



UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

A FUNÇÃO REFLEXIVA E A CAPACIDADE DE MENTALIZAÇÃO EM
CRIANÇAS QUE SOFRERAM MAUS TRATOS

Lucia Belina Rech Godinho

Orientadora: Prof^a Dr^a Vera Regina Röhnelt Ramires

São Leopoldo, Agosto de 2009.

UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS - UNISINOS

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

Linha de Pesquisa: Clínica da Infância e Adolescência

**A CAPACIDADE DE MENTALIZAÇÃO EM CRIANÇAS QUE SOFRERAM
MAUS TRATOS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia, da Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS, como requisito parcial para obtenção do Grau de Mestre em Psicologia Clínica.

Mestranda: Lúcia Belina Rech Godinho

Orientadora: Prof^a Dr^a Vera Regina Röhnelt Ramires

São Leopoldo, Agosto de 2009.

Ficha Catalográfica

G585f Godinho, Lúcia Belina Rech
A função reflexiva e a capacidade de mentalização em crianças que sofreram maus tratos./ por Lúcia Belina Rech Godinho. – 2009.

126 f. : il. ; 30cm.

Dissertação (mestrado) — Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, São Leopoldo, RS, 2009.

“Orientação: Prof^ª. Dr^ª. Vera Regina Röhnelt Ramires, Ciências da Saúde”.

1. Psicoterapia infantil. 2. Comportamento – Transtorno – Criança – Terapia. 3. Capacidade – Mentalização. 4. Apego. I. Título.

CDU 615.851-053.2

Catálogo na Publicação:
Bibliotecária Camila Rodrigues Quaresma - CRB 10/1790

*Dedico esse trabalho a todos os meu pacientes,
em especial aos participantes da pesquisa.*

Agradecimentos

À minha família, meu marido e minhas filhas, pelo apoio incondicional e pelo incentivo recebido durante todo o processo. Agradeço a compreensão pelo tempo investido na busca dessa formação;

A professora Vera Ramires por seus valiosos ensinamentos, pela competência profissional e pela disponibilidade em me acompanhar em mais essa caminhada profissional;

Aos professores do mestrado, pelas contribuições, pelo apoio e pelas trocas no espaço da sala de aula;

Aos componentes da banca, Dr. Gabriel Gauer, Dra. Cleonice Bosa e à relatora Dra. Silvia Benetti, agradeço a todos a dedicação ao meu trabalho, pelo valioso tempo e contribuições no processo da pesquisa;

As alunas da graduação Daiane e Cibele, que voluntariamente trabalharam de forma incansável nas transcrições das entrevistas dos pacientes atendidos durante a pesquisa. Agradeço também a colaboração de todo o grupo de pesquisa;

A minha mãe, fonte e raiz de tudo, agradeço pela vida, pela sua dedicação a todos que dela precisam, por suas valiosas orações e sua imensa bondade;

Ao meu pai (in memoriam) que, mesmo tendo partido tão precocemente, permitiu-me conhecer o futuro. Mesmo na ausência, muito da tua presença ficou em mim e, de alguma forma, também me inspirou para essa escrita;

Aos pacientes participantes da pesquisa e seus cuidadores que foram cooperativos, assíduos, vinculando-se com confiança e disponibilidade;

À Rosa Squeff, por sua atitude acolhedora e compreensiva que me deu suporte durante essa caminhada;

À clínica escola PAAS-São Leopoldo, pela concessão do espaço necessário para a realização desse estudo, pela gentileza dos funcionários e estagiários que ali encontrei e que me acolheram;

Aos queridos colegas do mestrado, pelas experiências compartilhadas. Alessandra e Letícia, muito bom conviver com vocês! Agradeço especialmente à colega Patrícia por tudo que dividimos nesse período de tantas angústias e tensões, mas também de muitas aprendizagens que fizeram render esse trabalho!

Obrigada a todos!

*“É certo que as crianças com
comportamento agressivo e
transgressor estão denunciando
alguma coisa, quer seja maus
tratos, solidão ou outra dor”*
(Pesce, 2009)

*“O adulto tirano, que maltrata
os mais fracos, é a criança
tiranizada e maltratada que
cresceu”*
(Bowlby, 1990)

Sumário

Resumo.....	08
Abstract	09
Introdução	10
Seção 1: Revisão teórica	12
1.1. Introdução.....	12
1.2. A violência contra a criança ao longo da história.....	13
1.3. A proteção dos direitos da criança: a infância no âmbito do Direito.....	23
1.4. Considerações finais.....	27
Seção 2: Artigo Empírico:.....	29
2.1. Introdução.....	29
2.2. A violência contra crianças e adolescentes no âmbito doméstico.....	31
2.3. A psicoterapia psicanalítica baseada na mentalização.....	33
2.4. Método.....	40
2.5. Resultados.....	43
. Caso Cristine: O temor à repetição transgeracional.....	43
. Caso Anne: A aversão à figura paterna.....	48
2.6. Discussão.....	53
2.7. Considerações finais.....	55
Referências bibliográficas	57
Anexos	69
Anexo A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE.....	70
Anexo B – Aprovação Comitê de Ética em Pesquisa.....	73

Anexo C - Manchester Child Attachment Story Task – MCAST.....	75
Anexo D – Relatório de Investigação.....	79

Resumo

O foco desse estudo foi a psicoterapia de crianças que sofreram maus-tratos, especificamente no que se refere à possibilidade de desenvolvimento da função reflexiva e da capacidade de mentalização durante o processo de intervenção. A função reflexiva e a capacidade de mentalização são conceitos que vêm sendo elaborados com base na vertente psicanalítica da teoria do apego, nas contribuições de alguns teóricos das relações objetais, especialmente Bion e Winnicott e na Psicologia Cognitiva. Baseado na abordagem qualitativa de pesquisa, esse estudo foi pautado pelo método clínico. O procedimento adotado foi o Estudo de Casos Múltiplos, que permite a investigação sistemática e tão exaustiva quanto possível de casos individuais. Os participantes foram duas meninas de classe média baixa de 10 e 12 anos de idade e seus pais ou cuidadores. Eles foram atendidos na clínica-escola de uma universidade da Região Sul do Brasil, e apresentavam história de vivência de alguma forma de maus-tratos. Os procedimentos para coleta de dados foram os seguintes: a) entrevistas semi-estruturadas com os pais ou responsáveis, para levantamento de Anamnese (história de vida das crianças e história clínica); b) hora de jogo com as meninas; c) Teste das Fábulas (Cunha & Nunes, 1993), que permite identificar os conflitos centrais organizadores da personalidade, além de ser um indicador da natureza das relações entre a criança e seus pais ou cuidadores; d) *Manchester Child Attachment Story Task – MCAST*, instrumento proposto por Green, Stanley, Smith e Goldwyn (2000) para avaliar as representações internas dos relacionamentos de apego de crianças e sua capacidade de mentalização. Esse procedimento foi realizado em dois momentos: na avaliação, antes do início da psicoterapia, e após a realização de 20 sessões, com o objetivo de avaliar se houve alteração na capacidade de mentalização da criança. Após as sessões de avaliação, confirmando-se a demanda e o desejo de realizar a psicoterapia, as crianças foram atendidas por um período de 20 semanas. Seus pais e mães foram acompanhados durante esse mesmo período de tempo, através de entrevistas esporádicas. Os principais resultados apontaram para vínculos afetivos do tipo de apego inseguro, capacidade de mentalização limitada ou ausente no início da psicoterapia e mudanças na função reflexiva e capacidade de mentalização após os primeiros cinco meses de atendimento das crianças participantes.

Palavras-chave: psicoterapia; crianças; maus-tratos; capacidade de mentalização; apego.

Abstract

This study aims the children's psychotherapy who suffered maltreatment, specifically with regard to the possibility of development reflective function and the ability to mentalize during the intervention process. The reflective function and the mentalizing capacity are concepts that have been elaborated with base in the fondness theory psychoanalytical attachment, in the contributions of some theoretical, especially Bion and Winnicott and in the Cognitive Psychology. Based on qualitative approach of research, that study was ruled by the clinical method. The adopted procedure was the Study of Multiple Cases, that allows the systematic investigation and so exhaustive as possible of individual cases. The participants were two girls of low middle class of 10 and 12 years old and their parents or caregivers. They were attended in the school-clinic of a university of the Southern Region of Brazil, and they presented history of some kind of maltreatment. The procedures for data collection were the next: a) semi-structured interviews with the parents or responsible people (children life history and clinical history); b) game time with the girls; c) Teste das Fábulas (Cunha & Nunes, 1993), that allows to identify the central conflicts personality organizers, besides being a nature indicator of relations between child and their parents or caregivers; d) *Manchester Child Attachment Story Task – MCAST*, proposed instrument by Green, Stanley, Smith and Goldwyn (2000) to evaluate the fondness relationships internal representations of children and their mentalization. That procedure was done in two stages: in the evaluation, before the beginning of the psychotherapy, and after in the end of the 20 sessions, with the aim of checking if there was alteration in the child's mentalization capacity. After the evaluation sessions, confirming the demand and the wish to accomplish the psychotherapy, the children were attended in a period of 20 weeks. Their parents and mothers were kept in during that same period of time, through sporadic interviews. The main results pointed to affective links of the kind of insecure attachment, limited or absent mentalization capacity at the beginning of the psychotherapy and changes in the reflexive function and mentalization capacity after the first five assistance months of the participating children.

Key Words: Psychotherapy; Children; maltreatment; Mentalization capacity; attachment.

Introdução

Esse volume apresenta a dissertação de mestrado denominada “A capacidade de mentalização em crianças que sofreram maus tratos”, desenvolvida no Programa de Pós Graduação em Psicologia da Universidade do Vale do Rio dos Sinos. Trata-se de uma pesquisa-intervenção que buscou investigar como age a psicoterapia baseada na mentalização com pacientes que sofreram experiências adversas e geradoras de sofrimento, advindas de vivência de maus tratos. O referencial teórico que embasou o trabalho foi o da Psicanálise, utilizando-se de contribuições trazidas por pesquisadores da teoria do apego, das relações objetais e dos conceitos de função reflexiva e capacidade de mentalização na atualidade.

A escolha do tema e a necessidade de investigar sobre o mesmo surgiram e foram se configurando a partir da trajetória profissional, da atuação na prática clínica. Os questionamentos sobre o tema despertaram o desejo de aprofundar o conhecimento e pesquisar sobre o mesmo.

Contemporaneamente a violência se constitui como um grave problema de saúde pública (Gomes, Deslandes, Veiga, Bhering & Santos, 2002; Schraiber, D’Oliveira & Couto, 2006). De uma forma ou de outra, a violência parece atingir a todos. No que se refere à infância, dados trazidos pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância – UNICEF (2006) apontam que acidentes e agressões são a primeira causa de morte de crianças de um a seis anos de idade em nosso país. Parece importante discutir as repercussões dessa violência e suas conseqüências sobre os vínculos afetivos e o desenvolvimento infantil.

Diante dos danos e prejuízos causados pelas vivências de maus tratos, e da necessidade de intervir sobre os mesmos, justifica-se a relevância desse estudo. Parte-se do

pressuposto de que a psicoterapia pode ser um meio de prevenção do desfecho negativo sobre a organização da personalidade e dos vínculos da criança. É importante examinar as possibilidades dessa intervenção psicoterápica que focaliza a função reflexiva da criança e busca promover o desenvolvimento da capacidade de mentalização durante o processo psicoterapêutico.

Na Seção 1, apresenta-se uma revisão teórica intitulada “Violência doméstica na infância”, que surgiu a partir do aprofundamento teórico que se fez necessário para o desenvolvimento da pesquisa. Essa revisão foi baseada numa busca nas principais bases de dados nacionais e internacionais e em obras de autores que enfocam o tema, com a finalidade de pesquisar dados históricos e estudos atuais. A seção 2 é composta por um artigo empírico que revisa os conceitos de função reflexiva, capacidade de mentalização e a psicoterapia baseada na mentalização. Esse artigo apresenta e discute os resultados da pesquisa. Em anexo, apresenta-se um Relatório detalhado da pesquisa desenvolvida, retomando seus objetivos, método, e uma descrição pormenorizada dos casos participantes do estudo.

Seção 1 – Revisão teórica

1.1. Introdução

Diariamente, inúmeras notícias são veiculadas nos meios de comunicação informando sobre crianças vítimas de violência das mais diversas formas. Algumas dessas informações trazem dados chocantes capazes de gerar perplexidade e estarrecimento a quem as acessa. A violência, direta ou indiretamente, parece atingir a todas as pessoas (Schraiber, D'Oliveira & Couto 2006), não escolhendo classe social, grau de instrução, gênero, lugar e nem mesmo idade para manifestar-se. Existem casos que ganham notoriedade e ocupam com destaque os noticiários durante semanas, enquanto outros passam quase despercebidos. Os casos que ganham repercussão na mídia levam a refletir e a levantar questionamentos sobre o número de crianças anônimas que diariamente são vítimas silenciosas e indefesas da violência. Provavelmente, existem milhares de crianças que rotineiramente são submetidas à agressividade de adultos, que podem ter sido também vítimas de outras violências durante seu desenvolvimento. Tal ocorrência tem sido denominada pela literatura especializada como repetição do ciclo transgeracional (Grienerberger, Kelly, Kristen & Slade, 2005; Shechter et al, 2005; Weber, Viezzer, Brandenburg, & Zocche, 2002).

A violência tem sido objeto de estudo e reflexão pelas mais variadas áreas do conhecimento, como a história, sociologia, antropologia, psicologia e medicina. Atualmente, pode-se encontrar vasta produção de literatura também nos campos da enfermagem, odontologia, fonoaudiologia, entre outros. De forma geral, a área da saúde apresenta boa parte das pesquisas e publicações sobre a violência doméstica na infância. Há um reconhecimento crescente acerca da importância da prática da interdisciplinaridade

como um caminho para a compreensão e o tratamento das vítimas de violência (Carneiro, 1999; Neves & Romanelli, 2006).

Nas últimas duas ou três décadas, parece estar surgindo uma certa mobilização de órgãos governamentais e também dos profissionais da área da saúde no sentido de se voltarem para a compreensão e abordagem do problema da violência, mais especificamente da violência doméstica contra a criança e o adolescente (Romaro & Capitão, 2007). O presente trabalho visa contribuir para a compreensão da violência no ambiente familiar, constituindo-se como uma revisão teórica sobre o tema. Foram consultados livros e artigos, identificados nas bases de dados Scielo, BVS, INDEXPSI. Foram selecionados livros e artigos que abordassem a questão da violência contra a criança na contemporaneidade e também ao longo da história e em diferentes culturas. O material selecionado foi organizado em duas categorias apresentadas a seguir: a violência contra a criança através da história e a proteção dos direitos da criança ao longo do tempo até os dias atuais.

1.2. A violência contra a criança ao longo da história

A violência contra a criança não é um fato recente (Del Priori, 2004; Pires & Miyazaki, 2005). É um fenômeno que surgiu com o homem, tão antigo quanto a humanidade e não se apresenta de forma isolada, pois envolve uma grande variedade de fatores biopsicossociais (Reyes, 2003). “Não poupes ao menino a correção: se tu o castigares com a vara, ele não morrerá; castigando-o com a vara salvarás sua vida da morada dos mortos” (Bíblia Sagrada, Provérbios 23: 13-14). Essa citação bíblica, assim como inúmeros outros ditos populares sobre o tema, indica que o uso da punição e da violência para disciplinar crianças é um método que remonta há milênios.

Por vários séculos, a imagem da infância foi aquela expressa por Santo Agostinho (354-430 d.C.) que afirmava não existir inocência infantil, pois a criança traria o pecado original do ventre materno (Weber, Viezzer & Branderburg, 2004). Santo Agostinho justificava a violência física e o castigo corporal pelo argumento da corrupção moral da infância (Weber, Viezzer, Brandenburg & Zocche, 2002).

Na compreensão de Áries (2006), o sentimento de infância tal como o conhecemos hoje não existia na sociedade medieval. Não se tinha consciência da particularidade infantil que distingue a criança do adulto. Com o passar do tempo a situação foi se modificando. Visava-se então conhecer a criança para discipliná-la, corrigi-la, perceber suas fraquezas e humilhá-la para ser “melhorada”.

Day et al (2003) informam que, quanto mais regressarmos na história, maiores as chances de deparar-nos com a falta de proteção à criança, aumentando a probabilidade de que tivessem sido abandonadas, assassinadas, espancadas, aterrorizadas e abusadas física e sexualmente. Não faltam exemplos. No Oriente Antigo, o Código Hamurábi (1728/1686 a.C.), art. 92, previa o corte da língua do filho que ousasse dizer aos pais adotivos que eles não eram seus pais, assim como a extração dos olhos do filho adotivo que aspirasse voltar à casa dos pais biológicos. Os mesmos autores referem que a punição aplicada ao filho que batesse no pai era ter a mão decepada. Em Roma, a Lei das XII Tábuas, entre os anos 303 e 304, permitia ao pai cometer o filicídio, caso o filho nascesse com alguma deformidade. Para isso, necessitava de autorização concedida mediante julgamento de cinco vizinhos.

Rascovsky (1976) afirma que não existe no mundo nenhum processo sócio cultural que não imponha aos filhos sanções restritivas e ritos de iniciação que culminam em seu assassinato de maneira ostensiva ou camuflada. Revela que, em muitas sociedades, sempre se cumpriram determinadas cerimônias para que o recém nascido fosse aceito na vida.

Exemplifica que, entre os gregos, a cerimônia de aceitação ocorria no quinto dia do nascimento, quando a criança era levada pela babá até o coração ancestral, para ser consagrada e receber um nome. Se o pai não desejasse tal filho, deveria abandoná-lo durante a cerimônia que se denominava *amphidroma*. Na Frísia, conta o autor, o pai só podia matar ou abandonar a criança antes que ela comesse, pois se considerava que ao lhe dar comida, o pai reconhecia seu direito à vida. Entre os primitivos escandinavos, os *vikings* mostravam uma lança ao varão recém nascido. Se a criança a segurava, permitiam-lhe viver. Outras crianças eram submetidas a uma espécie de batismo. Imediatamente após o nascimento, o bebê era colocado sobre os joelhos do pai ou no chão, em frente ao pai. Se decidisse que a criança devia viver, o pai segurava-a nos braços, jogava-lhe água, dava-lhe um nome e um presente. Só então a alimentavam. Se a criança não era levantada pelo pai, era sacrificada imediatamente. Depois de alimentada e batizada, a criança tinha direitos adquiridos e tornava-se ilegal sacrificá-la.

A vida de uma criança, muitas vezes dependia de tais cerimônias. Rascovsky (1974) informa que tais costumes permaneceram em vigência na Suécia até 1734, na Noruega até 1854 e na Dinamarca até 1857. O autor ainda faz menções à situação de países como a Índia, onde se calcula que até o século passado, seis sétimos da população praticava sistematicamente o filicídio de meninas. Na China, por razões econômicas, era também freqüente matar meninas ou vendê-las como escravas. É provável que, em alguns grupos de chineses, o método hoje ainda seja utilizado como um primitivo controle de natalidade ou como forma de livrar-se de crianças débeis ou disformes. Portanto, parece que a matança de recém nascidos foi considerada fato comum em muitas culturas e em várias épocas.

Até por volta do século XVII, não existiam muitas restrições quanto à prática do infanticídio (Áries, 2006; Postman, 1999), entendendo-se que o termo se refere ao

assassinato de crianças em geral. Uma dessas formas de matança de crianças é o filicídio, que se refere especificamente ao crime de matar os próprios filhos (Rascovsky, 1974). O filicídio pode ser considerado como um fenômeno extremo da crueldade dos pais em relação aos filhos e apresenta-se como uma das manifestações da violência doméstica contra a criança (Telles, Soroka & Menezes, 2008). Rascovsky (1975), referindo-se ao fenômeno, aponta que é inegável a tendência destrutiva dos pais em relação aos filhos e menciona que essa tendência pode ser inerente à condição humana.

Essas concepções têm conexões com as teorias de Freud (1915/1987) sobre as pulsões de vida e de morte, segundo as quais o homem seria alguém dotado constitucionalmente da capacidade de amar e de odiar. O ódio é ainda mais antigo que o amor, postula o autor. Os indivíduos são capazes de se vincular e interagir impulsionados por motivações tanto sádicas quanto masoquistas. Uma referência explícita à questão da destrutividade aparece em Freud (1920/1987) ao demarcar o surgimento da segunda tópica e do dualismo pulsional: Eros (pulsões de vida) e Tânatos (pulsão de morte). Para ele, o impulso agressivo é derivado do instinto de morte. A partir dessa descrição, a menção à capacidade destrutiva do homem tem um papel cada vez mais proeminente na obra freudiana. O ódio se torna “um dos pólos do novo dualismo pulsional, como expressão da pulsão de morte” (Souza, 2005).

As concepções de Freud (1915/1987) e de Rascovsky (1974) parecem despertar uma clara resistência em nossa cultura. Exemplo disso seria o fato de que, por muito tempo, inexistiu na literatura a denominação da palavra *filicídio*, preferindo-se a utilização da denominação *infanticídio* até meados do século passado (Maltz et al, 2008). No entanto, o tema do filicídio está presente desde as mais remotas culturas. Tomemos o exemplo da cultura indiana, onde o mito Ganesha, filho de Shiva e Parvati, transformou-se num

fantástico ser, metade menino, metade elefante, depois que teve sua cabeça decepada por seu pai. Ganesha se interpôs num conflito entre seu pai e sua mãe e o pai, que ignorava a própria paternidade, cometeu o crime. Informado pela mãe do menino que era seu pai, tentou reparar seu ato. Colocou sobre o corpo do menino, a cabeça do primeiro ser vivo que encontrou pela frente, um elefante (Goel, 2000). Talvez Ganesha seja o ancestral mais antigo da tragédia que envolve a rivalidade entre pais e filhos. O equivalente mais recente seria o mito de Édipo, retomado pela teoria freudiana para designar os impulsos amorosos e hostis que a criança nutre por seus pais, os quais foram denominados como Complexo Edípico (Freud, 1913/1987).

A teoria não leva em conta, no entanto, o que um pai pode sentir em relação ao filho. Faimberg (2001) pressupõe a necessidade de considerar que a tragédia de Sófocles ocorreu também devido a fatos transcorridos na vida de Laio, que fora antes expulso do reino de Tebas por comportamentos perversos, sendo assim amaldiçoado pelo rei de Pélope, que rogara que Laio nunca teria filhos ou, se os tivesse, morreria pelas mãos de um deles. O fato consumou-se depois que seu filho Édipo foi afastado dos pais justamente para evitar a profecia do oráculo que previra que o filho de Laio o mataria e casaria com sua mãe Jocasta. Antes disso, Laio, com o propósito de evitar tal destino, tenta matar seu filho, mandando pendurá-lo pelos pés num monte, o que lhe gerou uma deformidade perene, mesmo tendo sua vida salva por um pastor. Numa segunda versão, o desfecho para a história é igualmente cruel, pois Laio abandona seu filho no rio e ele é salvo pelas lavadeiras, sendo recolhido e adotado por Pólibo e Períbea. No confronto final, relata a literatura, quando Laio e Édipo se reencontram, o filho mata o pai em legítima defesa durante uma briga (Faimberg, 2001). Parece que o pano de fundo da tragédia edípica é que o nascimento, a vida do filho e o seu crescimento põem em perigo a existência do pai,

chegando a significar até mesmo a sua morte (Ramires, 1997). Portanto, Laio é descrito como um pai narcisista e filicida (Faimberg, 2001).

Na compreensão de Canevacci (1976), o obscuro presságio de Laio é a ameaça inconfessada que todo pai experimenta diante do filho. A crise fatal de Laio tem sua origem na condenação histórico cultural que toda geração paterna experimenta em relação a si mesma, como consequência da pura e simples presença de um filho, ou seja, a sucessão na vida, nos bens e no sexo. Para o mesmo autor, a ambivalente relação de amor e ódio oculta uma realidade bem diversa, “um terror angustiado, profundo, irracional” (p.36) que a geração dos pais experimenta inconscientemente diante dos filhos que estão emergindo para a vida, renunciando a caducidade da geração anterior. “O Complexo de Édipo é o produto do terror autoritário de Laio negado, invertido e projetado” (p. 36).

Nessa retomada do mito edipiano, podemos pensar o quanto o filicídio/infanticídio e o parricídio estão implicados. Tanto o parricídio quanto o infanticídio parecem ser representantes da rivalidade narcísica, afirma Faimberg (2001). A fantasia do parricídio aparece com clareza em Freud (1913/1987) ao descrever o totemismo¹, indicando que o animal totêmico é, na realidade, um substituto do pai e isto entra em acordo com o fato contraditório que, embora a morte do animal totêmico seja proibida, sua matança, no entanto, é uma ocasião festiva. Ele é morto, festejado e pranteado, o que denota uma “atitude emocional ambivalente” (Freud, 1913/1987, p. 169). O pai parece representar, nesse entendimento freudiano, um obstáculo ao anseio de poder do filho, ele é amado e admirado, mas também odiado. A idéia do parricídio parece conter uma conexão com a atitude filicida, pois parece estar presente uma culpa parental provocada “pela inveja em

¹ Doutrina ou sistema do totem que consiste na crença da existência de uma relação de afinidade ou parentesco com um animal (totem). O totem é um antepassado comum ao clã e do qual se espera proteção (Freud 1913-1987).

relação aos filhos e pelos atos de mortificação e assassinato decorrentes” (Rascovsky, 1974, p. 43). Já Canevacci (1976) apresenta uma compreensão mais ampla e afirma que a questão da morte está presente na própria constituição da família. “O fantasma da morte paira sobre a família” (p. 33), postula o autor, que entende que o fato ocorre tanto devido ao desejo de violência em relação ao pai quanto porque as imagens e o próprio conceito de morte se produzem, pela primeira vez, na mente da criança, no âmbito familiar. Assim, a família se torna, consciente ou inconscientemente, o “foco das pulsões destrutivas e autopunitivas” (p. 33).

Rascovsky (1974) argumenta que “não existe nada mais sinistro e nada mais intensamente negado do que o filicídio, tanto em suas formas ostensivas como em suas formas veladas” (p. 9). Entretanto, continua o autor, “ao lado das tendências filicidas, coexistem nos pais, em maior grau, os desejos ternos e amorosos, que permitem a sobrevivência do filho” (p. 10).

Sobre o sacrifício de crianças, Rascovsky (1974) refere-se a documentos históricos antigos e às lendas e mitos primitivos que chamam a atenção para a “universalidade do sacrifício filial” (p. 7). Na agricultura, por exemplo, o ritual do sacrifício de crianças era difundido para propiciar boas colheitas, afirma o autor. O mesmo dado é trazido por outros autores como Guerra (2001), que menciona a existência de crenças justificando o sacrifício de crianças, em algumas culturas. Por exemplo, algumas tribos de índios mexicanos associavam o sucesso da colheita com o sacrifício de uma criança recém-nascida à época da sementeira. Muitas tribos de índios protegiam seus filhos, mas poderiam ser cruéis com filhos de inimigos, que engordavam, matavam e até as comiam (Guerra, 2001; Pires & Myiazaki, 2005). Num outro exemplo de crueldade contra a criança, encontra-se uma referência a uma Lei hebraica do século XIII a.C., que instruía os pais sobre como castigar

filhos desobedientes e rebeldes. Se os pais tivessem dificuldades em tal tarefa, um Conselho era solicitado para lidar com o filho problema, punindo-o e apedrejando-o até a morte (Santoro, 2002). Áries (1992) refere que, no império greco-romano, o infanticídio era prática habitual, cabia ao pai aceitar ou não o recém-nascido. Se fosse rejeitado, dificilmente alguém acolhia o abandonado e acabava morrendo. O autor refere-se ao termo “infanticídio tolerado”, revelando que algumas vezes era praticado em segredo, camuflado sob a forma de acidentes ou pela submissão da criança à miséria. A vida da criança era considerada com a mesma ambigüidade que hoje se considera a vida de um feto. Parece que a vida de uma criança valia muito pouco. (Ariès, 2006).

“No período que antecedeu o século XVIII, surge a utilização dos castigos, da punição física, dos espancamentos através de chicote, ferros e paus às crianças” (Day et al, 2003). Acreditava-se que as crianças poderiam ser moldadas de acordo com os desejos dos adultos. Na Inglaterra, em 1780, as crianças podiam ser condenadas por qualquer um dos mais de duzentos crimes cuja pena era o enforcamento. Somente no século XIX o filho passa a ser objeto de investimento afetivo, econômico, educativo e existencial. A partir do início do século XX, a medicina e outras áreas do conhecimento começam a contribuir para a formação de uma nova mentalidade de assistência à criança, abrindo espaço para uma concepção de educação baseada em fundamentos científicos (Áries, 2006; Day et al., 2003; Postman, 1999).

Historicamente, portanto, a preocupação com a infância parece ser algo recente. Na sociedade medieval, que tomamos como ponto de partida, o sentimento de infância não existia, o que não quer dizer que as crianças não fossem negligenciadas, abandonadas ou desprezadas, explica Áries (2006). Somente a partir do século XVII e XVIII é que elas foram se tornando numerosas (Áries, 2006; Postman, 1999), com a diminuição da

mortalidade infantil. Os autores afirmam que antes disso, as crianças pareciam “invisíveis”, havia uma evidente falta de interesse por elas. Era como se vivessem no anonimato. Rapidamente uma criança era substituída por outra, devido à morte precoce. Não havia literatura infantil, nem livros de pediatria e parece que o destino de muitas crianças era morrer, geralmente afogadas, asfixiadas ou abandonadas. Recebiam cuidados especiais apenas em idade precoce e “paporicadas” apenas enquanto eram crianças pequeninas ou “coisinha engraçadinha” (Ariès, 2006). Assim que cresciam um pouco, já representavam força de trabalho e eram tratadas como adultos em miniatura.

Referindo-se aos métodos educacionais e à disciplina, Ariès (2006) buscou informações principalmente baseadas na rotina e na convivência de colégios franceses, no período compreendido entre o século XV e o século XVIII. O sistema educacional priorizava a vigilância constante, a delação, a espionagem mútua e a aplicação de castigos corporais. Tratava-se de uma disciplina humilhante, o chicote ficava a critério do mestre, não havia muita distinção e critério para submeter crianças e adolescentes aos castigos, pois “todas as crianças e todos os jovens, qualquer que fosse a sua condição, eram submetidos a um regime comum e eram igualmente surrados” (Ariès, 2006, p. 118). Na verdade, segundo o mesmo autor, foi através da mudança trazida pela escolarização que teve início o reconhecimento e a preocupação com essa etapa da vida, passando a família a ser um grupo significativo de referência, a quem competia cuidar e acompanhar as crianças, zelando pelo seu bem estar.

Para Postmann (1999), os “métodos educacionais” prevalentes até por volta do século XVII e XVIII, provavelmente equivaleriam ao que hoje denominamos como maus tratos. Weber et al (2002) confirmam essa idéia referindo que, por muito tempo, a noção de maus tratos nem sequer era considerada. Portanto, parece que a violência possui

historicidade e leva a questionar sobre o valor da vida humana, afirmam Gomes et al (2002). O castigo físico e o infanticídio foram permitidos por lei durante muitos séculos (Postman, 1999) assim como a escravidão e a exploração do trabalho infantil foi tolerada e aceita como prática comum (Pires & Miyazaki, 2005).

A partir do século XVIII e seguintes, surgiu uma preocupação mais ampla com o estudo da criança e com a necessidade de uma educação formalizada. Ainda assim, a disciplina nas famílias e na escola era exercida de forma violenta. Pode-se dizer que, por milhares de anos, predominou um total desconhecimento das características e peculiaridades da infância. Parece que essas atitudes passaram a sofrer mudanças somente a partir do estudo científico da criança (Áries, 2006; Postman, 1999). No entanto, pode-se dizer que, até o início do século XX, as relações entre pais e filhos ainda eram ainda permeadas por agressões (Weber et al, 2002).

Somente a partir das novas concepções surgidas sobre a infância é que a criança passou a ser valorizada como um ser que necessita de cuidados e atenções especiais, havendo assim uma aproximação afetiva entre a criança e seus pais biológicos (Weber, Viezzer & Branderburg, 2004). Antes disso, por muito tempo, afirmam os mesmos autores, sua criação era, na maioria das vezes, delegada a pessoas alheias à família.

Buscando dados sobre a realidade de nosso país, encontramos informações importantes sobre como a infância era considerada, principalmente em relação aos desfavorecidos. Pires e Miyazaki (2005) trazem referências sobre o tratamento que era destinado a crianças abandonadas na cidade de São Paulo por volta do séc. XVIII, principalmente para crianças filhas de mães solteiras, viúvas ou extremamente pobres. Tais crianças eram chamadas de “os expostos”. Em 1924, foi instalada na mesma cidade a Roda da Santa Casa, idealizada em Portugal, que tinha como objetivo evitar que as crianças

fossem devoradas por cães quando abandonadas. A Roda possuía um cilindro oco de madeira que girava em torno do próprio eixo e tinha uma abertura, onde eram anonimamente colocadas as crianças. A mãe que abandonava seu filho batia na madeira e girava, avisando a portaria da Santa Casa que, pelo lado interno da Roda, recolhia o abandonado. Neves e Romanelli (2006), discutindo o tema do abandono de crianças, informam que o Brasil foi o último país a abandonar as Rodas dos Expostos. Esse dispositivo foi utilizado no período que vai do séc. XVIII até por volta do ano de 1950, com o objetivo caritativo e religioso de abrigar crianças e recém nascidos abandonados por seus familiares, lembrando uma herança trazida para a atualidade, a institucionalização de crianças como recurso imediato frente aos desajustes familiares (Neves & Romanelli, 2006).

No entanto, o cuidado e a proteção de crianças e adolescentes, no Brasil e no mundo, foi objeto de uma evolução importante, no âmbito do Direito, nas últimas décadas do século passado. Esse é o tópico abordado a seguir.

1.3. A proteção dos direitos da criança: a infância no âmbito do Direito

A valorização da infância no âmbito do Direito foi muito tardia. Somente em 1959, com a promulgação da Declaração dos Direitos da Criança pela Assembléia Geral da Organização das Nações Unidas (ONU), a criança se tornou legalmente um sujeito de direitos (Weber, Viezzer & Branderburg, 2004). Considerando essa preocupação universal de proteção às crianças, poderíamos pensar sobre o artigo 37, da Convenção dos Direitos da Criança, proferida pela Assembléia Geral da ONU, de 1989: “Nenhuma criança será submetida à tortura ou a penas ou a tratamentos cruéis, desumanos ou degradantes” (UNICEF, 2006).

A Convenção implicou desdobramentos nos países membros, no campo do Direito e da proteção de crianças e adolescentes. O Brasil não ficou de fora desse processo.

Em nosso país, identificam-se três correntes jurídico-doutrinárias em relação à proteção da infância, desde o século XIX (Pereira, 2000). A primeira delas, conhecida como a Doutrina do Direito Penal do Menor, preocupava-se especialmente com a delinqüência, e baseava a imputabilidade no entendimento do “menor” a respeito da prática do ato criminoso. Posteriormente, passou a vigorar a Doutrina Jurídica da Situação Irregular, com o advento do Código de Menores de 1979, que foi marcado por uma política assistencialista fundada na proteção do menor abandonado ou infrator. As situações de perigo ou irregulares estavam associadas ao abandono material ou moral, considerando-se que poderiam conduzir o “menor” à criminalidade. Compreendia-se que tais situações irregulares, via de regra, eram conseqüência da situação irregular da família, principalmente da sua desagregação.

Marques (2000) assinala o paternalismo das instâncias voltadas para a infância e a adolescência nesta Doutrina, já que a criança e o adolescente eram tomados como *objetos* de medidas de proteção, em uma perspectiva tutelar, receptores de uma prática assistencialista. Essa prática era tida “como benesse e, portanto, sem considerar seus direitos à convivência familiar e comunitária, à opinião, ao respeito e à dignidade” (p. 468).

A Doutrina Jurídica da Situação Irregular foi substituída pela Doutrina Jurídica da Proteção Integral, que passou a vigorar no Brasil a partir da Constituição Federal de 1988. O Código de Menores, da mesma forma, deu lugar ao Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei 8.069, de 13 de julho de 1990). A Doutrina Jurídica da Proteção Integral teve suas bases no movimento de mobilização do início da década de 1980, marcado por intenso debate acerca da proteção da infância e da adolescência, conforme Pereira (2000).

O Brasil foi se alinhando, assim, às diretrizes e Documentos Internacionais de proteção da infância. Já em 1948 a Declaração Universal dos Direitos Humanos das Nações Unidas destacou, para as crianças, o “direito a cuidados e assistência especiais”. Em 1959, a Declaração Universal dos Direitos da Criança determinaria que a criança tem o direito de proteção especial de modo que possa desenvolver-se física, mental, moral, espiritual e socialmente de forma saudável e normal, assim como em condições de liberdade e dignidade (Ramires & Rodrigues, 2003).

Em 1989, no ano em que se comemorava 30 anos da Declaração Universal dos Direitos da Criança, foi aprovada por unanimidade a Convenção Internacional dos Direitos da Criança. O Brasil ratificou esta Convenção em 1990, através do Decreto 99.710, que assegura, em seu artigo 3.1, o seguinte: “todas as ações relativas às crianças, levadas a efeito por instituições públicas ou privadas de bem-estar social, tribunais, autoridades administrativas ou órgãos legislativos, devem considerar, primordialmente, o interesse maior da criança” (Ramires & Rodrigues, 2003). Para as autoras, observou-se uma mudança de foco na legislação brasileira de proteção da infância, que se deslocou da exclusão e da repressão para a proteção com prioridade absoluta, que não é mais obrigação exclusiva da família e do Estado: é um dever social. Passa-se ao enfoque da inclusão social, da prevenção e da promoção do desenvolvimento integral da infância.

A Constituição Federal de 1988, em seu artigo 227, contempla o princípio do melhor interesse da criança, ao estabelecer que é dever da família, da sociedade e do estado assegurar à criança e ao adolescente, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade ao respeito, à liberdade, e à convivência familiar comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão. O Estatuto da Criança e do

Adolescente (ECA) o incorporou em seus dispositivos, especialmente ao considerar a criança e o adolescente como sujeitos de direitos e ao assumir a doutrina da proteção integral, assegurando assim os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana (Ramires & Rodrigues, 2003).

As mesmas autoras concluem que essa perspectiva redireciona todas as questões relacionadas a crianças e adolescentes, tanto na esfera das políticas governamentais como nas decisões judiciais. De uma postura mais assistencialista e punitiva ocorre o deslocamento para uma nova postura, voltada para cuidar, proteger e educar. Antes da Constituição Federal de 1988 e do ECA (1990), o atendimento à faixa etária abaixo dos 7 anos era de natureza assistencial, não-educacional, e numa visão de saúde pública não universalizada, não havendo maior comprometimento do Estado com a primeira infância. Após 1988, contudo, a nova legislação legitima o papel e o compromisso do Estado com as crianças.

Considerando a evolução da legislação de proteção da criança, parece que partimos de uma época remota em que os pais dispunham, de fato, do direito de vida ou morte sobre seus filhos. Evoluímos de leis que toleravam a humilhação, o espancamento e até o infanticídio para leis atuais que visam garantir o melhor interesse da criança, abrindo espaço para que ela seja escutada em suas necessidades. Observa-se que a literatura sobre as concepções de infância, de certa forma, também evoluiu. No entanto, a violência contra a criança perpassa os séculos. Cabe então questionar por que, apesar de todo esse conhecimento, as medidas de proteção das crianças ainda falham. A realidade contemporânea nos mostra que, em pleno século XXI, ainda ocorrem verdadeiras barbáries contra a infância.

1.4. Considerações finais

Como foi constatado através desse estudo, a violência contra a infância é inegável. O fenômeno existe e parece que sempre existiu, perpassando séculos. Houve épocas em que não se podia compreender muito bem o significado e as características específicas dessa etapa da vida. A literatura não esclarece, de forma clara, definitiva e convincente, as razões pelas quais os fatos se constituíram de forma que os pais mantivessem, soberanamente, o poder de vida e morte sobre seus filhos. Por longo tempo, se permitiu e se tolerou situações de maus tratos e mesmo o assassinato de crianças. As explicações são hipotetizadas em alguns autores. Por exemplo, revisitando as teorias de Freud (1913/1987, 1914/1987, 1915/1987, 1920/1987) e Rascovsky (1974, 1975) encontramos algumas formulações a respeito do significado do fenômeno e do potencial agressivo que parece ser inerente ao homem. Ambos apontam para uma tendência destrutiva e permeada de fantasias agressivas nas vinculações entre pais e filhos. Portanto, parece que o ser humano constitucionalmente traz consigo um potencial tanto para a vida e para o amor, como também para o ódio para as vivências destrutivas e tanáticas.

Acima de tudo, parece que se faz necessário compreender que, apesar de todos os pressupostos teóricos, a questão da violência contra a criança é um fenômeno complexo e multi-fatorial. É preciso levar em conta os aspectos individuais, sociais, históricos, culturais e econômicos que determinam tal violência.

É possível constatar que existem medidas protetivas que visam mudar a realidade da negligência, do abandono e dos maus tratos contra a infância. Em termos universais, foi promulgada a Declaração dos Direitos da Criança, em 1959. Na realidade brasileira, temos Estatuto da Criança e do Adolescente, de 1990. Ainda assim, nem sempre essas medidas se mostram eficazes em sua prática. Caberia perguntar porque, apesar de todos os esforços

nesse sentido, o fenômeno continua ocorrendo. Parece que a lei, por si só, não é suficiente para garantir a proteção da infância. Talvez tenhamos que repensar no papel de cada um de nós, como promotores da saúde ou da doença mental e como transmissores de legados que perpassam gerações.

Seção 2 –Artigo Empírico

A capacidade de mentalização na psicoterapia de crianças que sofreram maus-tratos

2.1. Introdução

O foco desse estudo foi a psicoterapia de crianças que sofreram maus-tratos, especificamente no que se refere à possibilidade de desenvolvimento da função reflexiva e da capacidade de mentalização durante o processo de intervenção. A função reflexiva e a capacidade de mentalização são conceitos que vêm sendo elaborados com base na vertente psicanalítica da teoria do apego, nas contribuições de alguns teóricos das relações objetais, especialmente Bion e Winnicott e na Psicologia Cognitiva (Allen & Fonagy, 2006; Bateman & Fonagy, 2004; Bateman & Fonagy, 2006; Fonagy & Bateman, 2003; Fonagy & Bateman, 2006; Fonagy & Bateman, 2007; Holmes, 2006). Trata-se de capacidades que se desenvolvem no contexto de relações de apego seguro e se mostram prejudicadas em pacientes que apresentam, por exemplo, transtornos de personalidade *borderline* e/ou que experimentaram alguma forma de maus-tratos e rompimentos de vínculos.

Bateman e Fonagy (2006) acreditam que vítimas de traumas freqüentemente experimentam falhas parciais na mentalização. Conseqüentemente, uma intervenção terapêutica com foco nessa capacidade pode significar um *background* útil para crianças em tais situações.

A violência contra a criança aponta para uma dinâmica de privação e traumas que pode dificultar a representação e a simbolização das suas experiências emocionais (Lamanno-Adamo, 1999). Constata-se, em nosso meio, que poucos estudos exploraram a psicoterapia psicanalítica nas situações de maus-tratos na infância. Albornoz (2006)

desenvolveu uma experiência de intervenção com crianças e adolescentes institucionalizados. A autora refere que a psicoterapia psicanalítica pode ser aplicada aos casos de maus-tratos com grande êxito, melhorando a qualidade de vida das pessoas beneficiadas, permitindo que projetem um futuro melhor. Considera essa modalidade psicoterápica como uma técnica de construção, resolução e restauração do mundo interno, especialmente com crianças e adolescentes. Ela permite o resgate das histórias de vitimização, através das lembranças, mas principalmente, através do que é revelado por cada um dos pacientes como efeito das experiências originárias e que dão forma às interpretações construídas pelo terapeuta. Através dessa técnica, as crianças podem exercer sua capacidade de expressar e elaborar seus conflitos, dando forma e conteúdo aos seus registros primitivos mais arcaicos, escondidos e rechaçados.

Deakin e Nunes (2008) realizaram um estudo de revisão sobre a psicoterapia psicanalítica com crianças. Concluíram que, apesar de alguns avanços, ainda são escassas as pesquisas nessa área, principalmente no que diz respeito à avaliação dos resultados das psicoterapias de orientação psicanalítica.

Na literatura sobre intervenções terapêuticas com crianças, é bastante freqüente a abordagem cognitivo-comportamental no atendimento às vítimas de traumas decorrentes da violência (Gomes, 2002; Rubin, 2005). Encontram-se menções a estudos de casos e parece existir certo consenso quanto às experiências adversas na infância como fator de predição de problemas emocionais e físicos na vida adulta (Broad & Wheeler, 2006; Rubin, 2005). A possibilidade de Desordens de Estresse Pós-Traumático decorrente do impacto da exposição de crianças à violência doméstica também é freqüentemente citada (Cook-Cottone, 2004; Lieberman, 2007). A seguir, apresentam-se alguns dados sobre a violência praticada contra crianças e adolescentes na atualidade, e o seu impacto psicológico, para

então abordar a proposta da psicoterapia psicanalítica baseada na mentalização, diante de tais situações.

2.2. A violência contra crianças e adolescentes no âmbito doméstico

Parece importante considerar que a violência contra a criança se apresenta, desde os tempos primitivos, até hoje como um fenômeno cultural de grande relevância (Minayo, 2001). Existem famílias que ainda se expressam pela violência e pelo abandono, trazendo consigo uma manifestação que é histórica e prevalente em diversas épocas e culturas. Tais manifestações podem ocorrer desde as formas mais sutis até as mais extremadas, como o assassinato de crianças (Maltz et al, 2008).

Segundo Guerra (2001), nesse tipo de violência se verifica uma transgressão do poder disciplinador e coercitivo do adulto. Consiste numa negação da liberdade exigindo da criança que seja cúmplice do adulto, num pacto silencioso. Nesse caso, ocorre um aprisionamento do desejo e da vontade da criança, que fica submetida aos interesses e expectativas do adulto. Na maioria das vezes, envolve vínculo familiar entre vítima e agressor e pode ser entendida como qualquer ação ou omissão que resulte em dano físico, emocional, social ou patrimonial (Caravantes, 2000). A violência pode ficar encoberta por longo período de tempo sem ser denunciada (Unicef, 2006).

Black, Trocmé, Fallon e Maclaurin (2008) salientam que as políticas públicas voltadas para o bem-estar da criança, de forma geral, indicam que crianças submetidas à violência doméstica estão em situação de risco e de falta de proteção, sujeitas a danos físicos permanentes. Para esses autores, como a violência doméstica ocorre em um espaço privado, é provável que as famílias não denunciem e nem recorram à busca de auxílio

especializado, o que leva a pensar que o fenômeno da violência doméstica tenha uma prevalência pelo menos quatro vezes maior do que realmente é informado.

A violência doméstica contra a criança pode representar também um fator de risco ao processo do desenvolvimento, trazendo sérias conseqüências para a vítima, implicando em dificuldades ou problemas de ajuste ao seu meio, perturbação da noção de identidade e outros distúrbios de personalidade (Mc Donald, Jouriles, Briggs-Gowan, Rosenfield, Carter, 2007; Tardivo, Junior & Santos, 2005). Existe uma crescente consciência de que os maus-tratos contra crianças trazem freqüentemente conseqüências negativas significativas àqueles que são vítimas, sendo um importante preditor de problemas comportamentais, especialmente os maus tratos físicos e sexuais (Malik, Ward & Janczewski, 2008; Pesce, 2009). Quanto mais precocemente a criança é submetida à violência, mais suscetível ficará aos efeitos da mesma (Sternberg, Lamb, Guterman & Abbott, 2006). Os danos podem ocorrer ainda nas esferas social, comportamental, emocional, cognitiva e geral (Reichenheim, Hasselmann & Moraes, 1999; Weber, Viezzer, Brandenburg, & Zocche, 2002; Wolfe, Crooks, Lee, Mc-Intyre-Smith & Jaffe, 2003).

Crianças que experimentaram a violência na relação com seus cuidadores, em geral, têm uma história pessoal de problemas de apego, com ausência ou fragilidade nos vínculos (Lisboa & Koller, 2000). Crianças que testemunharam violência doméstica podem apresentar alto nível de tensão pós-traumática associada à depressão (Reynolds, Wallace, Hill, Weist & Nabors, 2001). A experiência pode levar a danos como auto-estima baixa, dificuldade de manter vínculos afetivos, isolamento, agressividade, falta de confiança, dor emocional e ressentimento. Além disso, pode perpetuar o círculo vicioso existindo a possibilidade de o agredido tornar-se o agressor. A agressão pode ser em relação ao outro

ou a si próprio, pois as vítimas da violência possuem um maior risco de cometer suicídio (Weber, Viezzer, Brandenburg, & Zocche, 2002).

A intensidade do problema depende ainda da conjunção de outros fatores como o desenvolvimento psicológico e a capacidade intelectual da criança, o vínculo afetivo da criança com o seu agressor e a natureza e duração do abuso (Reichenheim, Hasselmann & Moraes, 2006). Há indícios de que 60% de mulheres e 20% de homens que apresentam desordens que envolvem dor crônica tiveram história de abuso durante a infância, o que mostra que essa vivência aumenta a suscetibilidade da pessoa para a dor (Rubin, 2005). Experiências adversas na infância, portanto, surgem como fortes indicadores de problemas emocionais e físicos na vida adulta (Broad & Wheeler, 2006).

2.3. A psicoterapia psicanalítica baseada na mentalização

Essa modalidade de psicoterapia vem sendo desenvolvida especialmente com pacientes com Transtorno de Personalidade *Borderline* (Allen & Fonagy, 2006; Bateman & Fonagy, 2004, 2006; Fonagy & Bateman, 2003). Pesquisas voltadas para a análise desse processo em crianças ainda não são comuns, e Fonagy (2003) assinala sua importância e necessidade.

Pacientes com psicopatologia *borderline* apresentam alta prevalência de maus-tratos em suas histórias de vida, o que pode enfraquecer ou inibir sua capacidade reflexiva ou de mentalização (Fonagy & Bateman, 2007). A função reflexiva e a capacidade de mentalização parecem ser a chave determinante para a organização do *self* (personalidade) e a regulação do afeto. Tais capacidades são adquiridas no contexto dos relacionamentos sociais primitivos da criança (Fonagy & Target, 1997) e estão relacionadas à qualidade do afeto na comunicação mãe-bebê (Grienenberger, Kelly, Kriesten & Slade, 2005).

Função reflexiva é uma aquisição desenvolvimental que permite à criança não apenas responder ao comportamento de outra pessoa como também permite conceituações infantis sobre crenças, sentimentos, atitudes, desejos, esperanças, conhecimento, imaginação, simulação, falsidade, intenções, planos e assim por diante do que se passa pela mente das outras pessoas (Fonagy et al., 2002). Ao fazer isso, as crianças dão significado ao comportamento do outro. Essa função envolve uma capacidade psicológica intimamente relacionada à representação do *self*. É também auto-reflexão e componente interpessoal que supre o indivíduo idealmente com uma capacidade bem desenvolvida para distinguir a realidade interna da externa (Fonagy & Target, 1997; Fonagy et al., 2002).

A função reflexiva dos pais é importante no sentido de dar suporte ao estado mental da criança (Slade, 2005). Fonagy e Bateman (2003) salientam que uma função reflexiva afetiva do cuidador permite representações do *self* coerentes e integradas, e que serão internalizadas. Para esta internalização duas condições são necessárias: a contingência e a discriminação. A contingência significa que a resposta acurada do cuidador deve combinar com o estado interno do bebê. A discriminação implica a capacidade do cuidador de expressar, nas suas respostas, os sentimentos do bebê e não os seus próprios.

Se a função reflexiva do cuidador não for contingente, se ela não estiver em sintonia com a experiência primária do bebê, haverá a tendência de estabelecer uma estrutura narcisista e de falso *self*, em que as representações dos estados internos não correspondem a nada real. Por outro lado, se a criança percebe as respostas do cuidador com expressão dos seus próprios sentimentos, uma predisposição para experimentar estados do *self* externamente é estabelecida. Neste caso, o outro internalizado permanecerá alienado e desconectado das estruturas do *self* constitucional (Fonagy & Bateman, 2003). O *self* alienado internalizado é ameaçador e motiva uma forte tendência de externalizar a parte

alienada, projetando-a nos outros.

O termo função reflexiva, portanto, refere-se à “operacionalização dos processos psicológicos subjacentes à capacidade de mentalizar – um conceito que tem sido descrito tanto na literatura psicanalítica como na cognitiva” (Fonagy et al., 2002, p. 24-25). Mentalização é fundamentalmente “a capacidade para compreender e interpretar o comportamento humano em termos de estados mentais subjacentes” (Fonagy & Bateman, 2003, p. 191). Ela se desenvolve através do processo de haver experimentado a si mesmo na mente de um outro durante a infância, num contexto de apego seguro, contexto esse que, para os autores, seria condição para seu amadurecimento.

Holmes (2006), analisando o conceito de mentalização de uma perspectiva psicanalítica, sintetiza suas origens conceituais em quatro raízes distintas. Uma delas é a teoria da mente, que implica a noção de que os outros têm mentes, similares, mas não idênticas à nossa, noção que se desenvolve nos cinco primeiros anos de vida. Uma criança de cinco anos sabe que uma pessoa pode ver o mundo de modo diferente de uma outra, dependendo da informação que ela tiver disponível. Daqui até a mentalização haveria apenas um passo, quando a criança adquire a visão de que o mundo é sempre filtrado por uma mente em perspectiva, que pode ser mais ou menos acurada em sua apreciação da realidade.

A segunda raiz do conceito, descrita por Holmes (2006), pode ser encontrada nas contribuições de Bion. Bion (1962/1997; 1967/1994) diferenciou o pensamento do aparelho o qual pensa os pensamentos. Chamou a capacidade de pensar os pensamentos de função alfa. A função alfa transforma os “elementos beta” (pensamentos sem um pensador, primitivos, muitas vezes terroríficos) em “elementos alfa”, os quais estão disponíveis então para serem pensados, isto é, mentalizados. Bion acreditava que uma mãe continente seria

necessária para esse desenvolvimento. Na sua ausência, ou havendo pouca habilidade para tolerar frustração por fatores genéticos, o resultado seria identificação projetiva excessiva, a qual dissemina as sementes da psicopatologia na vida posterior, incluindo um déficit na capacidade de mentalização.

A Psicanálise francesa, especialmente no que diz respeito às contribuições acerca das desordens psicossomáticas, também estaria na raiz do conceito (Holmes, 2006). Marty concebeu as desordens psicossomáticas em termos de pensamento operatório (que seria o equivalente francês da noção anglo-saxônica de alexitimia), isto é, a incapacidade ou inabilidade de colocar sentimentos em palavras. Nessa perspectiva, a mentalização seria a antítese do pensamento operatório ou do *acting out* (impulso disruptivo). A mentalização envolve a capacidade de transformar impulsos em sentimentos e representar, simbolizar, sublimar, abstrair, refletir e extrair significado deles.

Os psicanalistas franceses se diferenciaram dos anglo-saxões de muitas maneiras, sendo que uma delas é uma aderência maior às primeiras idéias de Freud. Holmes (2006) salienta que ao abordar a mentalização, eles partem da idéia (contida no manuscrito *Projecto*, escrito por Freud em 1895) de que o pensamento emerge da ligação de energias de impulsos soltas (não ligadas). Na ausência de tal ligação, a energia psíquica é descarregada através da ação ou desviada para processos somáticos – emergindo clinicamente como *acting out* ou somatização. Nessa linha de pensamento, o autor cita Lecours e Bouchard, que teriam colocado na dianteira uma classificação hierárquica sofisticada de graus de mentalização. Num extremo repousariam as excitações libidinais não mentalizadas, que emergiriam caoticamente como somatizações, comportamento violento e auto-mutilações. No outro extremo, estaria um estágio reflexivo abstrato.

A quarta raiz do conceito de mentalização descrita por Holmes (2006) está relacionada à Psicopatologia Desenvolvimental e é representada por Fonagy e seus colaboradores. Esses pesquisadores trazem o ponto de vista empiricista britânico e também o ponto de vista interpessoal winnicottiano para a noção de mentalização. Na noção de espaço transicional de Winnicott a barreira de contato entre consciente/inconsciente é expandida para uma zona na qual realidade e fantasia se justapõem. Nesse espaço, pensamentos e sentimentos podem ser jogados como se fossem reais, enquanto a realidade pode ser desconstruída enquanto fantasia.

Um senso robusto de *self* e a capacidade de operar efetivamente no mundo interpessoal resultam de processos intensamente interativos entre o cuidador e a criança nos primeiros anos de vida (Fonagy et al., 2002; Fonagy, 2006). A criança aprende quem ela é e o que são seus sentimentos através da capacidade do cuidador de refletir seus gestos, suas manifestações. Começa a construir um quadro acerca de onde começa e onde termina a realidade interna e externa. Isso tudo a habilita a dimensionar a contribuição dos seus próprios sentimentos na sua apreciação do mundo – em outras palavras, na sua capacidade de mentalização.

Uma noção chave subjacente ao conceito de mentalização é o achado empírico de que, quando o status de apego dos pais foi avaliado antes do nascimento de uma criança, uma função reflexiva alta predizia apego seguro nas crianças, mesmo quando essas mães relatavam privação ou abuso na sua infância (Fonagy & Target, 1997). Isto sugere que a capacidade de mentalização protege contra o impacto da privação ou maltrato na infância e nos conduz a considerar a possibilidade de uma estratégia psicoterapêutica com esse foco para crianças vítimas de maltrato.

Sharp (2006) discute os problemas de mentalização identificados no autismo e nas desordens de conduta, salientando que existem elementos distintos da mentalização que implicam diferentes prejuízos para vários grupos e subtipos de psicopatologia infantil. Enfatiza que não se trata de um conceito unitário, não sendo possível estabelecer uma relação linear entre mentalização e ausência de psicopatologia. “Futuras pesquisas deveriam reconhecer não somente a heterogeneidade das desordens da infância, mas também a heterogeneidade do constructo da mentalização”, afirma Sharp (2006, p. 114), sublinhando a importância da aplicação do conceito de mentalização no tratamento das desordens da infância e da adolescência como uma área de pesquisa potencial.

Esse, portanto, é um dos pressupostos desse estudo, assim como a afirmação de Fonagy (2000) de que a psicoterapia, qualquer que seja sua forma, trata da reativação da mentalização. Isso acontece porque ela busca estabelecer uma relação de apego seguro com o paciente, tenta utilizar essa relação para criar um contexto interpessoal onde a compreensão dos estados mentais se converta em um foco e tenta possibilitar a reorganização do *self*. Desta forma, quando o desenvolvimento da função reflexiva experimentou uma falha no desenvolvimento da criança, tornando-a vulnerável às vicissitudes da vida e às experiências traumáticas, ele terá que ser resgatado, ou originado, no seio de uma nova relação de “apego-cuidado”, incluindo-se aqui a relação terapêutica.

A estratégia psicoterápica que toma como alvo a mentalização, adotada neste estudo, busca estabilizar a estrutura do *self* através do desenvolvimento de representações internas estáveis, auxiliar a formação de um senso coerente de *self*, capacitar o paciente a estabelecer relacionamentos mais seguros, nos quais as motivações do *self* e do outro são melhor compreendidas e auxiliar o paciente a identificar e expressar apropriadamente o afeto (porque a estrutura do *self* é desestabilizada no contexto da desordem e da agitação

emocional (Allen & Fonagy, 2006; Bateman & Fonagy, 2003; Bateman & Fonagy, 2004; Fonagy & Bateman, 2006; Bateman & Fonagy, 2006).

Para que isso seja possível, são necessárias a clareza da proposta e dos objetivos terapêuticos, a proximidade mental (produzida por intervenções contingentes e discriminatórias) e a aceitação de aspectos do *self* alienado do paciente (Bateman & Fonagy, 2004; Bateman & Fonagy, 2006; Fonagy & Bateman, 2003). Os autores postulam que as intervenções devem ser simples e curtas, com foco na mente do paciente, e não em seu comportamento. Devem também focalizar os afetos (amor, desejos, dores, excitações etc.), estar relacionadas a eventos ou atividades atuais – realidade mental e priorizar o conteúdo consciente e pré-consciente. Interpretações de conteúdo inconsciente só serão possíveis e recomendadas após a exploração dos *processos psicológicos* (grifo nosso), na medida em que o paciente começa a identificar mais acuradamente seus afetos e estados mentais.

Há uma lacuna entre as experiências afetivas primárias do paciente e suas representações simbólicas e esta lacuna precisa ser preenchida na psicoterapia (Fonagy & Bateman, 2003). O terapeuta necessita ajudar o paciente a não somente compreender e identificar os estados mentais, mas também ajudá-lo a situar esses estados emocionais no contexto presente, com uma narrativa articulada ao passado recente e remoto. Para isso, o terapeuta necessita manter uma postura mentalizadora, o que significa a habilidade de continuamente questionar que estados mentais, tanto do paciente como dele mesmo, podem explicar o que está acontecendo aqui e agora (Bateman & Fonagy, 2004; Bateman & Fonagy, 2006; Fonagy & Bateman, 2003). Necessita também manter proximidade mental, o que significa representar acuradamente o estado afetivo do paciente e sua correspondente representação interna, para distinguir estado da mente do *self* e do outro, e para demonstrar

essa distinção para o paciente. Esta acurácia deve ser apenas “suficientemente boa”.

Na psicoterapia baseada na mentalização a transferência é vista como uma força terapêutica positiva. Não simplesmente como uma representação do passado que se interpretado pode levar ao insight, mas como uma prova usada pelo indivíduo para elicitare ou provocar respostas do terapeuta ou de outros que são essenciais para uma representação estável do *self* (Bateman & Fonagy, 2004; Bateman & Fonagy, 2006; Fonagy & Bateman, 2003). “Transferência é um processo interativo através do qual o paciente responde a aspectos selecionados da situação de tratamento, sensibilizado pela experiência passada” (Fonagy & Bateman, 2003, p. 200). Os autores concordam com Rosenfeld que sugeriu que interpretações insistentes sobre a situação imediata de transferência e contratransferência são propensas a serem prejudiciais para pacientes traumatizados, porque o paciente iria experimentá-las como o terapeuta repetindo o comportamento do objeto primário auto-centrado, sempre demandando ser o foco da atenção do paciente.

Em síntese, como vimos, as distorções do *self* não são irreversíveis (Bateman & Fonagy, 2003). A aquisição da capacidade de criar uma narrativa dos próprios pensamentos e sentimentos - capacidade de mentalizar, pode superar falhas na organização do *self* que resultaram da desorganização do apego precoce e das experiências de maus-tratos. Nesse sentido, os objetivos deste estudo foram analisar os vínculos afetivos constituídos entre crianças e seus cuidadores primários, no contexto dos maus-tratos infantis e avaliar a possibilidade de desenvolvimento da capacidade de mentalização no processo terapêutico dessas crianças.

2.4. Método

Baseado na abordagem qualitativa de pesquisa, esse estudo foi pautado pelo método

clínico. O método clínico pressupõe duas dimensões paradigmáticas e próprias da clínica psicanalítica: a singularidade do sujeito e a contemporaneidade entre pesquisa e intervenção (Mezan, 1993; Aguiar, 2001; Eizirick, 2001; Safra, 2001; Lo Bianco, 2003; Sauret, 2003; Nogueira, 2004; Herrmann, 2004). O procedimento adotado foi o Estudo de Casos Múltiplos (Allones, 2004; Yin, 2005), que permite a investigação sistemática e tão exaustiva quanto possível de casos individuais (Aguiar, 2001).

Participantes

Os participantes desse estudo foram duas meninas de classe média baixa de 10 e 12 anos de idade e seus pais ou cuidadores. Cada criança e seus pais foram considerados um caso. Eles foram atendidos na clínica-escola de uma universidade da Região Sul do Brasil, e apresentavam história de vivência de alguma forma de maus-tratos.

Procedimentos de Coleta e Análise dos Dados

Os responsáveis pelas crianças solicitaram atendimento psicológico para as mesmas na clínica-escola, preenchendo ficha cadastral da instituição. Foram informados acerca da pesquisa no momento do acolhimento, concordando em participar. Assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que se encontra no Anexo A. O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da universidade que abriga a clínica-escola em questão, e a Resolução que o aprova é apresentada no Anexo B.

Os procedimentos para coleta de dados foram os seguintes: a) entrevistas semi-estruturadas com os pais ou responsáveis, para levantamento de Anamnese (história de vida das crianças e história clínica); b) hora de jogo com as meninas (Aberastury, 2007); c) Teste das Fábulas (Cunha & Nunes, 1993), utilizado por ser um instrumento útil para compreensão do diagnóstico psicodinâmico. Permitiu identificar os conflitos centrais organizadores da personalidade, além de ser um indicador da natureza das relações entre a

criança e seus pais ou cuidadores; d) *Manchester Child Attachment Story Task – MCAST*, instrumento proposto por Green, Stanley, Smith e Goldwyn (2000) para avaliar as representações internas dos relacionamentos de apego de crianças. O instrumento é composto por seis vinhetas que a criança é solicitada a completar (para construir suas narrativas, escolhe um boneco que a represente e outro que represente o cuidador) e permite também avaliar sua capacidade de mentalização, pois ela é solicitada a descrever os sentimentos e pensamentos dos personagens que representam ela mesma e os cuidadores. Esse procedimento foi realizado em dois momentos: na avaliação, antes do início da psicoterapia, e após a realização de 20 sessões, com o objetivo de avaliar se houve alteração na capacidade de mentalização da criança. (O instrumento é apresentado no Anexo C).

Após as sessões de avaliação, confirmando-se a demanda e o desejo de realizar a psicoterapia, as crianças foram atendidas por um período de 7 meses (Caso 1) e 05 meses (Caso 2), respectivamente. Seus pais e mães foram acompanhados durante esse mesmo período de tempo, através de entrevistas esporádicas. As sessões foram gravadas em áudio e posteriormente transcritas. Relatos complementares, descrevendo a linguagem não-verbal durante as sessões, assim com as impressões da terapeuta ao final de cada sessão, também foram realizados.

A análise dos dados percorreu as seguintes etapas:

1º. Passo: todas as entrevistas gravadas foram transcritas; 2º. Passo: Os dados coletados através dos instrumentos foram interpretados e analisados com base nas instruções correspondentes; 3º. Passo: foi realizada uma descrição abrangente de cada caso, organizada de forma **cronológica** (seguindo os eventos importantes da História de Vida e da História Clínica do Caso) e **temática** (identificando os **aspectos relevantes das situações de violência sofridas** pela criança; uma **síntese do processo psicoterapêutico**,

identificando especialmente as seguintes categorias: “**percepção do próprio funcionamento mental**”, “**percepção e identificação dos sentimentos e pensamentos das outras pessoas**” e “**representação do *self***”; e identificando a **capacidade de mentalização** no início da psicoterapia e após as 20 sessões); 4º. Passo: foi utilizada a técnica de Construção da Explicação (Yin, 2005), com o objetivo de analisar exaustivamente os dados de cada Estudo de Caso e construir uma explicação sobre o mesmo. Todos os dados e resultados (sessões de psicoterapia e testes) foram integrados na compreensão geral das hipóteses acerca da capacidade de mentalização e sua evolução ao longo da psicoterapia; 5º. Passo: foi utilizada a técnica de Síntese de Casos Cruzados (Yin, 2005), com o objetivo de confrontar os resultados obtidos na análise de cada caso em particular, identificando convergências e divergências e buscando, desta forma, evidências que auxiliassem a identificar ou não a possibilidade de desenvolvimento da capacidade de mentalização no processo psicoterapêutico.

2.5. Resultados

Caso 1 – Cristine: O temor à repetição transgeracional

Cristine é uma menina de 12 anos que vive com seus avós. Os dados de sua história foram trazidos pela avó, que é legalmente responsável pela neta, uma vez que a mesma foi afastada do convívio com os pais por decisão judicial. A mãe vive com um ex-presidiário e o pai é usuário de drogas.

A gravidez de Cristine não foi desejada nem planejada, seus pais eram muito jovens e recém haviam se conhecido quando ocorreu a gravidez. O casal teve muita dificuldade para se manter e sustentar a filha, sempre recorrendo à avó paterna para pedir ajuda. A criança era colocada ao telefone para dizer à avó que passava fome.

A relação do casal foi sempre instável, permeada por violência doméstica, uso de drogas e traições mútuas. Tiveram três filhos e posteriormente, separaram-se. A mãe teve diversos companheiros depois da separação. As crianças foram submetidas a muitas situações de violência tanto por parte da mãe como de seus novos companheiros, inclusive com suspeita de abuso sexual em relação aos filhos (meninos). A paciente foi “dada” à sua avó quando era bebê. Porém, retornou à casa da mãe por alguns períodos e depois para a casa da avó novamente, não tendo permanecido com um único cuidador ao longo dos seus primeiros anos. Nos últimos tempos, o pai morava na rua ou ficava em albergues, usava *crack* e foi internado em uma fazenda para tratamento de dependência química. A avó recorreu à justiça para obter a guarda dos netos, por entender que seus pais não tinham condições de ficar com os filhos. Cristine mantém contatos esporádicos com os pais, visitando-os em algumas ocasiões. As relações familiares são permeadas por muitas brigas, inclusive na casa da avó, onde vive a paciente.

O pai de Cristine é descrito como o “*filho que mais deu trabalho*”. Sumia de casa, não gostava de estudar, tinha um inconformismo em ser pobre, é usuário de drogas desde os 15 anos, embora a família só tenha sabido do fato quando ele já tinha 30 anos. Quando criança, apanhou muito do padrasto, atual marido da avó de Cristine. Atualmente, o pai de Cristine tem uma nova família e mais três filhos com a nova companheira. Essas crianças também vivenciam situações de maus tratos. Quanto à mãe de Cristine, ela também teve vivências de negligência e abandono. Era filha de uma mulher que pedia esmolas na rua e que costumava “dar” os filhos que nasciam. A mãe de Cristine foi adotada por uma família, também sofreu maus tratos na infância e, na adolescência, foi estuprada por duas vezes por um cunhado e um irmão adotivo. Cristine é comparada muitas vezes com a sua mãe. Sua avó costuma lembrar à neta que ela se comporta como sua mãe.

O **Teste das Fábulas** permitiu identificar características ambivalentes, passivas e inseguras. Os personagens que predominantemente apareceram foram a figura materna, figura paterna ou outro familiar, e o sentimento de medo em relação a essas figuras. Suas fantasias são de abandono, privações, castigos, punições, auto-agressão e agressões deslocadas para o ambiente. Os estados emocionais são de indiferença, apagamento, tristeza, ansiedade, ambivalência e rebeldia. Quanto às defesas apareceram bloqueios, introjeção, projeção, formação reativa, deslocamento e apenas uma tentativa de reparação. Identifica-se certa desconformidade social, sugestiva de problemas na internalização de normas ou regras ou à oposição as mesmas. Há indícios de conflitos relacionados às figuras parentais, que não são sentidas como referências significativas ou alguém com quem possa contar. Em síntese, parecem predominar vivências de perda e privação, fantasias de abandono que geram comportamentos de rebeldia e oposição. A agressão parece deslocada para o ambiente, havendo fantasias de culpa e punição.

O resultado da primeira aplicação do **Manchester Child Attachment Story Task (MCAST)** apontou para indicadores de apego inseguro ambivalente em todas as vinhetas. As situações de angústia mobilizadas pelas histórias foram resolvidas mediante estratégias que sinalizaram para apego inseguro. A capacidade de mentalização era falha ou inexistente, apresentava narrativas confusas e com elementos de desorganização.

Sobre o processo psicoterápico

No processo psicoterápico, Cristine revelou-se bastante falante, um pouco ansiosa, mas cooperativa e motivada para o atendimento. Mostrava-se tímida apenas no início. Desde a primeira entrevista, mostrou que gostava de desenhar, preferencialmente pessoas, roupas e paisagens. Desenhos de figuras humanas e de vestidos de festa eram seus preferidos e costumava assinar com um pseudônimo as suas “criações”, revelando que

sonhava ser estilista um dia. Falava de suas preocupações com o rendimento escolar, sempre temerosa de alguma recuperação. Eventualmente, apresentava alguma nota baixa, mas fazia grande esforço para recuperá-la. Seu rendimento escolar era satisfatório.

A paciente tinha poucos amigos, apresentava dificuldades de relacionamento na escola, tanto com colegas quanto com professores, parecia difícil confiar nas pessoas. Trazia muitas queixas de seus professores. No decorrer das sessões de psicoterapia Cristine começou a falar de forma clara sobre suas brigas em casa, principalmente das brigas que tinha com a avó. Durante as brigas, a avó costumava chamá-la de “*monstro*” ou compará-la com sua mãe, salientando os defeitos dessa. “*Eu não gosto disso*”, afirmava Cristine. Revelou que já pensou em se matar, algumas vezes.

A análise do conteúdo das sessões de psicoterapia revelou, na categoria “percepção do próprio funcionamento mental”, que Cristine apresentava muitas limitações no estágio inicial da psicoterapia. Não conseguia vincular a ansiedade que sentia e as dificuldades de relacionamento na escola com as situações vividas em seu próprio meio familiar, que era conturbado e permeado por brigas. Evidenciava clara dificuldade de mentalização, com a ausência da percepção de estados emocionais subjacentes ao seu comportamento (Fonagy & Bateman, 2003). Mostrava o desejo de mudança, dizendo que gostaria de não ser tão “*briguenta*”. Dizia sentir “*tristeza*” pela situação de dependência química do pai e pelo fato de perceber que sua mãe não se importava com os filhos. Ficava magoada e chorava, muitas vezes sentia-se confusa com toda a situação. Em relação à avó, os sentimentos predominantes eram ambivalentes. A avó era figura cuidadora, mas havia críticas e queixas mútuas entre a avó e a neta.

Quanto à “percepção dos sentimentos e pensamentos de outras pessoas”, Cristine reconhecia as tentativas de mudança dos avós, demonstrando interesse em compreender

esse processo. Referia que a avó cuidava, fazia chás, dava remédio, preocupava-se com as notas na escola e participava das reuniões da escola. Apesar das brigas, preferia morar com a avó. Numa sessão relatou que sua mãe lhe confidenciou que pretendia “*se matar porque não conseguiu um emprego que queria muito*”. Quanto questionada sobre o que pensava e sentia sobre isso, Cristine disse que era capaz de compreender que a mãe pensou nisso, provavelmente porque sentia tristeza, assim como ela que, às vezes, tem “*vontade de dormir e não acordar nunca mais*”.

Sobre a “representação do *self*”, considera-se que a paciente pôde desenvolver alguma noção de si mesma e de sua história, com sentido de continuidade da mesma. A paciente reconhecia estar inserida num contexto familiar, ora cuidador, ora conflitivo e parecia determinada a diferenciar-se desses modelos. Ao final da intervenção terapêutica, parecia melhor desenvolvido um senso coerente de *self*, sendo capaz de reconhecer alguns de seus sentimentos e reorganizá-los. Reconhecia quando estava confusa, com raiva ou triste. Referiu-se: “*eu não consigo ficar braba muito tempo*” e “*depois que passa a raiva eu acabo esquecendo*”. Porém, apresentava limitações dessa percepção. Holmes (2006), referindo-se às condições do desenvolvimento normal, refere-se aos fenômenos transicionais, especialmente nas interações em espelho entre o cuidador e a criança, que aparecem como base para a construção de um adequado senso de *self*. Provavelmente, a função reflexiva no sentido desse espelhamento adequado entre a criança e seu cuidador foi bastante falha no desenvolvimento de Cristine. A estratégia psicoterapêutica foi baseada na contínua clarificação e nomeação de sentimentos e pensamentos trazidos para o aqui e agora de sua vida e da sessão. A tentativa era que ocorresse um reconhecimento de seus estados mentais, compreendendo os sentimentos no contexto dos relacionamentos prévios e

presentes, conforme as contribuições de Fonagy e Bateman (2003), Bateman e Fonagy (2004, 2006).

Na segunda aplicação do **Manchester Child Attachment Story Task (MCAST)** pôde-se observar uma evolução importante, já que inicialmente havia predomínio de indicadores de apego inseguro ambivalente e a mentalização mostrou-se falha em todas as situações. Depois do período de intervenção psicoterápica, identificou-se pelo menos dois indicadores de apego seguro (Vinheta 1 e 2) e ocorreu uma melhora na capacidade de mentalização em três vinhetas (1, 2 e 3). Parece inegável que houve algum crescimento e incremento da capacidade de compreender pensamentos e sentimentos e isso foi evidenciado através dos personagens das histórias. Evidentemente, o período de duração da intervenção foi curto e se faz necessária sua continuidade, o que foi recomendado e assegurado para a paciente na mesma instituição.

Caso 2 – Anne: A aversão à figura paterna

Anne era uma menina de 10 anos que residia com sua mãe, seu irmão, seu padrasto e o filho deste. A procura pelo atendimento foi feita pela mãe, preocupada com o fato da menina se recusar a ir para a casa do pai nos dias de visita. “*Anne não quer mais ir à casa do pai, tem medo dele porque ele bebe e é agressivo*”, segundo informou.

Os pais estavam separados havia três anos. Quando Anne ia visitar o pai, era colocada para trabalhar, do contrário não poderia comer. A vivência familiar sempre foi permeada pela violência. O pai costumava espancar a mãe, as crianças eram trancadas em outro quarto e ouviam os gritos da mãe durante os episódios de violência. As crianças também sofriam ameaças do pai e eventualmente também apanhavam.

As situações de violência se repetiram por muitas vezes. A Sra. Carla (mãe de Anne) trouxe três boletins de ocorrência em que denunciava o marido pelas surras. Ela

ficava com o corpo marcado por lesões e hematomas. Carla relatou ter medo de que o ex-marido pudesse fazer algo contra as crianças porque *“ele vivia me ameaçando de morte e me disse que, se ele não criasse os filhos, eu também não criaria”*. No entendimento dela, havia um tom de ameaça na voz dele, *“eu acho que ele queria matar as crianças”*, disse. Então, ela buscou um emprego e pediu a separação. Atualmente, estava acionando o ex-marido por atraso da pensão alimentícia e pensava em afastar as crianças dele por entender que corriam risco quando estavam com ele, pois demonstrava estar alcoolizado quando ia apanhá-las. O pai visitava as crianças na escola, o que causava certo medo e receio nelas e na mãe, aparecia embriagado na frente da casa e costumava proferir ofensas à ex-mulher, gerando muito medo nos filhos.

O **Teste das Fábulas** permitiu identificar situações conflituosas importantes, como a questão edípica permeada por impulsos agressivos que resultam de castigos e reprovações. Ao mesmo tempo, tais conflitos parecem estar mesclados por impulsos pré-edípicos, podendo ser identificados conteúdos de frustração e raiva por rejeição, privação e falta de cuidados (Fábulas 1, 2, 3 e 6). Isso sugere que o processo de separação-individação não foi completamente superado, identificando-se a presença de fantasias de impotência, rejeição e privação. A relação com a figura paterna é bastante ambivalente e colorida por impulsos agressivos. O pai é quem morre na Fábula 4. Isso pode estar associado às vivências de presenciar a violência do pai contra a mãe por sete anos, até a separação do casal. Além disso, existia a suspeita por parte da mãe de abuso sexual durante as visitas de Anne na casa do pai, protagonizadas por ele ou por alguma pessoa próxima. A menina se recusava a visitar o pai, razão pela qual foi trazida para o atendimento. Segundo o Teste das Fábulas, Anne parecia fazer um uso importante da projeção para se defender dos seus conflitos relacionados às figuras primárias e dos seus impulsos agressivos.

A primeira aplicação do **Manchester Child Attachment Story Task (MCAST)** apontou para indicadores de apego inseguro evitativo na maioria das vinhetas (1, 3, 5). Nas vinhetas em que apareceu o apego seguro (2, 4), ele era acompanhado de elementos de restrição ou evitação. A capacidade de mentalização era predominantemente limitada, com dificuldade de identificação dos estados mentais dos personagens.

Sobre o processo psicoterápico

Na intervenção psicoterápica, Anne se mostrou retraída e introvertida inicialmente, muito encolhida e silenciosa. Sua primeira manifestação foi através de desenhos, debruçando-se sobre o material colocado na mesa. Essa característica de mostrar-se silenciosa permaneceu durante todo o atendimento, embora ela tenha se vinculado bem. Não faltou a nenhum encontro, referia gostar de vir, achava que era “*legal*” vir na sessão, fazia versinhos e cartinhas, numa demonstração de afeto para com a terapeuta. Mostra grande dificuldade de falar do pai, parecia narrar os fatos simplesmente, sendo difícil falar sobre seus sentimentos e pensamentos em relação à figura paterna. A relação com sua mãe e seu irmão parecia boa. Suas sessões iniciavam-se sempre de forma ritualística. Entrava na sala, sempre quieta, pedia para “*jogar um joguinho*”, deslocando-se até o armário e escolhendo alguns jogos. Seus preferidos eram: Banco Imobiliário, Jogo da Vida, Bingo, Dominó e Jogo de Memória. Ao falar sobre o pai, sempre mencionou que não gostaria de falar com ele porque não gostava dele. Sobre o motivo, dizia que “*ele bebe e cheira mal, cheira a cachaça*”. Normalmente tendia a evitar o assunto.

Ao relembrar os momentos de violência presenciados quando ainda vivia com o pai, Anne disse: “*O pai fingia que não acontecia nada porque ele batia na mãe, trancava a gente no quarto, eu ouvia os berros da minha mãe gritando, a gente perguntava se ele*

batia na mãe e ele fingia que não acontecia nada". Sobre seus sentimentos diante desse fato, relatou: *"Eu ficava triste"*.

Avaliando a história de vida de Anne, é importante notar a sua determinação e recusa em conviver com a figura paterna. Esse dado aparece como o "sintoma" no momento atual de sua vida. É possível que a figura paterna represente a história da vivência da violência e dos maus tratos que se iniciaram muito cedo na vida de Anne. Desde o primeiro ano de vida, ainda recém-nascida, sua avó paterna mostrava-se negligente com seus cuidados básicos. Ela foi "cuidada" até os nove meses por essa avó. Para Fonagy e Bateman (2003), sob condição de negligência e insensibilidade, a instabilidade do *self* resulta primeiro em raiva e depois em agressão, que é evocada frequentemente devido à negligência parental repetida que se torna incorporada à estrutura do *self*. Essa falta de cuidados adequados no primeiro ano de vida faz pensar nos conteúdos de privação, frustração e raiva por rejeição e falta de cuidados que apareceram de forma evidente no resultado do Teste das Fábulas.

As histórias de violência estavam presentes tanto na família paterna quanto na família materna. O quanto essas impressões, marcas e identificações estariam presentes no mundo interno de Anne?

Outro dado importante que se evidenciou no decorrer da psicoterapia é que Anne realizava muitas tarefas em casa, como se fosse uma pessoa adulta. Isso se intensificou com a nova gestação da mãe. Existia também a expectativa de que Anne pudesse vir a cuidar do bebê que ia nascer. As falas da paciente pareciam entrar em convergência com o pensar da mãe, numa clara reprodução do desejo materno. Porém, em alguns momentos, Anne expressava que não tinha tanta vontade de cuidar de um bebê. Fonagy e Bateman (2003) se referem à ausência da função reflexiva contingente e discriminatória do cuidador,

afirmando que, se essa função não for contingente, se ela não combina com a experiência primária da criança, haverá a tendência de estabelecer uma estrutura de falso *self*, em que as representações dos estados internos não correspondem ao real.

No que se refere às categorias utilizadas para a análise do conteúdo das sessões, na “Percepção do próprio funcionamento mental” Anne parecia reconhecer em parte o seu conflito, na medida em que dizia que sabia por que veio para psicoterapia, referindo: “*é porque eu não gosto do meu pai*”. Conseguia descrever o que ocorria na sua casa, referindo-se às situações de violência. Apesar de ser capaz de falar desses conteúdos com clareza, a paciente tentava evitá-los, principalmente quando eram explorados seus sentimentos e pensamentos sobre tais vivências. Ao longo da psicoterapia, mostrou gradativamente uma maior percepção sobre seu funcionamento mental. Em alguns momentos, reconheceu que ficava triste e chorando no quarto junto com seu irmão. O sentimento que trouxe com maior frequência foi o de tristeza. Em raros momentos, Anne admitiu sentir raiva.

Em relação à “Percepção e identificação dos sentimentos e pensamentos das outras pessoas”, Anne não mostrou muito interesse em refletir sobre isso. Uma exceção ocorreu quando trouxe para uma sessão o material que ganhou ao fazer um “curso” na escola sobre dependência química. Nessa sessão, ela mostrou uma postura diferenciada, parecendo sensibilizada com a situação do pai e demonstrando querer ajudar de alguma forma. Disse que conversou com a mãe sobre o assunto e que seria bom se o pai parasse de beber. Nesse momento, a paciente evidenciou alguma capacidade de mentalização, com certa compreensão de que o pai pudesse estar “*doente*”.

Em outra ocasião, quando analisava a tensão da situação em que o pai foi dizer palavras à sua mãe em frente de casa, perguntada sobre como pensava que a mãe se sentiu,

Anne respondeu que acreditava que sua mãe ficou “*braba*” e sentindo “*raiva*”. Quanto ao irmão acreditava que sentiu “*medo*”. Anne custou a reconhecer seu próprio medo, mas depois afirmou que também sentiu “*um pouco*” de medo.

Quanto à “Representação do *self*”, a paciente possuía uma noção da sua história, recordava fatos de sua vivência, num processo contínuo, não apresentando a mente como vazia ou sem conteúdo. Porém, não ficava clara a sua compreensão do outro ou o sentimento de ser compreendida pelos outros. O que parecia evidente é que, por muitas vezes, Anne mostrou dificuldades para nomear estados afetivos de maneira apropriada. Durante o processo de intervenção, muito lentamente saiu dessa condição, conseguindo, algumas vezes, no aqui e agora do *setting* terapêutico, nomear sentimentos como raiva, medo etc. O que se percebe em Anne provavelmente está relacionado ao que Fonagy (2000) descreveu como possível de ocorrer em vítimas de maus tratos. Para o autor, tais crianças parecem se recusar a captar os pensamentos de suas figuras de apego, talvez para evitar pensar sobre o desejo de seus cuidadores de lhes causar danos. Os indivíduos que sofreram trauma precoce podem inibir defensivamente sua capacidade de mentalizar. A paternidade autoritária associada com os maus tratos compromete o desenvolvimento da capacidade de mentalização do indivíduo e a organização do seu *self*. Pode ocorrer, assim, o que esse autor denomina de cisão da função reflexiva.

Na segunda aplicação do **Manchester Child Attachment Story Task (MCAST)**, após a intervenção psicoterápica, identificaram-se quatro indicadores de apego seguro (Vinhetas 2, 3, 4 e 5). A capacidade de mentalização pareceu mais adequada em todas as situações propostas nas vinhetas, havendo identificação adequada e consciência evidente do estado mental dos personagens. Ficou claro que se processou alguma mudança no decorrer

do processo psicoterapêutico. Anne se tornou capaz de reconhecer de forma mais clara os pensamentos e sentimentos que estão na sua mente e na mente do outro.

2.6. Discussão

Analisando-se os dados obtidos através dos Estudos de Caso, constatou-se, como pontos em comum, as histórias de maus tratos, violência doméstica, negligência, falta de cuidados básicos e proteção adequados nos primeiros anos de vida das crianças. Nos dois casos estudados identificou-se um padrão de apego predominantemente inseguro e capacidade de mentalização falha ou limitada. Percebe-se rompimento dos vínculos afetivos no contexto familiar, especialmente da criança com um dos pais, pelo menos. Exemplificando, Cristine tem contato esporádico com seus pais, realizando “visitas” eventuais tanto na casa da mãe quanto do pai. Ainda assim, enfrenta conflitos e brigas nesses contatos. Anne, por sua vez, recusa-se a conviver com seu pai, negando-se a acompanhá-lo quando vem buscá-la nos dias de visita. As histórias familiares, nos dois casos, apresentam repetições de padrões vinculares construídos a partir de interações agressivas. Parece que cada nova reconstituição familiar que se forma a partir do rompimento tem características similares às ligações anteriores. Assim, no caso dos pais das crianças, é possível observar que se repetem as escolhas conjugais com novos parceiros (as) que parecem ter traços de personalidade e vivências conjugais similares às do parceiro anterior. As histórias de violência familiar são relatadas também nas vivências dos avós. Na casa da avó paterna de Anne, a violência era tolerada. A mesma avó negligenciava Anne e faltava com os cuidados básicos de higiene quando tomava conta da menina para que os pais fossem trabalhar. A avó de Cristine era espancada por sua mãe quando criança. Percebendo-se essas repetições, questiona-se sobre o futuro dessas crianças e a possibilidade de interrupção ou não dessas vivências violentas que se repetem

transgeracionalmente, na medida em que falha a função reflexiva em cada vínculo cuidador-criança (Fonagy et al., 2002; Fonagy & Bateman, 2003; Slade, 2005).

As pacientes atendidas demonstraram inicialmente dificuldade de reconhecimento acerca do que sentiam ou pensavam sobre suas experiências, denotando uma limitação inicial quanto à capacidade de mentalizar. Fonagy e Bateman (2007), ao referir-se a pacientes com psicopatologia *borderline*, postulam que esses apresentam alta prevalência de maus tratos em suas histórias de vida, o que pode enfraquecer ou inibir sua capacidade de mentalização. Nos dois casos apresentados, predominavam, além do apego inseguro, vínculos ambivalentes e instáveis e o conseqüente risco de psicopatologia futura, inclusive no espectro *borderline*. Do ponto de vista do processo psicoterapêutico, as duas pacientes obtiveram benefícios com melhoria na capacidade de mentalização.

2.7. Considerações Finais

No contexto dos maus tratos e da violência parece inegável que a criança se sente rechaçada, negligenciada e desamparada. A situação pode resultar em sentimentos confusos e ambivalentes como foi evidenciado no caso de Cristine. Ou na sensação de mal estar ao reconhecer possíveis sentimentos experimentados em relação ao pai que bate, ameaça e protagoniza o cenário de violência no ambiente familiar, como foi tão claramente observado no caso de Anne. O trauma decorrente da situação de violência pode levar à experimentação da angústia e da desorganização psíquica, o que se observa em alguma medida nos dois casos deste estudo.

Os vínculos afetivos das pacientes desse estudo se caracterizaram por vivências marcadas por violência, negligência e abandono, no caso de Cristine em relação à mãe e ao pai, e no caso de Anne especialmente em relação à figura paterna. Tais vivências

possivelmente coloriram os aspectos de insegurança identificados nos estilos de apego dessas crianças e comprometeram uma adequada função reflexiva por parte dos cuidadores primários, que permitisse a aquisição da capacidade de mentalização.

A literatura evidencia uma ligação entre a vivência de maus tratos e transtornos de personalidade, o que revela que pensar e reconhecer sentimentos derivados do trauma pode implicar em grande sofrimento psíquico. A função reflexiva e a capacidade de mentalização podem estar inibidas defensivamente, comprometendo a organização do *self*, conforme postula Fonagy (2000). O que pode sentir uma criança que tem na figura do pai ou da mãe o seu algoz? Aquele que deveria ocupar o lugar de alguém que ama e protege, às vezes ocupa o lugar de quem tiraniza e maltrata. O fenômeno pode ser o responsável pela tristeza, ressentimento e pelo rompimento dos laços afetivos. Esse rompimento pode ser determinado por uma decisão judicial, como foi o caso de Cristine. Quem decidiu pelo rompimento não foi a criança, mas sim a justiça, a pedido de outros familiares. Ou como no caso de Anne, que decidiu por si mesma não ter mais contato com a figura paterna, demonstrando verdadeira aversão a ele.

A psicoterapia com foco no desenvolvimento da capacidade de mentalização parece auxiliar efetivamente pacientes com tais características. O papel do terapeuta é o de auxiliar o paciente a identificar e organizar os sentimentos caóticos ou confusos advindos do trauma. Isso pôde ser constatado nas mudanças ocorridas na capacidade de mentalização das crianças que participaram deste estudo.

É importante acreditar que o curso e a conseqüência da vivência de maus tratos não é apenas a psicopatologia. Nesse sentido, o trabalho psicoterápico aparece como uma esperança, no sentido de possibilitar uma re-significação da experiência, permitindo

construir um vínculo com o terapeuta que esteja mais próximo de um apego seguro, permeado por confiança e continência.

A pesquisa em psicoterapia parece contribuir no sentido da prevenção das psicopatologias. Os resultados advindos do presente estudo podem contribuir no sentido de melhor compreender pacientes que sofreram situações adversas em sua infância. Sugere-se a continuidade do estudo e da pesquisa com outros pacientes e em outras situações de intervenção psicoterápica, que venham complementar ou retomar o objeto desse estudo.

Referências

Aberastury, A. (2007). *Psicanálise da criança: teoria e técnica*. Porto Alegre: Artmed.

Aguiar, F. (2001). Método Clínico: Método Clínico? *Psicologia: Reflexão e Crítica*. V. 14, N. 3, p. 609-616.

Albornoz, A. C. G. (2006). *Psicoterapia com crianças e adolescentes institucionalizados*. São Paulo: Casa do Psicólogo

Allen, J. G. & Fonagy, P. (2006). *The Handbook of Mentalization Based Treatment*. Publisher: John Wiley & Sons.

Allonnes, C. R. (2004). Psicologia Clínica e Procedimento Clínico. Em: C. R. d'Allonnes e col. (org.). *Os Procedimentos Clínicos nas Ciências Humanas: documentos, métodos, problemas* (pp. 17-34). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Araújo, M. F. (2002). Violência e abuso sexual na família. *Psicologia em Estudo*, 7, 3-11.

Áries, P. (2006). *História social da criança e da família*. 2ª ed. Rio de Janeiro: LTC.

Áries, P. & Dubby, G. (1992). *História da vida privada do império romano ao ano mil*. São Paulo: Cia das Letras.

Azambuja, M. P. R. (2005). Violência doméstica: reflexões sobre o agir profissional. *Psicologia: Ciência e Profissão*; 25, 4-13.

Azevedo, M. A. & Guerra, V. N. A. (2002). *Palmada já era*. São Paulo: LACRI.

Bateman, A. & Fonagy, P. (2004). *Psychotherapy of Borderline Personality Disorder: mentalisation-based treatment*. Oxford: Oxford University.

Bateman, A. & Fonagy, P. (2006). *Mentalization-based Treatment for Borderline Personality Disorder: A Practical Guide*. Oxford University Press.

Bion, W. R. (1994). *Estudos Psicanalíticos Revisados (Seconds Thoughts)*. Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1967).

Bion, W. R. (1997). *Aprendiendo de la experiência*. Barcelona: Paidós. (Original publicado em 1962)

Black, T., Trocmé, N., Fallon, B., Maclaurin, B. (2008). The Canadian child welfare system response to exposure to domestic violence. *Child Abuse Neglect*, 32, 393-404.

Bowlby, J. (2002). *Apego e perda. Vol 1. Apego: a natureza do vínculo*. São Paulo: Martins Fontes. (Original publicado em 1969).

Brasil. *Estatuto da Criança e do Adolescente*. (1990). Lei Federal 8.069/1990. São Leopoldo: UNISINOS.

Brito, A. M. M, Zanetta, D. T., Mendonça, R. C. V., Barison, S. Z. P. & Andrade, V. A. G. (2005). Violência doméstica contra crianças e adolescentes: estudo de um programa de intervenção. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10, 143-149.

Broad, R. D. & Wheeler, K. (2006). An adult with childhood medical trauma treated with psychoanalytic psychotherapy and EMDR: a case study. *Perspective in Psychiatric Care*, 42, 95-105.

Caravantes, L. (2000). Violência intrafamiliar em la reforma del sector salud. Em: Costa, A.M., Merchan-Hamann, E.& Tajer, D. (Orgs). *Saúde, equidade e gênero: um desafio para as políticas públicas*. Brasília: Editora Universidade de Brasília.

Carneiro, S. L. M. A. (1999). A violência notificada contra a criança e o adolescente na família: quando tudo começa em casa. Campinas; s.n, 795.

Cavenacci, M. (1976). *Dialética da família*. São Paulo: Brasiliense.

Cecconello, A. M., & Koller, S. H. (2003). Práticas educativas, estilos parentais e abuso físico no contexto familiar. *Psicologia em Estudo*, 8, 45-54.

Cook-Cottone, C. (2004). Childhood posttraumatic stress disorder: Diagnosis, treatment and school reintegration. *School Psychology review*, 33, 127-139.

Cunha, J. A. & Nunes, M. L. T. (1993). *Teste das Fábulas: forma verbal e pictórica*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

D’Affonseca, S. M. & Willians; L. C. A. (2003). Clubinho: intervenção psicoterapêutica com crianças vítimas ou em risco de violência física intrafamiliar. *Temas sobre Desenvolvimento*, 12, 33-43.

Day, V. P., Telles, L. E. B., Zoratto, P. H., Azambuja, M. R. F., Machado, D. A., Silveira, M. B., Debiaggi, M., Reis, M. G., Cardoso, R. G. & Blank, P. (2003). Violência doméstica e suas diferentes manifestações. *Revista de Psiquiatria do RS*, 25, 9-21.

Deakin, E. K. & Nunes, M. L. T. (2008). Investigação em psicoterapia com crianças: uma revisão. *Revista de Psiquiatria RS (on line)*, 30 (1).

Del Priori, M. (Org). (2004). *História das crianças no Brasil*. São Paulo: Contexto.

Eizirik, C. L. Psicanálise e universidade: pesquisa. *Psicologia USP*. V. 12, N. 2.

Faimberg, H. (2001). O mito de Édipo revisitado. In: Kaës, R., Faimberg, H., Enriquez, M. & Barane, J. J. (2001). *Transmissão da Vida Psíquica entre Gerações* (pp. 169-190). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Fantuzzo J. W. & Mohr W. K. (1999). Prevalence and effects of child exposure to domestic violence. *Future Child*; 9, 21-32.

Fonagy, P. (1999). Peristencias trangeracionais del apego: uma nueva teoria. *Aperturas Psicoanalíticas*, 23. Disponível em <http://www.aperturas.org/23fonagy.html>. (Acesso em 29/11 /2007).

Fonagy, P. (2000). Apegos patológicos y acción terapéutica. *Aperturas Psicoanalíticas*, 4. Disponível em <http://www.aperturas.org/4fonagy.html>. (Acesso em 29/11/2007).

Fonagy, P. (2001). *Attachment Theory and Psychoanalysis*. New York: Other Press.

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

Fonagy, P. (2006). Mechanisms of change in mentalization-based treatment of BPD. *Journal of Clinical Psychology*, 62 , 411-430.

Fonagy, P. (2007). Teoria psicanalítica do desenvolvimento. In: Person, E.S., Cooper, A. M., Gabbard, G. O. *Compêndio de Psicanálise*. Porto Alegre: Artmed, 143-156.

Fonagy, P. & Bateman, A. W. (2003). The development of an attachment-based treatment program for borderline personality disorder. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 63, 187-211.

Fonagy, P., & Bateman, A. (2006). Mechanisms of change in mentalization-based treatment of BPD. *Journal of Clinical Psychology*, 62 , 411-430.

Fonagy, P. & Bateman, A. (2007). Mentalizing and borderline personality disorder. *Journal of Mental Health*, 16, 83-101.

Fonagy, P. & Target, M. (1996). Brincando com a realidade II: O desenvolvimento da realidade psíquica a partir de uma perspectiva teórica. *Livro Anual de Psicanálise*, XII, 65, Escuta, São Paulo.

Fonagy, P. & Target, M. (1997). Attachment and reflexive function: Their role in self organization. *Development and Psychopathology*, 9, 679-700.

Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. L. & Target, M. (2002). *Affect regulation, mentalization and the development of the self*. New York: Other Press.

Fonseca, N. M. (1996). Maus-tratos a crianças. Em: Duncan, B. B.; Schmidt, M. I.; Giuliani, E. R. J. *Medicina Ambulatorial*. Porto Alegre: Artmed.

Freud, A. (1946/1982). *O ego e os mecanismos de defesa*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.

Freud, S. (1913-1914). *Totem e Tabu e outros trabalhos*. Rio de Janeiro: Imago.

Freud, S. (1914-1916). *A história do movimento psicanalítico: artigos sobre metapsicologia e outros trabalhos*. Rio de Janeiro: Imago.

Freud, S. (1915). *Pulsões e seus destinos*. Rio de Janeiro: Imago.

Freud, S. (1920). *Mais além do princípio do prazer*. Rio de Janeiro: Imago.

Fundo das Nações Unidas para a Infância – UNICEF - (2005). Situação da infância brasileira. *Relatório Anual*. Disponível em <http://www.unicef.org.br> .

Fundo das Nações Unidas para a Infância – UNICEF - (2006). Situação da infância brasileira. *Relatório Anual*. Disponível em <http://www.unicef.org.br> . Acesso em 19/06/2008.

Goel, N. (2000). Ganhesa. *Newsletters Arquivos*, 01-08. (Acesso em 12/05/2009).

Gomes, R., Deslades, S. F. Veiga, M. M., Bhering, C. & Santos J. F. C. (2002). Porque as crianças são maltratadas? Explicações para a prática de maus tratos infantis na literatura. *Cadernos de Saúde Pública*, 18, 707-714.

Gonçalves, H. S. & Ferreira, A. L. (2002). A notificação da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes por profissionais de saúde. [*Cadernos de Saúde Pública*](#); 18, 315-9.

Green, J., Stanley, C., Smith, V., & Goldwyn, R. (2000). A new method of evaluating attachment representations in young school-age children: The Manchester Child Attachment Story Task. *Attachment & Human Development*, 2, 48-70.

Grienenberger, J., Kelly, K. & Slade, A. (2005) Maternal reflective functioning, mother-infant affective communication, and infant attachment: Exploring the link between mental states and observed caregiving behaviour in the intergenerational transmission of attachment. [*Attachment & Human Development*](#), 7, 299 – 311.

Guerra, V. N. A. (2001). *Violência de pais contra filhos: A tragédia revisitada*. São Paulo: Cortez.

Herrmann, F. (2004). Pesquisando com o método psicanalítico. Em: Herrmann, F. & Lowenkron, T. (org.). *Pesquisando com o método psicanalítico*. São Paulo: Casa do Psicólogo, p. 43-83.

Holmes, J. (2006). Mentalizing from a Psychoanalytic Perspective: What's New? In: J. Allen & P. Fonagy. *The Handbook of Mentalization Based Treatment*. Publisher: John Wiley & Sons. (p. 31-50).

Junqueira, M. F. P. S. & Deslades, S.F (2003). Resiliência e maus-tratos à criança. [*Cadernos de Saúde Pública*](#); 19, 227-235.

Koller, S. H. (2000). Violência doméstica: uma visão ecológica. *Violência*

doméstica. Brasília: Unicef.

Laboratório de Estudos da Criança (LACRI-2007). Instituto de Psicologia. Universidade de São Paulo. *A ponta do iceberg*. Disponível em www.usp.br/p/laboratórios/lacri/iceberg.htm (Acesso em 08/01/2008).

Lamanno-Adamo, V. L. C. (1999). Violência Doméstica: uma contribuição da psicanálise. *Ciência & Saúde Coletiva*, 4, 153-159.

Lieberman, A. F. (2007). Ghosts and angels: Intergenerational patterns in the transmission and treatment of the traumatic sequelae of domestic violence. *Infant Mental Health Journal*, 28, 422-439.

Lisboa, C. S. de M. & Koller, S. H. (2000). Questões de ética na pesquisa com crianças e adolescentes. *Aletheia*, 11, 59-70.

Lo Bianco, A. C. Sobre as bases dos procedimentos investigativos em psicanálise. *Psico-USF*. V. 8, N. 2, p. 115-123.

Malik N. M., Ward K. & Janczewski C. (2008). Coordinated community response to family violence: the role of domestic violence organizations. [*Journal of Interpersonal Violence*](#), 23, 933-55.

Maltz, R. S., Zavaschi, M. L., Lewcowicz, A. B., Bugin, A. M., Lahude, D., Suarez, E. M. F., Soibelman, L., Sordi, R. O., & Fortes, S.(2008). Poder parental e filicídio: um estudo multidisciplinar. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 42, 91-102.

Marques, M. T. S. (2000). Melhor Interesse da Criança: do Subjetivismo ao Garantismo. In: Pereira, T. S. (coord). *O Melhor Interesse da Criança: um Debate Interdisciplinar*. Rio de Janeiro: Renovar, p. 467-494.

McDonald R., Jouriles E. N., Briggs-Gowan M. J., Rosenfield D. & Carter A. S. (2007). Violence toward a family member, angry adult conflict, and child adjustment

difficulties: relations in families with 1- to 3-year-old children. [*Journal of Family Psychoogy*](#), 21, 176-84.

Minayo, M. C. S. (2001). Violência contra criança e adolescentes; uma questão social, questão de saúde. *Rev Bras Saúde Matern Infant*, 1, 91-102.

Mezan, R. (1993). Que significa “pesquisa” em psicanálise? Em: Silva, M. E. L. (org.). *Investigação e Psicanálise*. São Paulo: Papyrus, p. 49-89.

Neves, A. S. & Romanelli, G. A. (2006). Violência doméstica e os desafios da compreensão interdisciplinar. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 23, 299-306.

Nogueira, L. C. (2004). A pesquisa em psicanálise. *Psicologia USP*. V. 15, N. 1/2, p. 83-106.

Noroño Morales, N. V., Segundo, R. C., Cadalso Sorroche, R. & Fernández Benítez, O. (2002) Influencia del medio familiar en niños con conductas agresivas [*Revista cubana de Pediatría*](#), 74(2),138-144.

Nunes, C. B., Sarti, C. A. & Ohara, C. V. S. (2008). Concepciones de los profesionales de salud con respecto a la violencia intrafamiliar contra el niño y el adolescente. *Revista Latinoamericana de Enfermagem*, 16, 36-141.

Oliveira, M. S. & Flores, R. Z. (1999). Violência contra a crianças e adolescentes na Grande Porto Alegre – Parte A: apenas boas intenções não bastam. Em: Amencar (Org.). *Violência Doméstica*. Porto Alegre: Amencar, p. 71-86.

Pereira, T. S. (coord). (2000). *O Melhor Interesse da Criança: um Debate Interdisciplinar*. Rio de Janeiro: Renovar.

Pesce, R. (2009). Violência familiar e comportamento agressivo e transgressor na infância: uma revisão de literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14, 507-519.

Pires, A. L. D. & Miyazaki, M. C. O. S. (2005). Maus-tratos contra crianças e adolescentes: revisão da literatura para profissionais da saúde. *Arquivo de Ciências da Saúde*, 12, 42-9.

Postman, N. (1999). *O desaparecimento da Infância*. Rio de Janeiro: Graphia.

Reichenheim, M. E., Hasselmann, M. H., & Moraes, C. L. (1999). Conseqüências da violência familiar na saúde da criança e do adolescente: contribuições para a elaboração de uma proposta e ação. *Ciência & Saúde Coletiva*, 4, 109-121.

Ramires, V. R. R. (1997). *O exercício da paternidade hoje*. Rio de Janeiro: Rosa dos Ventos.

Ramires, V. R. R. & Rodrigues, M. A. (2003). As transições familiares e o melhor interesse da criança: as perspectivas do Direito e da Psicologia. *Estudos Jurídicos*. São Leopoldo, 36, 211-242.

Rascovsky, A. (1974). *O filicídio*. Rio de Janeiro: Artenova.

Rascovsky, A. (1975). *La matanza de los hijos y otros ensayos*. Buenos Aires: Kargieman.

Reichenheim, M. E., Dias, A. S. & Moraes, C. L. (2006). Co-ocorrência de violência física conjugal e contra filhos em serviços de saúde. *Revista de Saúde Pública = J. public health*, 40, 595-603.

Reyes, M. E. F.(2003). Maltrato infantil. Um problema de todos. *Revista Cubana de Medicina General Integral* (online), 19. Disponible em www.scielo.sld.cu/scielo.php (Acesso em 19/06/2008).

Reynolds M. W., Wallace J., Hill T. F., Weist M. D. & Nabors L.A. (2001). The relationship between gender, depression, and self-esteem in children who have witnessed domestic violence. *Child Abuse & Neglect*, 25, 1201-6.

Romaro, R. A., Capitão, C. G. (2007). A violência doméstica contra crianças e adolescentes. *Psicol. Am. Lat.* (online), 9. Disponível em: <http://pepsic.bvs-psi.org/scielo.php?> (Acesso em 19/06/2008).

Rosa, E. M., Tassara, E. T. O. (2003). Em busca de um sentido para a violência doméstica contra crianças. *Psicologia Argumento*, 21, 35-40.

Rubin, J. J. (2005). Psychosomatic pain: new insights and management strategies. *South Méd. J.*, 98, 1099-110.

Sacramento, L. T. & Rezende, M. M. (2006) Violências: lembrando alguns conceitos. *Aletheia*, 24, 95-104.

Safra, G. (2001). Investigação em Psicanálise na Universidade. *Psicologia USP*. V. 12, N. 2, p. 171-175.

Saliba, O., Garbin C. A., Garbin, A. J. & Dossi, A. P. (2007). Responsabilidade do profissional de saúde sobre a notificação de casos de violência doméstica. *Revista de Saúde Pública*, 41, 472-7.

Sibila, P. L. (2001). Visión histórica del maltrato infantil. Obtido do word wide web em 10 de setembro de 2001 <http://smaq.prw.net/abusos/vision.htm>.

Santoró, M. J. (2002). Maus-tratos contra crianças e adolescentes. Um fenômeno antigo e sempre atual. *Pediatria Moderna*, 6, 279-83.

Sauret, M. J. (2003). A pesquisa clínica em psicanálise. *Psicologia USP*. V. 14, N. 3, p. 89-104.

Schechter, D. S., Coots, T., Zeanah, C. H., Davies, M., Coates, S. W., Trabka, K. A., Marshall, R. D., Liebowitz, M. R. & Myers, M. M. (2005). Maternal mental representations of the child in an inner-city clinical sample: violence-related posttraumatic stress and reflective functioning. *Attachment & Human Development*, 7, 313-331.

Schraiber, L. B., D'Oliveira, A. F. P. L. & Couto, M. T. (2006). Violência e Saúde: estudos científicos recentes. *Revista de Saúde Pública*, 40, 112-20.

Silva, L. L., Coelho, E. B. S. & Caponi, S. N. C. (2007). Violência silenciosa: violência psicológica como condição da violência física doméstica. *Interface – Comunic. Saúde, Educ*, 11, p.93-103.

Silva, L. M. P. (Org) (2002). Violência doméstica contra a criança e o adolescente. Recife: Edupe.

Sharp, C. (2006). Mentalizing problems in childhood disorders. In: Fonagy, P. & Allen, J. G. *Handbook of mentalization-based treatment*. Chichester: John Wiley & Sons Ltd. p. 101-121.

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

Souza, M. L. R. (2005). *Violência*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Sternberg, K. J., Lamb, M. E., Guterman E., Abbott, C. B. (2006). Effects of early and later family violence on children's behavior problems and depression: a longitudinal, multi-informant perspective. *Child Abuse & Neglect*, 30, 283-306.

Tardivo, L. S. P. C., Junior, A. A. P. & Santos, M. R. (2005). Avaliação psicológica das vítimas de violência doméstica por meio do teste das fábulas de Düss. *Psic – Revista de Psicologia da Vetor Editora*, 6, 59-66.

Telles, L. E. B., Soroka, P., & Menezes, R. S. (2008). Filicídio: de Medeia a Maria. *Revista de Psiquiatria do RS*, 30, 81-84.

Weber, L. N. D. (2001). Quem ensina a violência? *Conjuntura Social*, 6, 38-43.

Weber, L. N. D., Viezzer, A. P., Brandenburg, O. J. & Zocche, C. R. E. (2002). Famílias que maltratam: uma tentativa de socialização pela violência. *PsicoUSF*, 7, 163-

173.

Weber, L. N. D., Viezzer, A. P. & Brandenburg, O. J. (2004). O uso de palmadas e surras como prática educativa. *Estudos de Psicologia*, 9, 227-237.

Wolfe, D. A., Crooks C. V., Lee V., McIntyre-Smith, U. M. & Jaffe, P. G.(2003). The effects of children's exposure to domestic violence: a meta-analysis and critique. [*Clinica Child and Family Psychology Rev.*](#), 6, 171-87.

Zilberman, M. & Blume, S. B. (2005). Violência doméstica, abuso de álcool e substâncias psicoativas. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 27, 51-55.

Yin, R. K. (2005). *Estudo de caso: planejamento e métodos*. Porto Alegre: Bookman.

Anexos

Anexo A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Senhores Responsáveis:

Visando a contribuir para o campo de conhecimentos sobre as relações familiares na adolescência, desenvolveremos um estudo que terá como objetivos caracterizar essas relações, buscando subsídios tanto na percepção dos pais ou responsáveis como na percepção dos adolescentes.

Sua participação nesse estudo, assim como a da sua filha/seu filho, implicará na realização de algumas entrevistas. Alguns testes psicológicos também serão utilizados com seu filho/sua filha (cujos procedimentos implicam em realizar desenhos e contar histórias). Os filhos, na condição de entrevistados, poderão solicitar o esclarecimento de dúvidas, bem como desistir de participar, sem qualquer prejuízo para eles e para seus familiares.

Todos os dados e informações obtidos serão confidenciais, e ficarão arquivados por um período de 5 anos aos cuidados da pesquisadora responsável. O conhecimento que tais dados possibilitarão sobre as relações familiares poderá ser divulgado em publicações de caráter científico, preservando-se totalmente a identidade dos participantes.

A pesquisa não implica em qualquer risco para você e para seu filho/sua filha. Poderá ser experimentado algum desconforto ao tratar de assuntos eventualmente relacionados a problemas nas relações familiares, mas ao participar do estudo você receberá o benefício da realização de uma avaliação psicológica, sem qualquer custo financeiro. Além disso, se necessário, e quando do seu interesse, poderá ser feito um encaminhamento para atendimento psicológico especializado, com custos de acordo com suas possibilidades financeiras. Busca-se, com esta pesquisa, contribuir para a compreensão dos vínculos entre os adolescentes e seus pais, numa perspectiva de prevenção e promoção à saúde mental. A pesquisadora responsável por este estudo é professora Vera Regina Röhnelt Ramires, que

podem ser contatada pelo telefone 3590-8121, ramal 1206, na UNISINOS. Este documento consta de duas vias, uma das quais permanece em seu poder.

Eu, _____, declaro que fui informada(o) de forma clara e detalhada dos objetivos e dos procedimentos da pesquisa acima descrita e:

() autorizo a realização do estudo e concordo em participar;

() autorizo meu filho(a) _____ a participar do estudo.

Assinatura do responsável: _____

Assinatura da pesquisadora responsável: _____

Vera Regina Röhnelt Ramires

Local e Data: _____

Anexo B

UNIDADE DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

RESOLUÇÃO 036/2006

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS analisou o projeto:

Número: Nº CEP 06/041


Coordenadora: Profª Vera Regina Röhnelt Ramires (PPG em Psicologia)

Título: *Vínculos afetivos como fator de resiliência ou de vulnerabilidade nas transições familiares.*

Parecer: o projeto foi **APROVADO**, por estar adequado ética e metodologicamente, conforme os preceitos da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

A pesquisadora deverá encaminhar relatório anual sobre o andamento do projeto, conforme o previsto na Resolução CNS 96/96, item VII.13, letra d.

São Leopoldo, 01 de dezembro de 2006.


Prof. José Roque Junges
Coordenador do CEP/UNISINOS

Anexo C

Manchester Child Attachment Story Task – MCAST (Atividade de Contar Histórias)

Green, Stanley, Smith & Goldwyn (2000)

Inicialmente a criança é estimulada a brincar com alguns materiais que incluem uma casinha com bonecos que representam à família. É solicitado que escolha bonecos que representem ela/ele e seu cuidador.

A vinheta inicial do café da manhã representa uma introdução ao procedimento e não ilustra uma situação relacionada ao apego.

Em cada uma das 5 vinhetas apresentadas a seguir a criança é colocada diante de uma situação específica de angústia com o cuidador principal por perto, porém não muito próximo; essa situação dá à criança a oportunidade para representar comportamentos de proximidade-exploração em relação ao cuidador, ao completar a história.

Na **primeira** vinheta a criança acorda sozinha durante a noite tendo um pesadelo.

Na **segunda** vinheta está brincando no pátio, cai e machuca o joelho, causando dor e sangramento.

Na **terceira** vinheta desenvolve uma dor de barriga aguda/intensa.

Na **quarta** vinheta a criança discute com um amigo na escola e é rejeitada pelo mesmo antes de voltar para casa, onde estão seus pais – a angústia aqui é a rejeição pelos pares.

Na **quinta e última vinheta** a criança, de uma hora para a outra, se encontra perdida e sozinha enquanto faz compras com seus pais (pai ou mãe) numa grande loja movimentada.

Incluída entre as histórias de doença e rejeição pelos pares, existe uma vinheta de “realização/conquista”, na qual a criança faz um lindo desenho na escola e recebe elogios da professora, antes de ir para casa e mostrar o desenho para seu cuidador.

Para cada um dos 5 cenários de angústia, existe uma fase de indução onde o entrevistador amplifica/potencializa a intensidade da angústia através do boneco que representa a criança, para um ponto onde a mesma esteja claramente envolvida e compreensivamente estimulada pela situação difícil imposta pela cena.

A segunda fase da vinheta começa quando a criança, engajada empaticamente com a angústia contida na história, brinca de completar as histórias com os materiais disponíveis. Quando a criança tem a sua história completa/terminada, o examinador retoma e volta a conduzir o procedimento com interrogações estruturadas, objetivando esclarecer a intenção da brincadeira, o grau de alívio/satisfação e estimula atribuições do estado mental da boneca, com as seguintes questões:

- Você pode me dizer como a criança/ pais bonecos estão se sentindo agora?
- Você pode me dizer o que a criança/ pais bonecos estão pensando agora?
- O que a criança boneca gostaria de fazer?

Após as seis vinhetas serem concluídas, o entrevistador termina o procedimento com um período de brincadeira livre, no qual a criança é questionada se deseja brincar de alguma coisa que a família gosta de fazer quando está reunida. Esse momento tem a intenção de servir como um fechamento (para a criança ir “perdendo o ritmo”), uma oportunidade da criança se recompor novamente e se integrar antes do fechamento da entrevista.

A entrevista leva em torno de 20 – 30 minutos para ser aplicada e, entre 1 – 2 horas para codificar o vídeo, dependendo da complexidade do material.

Anexo D

Relatório da Pesquisa

A FUNÇÃO REFLEXIVA E A CAPACIDADE DE MENTALIZAÇÃO EM CRIANÇAS QUE SOFRERAM MAUS TRATOS

Introdução

As pesquisas científicas que abordam a temática da violência na infância e a psicoterapia frente a tais problemas ainda apresentam poucos estudos, em especial quando relacionados à forma como atua a intervenção psicoterápica. Este estudo teve como foco a função reflexiva e a capacidade de mentalização em crianças que vivenciaram situações de maus tratos, bem como a ação da psicoterapia em tais situações.

Existe concordância entre diversos autores no que diz respeito à conceituação de maus-tratos. A violência contra a criança pode ser compreendida como qualquer ação ou omissão que provoque danos, lesões ou transtornos a seu desenvolvimento. Pressupõe uma relação de poder desigual e assimétrica entre o adulto e a criança (UNICEF, 2006). Pode implicar negligência, abandono, abuso físico, emocional ou social (Weber, Viezzer, Brandenburg, & Zocche, 2002). Maus-tratos ou abusos ocorrem quando um sujeito em condições de superioridade (idade, força, poder) comete ato capaz de causar danos físicos, psicológicos ou sexuais, contrariamente à vontade da vítima ou por sedução enganosa (Sociedade Brasileira de Pediatria, Fundação Osvaldo Cruz, Ministério da Justiça, 2001). Para Azevedo e Guerra (1997), a infância vítima de violência é tão variada, quanto os meios de violentar crianças. Encontram-se infâncias pobres, exploradas, torturadas, fracassadas, vitimizadas em âmbitos que podem ser sociais, institucionais, no trabalho, na escola e na vida doméstica. Muitas crianças vítimas de maus-tratos se tornam adultos

agressores porque tendem a reproduzir seu modelo educacional de infância. Os maus-tratos contra crianças podem ser praticados pela omissão, supressão ou transgressão dos seus direitos definidos por convenções legais ou normas culturais (Gomes et al, 2002). Esses autores concluem que pais que "apanham" da vida podem acabar "batendo" nos filhos.

Existem evidências de associação entre maus-tratos infantis, sofrimento psicológico e alguns transtornos de personalidade. Para Fonagy (2000), alguns indivíduos com transtorno de personalidade são aquelas vítimas de maus tratos infantis que se recusaram a captar os pensamentos de suas figuras de apego, para evitar pensar sobre o desejo de seus cuidadores de lhes causar danos. Os indivíduos que sofreram trauma precoce podem inibir defensivamente sua capacidade de mentalizar e alguns transtornos de personalidade podem estar baseados nessas inibições. A paternidade autoritária associada com os maus tratos compromete o desenvolvimento da capacidade de mentalização do indivíduo e a organização do seu *self*. A criança vê a si mesma como carente de valor ou não digna de ser querida.

Desta forma, os maus tratos se associam com um "fracionamento" ou cisão da capacidade reflexiva. Fonagy (2000) assinala que existe um acúmulo de evidências sobre a deterioração que os maus tratos produzem na capacidade reflexiva e no sentido de *self* da criança. O reconhecimento do estado mental do outro pode ser perigoso para o *self* em desenvolvimento, pois a criança é capaz de reconhecer o ódio ou a violência dos atos de seus progenitores (1999). De acordo com o mesmo autor, existem estudos que revelam que crianças maltratadas mostram menos afeto positivo ao reconhecer a si mesmas e déficits no uso de termos sobre seu estado mental interno e em tarefas que requerem mentalização (2000).

Pode-se questionar, entretanto, se o trauma e a psicopatologia são os únicos

caminhos viáveis para o indivíduo que traz um histórico de vivência de maus-tratos. Parece necessário levantar a possibilidade de uma intervenção psicoterápica eficaz para tentar minimizar o impacto dessas experiências. Para Fonagy (1999), a capacidade de entender os estados mentais que existem por trás da conduta dos pais pode ser particularmente importante quando a criança é exposta a experiências desfavoráveis e, no extremo destas, a experiências de abuso ou trauma. Isso nos conduziu a refletir sobre as possibilidades de intervenção frente a tais situações.

Objetivos

Os objetivos do estudo foram:

- 1) Analisar os vínculos afetivos constituídos entre crianças e seus cuidadores primários, no contexto dos maus-tratos infantis;
- 2) Avaliar a possibilidade de desenvolvimento da função reflexiva e da capacidade de mentalização no processo terapêutico de crianças vítimas de maus-tratos.

Método

Para a realização da pesquisa optou-se por uma abordagem qualitativa, pautada pelo método clínico, através da realização do Estudo de Casos Múltiplos (Allones, 2004; Yin, 2003). O método clínico pressupõe duas dimensões paradigmáticas e próprias da clínica psicanalítica: a singularidade do sujeito e a contemporaneidade entre pesquisa e intervenção (Mezan, 1993; Aguiar, 2001; Eizirick, 2001; Safra, 2001; Lo Bianco, 2003; Sauret, 2003; Nogueira, 2004; Herrmann, 2004). A especificidade dessa modalidade de pesquisa é dada pela natureza das operações através das quais o psicólogo clínico aborda a conduta humana. Como afirma Mezan (1993) “O trabalho de pesquisa em psicanálise parte do singular, tenta

apreender as determinações dessa singularidade (inclusive do sujeito que assim procede), e visa extrair dela a dimensão universal que, por sua própria natureza ela contém” (p. 89).

Participantes

O estudo foi realizado com duas meninas entre 10 e 12 anos e seus respectivos cuidadores, que buscaram atendimento psicológico no Projeto Ambulatorial de Atenção à Saúde (PAAS) da Unisinos. Os responsáveis interessados no atendimento psicológico para as crianças preencheram uma ficha cadastral própria da instituição. A seleção dos casos ocorreu através da busca de arquivos disponíveis na clínica-escola, sendo criteriosamente examinadas as fichas preenchidas para atendimento na instituição. Buscou-se selecionar pacientes com indicadores de vivência de maus tratos, considerando o motivo do atendimento mencionados nas fichas.

Procedimentos de Coleta e Análise dos dados

A coleta de dados foi realizada no PAAS e ocorreu conforme descrição abaixo:

Com os cuidadores:

-Contato para realização da entrevista inicial, esclarecimento dos objetivos e da participação na pesquisa, combinações necessárias e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo A);

-Entrevistas individuais semi-estruturadas, para identificar de forma mais detalhada o motivo da busca de atendimento e levantar os dados da Anamnese (história de vida das crianças e história clínica);

-Entrevista de Devolução;

-Entrevistas quinzenais e/ou mensais para acompanhamento do processo psicoterápico.

Com as crianças:

-Entrevistas sob a forma de hora do jogo (Aberastury, 2007);

-Aplicação do Teste das Fábulas - (Cunha & Nunes, 1993): utilizado por ser um instrumento útil para compreensão do diagnóstico psicodinâmico. Permite identificar os conflitos centrais organizadores da personalidade, além de ser um indicador da natureza das relações entre a criança e seus pais ou cuidadores;

-Aplicação do *Manchester Child Attachment Story Task – MCAST*, com o objetivo de avaliar a capacidade de mentalização da criança, assim como identificar indicadores do tipo de apego da criança em relação ao principal cuidador. A versão utilizada foi adaptada da proposta por Green, Stanley, Smith e Goldwyn (2000). A criança completou histórias e, para construir suas narrativas, escolheu um boneco que a representasse e outro que representasse seu principal cuidador. O instrumento é composto por 5 vinhetas e sua aplicação durou, aproximadamente, 40 minutos (Anexo C);

-Psicoterapia visando à análise das 20 primeiras sessões de atendimento no que diz respeito ao desenvolvimento da capacidade de mentalização, com duração aproximada de 6 meses;

-Reaplicação dos testes e procedimentos de avaliação.

Todas as entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas.

Caracterização dos casos:

Caso 1 – Cristine, sexo feminino, 12 anos, cursando a 7ª. Série do Ensino Fundamental, sua cuidadora é a sua avó, Sra. Carmem, 56 anos.

Caso 2 – Anne, sexo feminino, 10 anos, cursando a 5ª. Série do Ensino fundamental, sua cuidadora é sua mãe, Sra. Carla, 29 anos.

Atendimento Psicoterápico:

Foram realizadas 37 sessões no caso Cristine, e 31 sessões no caso Anne.

As etapas seguidas para a análise dos dados foram baseadas no modelo de proposições teóricas de Yin (2005):

1º. Passo: todas as entrevistas foram gravadas e transcritas;

2º. Passo: os dados coletados através dos instrumentos foram interpretados e analisados com base nas instruções correspondentes;

3º. Passo: foi realizada uma descrição abrangente de cada caso, organizada de forma **cronológica** (seguindo os eventos importantes da História de Vida e da História Clínica do Caso) e **temática** (identificando os **aspectos relevantes das situações de violência sofridos** pela criança; uma **síntese do processo psicoterapêutico**, identificando especialmente as seguintes categorias: **“percepção do próprio funcionamento mental”**, **“percepção e identificação dos sentimentos e pensamentos das outras pessoas”** e **“representação do self”**; e identificando a **capacidade de mentalização** no início da psicoterapia e após as 20 sessões);

4º. Passo: foi utilizada a técnica de Construção da Explicação (Yin, 2003), com o objetivo de analisar exaustivamente os dados de cada Estudo de Caso e construir uma explicação sobre o mesmo. Todos os dados (sessões de psicoterapia e testes) e resultados foram

integrados na compreensão geral das hipóteses acerca da capacidade de mentalização e sua evolução ao longo da psicoterapia;

5º. Passo: foi utilizada a técnica de Síntese de Casos Cruzados (Yin, 2005), com o objetivo de confrontar os resultados obtidos na análise de cada caso em particular, identificando convergências e divergências e buscando, desta forma, evidências que auxiliassem a identificar ou não a possibilidade de desenvolvimento da capacidade de mentalização no processo psicoterapêutico.

Procedimentos Éticos

Esse estudo é parte do projeto de pesquisa “Vínculos afetivos como fator de resiliência ou de vulnerabilidade nas transições familiares”, coordenado pela prof^a. Dr^a. Vera Regina Röhnelt Ramires. Foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da UNISINOS e aprovado, de acordo com a resolução 036/2006 (Anexo B).

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi lido e assinado por pelos cuidadores responsáveis pelos pacientes. Tal termo encontra-se no anexo A deste relatório.

Resultados e Discussão

A Tabela 1 sintetiza a descrição das participantes.

Tabela 1 – Descrição dos participantes

<i>Participante</i>	<i>Cristine</i>	<i>Anne</i>
Motivo da Consulta	Retirada da guarda dos pais biológicos, a mãe não mostra interesse pela filha e o pai está internado por dependência química	Recusa em conviver com o pai nos dias de visita, os pais são separados. Vivência de violência doméstica desde bebê
Renda familiar	R\$ 1.000,00	R\$ 800,00
Idade da mãe	32 anos	29 anos
Idade do pai	33 anos	42 anos
Ocupação da mãe	Do Lar	Empregada Doméstica
Ocupação do pai	Vigia e marceneiro	Trabalhador da construção civil
Grau de instrução da mãe	Ensino Médio	Ensino Fundamental Incompleto
Grau de instrução do pai	Ensino Fundamental Incompleto	Ensino Fundamental Incompleto
Número de irmãos	05	01
Com quem reside	Com avós e dois de seus irmãos	Com a mãe, padrasto e irmão e um filho do padrasto

O número de encontros variou de acordo com a especificidade de cada caso, o que pode ser constatado na Tabela 2.

Tabela 2 – Organização dos encontros

	<i>Caso 1 – Cristine</i>	<i>Caso 2 – Anne</i>
Período de Atendimento	De maio a dezembro de 2008	De julho de 2008 a janeiro de 2009
Entrevistas de avaliação:		
- com a criança	04	03
- com o cuidador	04	04
Sub total	08	07
Sessões de psicoterapia	22	19
Sessões de acompanhamento com o(s) cuidador (es)	07	05
Total de atendimentos	37	31

A Tabela 3 apresenta os resultados obtidos, nos dois casos, em relação aos indicadores do tipo de apego de cada criança, por meio do *Manchester Child Attachment Story Task – MCAST*.

Tabela 3 - Indicadores do tipo de apego obtidos na 1ª aplicação do MCAST:

Padrão de apego na vinheta	Escolha do Cuidador	Vinheta 1	Vinheta 2	Vinheta 3	Vinheta 4	Vinheta 5
		Cristine	Avó	Inseguro ambivalente	Inseguro ambivalente	Inseguro ambivalente
Anne	Mãe	Inseguro altamente evitativo	Seguro com elementos de restrição ou evitação	Inseguro altamente evitativo	Seguro com elementos de restrição	Inseguro evitativo

Na segunda aplicação do MCAST os resultados obtidos foram os seguintes:

Tabela 4 - Indicadores do tipo de apego obtidos na 2ª aplicação do MCAST:

Padrão de apego na vinheta	Escolha					
	do Cuidador	Vinheta 1	Vinheta 2	Vinheta 3	Vinheta 4	Vinheta 5
Cristine	Avó	Seguro	Seguro	Inseguro ambivalente	Inseguro ambivalente	Inseguro altamente evitativo
Anne	Mãe	Inseguro ambivalente	Seguro	Seguro	Seguro com elementos de restrição	Seguro

A seguir, uma síntese de cada um dos Estudos de Caso é apresentada.

Caso 1 – Cristine – O temor à repetição transgeracional

Cristine é uma menina de 12 anos, estudante da 7ª. Série do Ensino Fundamental. Vive com sua avó paterna, Sra. Carmem, de 56 anos, e com o segundo marido dessa, Sr. José, de 48 anos, a quem chama de “avô”. Quem procura o atendimento é a avó, que comparece às entrevistas iniciais e relata o histórico familiar. Na mesma casa residem ainda dois irmãos menores de 10 e 8 anos. A Sra. Carmem procurou atendimento para os três netos na clínica escola por entender que eles necessitavam de ajuda psicoterápica em função de difíceis situações vivenciadas, principalmente por terem sido separados dos pais. A guarda das crianças está sob responsabilidade da avó por determinação judicial.

Antecedentes Familiares

A Sra. Carmem recorreu ao Conselho Tutelar e as crianças foram afastadas dos pais biológicos porque o pai é dependente químico e, quando ocorreu a busca pelo atendimento, ele se encontrava internado numa fazenda de recuperação. Segundo informações da avó, o pai é dependente principalmente de *crack* e maconha. A mãe de Cristine já teve nove companheiros depois da separação e atualmente vive com um ex-presidiário, suspeito de ligação com tráfico de drogas. Cristine sente vergonha da mãe. Isso é exemplificado pela avó que diz que, se a menina passa na frente da casa da mãe, costuma se esconder abaixando-se no do carro dos avós, para não vê-la. A menina refere que, se a mãe aparecer na escola, vai se esconder. *“Se eu ver ela, vou me esconder, não quero que ninguém a veja também”*.

Cristine mantém contato esporádico com sua mãe e com seu pai. A paciente foi “dada” à avó desde os quatro meses de vida, devido à situação de precariedade dos pais, que “passavam necessidades”. Os pais ameaçavam que, se a avó não fosse buscar a criança, iriam enviá-la para um estado do Nordeste, onde mora a família da mãe, numa situação de muita pobreza. Porém, Cristine não ficou continuamente sob os cuidados da avó, indo e vindo da casa dos pais por várias vezes.

No primeiro encontro, a avó tentou omitir o fato dos netos vivenciarem algum tipo de violência familiar. Porém, num segundo momento, admitiu que as crianças já conviveram com muitos padrastos e foram espancadas em algumas ocasiões. Relatou que as crianças também apanharam dos pais biológicos. Solange, mãe das crianças, tem um histórico de escolha de companheiros que a maltratam e muitas das cenas de violência foram assistidas pelas crianças. Por considerar a situação intolerável, a avó solicitou a guarda das crianças. A avó pensa que a mãe biológica não é um bom modelo de mãe, refere

que Solange tem atitudes e se veste como “prostituta”. Os pais de Cristine se conheceram em outro estado, eram bem jovens, tinham entre 20 e 21 anos e a gravidez ocorreu logo no início do relacionamento. O pai tentou livrar-se do compromisso, mas dona Carmem fez com que seu filho assumisse a gravidez.

Cristine vivenciou negligência e violência doméstica desde a época em que os pais estavam juntos. Era colocada ao telefone para dizer à avó que passava fome e solicitar ajuda. Quando seus pais se separaram, sua mãe fugiu para outro estado levando Cristine e seus irmãos. Na ocasião, passou a viver com um novo companheiro, Mário, que maltratava as crianças, com surras de cinta. Frequentemente, Solange era espancada por esse companheiro e as crianças assistiam tais cenas. Inclusive, existe uma suspeita de abuso sexual em relação ao irmão menor da paciente, hoje com oito anos de idade. Esse padrasto era bem jovem, costumava “dar banho” nas crianças diariamente, com o consentimento da mãe. Cristine até hoje refere para a avó que sentia “vergonha” de ter que tomar banho com ele e ficava “de costas” para o padrasto. O fato repetiu-se até que ela tivesse uns 9 anos de idade. Se ela não fosse para o banho, apanhava. A avó fez tentativas de intervir na situação, tentou proibir os banhos, mas a mãe das crianças achava que era uma situação “normal”, sendo ela que ordenava que o seu companheiro desse banho nas crianças. Esse padrasto também era usuário de drogas. A mãe e o padrasto costumavam assistir filmes pornográficos com as crianças. Na fala da paciente, *“o Mário pegava o relógio e marcava o tempo para a gente comer com o chinelo na mão, compravam coisas e era só pra eles, coisas que só os adultos podiam comer, então, eu comia escondido, o Mário e a mãe tinham uma cama boa e pra nós colocavam uns panos no chão. A vó era tipo uma Supernani pra gente!”*. O episódio também é trazido nos relatos da avó que confirma que o casal ficava bem acomodado numa cama confortável e as crianças dormiam em cima de

uma esponja fina e úmida, apenas uma esponja pequena para os três. “*Eles passavam frio*”, diz dona Carmem. O padrasto de Cristine, na época, mostrou para a avó a cinta com que batia neles. Então, a avó quis trazer as crianças para sua casa, mas o casal não consentiu.

Os dados relativos ao desenvolvimento Cristine são trazidos pela avó na Entrevista de Anamnese. Cristine nasceu de cesariana com 3.800 Kg, foi um bebê saudável, amamentada no peito até os quatro meses. A mãe Solange relutava em dar o peito, era necessário que alguém a lembrasse ou levasse a criança até ela, depois mandava levarem a criança de volta. O bebê mamou até quatro meses e o desmame ocorreu quando veio morar com a avó em São Leopoldo. “*Quando era bebê mamava a noite inteira, até os seis meses, o médico mandou dar chá, eu deixava pronto e ela mesma pegava e tomava... sozinha!*”, diz a avó. Sobre as doenças que teve, quase não foi levada ao médico porque a avó costumava “curar tudo” com chás.

O pai de Cristine, Carlos, é descrito como o “*filho que mais deu trabalho*”. Sumia de casa, não gostava de estudar, tinha um inconformismo em ser pobre, é usuário de drogas desde os 15 anos, embora a família só tenha sabido do fato quando ele já tinha 30 anos. Quando criança, apanhou muito do padrasto, atual marido de dona Carmem. Atualmente, Carlos tem uma nova família e mais três filhos com a nova companheira. Essas crianças também vivenciam situações de maus tratos. Quanto à mãe de Cristine, ela também teve vivências de negligência e abandono. Era filha de uma mulher que pedia esmolas na rua e que costumava “dar” os filhos que nasciam. Solange foi adotada por uma família, sofreu maus tratos e, na adolescência, foi estuprada por duas vezes por um cunhado e um irmão adotivo.

Embora a avó relate que ela e seu esposo tentam criar os netos sem castigos físicos, Cristine conta que o avô já bateu nela e nos irmãos algumas vezes. Diz que isso não ocorre

com muita frequência e que o avô sempre menciona que evita bater porque “*se bater, vai machucar*”. Apesar de todas as queixas em relação ao ambiente de brigas na casa dos avós paternos onde reside, Cristine ainda refere que é melhor estar com os avós do que com seus pais biológicos.

A condição econômica da família parece ser razoavelmente boa. Diferentemente do que foi informado pela avó, percebe-se que a renda familiar não deve ser muito baixa, porque a família tem acesso a diversos bens de consumo, tendo em casa dois computadores com *internet*, vídeo game com mais de 30 jogos, aparelhos de DVD com karaokê, três televisores, carro e moram numa casa própria de dois andares. Na clínica escola, a avó tem acesso à psicoterapia para ela própria, para os três netos, atendimentos com nutricionista, além de usufruir serviço jurídico gratuito em outro setor da universidade.

Com o pai, depois que ele saiu da clínica, Cristine conta que tem uma relação conflituada, eles discutem, o pai costuma censurar suas roupas, dizendo que são muito curtas, muito decotadas e que a avó não sabe educá-la. Ele diz que, se continuar assim, ela vai engravidar logo. Cristine fica aflita no meio das brigas da avó e de seu pai, ora defende a avó, ora briga com a avó, acha que seu pai é ingrato e que não reconhece que a avó sempre o ajuda. Às vezes pede que a avó “*largue o pai de mão*”.

Na casa dos avós, o ambiente descrito pela paciente é de muita briga, entre os irmãos e entre os avós e os netos. Cristine tem um confronto direto com a avó, que costuma compará-la com sua mãe em diversas coisas: na maneira de se vestir, nas conversas, nos “desaforos” ditos para a avó. “*Parece que estou vendo a mãe dela na minha frente*”, diz a avó. A paciente gostaria que sua avó tivesse um pouco mais de paciência, mas reconhece que também lhe falta paciência com os irmãos mais novos, chegando algumas vezes a bater neles. O avô já deu algumas surras nos netos, inclusive em Cristine. Essa informação sobre

muitas brigas e discussões só aparece na fala da paciente, pois é omitida pela avó, que dá a entender que o clima é harmonioso. Um dos motivos das discussões é o controle da comida. Os avós costumam controlar a quantidade de comida que Cristine põe no prato, alegando que ela pode engordar se comer demais. A avó já relatou que acreditava que a neta pudesse ter bulimia, “*igual ao que já viu nas novelas de TV*”. Porém, a paciente tem 1,64 m e pesa 47 Kg. O avô acha que ela deveria pesar no máximo uns 40 ou 41 Kg. A avó refere que sua preocupação é evitar que a neta engorde como aconteceu com ela na medida em que foi ficando mais velha.

Sobre a avaliação inicial

O **Teste das Fábulas** de Cristine permitiu identificar que muitas das ações relatadas não estavam adaptadas ao conteúdo da fábula, apresentando características ambivalentes, passivas, inseguras. Quando a ação era ativa, aparecia deslocada. O enredo mostrava a tentativa de buscar solução independente e sem ajuda. Os personagens que predominantemente apareceram foram a figura materna, figura paterna ou outro familiar. Mas apareceu medo em relação a essas figuras. Os desfechos das histórias também foram ambivalentes. Suas fantasias são de abandono, privações, castigos, punições, auto-agressão e agressões deslocadas para o ambiente. Apareceu apenas uma vez a fantasia de reparação. Os estados emocionais são de indiferença, apagamento, tristeza, ansiedade, ambivalência e rebeldia. Quanto às defesas apareceram bloqueios, introjeção, projeção, formação reativa, deslocamento e apenas uma tentativa de reparação.

Chamou atenção a ausência de respostas populares no protocolo do teste das Fábulas de Cristine, caracterizando uma desconformidade social. Isso poderia estar

associado a uma não internalização de normas ou regras ou à oposição as mesmas, ou ainda à existência de importantes conflitos que poderiam ter interferido nas suas respostas.

A presença de respostas não adaptadas ao conteúdo de algumas Fábulas (2 e 8) é sugestiva de dificuldades importantes relacionadas ao conflito edípico. Ele parece ser negado ou não pode ser vivenciado em condições “normais” devido às dificuldades e conflitos das figuras parentais, o que se deduz do conteúdo das histórias apresentadas.

Há indícios de conflitos relacionados a ambas figuras parentais, que não são sentidas como referências significativas ou alguém com quem possa contar (não dá o objeto para a mãe na fábula 7; é o tio, um representante paterno, quem morre na fábula 4). Os conteúdos que surgem são relacionados a conflitos, rompimentos, perdas (traição na F2, separação, perda da casa ou morte na F9). Parece haver fantasias inconscientes de culpa e de necessidade de castigo, autopunição (na F10 vai para o inferno).

Em síntese, parecem predominar vivências de perda e privação, fantasias de abandono que geram comportamentos de rebeldia e oposição. A agressão parece deslocada para o ambiente, havendo fantasias de culpa e punição. Hipoteticamente, pode-se pensar na possibilidade de uma tendência anti-social.

Na primeira aplicação, antes do início da psicoterapia, o resultado do **Manchester Child Attachment Story Task (MCAST)** apontou para indicadores de apego inseguro ambivalente em todas as vinhetas. As situações de angústia mobilizadas pelas histórias foram resolvidas mediante estratégias que sinalizaram para esse tipo de apego inseguro.

Vinheta 1 - Estratégia insegura ambivalente. Não há alívio da angústia (termina a história resolvendo o problema sozinha: orando). Narrativa pobre, sem profundidade e riqueza de detalhes. A mentalização é falha, não identifica o estado psicológico dos personagens.

Vinheta 2 – Estratégia insegura ambivalente. Narrativa pobre, sem acolhimento da angústia. Elementos de raiva, xingamentos. Não há acolhimento, interação, afeto. A mentalização é falha, não identifica o estado psicológico dos personagens.

Vinheta 3 – Estratégia insegura ambivalente. Narrativa confusa, com elementos de desorganização. A capacidade de mentalização é falha.

Vinheta 4 – Estratégia insegura ambivalente. Narrativa confusa e pobre. Presença de muitos elementos de agressividade e conflito na relação com o avô. Nenhuma capacidade de mentalização.

Vinheta 5 – Estratégia insegura ambivalente. Narrativa confusa, com muitos elementos de desorganização. Interação com cuidador caracterizada por raiva, xingamentos, pouco calorosa. Angústia negada. A capacidade de mentalização é falha.

Constatou-se, portanto, que os vínculos afetivos de Cristine eram caracterizados pela insegurança e incerteza a respeito da disponibilidade dos objetos e da sua capacidade de atendê-la nas suas necessidades. A compreensão do comportamento das pessoas, e do seu próprio, tendo em vista os possíveis estados mentais subjacentes se mostrou limitada, apontando para uma capacidade de mentalização reduzida no início da psicoterapia.

Sobre a psicoterapia

No processo psicoterápico, Cristine, assim como sua avó, revela-se bastante falante, um pouco ansiosa, mas cooperativa e motivada para o atendimento. Mostra-se tímida apenas no início. Cristine tem a pele morena clara, é alta e magra, tem cabelos castanhos ondulados, olhos castanhos e um sorriso que lembra uma criança pequena. Desde a primeira entrevista, mostrou que gosta de desenhar, preferencialmente pessoas, roupas e paisagens. Desenhos de figuras humanas e de vestidos de festa são seus preferidos e

costuma assinar com um pseudônimo as suas “criações”, revelando que sonha ser estilista um dia. Fala de suas preocupações com o rendimento escolar, sempre temerosa de alguma recuperação. Eventualmente, apresenta alguma nota baixa, mas desprende grande esforço para recuperá-la. Parece que sua vida escolar está relativamente preservada. Primeiro ela não estuda, depois se assusta com as notas, então “*corre atrás*” e sempre consegue se sair bem no final. Tem poucos amigos, apresenta dificuldades de relacionamento na escola, tanto com colegas quanto com professores, parece ser difícil confiar nas pessoas. Apresenta muita queixa de seus professores. Há algum tempo atrás sua avó sempre era chamada na escola porque a neta se metia em brigas e discussões. Esses conflitos geralmente não eram de confronto físico, mas sim verbais. Porém, diz que agora parou de brigar e melhorou muito sobre isso. Participa das aulas de teatro na escola, dizendo ser uma das atividades que mais gosta. Além de desenhar, interessa-se por jogos, principalmente o Jogo da Vida que escolhe em diversas sessões. Mostra-se esperta, inteligente e bem humorada.

Nessa fase inicial do atendimento, a paciente é estimulada a pensar sobre suas experiências e vivências sempre que se refere às dificuldades que enfrenta, principalmente no que diz respeito aos seus vínculos. De acordo com Bateman e Fonagy, a fase inicial da psicoterapia é um período de acesso à capacidade de mentalização do paciente e de observação quanto ao engajamento do mesmo ao tratamento. Portanto, parece ser uma etapa em que é importante estimular a habilidade de mentalização. Mentalizar implica focar o estado mental próprio e o do outro, particularmente para explicar e compreender seus comportamentos (Bateman & Fonagy, 2006).

Numa das sessões relatou que já pensou em ser presidente do país e quando foi perguntado o que gostaria de fazer ocupando esse cargo, ela respondeu: “*ah... essa coisa de bandido... tinha que criar mais formação para policiais, eu mudaria as coisas de*

corrupção e de maconheiros. O Brasil tinha que ser igual aos EUA, não deixar entrar, reforçar a segurança dos aeroportos". Ela se referia ao tráfico de drogas. Sentia tristeza pelo fato do pai ser usuário de drogas, dizia que estava cansada de esperar ele melhorar, contava que chorava de tristeza, às vezes. Relatou também episódios em que ficou muito assustada ao assistir o pai se drogando, teve medo da reação dele por estar drogado. "*Senti raiva e medo*", disse a paciente.

Da sua mãe, falava com alguma mágoa, contando que, quando estava com a mãe, a "*mãe saía e deixava a gente dormir na casa da amiga dela, eu não queria que ela saísse, ela dizia que me dava um presente, uma blusa, fazia esse tipo de coisa que eu acho que mãe não tem que fazer, mania de xingar a gente*". Completava: "*A mãe gosta é de festa*". Acredita que a mãe não se preocupava com os filhos porque sabia que a avó cuidaria deles. "*Hoje a minha família é a vó, o vô e os meus irmãos*". Dizia que já se "*acostumou*" com o fato da mãe não participar da vida deles, não ir à escola, por exemplo. "*Eu não dou mais bola*".

Os sentimentos pareciam ser confusos em relação aos pais. Parecia estar muito claro que Cristine tinha dificuldade de se conectar com seus sentimentos e também compreender o estado mental do outro. Isso se explica em parte pela instabilidade e insegurança experimentada nos vínculos da paciente com seus pais. Para Bateman & Fonagy (2003) a experiência de segurança no contexto de um relacionamento emocional é essencial para o desenvolvimento de um senso autônomo de *self*.

Cristine dizia que não se importava, mas algumas vezes mencionava que gostaria de mostrar o boletim para os pais. Em outro momento, fazia críticas ao comportamento da mãe, referindo que ela vivia trocando de homens. Outras vezes, achava que a mãe não tinha sorte. Do pai tinha boas lembranças do tempo em que era menor e o pai costumava brincar

com eles, mas diz que tudo mudou depois que nasceram os irmãos do segundo casamento do pai. *“Agora ele acha que a gente já cresceu e não precisa mais”*. *“O pai não é exemplo pra ninguém, ele não cuida da gente, nem deve dar opinião”*. *“Ele só sabe fazer filho”*.

No decorrer das sessões de psicoterapia Cristine começou a falar de forma clara sobre suas brigas em casa, principalmente das brigas que tem com a avó. Nas brigas com a avó, essa manda que Cristine vá morar com sua mãe. A paciente refere: *“eu digo que vou, mas não quero ir”*. Durante as brigas, a avó costuma chamá-la de *“monstro”* ou *“Solange II”*, referindo-se ao fato de achá-la parecida com a mãe. *“Eu não gosto disso”*, afirma Cristine. *“Às vezes, tenho vontade de dormir e não acordar mais”*. Fala de idéias suicidas, dizendo que já pensou em se jogar de um muro, pegou uma faca e pensou em usá-la para se matar. Outra vez, preparou um chá bem forte de folhas, pensou também em tomar veneno de rato e remédios, mas faltou coragem. Dizia: *“Às vezes, penso que sou louca”*. Mostra marcas no corpo que já fez com ponta de lápis ou lâmina de barbear. Costuma se cortar em alguns momentos. Sentia-se confusa e tinha dores de cabeça. Como os avós costumavam controlar sua alimentação, ela costumava comer escondido. Eram doces, latas de leite condensado ou brigadeiros que escondia no freezer e comia depois que todos iam dormir. Na casa dos avós, as mensagens eram contraditórias, eles diziam que ela não precisava comer escondido, ao mesmo tempo em que controlavam o quanto de comida ela servia no prato, costumando reprimi-la, sempre dizendo que iria ficar gorda e que já estava ficando gorda. Então, ela servia pouquíssima comida no prato, aí eles se mostravam preocupados. Mais tarde ia comer escondido e achava engraçado quando contava esses fatos.

Durante a psicoterapia, a paciente parece ter tido compreensão de vários processos de sua história, principalmente no que se refere à história familiar, às repetições transgeracionais e à forma como se estabelecem os vínculos. Inicialmente, parecia haver

uma negação em relação à situação vivenciada. Por exemplo, o fato de viver na casa de sua avó, para ela era definido como uma escolha. *“Eu moro com a vó porque eu quero, sempre gostei da minha avó”*. Mas apareciam contradições: *“Quando eu era pequena eu não gostava da vó porque eu ouvia as coisas que a mãe dizia”*. Estava também numa posição distante de reconhecimento dos sentimentos que sentia por suas figuras cuidadoras, ficando um pouco assustada quando pôde perceber os sentimentos de raiva que acabou reconhecendo sentir por esses adultos a sua volta. A ambivalência de sentimentos estava presente o tempo todo. Ao mesmo tempo em que censurava o jeito da mãe, ela costumava vestir-se de forma parecida, usando roupas curtas, com muitos brilhos, saltos altos, decotes e, às vezes, usando maquiagem bem carregada. Quando isso vinha à tona na sessão, ela respondia que não tinha nada demais e dizia que acreditava que *“a mãe se veste muito bem”*. Geralmente, esse tipo de roupa que ela usava eram presentes dados por sua mãe. Noutro momento, chegou a expressar com clareza: *“os modelos que eu tenho não são bons”*. Ao mesmo tempo, parecia que tinha uma dúvida sobre seguir ou não esses modelos. Foi trabalhado na psicoterapia o fato de que ela ainda tem tempo para decidir as coisas da vida dela, diferente dos pais que já fizeram muitas escolhas.

Depois de alguns meses de psicoterapia, percebe-se uma mudança de postura da paciente. Ela completou treze anos seis meses depois do início do atendimento. Já não lembrava mais uma criança como antes, quando vinha vestida com roupas infantis, abrigos, tênis cor de rosa e roupas estampadas com motivos infantis. Cada vez mais lembrava uma adolescente, até com certo exagero no vestir, como muitos brilhos e maquiagem algumas vezes. Não se interessava mais por brinquedos ou jogos. Numa determinada sessão, Cristine sentou na poltrona de atendimento para adultos e permaneceu ali até o final do trabalho, mostrando interesse em conversar frente a frente.

Para se compreender o estado emocional e o comportamento de Cristine é importante lembrar que ela é uma menina que não foi planejada, os pais eram jovens, tiveram dificuldades para assumir a gravidez, inclusive para prover o sustento da filha. De forma geral, para compreender a dinâmica do caso, é preciso tentar compreender o funcionamento familiar como um todo. O papel dos avós como substitutos paternos necessita ser levado em conta. De um lado, Cristine tem pais incapacitados para exercer a função de cuidadores e de outro lado, tem os avós e suas motivações para assumir o cuidado das crianças. Chama a atenção o fato de a criança ter sido “dada” para a avó desde os quatro meses de vida, mas ainda assim não permaneceu em um único lugar, com cuidadores fixos. Ao contrário, morou um pouco com a avó, voltou para a casa materna, conviveu com seus pais biológicos por algum tempo, depois teve vários padrastos, companheiros da mãe. E finalmente retornou para a casa dos avós.

Cristine é descrita pela avó como uma boa menina, obediente, estudiosa e carinhosa. Por outro lado, existem queixas em relação à neta, que também é descrita como “rebelde, teimosa e malcriada”. A avó acredita que é mais fácil lidar com os meninos. O caso deixa claras as repetições transgeracionais, principalmente nas questões das escolhas e das violências vivenciadas. A história de violência perpassa gerações e também é parte da vida das pessoas que vêm se agregar a essa família. Faz pensar na forma como as pessoas se escolhem, se vinculam e descobrem que têm similaridades. Dona Carmem também foi espancada quando era criança. Solange foi abandonada e “dada” por sua mãe mendiga e também “deu” sua filha para a sogra. O cenário familiar traz um emaranhado de relações complexas, ambíguas e principalmente, marcadas pela violência. Assim, surgem as “profecias” familiares em relação a Cristine. A avó insistentemente a compara com sua mãe Solange, “prevê” e teme que Cristine se comporte como a mãe e repita as vivências

maternas. O pai “prevê” que ela possa engravidar aos doze anos. Qual seria a possibilidade de a pequena paciente “escapar” desse destino que já vem sendo esperado e previsto pelo seu meio familiar?

Cristine também se queixa da avó freqüentemente. Percebe-se que as queixas são mútuas. Ela se refere a avó como uma pessoa “*briguenta e sem paciência*”. Fica muito claro que não existe uma escuta adequada entre elas. Na fala da paciente “*A vó tem que ter mais paciência, a gente tá aprendendo, a gente é criança!*”.

A “percepção do próprio funcionamento mental” de Cristine parecia muito limitada nas sessões iniciais de psicoterapia. Descrevia-se como ansiosa e “*briguenta*” na escola, mas parecia longe de ter a percepção de que esses comportamentos derivavam de uma dinâmica presente na sua história familiar. Aparecia clara dificuldade de mentalização, com a ausência da percepção de estados emocionais subjacentes ao comportamento das pessoas, conforme descrito por Fonagy e Bateman (2003). Mostrava o desejo de mudança. Quando era questionado o que exatamente queria mudar, ela referia: “*Ah, parar de ficar brigando, eu sei que eu não tô certa, eu tô errada. É que, às vezes eu sou bem insuportável assim*”.

Sobre a situação de dependência química do pai, a paciente dizia que sentia tristeza sobre tal fato. Da mesma forma, sentia-se triste ao reconhecer que a mãe parecia não se importar com os filhos, acrescentando que ficava magoada e chorava. Na verdade, Cristine parecia experimentar uma confusão de sentimentos em muitos momentos. Isso explica a ambivalência que prevalecia em termos de pensamentos e sentimentos. Por exemplo, mostrava ambigüidade freqüentemente em relação à sua avó. Não tinha dificuldade em reconhecer os sentimentos de raiva que experimentava. Isso ocorria em relação à avó, aos irmãos, aos pais, aos colegas de aula e aos professores.

Cristine se comportava como alguém que briga, dentro e fora de sua casa, nos relacionamentos sociais. Fonagy e Bateman (2003) referem que, sob condição de negligência crônica e insensibilidade, a instabilidade do *self* resulta primeiro em raiva e depois em agressão, a qual é freqüentemente evocada por causa da negligência parental repetida que se torna incorporada na estrutura do *self*.

Por muitas vezes, a paciente mostrou-se confusa como quando falou sobre os modelos que tinha à sua volta, confundindo duas frases: “*Eu não tenho nenhum amigo que não dê mau exemplo*”. Quando é questionada sobre a frase pronunciada, ela corrige: “*Eu não tenho nenhum amigo que seja um mau exemplo*”. Sobre os modelos familiares, ela dizia: “*a metade dos modelos não presta, não são modelos a seguir. Tem os exemplos que eu não posso seguir, ou eu mesma ver o que eu posso fazer ou não posso fazer*”. Em outro momento dizia: “*A minha família, em geral, é uma porcaria porque só tem problema*”. Dos aspectos que se mostraram relativamente preservados na vida da paciente, pode-se exemplificar o seu desempenho escolar. Esse desempenho geralmente era satisfatório, tendo planos de estudar e ter uma profissão futuramente.

Quanto à “percepção dos sentimentos e pensamentos de outras pessoas”, Cristine gradativamente foi reconhecendo as tentativas de mudança da avó e do avô, demonstrando interesse em compreender esse processo. Chegou a contar que os avós lhe chamaram para uma conversa e perguntaram o que ela pensava que tinha que mudar em casa, como ela agiria se tivesse uma filha adolescente. Exemplificava dizendo que a avó cuidava dela e dos irmãos, dava remédio, levantava à noite para ver se não estavam com frio. A avó também se preocupava com a vida escolar, ia até a escola, participava das reuniões. Cristine reconhecia que preferia ficar com sua avó, apesar das brigas e conflitos. Numa sessão relatou que a mãe lhe confidenciou que pretendia “*se matar porque não conseguiu um*

emprego que queria muito". Quanto questionada sobre o que pensava e sentia sobre isso, Cristine disse que era capaz de compreender que a mãe pensou nisso provavelmente porque sentia tristeza, assim como ela que, às vezes, tem vontade de dormir e "*não acordar nunca mais*". No contexto dos maus-tratos, segundo Fonagy e Bateman (2003), a criança pode fechar sua mente para as mentes em geral e para a sua própria, para não ter que se deparar com o ódio ou as intenções de feri-la do cuidador. A criança pode continuar procurando a proximidade física, mas se torna distante emocionalmente. É como se precisasse evitar a ameaça percebida na hostilidade do outro.

Sobre a "representação do *self*", considera-se que a paciente pôde desenvolver alguma noção de si mesma e de sua história, com sentido de continuidade da mesma. Cristine mostrou isso ao reconhecer-se inserida num contexto familiar, ora cuidador, ora conflitivo e de ver-se como alguém que lutava para diferenciar-se desses modelos. Começou a mostrar alguma capacidade de escutar e compreender o outro. O avô é alguém a quem Cristine parecia ouvir com atenção. A paciente fez diversas conexões entre as falas do avô em casa e os conteúdos abordados nas sessões, principalmente sobre as sugestões do avô para que ela estude e pense em seu futuro. Ao final da intervenção terapêutica, parecia melhor desenvolvido um senso coerente de *self*, sendo capaz de reconhecer alguns de seus sentimentos e reorganizá-los. Reconhecia quando estava confusa, com raiva ou triste. Referiu-se: "*eu não consigo ficar braba muito tempo*" e "*depois que passa a raiva eu acabo esquecendo*". Porém, apresentava limitações dessa percepção. Holmes (2006), referindo-se às condições do desenvolvimento normal, refere-se aos fenômenos transicionais, especialmente nas interações em espelho entre o cuidador e a criança, que aparecem como base para a construção de um adequado senso de *self*. Provavelmente a

função reflexiva no sentido desse espelhamento adequado entre a criança e seu cuidador foi bastante falha no desenvolvimento de Cristine.

A estratégia psicoterapêutica foi baseada na contínua clarificação e nomeação de sentimentos e pensamentos trazidos para o aqui e agora de sua vida e da sessão. A tentativa era que ocorresse um reconhecimento de seus estados mentais, compreendendo os sentimentos no contexto dos relacionamentos prévios e presentes, conforme as contribuições de Fonagy e Bateman (2003). A psicoterapia é designada a ajudar a estabelecer a capacidade reflexiva, propiciando um espaço onde o paciente possa se sentir seguro e atendido em sua necessidade de ser ouvido e compreendido, não julgado. Somente assim ele estará em posição de refletir sobre seus próprios sentimentos (Holmes, 2006).

Cristine teve alguns progressos importantes na evolução da capacidade de mentalização, começando a avaliar os próprios sentimentos e os das outras pessoas. Obteve algumas compreensões importantes acerca do próprio funcionamento mental, principalmente ao evidenciar uma nova percepção sobre suas vivências, como se pode constatar nos exemplos que seguem. No início do trabalho terapêutico, não se considerava “*deprimida*” ou “*traumatizada*”, apesar de tudo que passou. Posteriormente, pediu para retirar o que disse, trazendo uma nova visão sobre sua situação: “*Eu entendo que possa ter me atrapalhado essa coisa, eu posso ter tido um trauma*”. “*E tive*”, ela completou. Ficou também evidente o seu desejo de construir uma história de vida diferenciada da de seus modelos. Mencionou reiteradamente o desejo de não repetir esses modelos, dizendo que muitos exemplos na família não são bons modelos a seguir. Na 19ª sessão, quando lembrava como era ruim apanhar, ela concluiu que depois, quando essa mesma pessoa tem os filhos, ela “*pode tentar fazer diferente ou pode fazer igual*”. Repetir ou não repetir as histórias familiares parecem ser uma dúvida, uma fonte de conflitos para Cristine. Em

parte, ela parece mais centrada na capacidade de mentalizar sobre a questão da violência sofrida, que ela define como “apanhar”. Também reconhece a possibilidade de não repetir os fatos. Ela é capaz de descobrir sobre o que pensa e sente a respeito disso, cumprindo assim uma parte do que se estabelece como objetivo da psicoterapia baseada na mentalização, como é descrito por Bateman e Fonagy (2006).

A segunda aplicação do **Manchester Child Attachment Story Task (MCAST)** apontou para indicadores de apego seguro em duas vinhetas (1, 2), apego inseguro ambivalente em duas vinhetas (3, 4) e apego inseguro evitativo em uma vinheta (5). As situações de angústia mobilizadas pelas histórias foram resolvidas mediante estratégias diversificadas.

Vinheta 1 – Estratégia interpessoal segura. Alívio da angústia depende da continuidade de contato com o cuidador. Melhora na capacidade de mentalização, identifica estados mentais e motivação psicológica dos personagens adequadamente.

Vinheta 2 – Estratégia interpessoal segura (sem muito calor e proximidade). Melhora na mentalização com identificação coerente dos estados mentais dos personagens.

Vinheta 3 – Estratégia interpessoal insegura ambivalente. Narrativa pobre. A capacidade de mentalização é falha.

Vinheta 4 – Estratégia interpessoal insegura ambivalente. Capacidade de mentalização adequada. Identificação dos estados mentais e da motivação psicológica dos personagens, mesmo que não haja evidências de um comportamento de cuidado mais consistente e seguro.

Vinheta 5 – Estratégia não interpessoal insegura altamente evitativa. Uso do auto-cuidado. A mentalização é falha. Não identifica o estado mental dos personagens.

Comparando-se a primeira e a segunda aplicação do MCAST, pode-se perceber que inicialmente havia predomínio de indicadores de apego inseguro ambivalente e a mentalização mostrou-se falha em todas as situações. Depois do período de intervenção psicoterápica, aparece pelo menos dois indicadores de apego seguro (Vinheta 1 e 2) e ocorreu uma mudança na capacidade de mentalização, havendo uma melhora nessa capacidade em três vinhetas (1, 2 e 3).

Entretanto, quando se observa em Cristine alguma capacidade de mentalização, percebe-se que o processo ocorre ainda de forma parcial. Cabe questionar as possibilidades de apego nas vinculações ocorridas durante o desenvolvimento da paciente. Cristine, durante boa parte de sua vida pelo menos, não viveu num contexto que proporcionasse uma base segura que, por sua vez, possibilitasse uma boa função reflexiva e o desenvolvimento da capacidade de mentalização. Fonagy (2006) afirma que essa capacidade se desenvolve através do processo de a criança haver experimentado a si mesma na mente de outro durante a infância, num contexto de apego seguro. Se isso não ocorre eficazmente, pode ocorrer uma falha na capacidade de relacionar-se ou operar efetivamente no mundo interpessoal, havendo um comprometimento dos processos interativos principalmente entre a criança e seu cuidador (Holmes, 2006). No caso de Cristine, além das vivências de violência, ocorreram repetidas quebras de vínculos, uma vez que não permaneceu sempre com os mesmos cuidadores.

A psicoterapia pode reativar a capacidade de mentalização, buscando estabelecer uma relação de apego seguro entre paciente e terapeuta (Fonagy, 2000). A finalidade é utilizar essa relação para criar um contexto interpessoal onde ocorra a compreensão dos estados mentais. Visa recriar uma situação onde o reconhecimento do próprio *self* seja percebido pelo paciente com o objetivo de resgatar ou originar uma nova relação de apego.

Evidentemente, o período de duração da intervenção foi curto e se faz necessário a sua continuidade, o que foi recomendado e assegurado para a paciente na mesma instituição.

Caso 2 – Anne: A aversão à figura paterna

Anne é uma menina de 10 anos, estudante da 5ª. Série do Ensino Fundamental. Vive com a mãe Carla, de 29 anos, um irmão, Andrei, de 9 anos, o padrasto, Sr. Valter e um filho do padrasto, Mateus, de 7 anos. A mãe procurou atendimento para a filha na clínica-escola porque *“Anne não quer mais ir à casa do pai, tem medo dele porque ele bebe e é agressivo”*.

Sobre os antecedentes familiares

As entrevistas iniciais foram realizadas com a mãe, que se mostrou cooperativa e disponível, trazendo os dados da história familiar. Os pais da paciente se casaram quando a mãe ainda era adolescente, tinha apenas 15 anos. Ambos são oriundos do interior do Rio Grande do Sul e moravam na mesma cidade. A mãe informa que desejava sair da casa paterna, pois sofria maus tratos, tinha conflitos com seus pais, principalmente com a figura materna. Então, viu o casamento como uma oportunidade para sair de casa. Logo após o casamento iniciou-se a situação de violência, a esposa apanhava do marido e não tinha coragem de interromper a situação. A mãe alega que o nascimento dos filhos, com pequena diferença de idade, dificultou ainda mais a situação: *“Apanhei dele durante dez anos, ele trancava as crianças em outro quarto e me batia, eles ouviam tudo, até que um dia arrumei um trabalho e tive a coragem de me separar”*, diz a mãe. Quando estava em casa, algumas vezes o pai batia nos filhos e havia *“muitas ameaças”* também. Segundo a mãe, ele colocava uma vara sobre a mesa na hora das refeições, dizendo que eles apanhariam se não se alimentassem. A situação de violência se repetiu por muitas vezes. A mãe trouxe três

boletins de ocorrência em que denunciava seu marido após as surras. Ela ficava com o corpo marcado por lesões e hematomas. Carla relata ter medo de que o pai possa fazer algo contra as crianças *“porque vivia me ameaçando de morte e me disse que, se ele não criasse os filhos, eu também não criaria”*. No entendimento da mãe, havia um tom de ameaça na voz dele, *“eu acho que ele queria matar as crianças”*, ela diz. Separaram-se há três anos. Hoje ela tem um novo companheiro e relata que sua filha gosta muito dessa pessoa.

Anne não foi planejada. Sobre a reação do casal quando soube da gravidez, a mãe diz que ficou contente e o pai de Anne ficou também, mas não sentiu muito entusiasmo nele, parecia ser *“apenas uma criança a mais”*. O pai agredia a mãe durante a gestação, conforme sua fala: *“era tapa na cara e soco na cabeça e acho que é por isso que eu não lembro direito das coisas e eu achava que a criança podia nascer com algum problema, por isso quando ela nasceu eu perguntei se ela não tinha nada. Achava que ela podia nascer com algum defeito, podia nascer cega ou surda”*. Anne nasceu quando seus pais moravam na casa dos avós paternos. A família trabalhava na agricultura. Durante a gestação, a mãe necessitava de repouso porque tinha risco de perder o bebê. Chegou a ser hospitalizada algumas vezes devido a esse risco, o médico recomendava repouso, que fazia por poucos dias porque tinha que voltar ao trabalho. A avó paterna *“cuidou”* de Anne até os nove meses e, no entendimento da mãe, a criança era mal cuidada. Carla trocava as roupas da criança de manhã, voltava no fim do dia e percebia que a filha não tinha sido trocada, estava com as fraldas sujas e ficava assada. Anne não gosta dessa avó.

No dia em que a filha nasceu, o pai bebeu muito e Carla se sentiu ressentida com a falta de apoio, *“ele só visitou uma vez”* durante o período em que ela esteve no hospital. O parto foi normal. Anne mamou sete meses, o desmame ocorreu quando a mãe soube que estava grávida novamente e foi gradual e tranquilo. Usou mamadeira e bico até os três anos,

a retirada foi sem dificuldades, usava uma fraldinha que “*parecia dar segurança*”, diz a mãe. Seu sono foi tranquilo, só tinha alteração se estava com gripe ou febre. Dormia na cama dos pais, inclusive quando a mãe estava grávida. Quando nasceu o irmão, Anne foi para o berço no mesmo quarto e o irmão ficou na cama com os pais. A partir dos três anos, saiu do quarto dos pais. O controle esfinteriano ocorreu com dois anos na escolinha onde ficava em turno integral. Carla conta que queria acostumar a criança a ir para a escola e ficava em casa com o filho menor.

Hoje, Anne não quer mais ir à casa do pai nos dias de visita. Da última vez que o visitou, meses atrás, ele a colocou para trabalhar, alegando que, se não obedecesse, não ia comer. Carla conta que não bate nos filhos, isso ocorre apenas ocasionalmente. Somente há pouco tempo ela se encorajou para pedir pensão para suas crianças. Decidira primeiro que não ia pedir, pois sentia medo do ex-marido. Porém, refletiu melhor e resolveu solicitar a pensão alimentícia, por entender que é um direito dos filhos. Assim, tem enfrentado o ex-marido em audiências. Quanto à forma como educa os filhos, refere que procura educá-los “*na conversa*”. “*Bater acontece raramente, umas duas vezes por ano*”, ela diz.

O pai foi chamado para uma entrevista, prontificou-se a participar. Quando questionado sobre o entendimento que tem da situação, se tem idéia por que sua filha se recusa a vê-lo, ele responsabiliza Carla por tentar afastar os filhos dele, acha que ela compra as crianças com presentes. Durante a entrevista, ele se mostra nervoso, aperta e estala todos os dedos das mãos repetidamente, cada vez com mais força, parecendo uma ameaça. É possível ouvir o barulho na gravação. Fala da última visita da filha, sobre o padrasto ter ido buscá-la, sobre a menina ter contado que teria que trabalhar, se não ficaria sem comer, referindo que “*era só uma brincadeira*”. “*Ela não tinha nenhum problema quando eu tava junto, agora não sei se ela tá com um problema na cabeça*” (referindo-se à

procura pelo atendimento). Acredita que a ex-mulher coloca as crianças contra ele, que ele sempre foi contra bater em filho e que quem ameaçava as crianças de vara era a mãe. “*A gente nem se conversa, ela me botou na justiça e nunca mais me olhou na cara*”. “*Botar a criança contra um pai não é coisa pra uma mãe fazer*”.

Carla se queixa que o ex-marido já foi apanhar as crianças demonstrando estar bêbado, submetendo-os a uma situação arriscada. O filho lhe contou que o pai “*Saiu em zigue-zague com a moto*”. “*Levava as crianças para casa de jogos, sempre bebendo e fumando perto delas*”. Atualmente, Carla está acionando o pai das crianças porque ele atrasa a pensão. Além disso, ela tem medo que seus filhos estejam correndo riscos junto ao pai. Gostaria que eles não convivessem mais com o pai. Acredita que a filha não contou tudo a ela, acha que pode ter acontecido alguma outra coisa, pensa que o pai pode ter ameaçado a menina, chegou mesmo a pensar em alguma forma de abuso, não sabe se foi da parte do pai ou de algum amigo dele.

Houve um incidente depois de uns quatros meses do início do atendimento de Anne, em que o pai foi ao colégio “ver” as crianças sem avisar, o que causou um certo medo nelas e na mãe pela atitude inesperada. Ele se aproximou dos filhos na escola, conversou com eles, deu bombons para o menino e foi embora. Depois disso, afastou-se das crianças por um tempo e, num fim de semana, sem avisar, apareceu para buscá-los. Estava de carro com um amigo, estava embriagado, disse ofensas à ex-mulher, discutiram e ela chamou a polícia. Ele disse: “*tu és uma desgraçada*”, na frente dos filhos. A paciente diz que o pai chamou a mãe de “vadia”. O irmão de Anne ficou assustado, com medo do pai e “*correu para esconder as facas, do jardim e da cozinha*”, pressentindo que poderia ocorrer uma tragédia. Anne ficou espionando de longe, não se aproximou e acredita que o irmão sentiu muito medo. Quanto a ela, refere que sentiu “um pouco de medo”. Crianças maltratadas

podem ter dificuldade de reconhecimento do seu próprio estado mental e do outro. Podem ter a capacidade de mentalização inibida evitando dar-se conta do ódio ou das intenções de feri-la do cuidador (Fonagy & Bateman, 2003).

Sobre a avaliação inicial

Através do **Teste das Fábulas**, foi possível identificar situações conflitivas importantes, como a questão edípica permeada por impulsos agressivos que resultam de castigos e reprovações. Ao mesmo tempo, tais conflitos parecem estar mesclados por impulsos pré-edípicos, podendo ser identificados conteúdos de frustração e raiva por rejeição, privação e falta de cuidados (Fábulas 1, 2, 3 e 6). Isso sugere que o processo de separação-individuação não foi completamente superado, identificando-se a presença de fantasias de impotência, rejeição e privação. A relação com a figura paterna é bastante ambivalente e colorida por impulsos agressivos. O pai é quem morre na Fábula 4. Isso pode estar associado às vivências de presenciar a violência do pai contra a mãe por sete anos, até a separação do casal. Além disso, existe a suspeita por parte da mãe de abuso sexual durante as visitas de Anne na casa do pai, protagonizadas por ele ou por alguma pessoa próxima. Durante a psicoterapia, a menina se recusou a visitar o pai, razão pela qual foi trazida para o atendimento. Segundo o Teste das Fábulas, Anne parece fazer um uso importante da projeção para se defender dos seus conflitos relacionados às figuras primárias e dos seus impulsos agressivos.

Na sua primeira aplicação, o resultado do **Manchester Child Attachment Story Task (MCAST)** aponta para indicadores de apego inseguro evitativo na maioria das vinhetas (1, 3, 5). Nas vinhetas em que aparece o apego seguro (2, 4), ele é acompanhado de elementos de restrição ou evitação.

Vinheta 1 – Estratégia insegura altamente evitativa, sem alívio da angústia (mãe não acorda, não ouve). A narrativa é pobre e a capacidade de mentalização é limitada.

Vinheta 2 – Estratégia interpessoal segura, com elementos de restrição ou evitação. A narrativa é coerente, embora sem profundidade descritiva nem detalhes associados. Evidencia alguma capacidade de mentalização, identificando os estados mentais e a motivação psicológica dos personagens. (*Mãe braba porque a criança se machucou, pensando em dar umas “varadas”*).

Vinheta 3 – Estratégia não interpessoal, altamente evitativa, sem alívio da angústia. A narrativa é pobre e menos bem organizada. A capacidade de mentalização é limitada, não identifica os estados mentais apropriadamente. (*Mãe nem ficou sabendo que a criança estava com dor de barriga, estava fazendo comida*).

Vinheta 4 – Estratégia interpessoal segura, com elementos de restrição – reação parental pouco calorosa. Narrativa coerente (mas a criança se comportou mal). A capacidade de mentalização é adequada e há alguma consciência dos estados mentais, mas com predominância de elementos agressivos.

Vinheta 5 – Estratégia não interpessoal insegura evitativa. Não há alívio da angústia e a capacidade de mentalização é limitada.

Sobre a psicoterapia

Na psicoterapia, Anne se mostrou tímida e silenciosa inicialmente. É uma menina loura, de olhos azuis, adequadamente vestida para sua idade, sempre bem asseada e apresentável. Normalmente cabisbaixa e meio encolhida, aparentando um sorriso encabulado. No primeiro encontro, mostrou-se introvertida.

Para compreender a caracterização de Anne, é importante mencionar como chegou para a primeira entrevista. Fui buscá-la na sala de espera, ela olhou para a mãe, ficou em dúvida sobre entrar ou não e sua mãe a estimulou. Convidei-a para entrar. Literalmente, se encolheu numa poltrona, cabeça baixa, sentou e mal me olhava. Necessitou ser estimulada para romper o longo silêncio inicial. Apresentei-me e falei do material que estava à sua disposição, jogos, brinquedos, material de desenho etc. Sua primeira manifestação foi através de desenhos, debruçando-se sobre o material colocado na mesinha. A pasta que preparei para ela trazia a figura de uma gatinha na frente, então ela apanhou uma folha branca e colocou sobre o desenho, começou a passar o lápis por cima, copiando o desenho. Passou toda a sessão realizando a atividade e depois conversou mais à vontade. Usou a borracha muitas vezes e coloriu no final.

Essa característica de mostrar-se silenciosa permaneceu durante todo o atendimento, embora ela tenha se vinculado bem. Não faltou a nenhum encontro, refere gostar de vir, acha que é *“legal”* vir na sessão, faz versinhos e cartinhas, numa demonstração de afeto para com a terapeuta. Mostra grande dificuldade de falar do pai, parece narrar os fatos simplesmente, sendo difícil falar sobre seus sentimentos e pensamentos em relação à figura paterna. A relação com sua mãe e seu irmão parece boa. Assim, ela parece também vincular-se bem com a terapeuta.

No período inicial da psicoterapia, a paciente era estimulada a dizer o que pensa e sente sobre as vivências que traz para a sessão, cumprindo assim um dos principais

objetivos da Psicoterapia Baseada na Mentalização, que é auxiliar o paciente a descobrir mais sobre como ele pensa e sente sobre si e sobre os outros, na tentativa de que os sentimentos e pensamentos incompreendidos façam sentido (Bateman & Fonagy, 2006).

Suas sessões iniciam-se sempre de forma ritualística. Entra na sala, sempre quieta, pede para “*jogar um joguinho*”, deslocando-se até o armário e escolhendo alguns jogos. Seus preferidos são: Banco Imobiliário, Jogo da Vida, Bingo, Dominó e Jogo de Memória. Desenhou apenas na primeira sessão. Ao falar do pai, sempre mencionou que não gostaria de falar com ele porque não gosta dele. Sobre o motivo, diz que “*ele bebe e cheira mal, cheira a cachaça*”. Normalmente tende a evitar o assunto.

Com o andamento da psicoterapia, o pai foi chamado para uma entrevista. Quando a paciente foi comunicada sobre a possibilidade de vinda do pai para uma conversa com a terapeuta, ela respondeu: “*Diz que eu mandei falar que ele é bebum!*”.

Coincidentemente, no dia da entrevista com o pai, Anne se encontrou com ele na sala de espera, pois ele chegou uma hora antes do seu horário. Houve o cuidado de colocar as sessões com uma hora de diferença, mas ainda assim a família se reencontrou, Anne cumprimentou o pai de longe e saiu imediatamente para a rua, parecendo constrangida com o encontro. O fato levantou resistências posteriores em relação à psicoterapia. Resultou numa certa desconfiança por parte da pequena paciente, que teve a fantasia de que a terapeuta iria reuni-los numa mesma entrevista. A partir desse fato, tornou-se ainda mais difícil falar sobre o pai. A compreensão da situação não foi imediata, foi necessário um tempo para retomar a confiança da paciente.

Ao lembrar os momentos de violência presenciados quando ainda vivia com o pai, Anne diz: “*O pai fingia que não acontecia nada porque ele batia na mãe, trancava a gente no quarto, eu ouvia os berros da minha mãe gritando, a gente perguntava se ele batia na*

mãe e ele fingia que não acontecia nada". Sobre seus sentimentos diante desse fato, ela diz: *"Eu ficava triste"*. Quando foi hospitalizada e fez uma cirurgia, relata que o padrasto e a mãe cuidaram dela, o pai visitou uma única vez e estava *"bêbado"*. Quando ele se aproximou para dar um abraço, ela sentiu um forte cheiro de cachaça. Quando pergunto se ela tem idéia porque o pai bebe, ela me responde que ele só não bebe quando não tem dinheiro. Questionada sobre o que passaria na cabeça do pai quando ele estava bebendo, responde que *"nem passava nada na cabeça dele de tanto que ele bebia"*. Conta ainda que os amigos precisavam trazê-lo para casa. Uma vez roubaram o celular dele e ela acha que *"foi bem-feito, ninguém mandou beber"*.

A certa altura do atendimento, a paciente traz um material (apostila) sobre o que aprendeu na escola acerca de bebidas alcoólicas e drogas e diz: *"já fiz até formatura sobre isso!"*. Pergunto o que ela aprendeu no curso, ela me responde que as pessoas ficam *"mais agitadas"* quando bebem. Diz que lembrou de trazer esse material porque um dia nós conversamos na sessão que seu pai pode estar doente. Percebo que ela quer ajudar seu pai de alguma forma, parece querer compreender melhor toda a situação. Acha que um tratamento para o pai seria bom. Percebi pela primeira vez uma certa sensibilização da criança em relação às dificuldades do pai. Embora em seguida ela não se interesse mais pelo assunto. Acredita que o pai bebe porque gosta. Depois disso, ela só quer jogar, não quer mais falar do assunto. Sobre o fato de o pai beber, ela refere que *"tanto faz"*. Sobre o fato de encontrar o pai na sala de espera, responde que não se importa. E que quando vê seu pai, *"não sente nada"*. Também não demonstra interesse em saber o que conversei com o seu pai.

Nas sessões, suas atividades preferidas são os jogos. Quando está perdendo, não gosta e se esforça para ganhar. Costuma fazer brincadeiras com a terapeuta quando está

ganhando, zombando. Mas é interessante observar que a paciente tem uma atitude de favorecer a terapeuta se ela começa a perder muitas vezes, como se não agüentasse vê-la perder. Parece se sentir “culpada” por estar ganhando. Assim, começa a “ajudar”, entregando peças do jogo de memória ou “dinheirinhos” no jogo do Banco Imobiliário. Isso faz pensar na dificuldade de Anne de falar dos sentimentos em relação ao pai. Pode ser que se sinta culpada pelo que sente, pode experimentar sentimentos confusos e desagradáveis pelo pai. Tais sentimentos talvez venham à tona numa forma de aparente “indiferença” pelo pai. Parece querer dizer o tempo todo que nada a abala, tenta mostrar que existe uma postura de indiferença em relação aos acontecimentos. Faz parecer que seu único objetivo ali é “joguinho”. Ainda assim mostra-se vinculada à terapeuta, mostra que gosta de estar ali, de jogar. Apresenta-se sorridente, brincalhona, depois que passa a “timidez” inicial.

Avaliando a história de vida de Anne, é importante notar a sua determinação e recusa em conviver com a figura paterna. Esse dado aparece como o “sintoma” no momento atual de sua vida. É possível que a figura paterna represente a história da vivência da violência e dos maus tratos que se iniciaram muito cedo na vida de Anne. Desde o primeiro ano de vida, ainda recém-nascida, sua avó paterna mostrava-se negligente com seus cuidados básicos. Ela foi “cuidada” até os nove meses por essa avó. Para Fonagy e Bateman (2003), sob condição de negligência e insensibilidade, a instabilidade do *self* resulta primeiro em raiva e depois em agressão, que é evocada freqüentemente devido à negligência parental repetida que se torna incorporada à estrutura do *self*. Essa falta de cuidados adequados no primeiro ano de vida faz pensar nos conteúdos de privação, frustração e raiva por rejeição e falta de cuidados que aparecem de forma evidente no resultado do Teste das Fábulas. Para Albornoz (2006), a negligência ocorre quando os pais ou responsáveis falham em prover as necessidades básicas de uma criança. Há desatenção

quanto a aspectos importantes do cuidado, da proteção ou descaso para com suas necessidades evolutivas. Além disso, considerando que sua mãe informa ter sido espancada por dez anos, deduz-se que a criança presenciou a violência doméstica por sete ou oito anos, no mínimo, uma vez que seus pais só se separaram há três anos atrás. Hoje, não é incomum a pequena paciente usar expressões que lembrem a vivência internalizada. Por exemplo, já disse ter vontade de bater em Mateus, filho do padrasto. Expressa esse tipo de desejo, mas é muito difícil para ela reconhecer que pode sentir raiva de qualquer pessoa ou situação. Parece ter forte receio de identificação com as características agressivas do pai. As referências a esses comportamentos lembram os mecanismos defensivos inconscientes descritos por Anna Freud (1946/1982) principalmente o que denominou “identificação com o agressor”. A autora menciona a tentativa do paciente de resolver o trauma original, através da identificação com o agente provocador, que leva o indivíduo a repetir ativamente o que sofreu passivamente, num movimento descrito por Fonagy e Bateman (2007) como a interiorização do abusador como parte de si próprio. Não raro, nas sessões de Anne, aparecem conteúdos que exemplificam o quanto ela fica brava com os irmãos que “*reviram*” as coisas dela ou mesmo o fato de já ter batido numa criança de dois anos de idade, seu primo. Mostra-se também bastante autoritária nas sessões, querendo definir regras dos jogos onde ela possa mandar e desmandar à vontade, sem levar em conta se existem ou não tais regras. Sua mãe relata que “*teve*” que bater de vara na filha porque ela brigou com sua melhor amiga na volta da escola. Na fala da mãe: “*As crianças brigaram por uma pastilha free gel. Anne se enfureceu, entrou na casa da amiga como um ‘furacão’, brigou com a mãe da amiga e só faltou bater na vizinha*”. As histórias de violência estão presentes tanto na família paterna quanto na família materna. O quanto essas impressões, marcas e identificações estão presentes no mundo interno de Anne?

Recentemente, quando soube que a mãe estava grávida, Anne falou que todos em casa estão muito felizes, numa manifestação que aparece de forma idêntica à fala trazida pela mãe, que referiu: “*Anne adora bebês*”. A menina se encarregou de cuidar do enxoval e parece que está pré-estabelecido que ela vai ajudar a mãe nos cuidados com o bebê. Como a mãe adoeceu no início da gestação, ficou um dia no hospital, Anne disse que ficou “*com peninha da mãe*” e assumiu os afazeres da casa, o que já fazia antes da gravidez da mãe e agora mais ainda. Isso enche a mãe de orgulho. Parece que a menina fica num lugar de pseudo adulta, ocorrendo uma inversão de papéis. Anne costuma “*Varrer a casa e lavar a louça*”. “*Eu gosto de lavar só pra mexer com água*”. “*Sei fazer tudo*”. “*Lavar a louça, varrer a casa, tirar o pó da estante, limpar o banheiro, passar cera no chão, cozinhar, lavar louça, passar pano, passar cera, fazer comida, só não sei fazer feijão, a mãe só não deixa eu mexer com a panela de pressão*”. Fonagy e Bateman (2003) se referem ausência da função reflexiva contingente e discriminatória, afirmando que, se essa função não for contingente, se ela não combina com a experiência primária da criança, haverá a tendência de estabelecer uma estrutura de falso *self*, onde as representações dos estados internos não correspondem ao real.

É possível que Anne tente fazer alguma “reparação” de sentimentos que possa nutrir em relação à mãe, como raiva, por exemplo. Até que ponto Anne transforma a fala da mãe em sua própria fala? “*Adorar bebês*” pode significar que a mãe tem a expectativa que ela ajude a cuidar do bebê que vai nascer.

Do ponto de vista transferencial, parece que a paciente espera que a terapeuta também a maltrate de alguma forma. Exemplificando: numa sessão, jogando uma partida de Bingo, ela foi vencedora. Quando é perguntado o que ela gostaria que fosse o seu prêmio e ela responde “*um puxão de orelha!*”. A resposta causa surpresa. A terapeuta responde que

não irá maltratá-la e questiona se ela pensa que isso é um prêmio. Anne apenas sorri como resposta. Fonagy e Bateman (2003), ao considerar a questão transferencial, enfocam que a mesma não é vista tanto como uma manifestação inexorável de forças mentais inconscientes, mas como a emergência de significados e crenças organizados e evocados pela intensidade do relacionamento terapêutico. Chama atenção a expectativa de maus tratos por parte da paciente, independentemente do contexto em questão.

No que se refere às categorias utilizadas para a Análise dos Dados, na “Percepção do próprio funcionamento mental”, Anne parece reconhecer em parte o seu conflito, na medida em que diz que sabe por que veio para a psicoterapia, referindo: “*é porque eu não gosto do meu pai*”. Consegue descrever o que ocorria na sua casa, relata que o pai batia na mãe, trancando-a no quarto, juntamente com seu irmão e depois “ *fingia que não acontecia nada*”. Apesar de ser capaz de falar desses conteúdos com clareza, a paciente tenta evitá-los, principalmente quando são explorados seus sentimentos e pensamentos sobre as vivências de violência. Ao longo da psicoterapia, mostra gradativamente alguma percepção acerca do próprio funcionamento mental. Em alguns momentos, reconhece que ficava triste e chorando no quarto junto com seu irmão. O sentimento que aparece com maior frequência é o de tristeza. Assim, diz sentir tristeza se ganha castigo, se vê crianças pedindo esmolas na rua, sente “*peninha*” da mãe se ela adocece, da mesma forma como parece “*sentir pena*” da terapeuta se está perdendo nos jogos durante a sessão. Sua reparação no momento das sessões é favorecer a terapeuta, dar fichas, etc. Quanto ao pai, diz não sentir “nada” por ele e não sente “pena” nenhuma dele. Quando conta que o pai foi recentemente até a frente de sua casa “*destratar*” e ameaçar a mãe, dizendo palavrões ofensivos, Anne conta que o irmão teve que esconder as facas do jardim e de dentro da casa. Anne revela que sentiu tristeza e medo, embora esse medo tenha ficado projetado em seu irmão. Anne tem

dificuldade de pensar sobre o que poderia se passar na mente do pai nesse episódio. Fonagy (1999, 2000) menciona que reconhecer o estado mental do outro pode ser perigoso para o *self* infantil porque implica em reconhecer o ódio ou a violência dos atos de seus progenitores.

Em raros momentos, Anne admite sentir raiva. Esse sentimento parece maciçamente negado. Anne se reconhece “*feliz*” em alguns momentos, principalmente quando ocorre algo negativo com o pai. Por exemplo, quando a mãe colocou o pai na justiça reivindicando a pensão alimentícia. Ou achando que é “*bem-feito*” o pai ter sido roubado depois de ter bebido muito e ter sido “*carregado*” pelos amigos até em casa.

Em relação à “Percepção e identificação dos sentimentos e pensamentos das outras pessoas”, Anne não mostra muito interesse em compreender ou refletir sobre isso. Ocorre uma exceção quando ela trás para uma sessão o material que ganhou quando fez um “curso” na escola sobre dependência química. Nessa sessão, ela mostrou uma postura diferenciada, pareceu sensibilizada com a situação do pai e parecia querer ajudar de alguma forma. Diz que conversou com a mãe sobre o assunto e que seria bom se o pai parasse de beber. Nesse momento, a paciente parece demonstrar alguma capacidade de mentalização, com certa compreensão de que o pai possa estar “*doente*”.

Em outra ocasião, quando falamos da tensão da situação em que o pai foi dizer palavras à sua mãe em frente de casa, perguntei sobre como ela pensava que a mãe se sentiu. Anne respondeu que acreditava que sua mãe ficou “*braba*” e sentindo “*raiva*”. Quanto ao irmão, na mesma situação, acredita que ele sentiu “*medo*”. Anne custa a reconhecer seu próprio medo, mas depois afirma que também sentiu “*um pouco*” de medo.

Quanto à “Representação do *self*”, a paciente tem noção da sua história, recorda fatos de sua vivência, num processo contínuo, não apresentando a mente como vazia ou

sem conteúdo. Porém, não fica clara a sua compreensão para com o outro ou o sentimento de ser compreendida pelos outros. O que parece óbvio é que, por muitas vezes, Anne mostrou dificuldades para nomear estados afetivos de maneira apropriada. Durante o processo de intervenção, muito lentamente saiu dessa condição, conseguindo, algumas vezes, no aqui e agora do *setting* terapêutico, nomear sentimentos como raiva, medo, etc. Por exemplo, coloca a terapeuta de “castigo” no jogo do ludo, trancando todo o jogo, com a construção de um castelo. Antes, Anne teve seu peão colocado de volta na posição de saída para o jogo. Quando a terapeuta mostra o que ela fez no jogo, ela dá gargalhada e admite tratar-se de uma “vingança”. Assim, admite que quando fica brava, pensa em se vingar.

O que se percebe em Anne provavelmente está relacionado ao que Fonagy (2000) descreve como possível de ocorrer em vítimas de maus tratos na infância. Para o autor, tais crianças parecem se recusar a captar os pensamentos de suas figuras de apego, talvez para evitar pensar sobre o desejo de seus cuidadores de lhes causar danos. Os indivíduos que sofreram trauma precoce podem inibir defensivamente sua capacidade de mentalizar. A paternidade autoritária associada com os maus tratos compromete o desenvolvimento da capacidade de mentalização do indivíduo e a organização do seu *self*. Pode ocorrer, assim, o que esse autor denomina de cisão da função reflexiva.

Na segunda aplicação, o resultado do **Manchester Child Attachment Story Task (MCAST)** aponta para indicadores de apego inseguro evitativo na maioria das vinhetas (1, 3, 5). Nas vinhetas em que aparece o apego seguro (2, 4), ele é acompanhado de elementos de restrição ou evitação.

Vinheta 1 – Estratégia interpessoal insegura ambivalente. Há elementos de raiva entre a criança e a mãe. Não há alívio da angústia. Quanto à capacidade de mentalização, há identificação dos estados mentais, com predomínio de elementos agressivos (*mãe está*

braba e vai xingar porque menina a acordou).

Vinheta 2 – Estratégia interpessoal segura. Narrativa sem muita profundidade e riqueza de detalhes. Quanto à capacidade de mentalização, há consciência dos estados mentais e da motivação psicológica dos personagens, com predomínio ainda de conteúdos agressivos (*menina pensa que mãe vai xingar porque ela saiu*).

Vinheta 3 – Estratégia interpessoal segura. Narrativa coerente, mas pobre. A mentalização parece adequada (com conteúdo agressivo: mãe braba).

Vinheta 4 – Estratégia interpessoal segura, com elementos de restrição. Narrativa pobre. Sobre a capacidade de mentalização, identifica estados mentais.

Vinheta 5 – Estratégia interpessoal segura. Narrativa sem muita riqueza de detalhes, sucinta. Sobre a capacidade de mentalização, identifica-se alguma consciência dos estados mentais.

Na primeira aplicação do MCAST, havia predominância de indicadores de padrão de apego inseguro ou altamente evitativo (1, 3 e 5). Apresentou indicador de apego seguro em apenas duas vinhetas (2 e 4), porém acompanhado de elementos de restrição. A capacidade de mentalização foi falha ou limitada na maioria das situações apresentadas (1, 3 e 5) ou diminuída (2), sendo que se apresentou adequada apenas em uma das vinhetas (4). Após intervenção psicoterápica, identificou-se quatro indicadores de apego seguro (2, 3, 4 e 5). A capacidade de mentalização pareceu mais adequada em todas as situações propostas nas vinhetas, havendo uma identificação mais precisa e consciência bem evidente em relação ao estado mental dos personagens. Ficou claro que houve alguma mudança decorrente do processo psicoterapêutico. Parece que Anne se tornou mais capaz de reconhecer de forma mais clara os pensamentos e sentimentos que estão na sua mente e na mente do outro.

Síntese de casos cruzados

A partir da análise dos dois casos, pode-se observar que o resultado do presente estudo vem ao encontro do que os autores têm trazido acerca das vivências dos maus tratos e os possíveis danos decorrentes dos mesmos. Os maus tratos têm sido relacionados a contextos de apego inseguro, o que pode enfraquecer ou inibir a capacidade reflexiva ou de mentalização (Fonagy & Bateman, 2003, 2007). Nos dois casos apresentados, predominam padrões de apego inseguro, vínculos instáveis, ambivalentes, com falhas na capacidade de mentalização. No caso de Cristine chama a atenção o predomínio inicial de um padrão de apego absolutamente ambivalente. O apego seguro é fundamental no sentido de promover a adequada capacidade de mentalização. Falhas nesse sentido podem levar à dificuldade de regulação do afeto (Fonagy et al., 2002; Sharp, 2006).

No caso das pacientes Cristine e Anne observa-se, através dos instrumentos aplicados e do processo psicoterapêutico, que ambas possuem em comum a vivência de violência, negligência e rompimento dos vínculos afetivos. Ambas apresentam um certo grau de sofrimento psíquico, revelados por sentimentos de tristeza e raiva. Esses mesmos sentimentos são confirmados na aplicação do Teste das Fábulas, e aparecem permeados por fantasias de abandono, privação, agressão, castigos e punições. As defesas mais comumente utilizadas, conforme o mesmo instrumento, foram projeção, bloqueio e deslocamento. Parece que apresentam vínculos afetivos frágeis com seus respectivos cuidadores, provavelmente decorrentes das falhas do ambiente no sentido do cuidado e da proteção.

Um ponto divergente importante nas vivências das pacientes é que após a separação dos pais, Anne manteve-se ao lado de sua mãe, num vínculo relativamente preservado e afetivo. Cristine, por sua vez, teve rompimento de vínculos tanto com seu pai quanto com

sua mãe e mantém relacionamento conflitivo e ambivalente com sua avó, que está no papel de sua cuidadora.

A intervenção psicoterápica obteve resultado parcialmente satisfatório no sentido de ajudar a promover alguma melhora na capacidade de mentalização, como foi observado nos dois casos. Tem-se a percepção de um resultado um pouco mais amplo no caso de Cristine. Fica a dúvida se isso ocorreu porque o tempo de intervenção foi maior. Conclui-se que se faz necessário a continuidade do trabalho para obtenção de uma resposta mais favorável. A continuidade dos atendimentos foi assegurada às pacientes que participaram dessa pesquisa.

Considerações finais

Esse estudo propiciou o contato com uma realidade em que diversos fatores de risco se faziam presentes e foram facilitadores da vivência de violência. Os casos estudados apresentam farto material acerca das circunstâncias desencadeantes da violência. Propiciaram que se ilustrasse com riqueza de detalhes o que ocorre num ambiente com predomínio de tais vivências.

Foi possível refletir sobre os danos provenientes das vivências de maus tratos na infância e as possíveis conseqüências sobre os vínculos afetivos. Os principais aspectos discutidos foram os possíveis prejuízos que podem ocorrer no vínculo da criança com seu cuidador no contexto dos maus tratos e a possibilidade de intervenção sobre essa realidade. Observou-se que existe alguma possibilidade de mudança, ainda que parcial, para o enfrentamento da situação de violência.

O estudo oportunizou a articulação de uma vertente da teoria psicanalítica contemporânea com a prática clínica, podendo ser denominado como pesquisa-intervenção. Permitiu o contato com novos instrumentos de avaliação e procedimentos de pesquisa.

Permitiu também aprofundar o estudo do tema da violência e dos maus tratos na infância. Evidenciou também a importância das repetições transgeracionais em famílias que mantêm vínculos permeados pela violência.