salvador, state of Bahia, Brazil. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, **38** (1): 46-52. <https://doi.org/10.7717/peerj.577/table-1>
- SCHMIDT, M. B.; NUNES, M. L. 2014. O brincar como método terapêutico na prática psicanalítica: uma revisão teórica. *Revista de Psicologia da IMED*, **6** (1): 18-24.  
<https://doi.org/10.18256/2175-5027/psico-imed.v6n1p18-24>
- SCHNEIDER, C. 2004. *The development of the child psychotherapy Q-set*. Berkeley, CA. Tese de Doutorado. University of California, 1039 p.
- SCHNEIDER, C.; JONES, E. E. *Child Psychotherapy Q-Set*. Coding manual. Unpublished Manual. University of California, Berkeley, 2004, 29 p.
- SCHNEIDER, C.; JONES, E. E. 2012. Child Psychotherapy Q-Set. Coding Manual. In: LEVY, R. A.; ABLON, J. S.; KÄCHELE, H (Ed.). *Psychodynamic psychotherapy research: evidence-based practice and practice-based evidence*. New York: Human Press, 611-626 p.
- SCHNEIDER, C.; MIDGLEY, N.; DUNCAN, A. 2010. A “motion portrait” of a psychodynamic treatment of an 11-year-old girl: Exploring interrelations of psychotherapy process and outcome using the Child Psychotherapy Q-Set. *Journal of*

- Infant, Child, and Adolescent Psychotherapy*, **9** (2-3): 94-107.  
<https://doi.org/10.1080/15289168.2010.510979>
- SERRALTA, F. B.; NUNES, M. L. T.; EIZIRIK, C. L. 2011. Considerações metodológicas sobre o estudo de caso na pesquisa em psicoterapia. *Estud. Psicol.(Campinas)*, **28** (4): 501-510. <https://doi.org/10.1590/s0103-166x2011000400010>
- SHIRK, S. R; BURWELL, R. A. 2010. Research on therapeutic processes: in psychodynamic psychotherapy with children and adolescents. In: TSIANTIS, J.; TROWELL, J. *Assessing change in psychoanalytic psychotherapy of children and adolescents: today's challenge*. London, Karnac Books, 177-205 p.
- SILVA, S. A.; HERZBERG, E.; MATOS, L. A. L. 2015. Características da inserção da psicologia nas pesquisas clínico-qualitativas: uma revisão. *Bol. psicol*, **65** (142): 97-111.
- SLADE, A. 1994. Making meaning and making believe: Their role in the clinical process. In: SLADE, A.; WOLF, D. P. *Children at play: clinical and developmental approaches to meaning and representation*. New York, Oxford University Press, p. 81-107.
- TARGET, M. et al. 2007. Psicoterapias psicossociais com crianças. In: GABBARD, G. O. et al. *Compêndio de psicoterapia de oxford*. Porto Alegre, Artmed, p. 466-480.
- TURATO, E. R. 2011. *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas*. Petrópolis, Editora Vozes, 685 p.
- WARREN, S. L.; OPPENHEIM, D.; EMDE, R. N. 1996. Can emotions and themes in children's play predict behavior problems? *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, **35** (10): 1331-1337. <https://doi.org/10.1097/00004583-199610000-00020>
- WINNICOTT, D. W. 1945. Primitive emotional development. *The International journal of psycho-analysis*, **26**: 137-143.
- WINNICOTT, D. W. 1965. *The maturational processes and the facilitating environment*. London, Hogarth, 295 p.
- WINNICOTT, D.W. 1971. *Playing and reality*. London, Psychology Press, 169 p.
- ZANINI, D. S.; BORSA, J. C. 2015. Avaliação e enfrentamento de problema de crianças e adolescentes com diferentes níveis de comportamentos externalizantes. *Psico*, **46** (2):188-197. <https://doi.org/10.15448/1980-8623.2015.2.18254>
- ZAVASCHI, M. L. S. et al. 2015. Abordagem psicodinâmica na infância. In: EIZIRIK, C. L.; DE AGUIAR, R. W.; SCHESTATSKY, S. S. *Psicoterapia de orientação analítica: fundamentos teóricos e clínicos*. Porto Alegre, Artmed, p. 723-754.

Recebido em: 22.01.18

Aceito em: 20.06.18