

Universidade do Vale do Rio dos Sinos  
Programa de Pós-Graduação em Psicologia  
Doutorado em Psicologia Clínica  
Linha de Pesquisa: Estados Psicopatológicos e Abordagens Psicoterápicas

**Lao Tse Maria Bertoldo**

**Função reflexiva e capacidade de vinculação em mães de crianças com  
Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade - TDAH**

Orientadora  
Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Fernanda Barcellos Serralta

São Leopoldo, maio de 2020

**LAO TSE MARIA BERTOLDO**

**Função reflexiva e capacidade de vinculação em mães de crianças com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade - TDAH**

Tese apresentada ao Curso de Doutorado em Psicologia Clínica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia, da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS), como requisito parcial para obtenção do título de **Doutora em Psicologia**.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Fernanda Barcellos Serralta

São Leopoldo, maio de 2020

B546f Bertoldo, Lao Tse Maria.  
Função reflexiva e capacidade de vinculação em mães de crianças com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade - TDAH / Lao Tse Maria Bertoldo. – 2020.  
133 f. ; 30 cm.

Tese (doutorado) – Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, 2020.  
“Orientadora Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Fernanda Barcellos Serralta”.

1. Psicologia. 2. Distúrbio do déficit de atenção com hiperatividade. 3. Comportamento de apego em crianças.  
I. Título.

CDU 159.9

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)  
(Bibliotecário: Flávio Nunes – CRB 10/1298)

## **BANCA EXAMINADORA**

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Naiana Dapieve Patias  
Universidade Federal de Santa Maria -UFSM

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Aline Groff Vivian  
Universidade Luterana do Brasil- ULBRA

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Tagma Marina Schneider Donelli  
Universidade do Vale do Rio dos Sinos- UNISINOS

Dedico essa Tese à memória do meu amado pai,  
Evoli Bertoldo, seu apoio foi fundamental nas minhas realizações.

## AGRADECIMENTOS

Hoje comemoro a finalização de um percurso que certamente representa parte importante e muito desejada de minha vida, marcada desde criança pela curiosidade e apreço pelo saber. Na vida adulta, tais apreços foram direcionados para a prática clínica como psicóloga e para o envolvimento com as atividades de Ensino Superior em sala de aula, supervisão e pesquisa em Psicologia.

Finalizo esta etapa com orgulho e alegria em visualizar que a possibilidade de realizar nossos sonhos é real e pode ser alcançada com ousadia e determinação, sustentada na perseverança de fazer um pouco todos os dias, sempre contando, é claro, com a participação de pessoas especiais que passam pelo nosso caminho.

Agradeço com muito carinho a todos que se fizeram importantes ao trilhar este caminho comigo. O primeiro e mais importante agradecimento é aos meus queridos pais Neli Maria Mews e Evoli Antonio dos Santos Bertoldo (em memória) pela forma corajosa e incentivadora do conhecimento com que me criaram, mostrando as belezas da aprendizagem a cada olhar inspirador que me impeliram a lançar para os fenômenos do mundo. Tanto a partir das histórias que me contaram, como através da forma como eles próprios, mesmo com suas limitações, buscaram aprender formas de lidar com a complexidade da vida. Sempre me ensinando com afetividade.

À minha amada filha Gabrielli Bertoldo Esteves por estar ao meu lado há 19 anos, sempre alegrando meu caminho e tornando meus dias mais significativos e felizes com suas brincadeiras na infância, responsabilidade na adolescência e conquistas precoces na vida adulta jovem. Isso tudo acompanhado do grande amor que caracteriza e eterniza nosso vínculo.

Um agradecimento especial e carinhoso à minha orientadora Fernanda Barcellos Serralta, pela sua importante participação na condução e supervisão do meu trabalho de pesquisa. Ao colega de percurso e amigo Luan Paris Feijó pelo apoio, incentivo e trocas nas horas boas e más. Aos participantes desta pesquisa, que com seu esforço dedicaram seu tempo e interesse em participar dos estudos que compõe este trabalho.

Às colegas de doutorado Jussara Rossato e Mariana Flores, em especial, pelos momentos de trocas, tantos risos e alento. Pessoas dotadas de saber e sensibilidade, com quem tive o privilégio de conviver ao longo da minha trajetória acadêmica.

Aos professores que compuseram a banca de pré-qualificação do meu projeto de tese Tagma Schneider Donelli, Naiana Dapieve Patias, Aline Groff Vivian, Rita Sobreira Lopes pelas importantes contribuições.

Enfim, a todos que de alguma maneira auxiliaram na execução desta tese, o meu muito obrigada!

## RESUMO

A partir da premissa de que experiências precoces de apego com o cuidador primário (mãe) podem ter influência no surgimento ou agravamento de quadros psicopatológicos como o Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade - TDAH, desenvolveram-se dois estudos, um teórico e um empírico que deram origem a três artigos. O primeiro artigo revisa a literatura existente sobre TDAH infantil e teoria do apego, a partir de buscas por estudos teóricos e empíricos na literatura internacional e nacional. No Brasil, não foi encontrado nenhum artigo diretamente associado à temática. A revisão indica que o TDAH infantil pode estar associado à instabilidade nas relações de apego precoce. O segundo artigo apresenta um estudo exploratório, quantitativo, transversal e comparativo do tipo caso-controle que verificou diferenças um grupo de 30 mães de crianças com TDAH e 30 mães de crianças com desenvolvimento típico quanto à Função Reflexiva, mentalização e vinculação materna. Os instrumentos utilizados foram *Reflective Functioning Questionnaire* (RFQ) e Escala Multidimensional de Reatividade Interpessoal (EMRI) para avaliar Função Reflexiva e Inventário de Percepção de Vinculação Materna (IPVM) para avaliar vinculação materna. Verificou-se que o grupo de mães das crianças com o diagnóstico de TDAH apresentou diferença significativa em relação ao grupo controle quanto à incerteza em relação aos estados mentais, refletindo baixa mentalização em relação ao grupo comparado. As mães de crianças com TDAH, portanto, apresentaram menor capacidade de função reflexiva que as mães de crianças com desenvolvimento típico. O terceiro artigo foi de abordagem qualitativa através de um estudo de casos múltiplos com cinco díades compostas por crianças com TDAH e suas mães, as amostras derivadas por conveniência do primeiro estudo empírico. Foram avaliadas as representações mentais das crianças em relação a suas mães e destas em relação a sua história e vínculo com a criança. Os instrumentos foram: entrevista de mentalização e representações mentais de história de vida com as mães; a Escala Global e Escala de Frequência de Sinais Específicos aplicada ao Desenho da Família e o *MacArthur Story Stem Battery* (MSSB) aplicados nas crianças. Constatou-se que aspectos transgeracionais estão presentes nas representações internas de apego e que situações traumáticas de estresse excessivo, abandono ou instabilidade nos vínculos com cuidadores na infância associam-se à insegurança de apego e a dificuldades no desenvolvimento. Tais achados sugerem que situações precoces de estresse e abandono, vivenciadas na infância, podem estabelecer transmissão transgeracional de representação de apego inseguro, interferindo no vínculo mãe e criança e causando prejuízos no desenvolvimento. Em conjunto, os achados da presente tese permitem concluir que há indicativos de que boas condições de função reflexiva e mentalização em mães podem ser essenciais no desenvolvimento de representação de apego seguro na criança. Sendo esta condição protetiva, frente a dificuldades no desenvolvimento e surgimento de Psicopatologias diversas, tais como o TDAH. Apesar de vasta literatura internacional sobre as repercussões do apego no TDAH infantil, ainda são escassos os estudos no Brasil, o que representa uma necessidade de ampliação de pesquisas sobre essa temática.

**Palavras-chave:** Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade, Apego, Função Reflexiva.

Mães.



## ABSTRACT

Based on the premise that early attachment experiences with the primary caregiver (mother) may have an influence on the emergence or worsening of psychopathological conditions such as Attention Deficit Hyperactivity Disorder - ADHD, two studies were developed, one theoretical and one empirical. which gave rise to three articles. The first article reviews the existing literature on children's ADHD and attachment theory, based on searches for theoretical and empirical studies in international and national literature. In Brazil, no article was found. The review indicates that childhood ADHD may be associated with instability in early attachment relationships. The second article presents an exploratory, quantitative, cross-sectional and comparative study of the case-control type that found differences in a group of 30 mothers of children with ADHD and 30 mothers of children with typical development in terms of Reflective Function, mentalization and maternal attachment. The instruments used were Reflective Functioning Questionnaire (RFQ) and Multidimensional Scale of Interpersonal Reactivity (EMRI) to assess Reflective Function and Perception Inventory of Maternal (IPVM) to assess maternal bonding. It was found that the group of mothers of children diagnosed with ADHD showed a significant difference in relation to the control group regarding uncertainty regarding mental states, reflecting low mentality in relation to the compared group. The mothers of children with ADHD, therefore, had less capacity for reflexive function than mothers of children with typical development. The third article was a qualitative approach through a multiple case study with five dyads composed of children with ADHD and their mothers, the samples derived for convenience from the first empirical study. The mental representations of the children in relation to their mothers and of them in relation to their history and bond with the child were evaluated. The instruments were: mentalization interview and mental representations of life history with the mothers, the Global Scale and the Specific Signal Frequency Scale applied to Family Design and the MacArthur Story Stem Battery (MSSB) applied to children. It was found that transgenerational aspects are present in the internal representations of attachment and that traumatic situations of excessive stress, abandonment or instability in bonds with caregivers in childhood are associated with insecurity of attachment and difficulties in development. Such findings suggest that early situations of stress and abandonment, experienced in childhood, can establish transgenerational transmission of representation of unsafe attachment, interfering in the mother-child bond and causing impairment in development. Together, the findings of the present thesis allow us to conclude that there are indications that good conditions of reflexive function and mentalization in mothers may be essential in the development of representation of safe attachment in the child. This being a protective condition, given the difficulties in the development and emergence of diverse Psychopathologies, such as ADHD. Despite the vast international literature on the repercussions of attachment on childhood ADHD, studies in Brazil are still scarce, which represents a need to expand research on this topic.

**Keywords:** Attention Deficit Hyperactivity Disorder, Attachment, Reflective function, Mothers.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

EMRI	Escala Multidimensional de Reatividade Interpessoal
FR	Função Reflexiva
GC	Grupo Clínico
GNC	Grupo Não Clínico
IVPM	Inventário de Percepção de Vinculação Materna
MSSB	MacArthur Story Steam Battery
TDAH	Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade
SDQ	Strengths and Difficulties Questionnaire
RFQ	Reflective Functioning Questionnaire
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UNISINOS	Universidade do Vale do Rio dos Sinos
VM	Vinculação Materna

## SUMÁRIO

<b>Lista de Abreviaturas e Siglas.....</b>	<b>09</b>
<b>Introdução.....</b>	<b>13</b>
<b>Artigo 1</b> <i>Relações de apego e TDAH infantil.....</i>	<b>17</b>
<b>Artigo 2</b> <i>Função reflexiva, mentalização e capacidade de vínculo em um estudo comparativo com mães de crianças com TDAH.....</i>	<b>38</b>
<b>Artigo 3</b> <i>Representações internas e apego de crianças com TDAH e suas mães.....</i>	<b>59</b>
<b>Considerações Finais da Tese .....</b>	<b>91</b>
<b>Referências da Tese.....</b>	<b>94</b>
<b>Apêndices .....</b>	<b>97</b>
<b>Apêndice A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE – Estudo 1).....</b>	<b>97</b>
<b>Apêndice B- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE – Estudo 2).....</b>	<b>98</b>
<b>Apêndice D- Termo de anuência clínica de neurologia.....</b>	<b>99</b>
<b>Apêndice E-. Termo de anuência Rede Pública de Educação.....</b>	<b>100</b>
<b>Apêndice E- Termo de anuência Escola Particular.....</b>	<b>101</b>
<b>Anexos.....</b>	<b>102</b>
<b>Anexo A- Atestado exame de qualificação.....</b>	<b>102</b>
<b>Anexo B-Aprovação da pesquisa pelo comitê de ética em pesquisa.....</b>	<b>103</b>
<b>Anexo C- Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ-Por).....</b>	<b>104</b>
<b>Anexo D- <i>Reflective Functioning Questionnaire</i> (RFQ).....</b>	<b>105</b>
<b>Anexo E- Inventário De Percepção De Vinculação Materna (IVPM) .....</b>	<b>110</b>
<b>Anexo F- Escala Multidimensional De Reatividade Interpessoal (EMRI).....</b>	<b>111</b>
<b>Anexo G- <i>Macartur Story Steam Battery-Mssb</i> Vinhetas .....</b>	<b>113</b>
<b>Anexo H - <i>Macartur Story Steam Battery - Mssb</i> - Folha De Codificação.....</b>	<b>118</b>
<b>Anexo I- Desenho da Família (Folha de Cotação 1).....</b>	<b>122</b>
<b>Anexo J- Desenho da Família (Folha de Cotação 2) .....</b>	<b>123</b>
<b>Anexo K - Entrevista mães história de vida .....</b>	<b>125</b>
<b>Anexo L - Ficha de cadastro na pesquisa.....</b>	<b>129</b>
<b>Anexo M- <i>Checklist</i> para avaliação clínica da mentalização.....</b>	<b>131</b>

## Introdução

O Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade – TDAH - é um quadro amplamente investigado frente a diversos prejuízos que acarreta no desenvolvimento infantil. O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais DSM-5 (APA 2014) o define como um padrão persistente de desatenção e/ou hiperatividade-impulsividade que causa prejuízos no funcionamento do indivíduo, através da apresentação predominantemente desatenta, hiperativa-impulsiva ou combinada. Sabe-se que os sintomas devem se manifestar em, no mínimo, dois ambientes, antes dos 12 anos de idade (*American Psychiatric Association [APA], 2014*). Além dos sintomas típicos de desatenção e hiperatividade, estão associados outros que refletem em comprometimentos com uma variedade de contextos na vida da criança. Isso tudo pode, ainda, levar a dificuldades afetivas, acadêmicas, sociais, profissionais e interpessoais (Barkley, 2002). Importante ressaltar que o comportamento presente no transtorno causa prejuízo frente às expectativas de desempenho ligada à fase em que está inserida (APA, 2014).

Em relação à etiologia do TDAH atualmente a literatura revela que, apesar do grande número de estudos já realizados, a causa precisa ainda não é conhecida (APA, 2014; Roskam, Stievenart, Tessier, Muntean, Escobar, Santelices, Juffer, Van Ijzendoorn, Pierrehumbert, 2013; Rohde, 2004). No entanto, a influência de uma combinação de fatores genéticos e ambientais no seu desenvolvimento é amplamente aceita. Dessa forma, considera-se que “vários genes de pequeno efeito sejam responsáveis por uma vulnerabilidade ou suscetibilidade genética ao transtorno, a qual se somam diferentes agentes ambientais” (Rohde, 2004, p. 62). O DSM-5 refere não existir disfunção, dano ou lesão cerebral e registra a observação de ocorrência frequente em parentes de primeiro grau, entretanto, “enquanto genes específicos foram correlacionados com o transtorno, eles não constituem fatores causais necessários ou suficientes” (APA, 2014, p. 62).

Assim, atualmente verifica-se uma visão complexa do desenvolvimento humano que sugere que muitos transtornos mentais e do comportamento, como o TDAH, sejam vistos como multideterminados com interferência de diversos fatores. Desse modo, há perspectivas psicopatológicas atuais que rompem com modelos unilaterais que atribuem a determinação de transtornos ou pela via dos aspectos biológicos e inatos unicamente, ou dos fatores ambientais e culturais, ainda que pesquisas estejam mais enfocadas em um ou outro desses aspectos (Bronfenbrenner & Evans, 2000).

Nas duas últimas décadas, os estudos de fatores ambientais na determinação do TDAH apresentam um importante papel na compreensão desse quadro (Cavallina, Pazzagli, Ghiglieri & Mazzeschi, 2015). Algumas hipóteses, na linha de explicações psicossociais, têm demonstrado desentendimentos familiares, presença de transtornos mentais nos pais e problemas familiares com estresse severo. Esses fatores em comum na determinação e manutenção do TDAH (Cavalinna et al., 2015; França, 2012; García García, 2008; Johnston & Mach, 2001; Rohde, 2004). Estudos sugerem associação positiva entre adversidades enfrentadas pelas famílias, tais como: discórdia marital severa, família muito numerosa, criminalidade dos pais, psicopatologia ou baixa capacidade de resposta materna, dificuldades financeiras e institucionalização ou outras situações de vulnerabilidade, relacionáveis a existência de TDAH (Gardner, 1994; Marwick, 2013; Pires, 2012).

Vale destacar que estudos psicanalíticos relacionam o TDAH a uma dificuldade na regulação afetiva que tem início nas relações precoces da criança (Pozzi-Monzo, 2012) ou a falhas no processo de estabelecimento da possibilidade de pensar. Nesta perspectiva, o desenvolvimento do transtorno seria uma consequência de vivências precoces estressantes na família, do estresse emocional atual ou de experiência traumática nas relações, assim como relacionado a desregulação afetiva e dificuldade nas relações precoces de objetos e falhas na simbolização (Brandão, 2011; Günter, 2014).

A teoria do Apego oferece uma perspectiva na compreensão do TDAH que é sustentada em estudos que propõem uma relação entre o surgimento do transtorno e a relação com as figuras de

apego (Crittenden & Kulbotten, 2007; Dallos & Smart, 2011; Ilardis, 2010; Roskam et. al., 2013; Rothstein, 2012; Walcott & Landau, 2004). Além disso, outros autores dessa escola oferecem significativas contribuições sobre a importância das vivências emocionais na infância, especialmente em relação às figuras de apego, com base nos diversos aspectos da constituição da criança. Assim, se negativas ou inadequadas, essas vivências podem acarretar dificuldades no desenvolvimento posterior de várias funções mentais da criança, ou até mesmo ocasionar diferentes sintomas ou transtornos (Ainsworth & Bowlby, 1991, Main, 2000; Slade, 2005).

O cuidador principal, ao facilitar uma boa vinculação e ao refletir em sua própria mente os estados mentais da criança e devolve-los para ela adequadamente (habilidade também chamada de mentalização), proporciona o estabelecimento de uma base de apego seguro desta para com o cuidador (Slade, 2005). Entretanto, estudos têm demonstrado que a função reflexiva de mães de crianças com TDAH pode estar diminuída em relação a mães de crianças sem sintomas de TDAH (Dallos e Smart, 2011; García Quiroga e Ibáñez Fanes, 2007; Rotsthein, 2012; Santurde del Arco e Del Barrio del Campo, 2010). Além desses autores, Cavallina (2015) que também avaliou as características do apego e do funcionamento reflexivo de pais e outros aspectos familiares em casos de TDAH, sugeriu que sejam aprofundadas as investigações sobre a função reflexiva dos pais de crianças com TDAH, como buscou-se realizar nesta pesquisa.

Esta pesquisa é vinculada à linha 1 do Programa de Pós-Graduação em Psicologia (PPG) da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS) (Estados Psicopatológicos e Abordagens Psicoterápicas) e ao Laboratório de Estudos em Psicoterapia e Psicopatologia (LAEPSI), grupo de pesquisa coordenado pela Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Fernanda Barcellos Serralta. A tese está organizada em três artigos que compreendem um estudo teórico e dois empíricos. Apresenta-se primeiro o artigo teórico que consiste numa revisão narrativa sobre o tema TDAH e relações de apego. Já, o segundo artigo é empírico e examina as diferenças de vínculo, função reflexiva e mentalização de 30 mães de crianças com TDAH em comparação a um grupo controle, de 30 mães de crianças sem diagnóstico de TDAH.

O terceiro artigo, também empírico, focalizou identificar representações mentais e indicadores do padrão de apego de crianças com TDAH em relação a suas mães e avaliar as representações das mães em relação a si, sua infância e relacionamento com seus filhos, assim como sua capacidade de mentalização destas.

As considerações finais trazem uma síntese dos trabalhos apresentados e retomam os objetivos e principais achados, articulando-os teoricamente e apontando as principais contribuições clínicas e implicações para futuras pesquisas na área. Dessa maneira, entende-se que os resultados apresentados podem contribuir cientificamente para o avanço da pesquisa empírica quanto às determinações ambientais do TDAH relacionadas à ordem do apego e suas variáveis. Como produto desta investigação espera-se fornecer elementos sustentados empiricamente que sirvam para a prática clínica, a fim de aprimorar a compreensão e o tratamento e do TDAH.

## Artigo 1

### Relações de apego e TDAH infantil

#### Resumo

O Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH) é amplamente diagnosticado em crianças na idade escolar, afeta a atenção e o comportamento, e pode ter repercussões negativas em diferentes áreas do desenvolvimento. Ainda que possua origem multifatorial, fatores ambientais na determinação do transtorno, como o impacto das relações precoces, são pouco explorados especialmente em estudos nacionais. A Teoria do Apego explica os efeitos das primeiras vivências de apego no desenvolvimento da personalidade e relacionamentos futuros. A insuficiência de condições seguras de apego favorece a emergência de situações de vulnerabilidade no desenvolvimento e pode repercutir em psicopatologias diversas, como o TDAH. Objetivo: Realizar uma revisão narrativa da literatura com a finalidade de descrever as contribuições da teoria do apego para a compreensão de fatores psicológicos associados ao TDAH infantil. Metodologia: Trata-se de uma revisão narrativa da literatura. Os materiais utilizados nesta revisão são artigos teóricos e empíricos oriundos dos Portais do Index Psic, PubMed, Capes e Google acadêmico publicados no(s) idioma(s) inglês e espanhol entre os anos 2002 a 2019. Resultados: Estudos encontrados apontaram que crianças com TDAH apresentam dificuldades em aspectos do desenvolvimento compatíveis com as encontradas quando na defasagem de condições de apego seguro com o cuidador primário, amplamente discutidas pelos teóricos do Apego. Diversas pesquisas constataram diferenças no tipo de apego de crianças com TDAH (maior ocorrência de apego inseguro) em relação a grupos controle de crianças típicas. E ainda, estudos com pais dessas crianças têm encontrado dificuldades relacionadas à função reflexiva do cuidador. Conclusões: O laço estabelecido entre criança e cuidador principal pode ser considerado um fator de proteção ou risco para o desenvolvimento infantil. Diferentes pesquisas teóricas e empíricas têm associado TDAH a estilo de apego inseguro e defasagens nas relações de apego precoce da criança com o cuidador principal. A teoria do Apego pode oferecer suporte para pensar nos diferentes fatores ligados ao TDAH.

**Palavras chave:** Teoria do Apego, Revisão narrativa, Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade

### Childhood ADHD and attachment relationships

#### Abstract

Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) is widely diagnosed in school-age children, affects attention and behavior, and can have negative repercussions in different areas of development. Although it has a multifactorial origin, environmental factors in determining the disorder, such as the impact of early relationships, are little explored especially in national studies. Attachment Theory explains the effects of early attachment experiences on personality development and future relationships. The insufficiency of secure attachment conditions favors the emergence of situations



of vulnerability in development and can have repercussions on various psychopathologies, such as ADHD. Objective: To carry out a narrative review of the literature in order to describe the contributions of attachment theory to the understanding of psychological factors associated with childhood ADHD. Methodology: This is a narrative literature review. The materials used in this review are theoretical and empirical articles from the Portals of Index Psic, PubMed, Capes and Google Scholar published in English and Spanish languages from 2002 to 2019. Results: Studies found pointed out that children with ADHD have difficulties in aspects of development compatible with those encountered when lagging secure attachment conditions with the primary caregiver, widely discussed by attachment theorists. Several studies have found differences in the type of attachment of children with ADHD (higher occurrence of insecure attachment) compared to control groups of typical children. Furthermore, studies with the parents of these children have found difficulties related to the reflective function of the caregiver. Conclusions: The bond established between the child and the primary caregiver can be considered a protective factor or risk for child development. Different theoretical and empirical researches have associated ADHD with insecure attachment styles and lags in the child's early attachment relationships with the primary caregiver. Attachment theory can provide support in order to think about different factors linked to ADHD.

**Keywords:** Attention Deficit Hyperactivity Disorder, Narrative Review, attachment theory

## **Introdução**

O Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade – TDAH - é um diagnóstico frequente em crianças na idade escolar cujas causas precisas ainda não são conhecidas. Há consenso científico de que o transtorno possua origem multifatorial, sendo derivado de interações genéticas e ambientais (APA, 2014). No entanto, é frequente também a redução do diagnóstico à origem puramente biológica, tendo como um dos impactos a medicação excessiva de crianças diagnosticadas com o transtorno. Outro aspecto preocupante é a não exploração adequada de outros fatores que limitam a assertividade do tratamento. A visão biologicista vem de uma tradição relacionada à busca por explicações predominantemente físicas, constituída na economia biomédica da atenção, característica das últimas décadas do século XX (Caliman, 2010). Embora essa perspectiva ainda predomine na literatura, atualmente diversos estudos, majoritariamente internacionais, constataam a contribuição de outros fatores na eclosão e agravamento desse transtorno. Destaca-se, nesse sentido, os que verificam o impacto das relações precoces vividas na infância como associáveis ao TDAH, tais como os estudos desenvolvidos pela teoria do Apego.

Em meio a diferentes teorias sobre efeitos de relações precoces no desenvolvimento humano, a teoria do Apego oferece uma perspectiva baseada em evidências empíricas sobre como as primeiras experiências com os cuidadores serão referência para o desenvolvimento da personalidade e em relacionamentos futuros. Esta teoria preconiza que o comportamento de apego infantil é um mecanismo biológico e psicológico na qual a criança busca alcançar e manter proximidade com algum indivíduo para sentir mais segurança em lidar com o mundo. Dessa forma, com o tempo, espera-se que um vínculo se estabeleça entre criança e cuidador garantindo o estabelecimento de capacidades físicas e emocionais (Bowlby, 1989). Segundo essa perspectiva teórica, as experiências precoces, com o cuidador primário, podem impactar em maior ou menor saúde psicológica e, em alguns casos, quando na ausência de boas condições subjetivas iniciais, em transtornos psicológicos (Bowlby, 1969; Fonagy & Target, 1997/2002; Slade, 2005). A ideia central da teoria do apego enfatiza, portanto, que o desenvolvimento de um apego seguro com os cuidadores primários tem função protetiva na saúde mental.

Vale destacar que crianças com apego seguro apresentam maior autoestima, independência, melhor regulação emocional e resiliência. Autores dessa escola oferecem significativas contribuições sobre a importância das vivências emocionais na infância, especialmente com as figuras de apego com base nos diversos aspectos da constituição da criança. Assim, se predominantemente inadequadas ou traumáticas, essas vivências podem acarretar dificuldades no desenvolvimento posterior de várias funções mentais da criança, ou até mesmo ocasionar diferentes sintomas ou transtornos (Ainsworth & Bowlby, 1989; Fonagy & Target, 2002; Main, 2000; Slade, 2005).

### **A teoria do apego e contribuições para a compreensão do desenvolvimento infantil**

Segundo Main (2000), a teoria do Apego passou e ainda passa por grandes ampliações desde as primeiras contribuições de John Bowlby (1969/1989), seu proponente. Psiquiatra e psicanalista das relações objetivas, Bowlby potencializou condições de desenvolvimento da pesquisa empírica em

psicanálise a partir da sua teorização sobre a importância do apego no funcionamento psíquico. O apego, para o autor, difere dos demais comportamentos, uma vez que representa uma relação na qual a criança, em sua insuficiência de recursos, necessita de cuidados físicos, mentais e afetivos de um cuidador para sua sobrevivência. Vivências desse processo influenciariam de forma significativa no desenvolvimento da personalidade como um todo e também em padrões de relacionamentos futuros, influenciando também no estilo de apego nos relacionamentos (Bowlby, 1969).

É importante salientar que Bowlby (1969) investigou a dinâmica da formação e rompimento de vínculos afetivos e, a partir de sua prática, observou os importantes efeitos da relação mãe-filho no funcionamento mental da criança. Bowlby, que já havia traçado um percurso no campo das investigações psicanalíticas, decidiu desenvolver aspectos teóricos mais focados em sua observação de experiências entre crianças e suas mães, analisando os aspectos saudáveis e patológicos dessas interações (Main, 2000). Assim como Freud, Bowlby deu especial importância às primeiras experiências e relações da criança, mas teria substituído alguns conceitos como o de energia psíquica, por vínculo, organização e controle, para estudar esse fenômeno de forma mais empírica e acessível à pesquisa (Gomes, 2008).

Para Bowlby (1969), os seres humanos, por questões de sobrevivência sua e da espécie, necessitam tanto de segurança quanto de regular a angústia ao longo da vida. Por isso, teriam uma predisposição inata a estabelecer laços emocionais e, assim, terem necessidades atendidas buscando proximidade com um cuidador. Comportamentos como chorar, balbuciar, sorrir, teriam como finalidade aproximar-se de alguém para estabelecer certa segurança a fim de explorar o mundo. O Apego seria, desse modo, a qualidade do padrão da vinculação afetiva da pessoa.

O segundo momento da referida teoria foi, para Main (2000), marcado pelas contribuições de pesquisas desenvolvidas por Mary Ainsworth (1978) através de observações naturalísticas da interação de mãe e bebês. O procedimento conhecido como “Situação Estranha” foi o método que permitiu verificar empiricamente as teorizações de Bowlby. Nesse método, a criança era separada

brevemente de seus pais e posteriormente os reencontrava. Os sinais que emergiam dessa interação permitiram a classificação em três formas de apego iniciais: seguro, evitativo e ambivalente. Crianças com apego seguro tinham mães mais sensíveis aos sinais enviados pelos seus filhos. Já as formas de apego evitativo e ambivalente estavam relacionadas ao rechaço materno e respostas imprevisíveis das mães. Esses comportamentos foram verificados em crianças com dois a três anos que haviam sofrido separações precoces, mas também em crianças de 12 meses sem separações precoces, porém viviam um estresse cumulativo frente à insuficiência ou à limitação na resposta materna.

A terceira fase da teoria, desenvolvida a partir dos anos 80, caracterizou-se pelo estudo dos níveis de representação envolvidos nas relações de apego. Estudos empíricos como os de Bretherton e Waters (1985), James e Joice Robertson (1967-1972), e Main, Kaplan e Cassidy (1985) estabeleceram que o rechaço materno levaria a criança à evitação da mãe mediante situações estressantes, e a ausência prolongada da mãe, a partir dos dois anos iniciais, causaria aspectos de evitação e ansiedade imaginados pela criança. Essas descobertas permitiram verificar que diferentes padrões de interação mãe-bebê podem levar a diferentes processos de representação (Main, 2000). Os estudos revelaram que pais de crianças seguras apresentavam algumas características como colaboração, clareza e coerência na forma como contavam aspectos de sua própria história. E ainda, que os comportamentos relacionados ao apego, como no caso do apego seguro, não surgiriam plenamente organizados, mas dependeriam da experiência de vida para adquirir maior consistência, o que poderia ocorrer até meados da adolescência (Gomes, 2007; Main, 2000; Wallin, 2007).

A partir da ênfase representacional do apego, foram desenvolvidos conceitos como função reflexiva e mentalização, conceitos esses relacionados ao desenvolvimento do Self e à regulação de afeto. A função reflexiva é o recurso subjacente que viabiliza a capacidade de mentalização, que por sua vez é a capacidade de compreender e interpretar o comportamento próprio e de outros, considerando os estados mentais subjacentes. O desenvolvimento dessa capacidade seria facilitado

pelo fato da criança, quando pequena, ter sentido estar na mente de outro (cuidador) num contexto de apego seguro (Fonagy, Gergely, Jurist & Target, 2002; Fonagy & Bateman, 2006).

É interessante ressaltar que a função reflexiva precisa ser inicialmente provida por um dos pais, para ajudar a criança na construção de seus próprios recursos mentais (Slade, 2005). Quando os cuidadores, por situações diversas, apresentam dificuldades recorrentes em refletir os estados mentais da criança e rerepresentá-los de maneira assertiva, ocorre falta nos processos simbólicos da criança. Essas lacunas, nos processos de representação, podem gerar suscetibilidades a diversas psicopatologias (Fonagy & Bateman, 2003). Destaca-se entre elas o TDAH, transtorno que tem sido investigado quanto às dificuldades na função reflexiva e mentalização na relação primordial da criança com as figuras de apego (Ilardis, 2010; Pajares, 2016; Roskam et al., 2013; Rothstein, 2012; Scharf, Oshri, Eshkol & Pilowsky, 2014).

### **Considerações sobre o TDAH**

É de conhecimento geral que o TDAH é caracterizado a partir das diretrizes do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais DSM-5 (APA, 2014) como um padrão persistente de desatenção e/ou hiperatividade-impulsividade, que causa prejuízos ao funcionamento ou ao desenvolvimento típico. As especificidades do TDAH estão relacionadas, essencialmente, a prejuízos na atenção, concentração, inibição do impulso e inquietude. Esses sintomas devem ocorrer de modo persistente. O DSM-5 lista nove sintomas de desatenção e nove de hiperatividade, que podem aparecer combinados na apresentação mista. Os sintomas devem estar presentes antes dos 12 anos de idade e, necessariamente, em dois ou mais ambientes. O caráter de transtorno se dá a partir dos prejuízos que acarreta. Esse termo é utilizado pelo DSM-5 em vez de doença ou enfermidade, por abranger a complexa interação de fatores sociais, psicológicos, biológicos e culturais envolvidos na determinação do quadro.

As três formas de apresentação para o TDAH no DSM-5 (APA, 2014) são: predominantemente desatenta, predominantemente hiperativa-impulsiva e combinada. Os sintomas de desatenção estão mais relacionados a situações como cometer erros, descuidos escolares, não conseguir persistir em tarefas que envolvam um grande esforço mental continuado, dificuldade em terminar ações iniciadas e perder facilmente objetos. A criança pode ser considerada desorganizada ou desastrada, pois em função da inquietude ou desatenção, frequentemente tem dificuldade na execução das tarefas. Os sintomas de hiperatividade se manifestam pela tendência em estar sempre se movimentando, agitação externalizada através de atos como bater os pés, não parar sentado, ficar se remexendo todo o tempo ou seguidamente, correr, falar demais, ter dificuldades em esperar a sua vez para realizar atividades em grupo ou até para falar, ou em realizar atividades silenciosas. A apresentação combinada requer seis sintomas da apresentação desatenta e seis sintomas da hiperativa-impulsiva e, por ser combinatória, essa apresentação é associada a maiores prejuízos (APA, 2014).

É amplamente aceito na literatura que o TDAH não teria causa conhecida, e o consenso científico é de que o transtorno tem um carácter multifatorial (APA, 2014). Aspectos tanto neurobiológicos quanto genéticos gerariam suscetibilidades ao aliar-se com fatores ambientais, especialmente de ordem familiar e relacional (Rohde, 2004). Diferentes estudos tem mostrado que disfunções familiares podem servir como fator de risco para a eclosão e piora dos sintomas de TDAH (Johnston & Mash, 2001; Harold, Leve, Barrett, Elam, Neiderhiser, & Natsuaki, 2013; Roskam et al., 2013).

Ademais, estudos também têm apontado características semelhantes na parentalidade de crianças com TDAH (Keown, 2012; Cavallina et al., 2015). Influências bidirecionais entre problemas observáveis de comportamento infantil e interações pai-filho são relatadas na literatura sobre o tema (Lifford, Harold, & Thapar, 2008). Harold et al. (2013) observaram que mães adotivas apresentaram hostilidade em relação aos filhos e, nesses casos, houve maior predisposição ao TDAH.

Outros estudos avaliaram que níveis elevados de estresse apresentados pelos pais, brigas conjugais, estilos parentais rígidos e autoritários e desordens psiquiátricas eram fatores presentes, isoladamente ou combinados, na configuração familiar da criança com TDAH (Alizadeh, Applequist & Coolidge, 2007; Chronis, Lahey, Pelham, Kipp, Baumann, & Lee, 2003; Theule, Wiener, Tannock & Jenkins, 2010).

Algumas hipóteses, na linha de explicações psicossociais, têm demonstrado que desentendimentos familiares, presença de transtornos mentais nos pais e problemas familiares com estresse severo, são fatores comuns na determinação e manutenção do TDAH (Cavalinna, 2015; França, 2012; García García, 2008; Johnston & Mach, 2001; Rohde, 2004). Adversidades enfrentadas pelas famílias, tais como discórdia marital severa, família muito numerosa, criminalidade dos pais, psicopatologia ou baixa capacidade de resposta materna, dificuldades financeiras e institucionalização ou outras situações de vulnerabilidade são relacionados à existência de TDAH (Gardner, 1994; Marwick, 2013; Pires, 2012).

Foi constatado que diversos estudos internacionais investigam o tipo de apego predominante em crianças com TDAH, assim como a relação da criança com seus cuidadores, avaliando as características destes que podem influenciar na dinâmica do quadro apresentada pela criança (Crittenden & Kulbotten, 2007; Dallos & Smart, 2011; García Quiroga & Ibáñez Fanes, 2007; Ilardis, 2010; Pajares, 2016; Roskam et al., 2013; Rothstein, 2012; Scharf et al., 2014; Scholtens et al., 2014). É importante salientar que os vínculos e as relações precoces da criança estariam relacionados aos sintomas de agitação e distração característicos do transtorno. As hipóteses sugerem que falhas no processo da regulação do afeto, decorrentes de vínculos primitivos deficitários, repercutem em agitação e inibições do pensamento, além de dificuldades na capacidade de mentalização da criança; todas elas associadas a especificidades do estabelecimento de condições de apego (Crittenden & Kulbotten, 2007; Dallos & Smart, 2011; García Quiroga & Ibáñez Fanes, 2007; Ilardis, 2010; Pajares, 2016; Roskam et al., 2013; Rothstein, 2012; Scharf et al., 2014; Scholtens et al., 2014).

Não obstante, ao examinar a literatura nacional, chama atenção a escassez de estudos nessa linha de investigação. Uma busca realizada em novembro de 2019, no portal Index-Psi com os descritores TDAH e apego, não revelou nenhum estudo que apresentasse relação entre as duas variáveis, apesar de ter identificado 314 ocorrências para apego e 113, para TDAH, especificamente.

Com base nessas considerações, este artigo focaliza descrever as contribuições da teoria do apego para a compreensão dos fatores psicológicos associados ao TDAH infantil. Ainda que a etiologia do transtorno seja desconhecida, predomina no meio científico uma redução das determinações biológicas tendo como efeito a medicalização excessiva. Essa limitação não abre possibilidades para considerar outros aspectos que possam ser relevantes na determinação do quadro e, conseqüentemente, importantes em uma linha de tratamento efetiva na redução dos prejuízos acarretados pelo transtorno (Caliman, 2010). Para isso, foi realizada uma revisão narrativa da literatura.

## **Método**

Trata-se de uma revisão narrativa de literatura (Vosgerau & Romanowsk,2014). Os descritores TDAH e apego, ADHD and attachment nortearam a busca em diversas bases de dados e portais nacionais e internacionais, incluindo o Index Psi, PubMed, Capes e Google Acadêmico. A busca incluiu, além de artigos científico, também livros, teses e dissertações sobre o assunto.

## **Resultados**

### **TDAH e padrões de Apego**

Scholtens et al. (2014) examinaram um grupo de 89 crianças de 6 a 10 anos com altos níveis de sintomas de TDAH. Investigaram a relação dos sintomas do transtorno com as representações de apego, avaliadas por meio de um instrumento baseado em histórias contada às crianças. A pesquisa demonstrou que crianças com apego inseguro (desorganizado) apresentaram níveis



significativamente mais elevados de sintomas de TDAH comparados àqueles da categoria segura. Tanto os sintomas do TDAH quanto o apego desorganizado estavam relacionados à incoerência e ao conteúdo negativo das histórias.

Thorell e colaboradores (2012) também verificaram associação entre sintomas de TDAH e apego desorganizado em uma amostra de 100 crianças de oito anos e meio. Os sintomas foram avaliados novamente um ano após a classificação de apego e a associação com sintomas de TDAH persistiu independentemente de problemas de comportamento externalizantes. Além disso, foram verificados nessa amostra, que sintomas de TDAH tinham mais associação com insegurança de apego (apego desorganizado) que com eventuais déficits cognitivos e funcionamento executivo.

Em outra pesquisa por Clarke et al. (2002), 19 meninos com TDAH e idades entre cinco e 10 anos foram comparados com outras 19 crianças de um grupo controle, sem TDAH. Foram avaliados os modelos internos de apego e self no que tange à ansiedade de separação, através de uma entrevista e desenho da família. Os resultados sugeriram que o TDAH está associado ao apego inseguro, o grupo de crianças com TDAH obteve escores mais pobres em todas as medidas utilizadas e apresentou resultados consistentes para o estilo ambivalente e desorganizado de apego quando comparado ao grupo controle. Os autores também observaram que a qualidade de apego com os cuidadores primários deve ser avaliada quando as crianças apresentam sintomas de TDAH e o tratamento deve também incorporar componentes de fortalecimento desta relação.

Roskam et al. (2013) realizaram uma pesquisa longitudinal com 641 adolescentes adotados de diferentes países, relacionando à privação de apego precoce com o TDAH. Após o controle de variáveis de adoção, relacionaram o tempo de privação inicial de apego ao aumento significativo nos sintomas de TDAH. Outrossim, o aumento no nível dos sintomas de TDAH fora previsto pela duração da exposição e privação antecipada de apego, estimada a partir da idade de adoção. Quanto mais precoce a adoção, menos sintomas de agitação, inibição, distração relacionados ao TDAH. Essa

relação foi observada especificamente com sintomas de TDAH em comparação com outros fatores externalizantes e internalizantes avaliados em escalas de comportamento.

Ao avaliar uma amostra de 508 adolescentes, cursando o ensino médio, a partir de questionários de autorrelato referentes ao estilo de apego, sintomas de TDAH (hiperativo e desorganizado) e sensibilidade à rejeição, Scharf et al. (2014) sugeriram que os estilos de apego inseguro na adolescência podem servir como precursores do desenvolvimento para a sintomatologia de TDAH, sensibilidade à rejeição e ajuste social. Essa conclusão é derivada da constatação de que os adolescentes que apresentavam apego seguro tinham maior habilidade de adaptação às situações, e os que apresentaram apego inseguro possuíam sintomas de TDAH, altos níveis de problemas relacionados ao quadro, além de altos níveis de irritação e ansiedade. Os autores sugerem que a medição de estilos de apego pode ajudar a perceber tanto fatores latentes para o TDAH em escolares, como outros problemas de adaptação.

### **Cuidadores primários, função reflexiva e apego inseguro em crianças com TDAH**

Outras investigações estão focadas em identificar a relação dos cuidadores primários de crianças com TDAH com suas próprias representações de apego e em como ocorre a Função Reflexiva, especialmente na figura materna (Crittenden & Kulbotten, 2007; Dallos & Smart, 2011; García Quiroga & Ibáñez Fanes, 2007; Ilardis, 2010; Roskam et al., 2013; Rothstein, 2012; Scharf et al., 2014; Scholtens et al., 2014). Resultados apontam que tanto as mães como seus filhos com TDAH têm níveis mais elevados de estilo de apego inseguro que os encontrados em populações não clínicas (Clarke, Ungerer, Chahoud, Johnson & Stiefel 2002; Ibáñez, 2007).

Um estudo de Rothstein (2012) investigou a capacidade da função reflexiva em 18 mães de meninos de 7 a 9 anos com TDAH e problemas associados de aprendizagem. As mães de crianças com TDAH apresentaram escores significativamente menores de Função Reflexiva que mães da populações não clínicas. Essas mães apresentaram pontuações mais baixas na função reflexiva ao

relatar aspectos do manejo de dificuldades que seus filhos apresentam, bem como o efeito disso no relacionamento com seu filho com TDAH.

Santurde del Arco e Del Barrio del Campo (2010) compararam dois grupos de famílias com filhos de 6 e 17 anos, examinando o apego de 70 pais de crianças com diagnóstico de TDAH e 123 pais de crianças sem TDAH. Os pais que tinham filhos com o transtorno possuíam índices mais elevados de apego inseguro e foram menos acessíveis às interações com seus filhos. Os pais do grupo controle, sem TDAH, apresentaram maiores habilidades para promover uma base de apego seguro para os filhos. Tais resultados já haviam sido encontrados também em outros estudos sobre o tema (Clarke, et al., 2002; Green, Stanley & Petters 2007).

Dallos e Smart (2011) realizaram entrevistas com familiares de um adolescente com TDAH e Transtorno de Conduta. Eles utilizaram instrumentos padronizados de avaliação de apego e observaram conflito desses pais em relação às suas próprias figuras de apego, bem como a não disponibilidade afetiva da mãe em momentos precoces do desenvolvimento com seu filho. Os autores sugerem mais estudos focados em questões transgeracionais envolvidas nas vivências de apego de pacientes com TDAH.

Outro estudo realizado por García Quiroga e Ibáñez Fanes (2007) comparou 17 crianças com TDAH e suas mães a um grupo controle, analisando tanto o estilo de apego de crianças como o das mães. Verificou-se que o TDAH é um transtorno no qual a relação está afetada, pois tanto crianças quanto suas mães apresentaram níveis mais altos de estilo de apego inseguro que o encontrado na população normal. No grupo clínico, as representações de apego inseguro foram padrão ambivalente e desorganizado nas crianças e padrão ansioso nas mães. Dentre as mães do grupo clínico, um subgrupo se destaca pelo padrão de apego inseguro-evitativo, distanciando-se emocionalmente de seus filhos, o que poderia dificultar ainda mais a relação.

Ainda, nessa mesma pesquisa, mães de crianças com apego seguro apresentavam características de verbalizar mais suas experiências de forma contínua e não evitativa, o que parecia

ter efeito positivo no vínculo com a criança, uma vez que ajudava a criança a elaborar e verbalizar suas próprias experiências. Além disso, essas mães se expressavam de forma a estabelecerem conexão real entre a experiência e sua verbalização, permitindo contato afetivo real com seus filhos. A capacidade de pensar sobre as próprias experiências e estar ciente da própria subjetividade e da dos outros, também foi observada como tendência maior em mães cujos filhos mostraram apego seguro. Tendo em vista esses achados, as autoras sugerem considerar as representações de relacionamento da criança no diagnóstico, a fim de elaborar um plano de tratamento que fortaleça o que está fragilizado no vínculo, antes que outros encaminhamentos sejam feitos e, futuramente, possam encontrar obstáculos no relacionamento (García Quiroga & Ibáñez Fanes, 2007).

## **Discussão**

A revisão evidencia que a teoria do apego tem sido utilizada como aparato teórico e técnico para delinear diferentes estudos que buscam compreender as relações entre apego e TDAH. Os estudos selecionados são bastante variados e incluem investigações que indicam: associação entre privação precoce de apego seguro e altos níveis de gravidade de sintomas de TDAH (Roskam et al., 2013); estilo de apego inseguro como estilo predominante em crianças com TDAH em relação a amostras não clínicas (Clarke et al., 2002; Thorell et al., 2012); repercussões negativas da relação de apego inseguro em crianças com TDAH, tais como prejuízos em aspectos de aprendizagem, afetividade e nas habilidades sociais (Scharf et al., 2014; Scholtens et al. 2014); associações entre TDAH infantil e características de apego dos cuidadores (García Quiroga e Ibáñez Fanes, 2007; Santurde del Arco e Del Barrio del Campo, 2010; Clarke, et al., 2002;) De modo geral, esses resultados indicam a relevância de se considerar as relações de apego no contexto de compreensão do desenvolvimento do TDAH. Isso sugere o quanto pode ser nociva essa associação, ainda frequentemente negligenciada por clínicos e pesquisadores.

Kissgen e Franke (2016) ressaltam que problemas de autorregulação, controle do impulso, inibição e acomodação são dificuldades centrais do TDAH, frequentemente nomeado como um transtorno de autorregulação. A partir dos achados da teoria do apego, pessoas com apego inseguro têm muitos prejuízos na regulação emocional e dos comportamentos. Já o apego seguro, também, está relacionado à maior competência justamente nas áreas em que crianças com TDAH possuem bastantes dificuldades.

Por conseguinte, os estudos analisados nesta revisão avaliaram constructos importantes da teoria do Apego em relação ao fenômeno do TDAH infantil. Isso envolve desde estilo predominante de apego dos pais e da criança com TDAH, funcionamento da Função Reflexiva e outras características que possam ser determinantes na relação entre cuidador e criança com TDAH, a partir da teoria do Apego (Dallos & Smart, 2011; García Quiroga & Ibáñez Fanes, 2007; Rotsthein, 2012; Santurde del Arco & Del Barrio del Campo, 2010). Esses resultados são condizentes com outros achados já presentes na literatura, como os de Ilardi (2010) que sugerem relação positiva e significativa entre Função reflexiva da mãe e funcionamento social das crianças com TDAH.

A teoria do Apego é construída com base na premissa de que a relação mãe-filho determina importantes aspectos do desenvolvimento e constitui um modelo para relacionamentos futuros significativos. Sendo o TDAH um transtorno relacionado ao desenvolvimento infantil, os primeiros vínculos podem ter repercutido em sintomas ligados ao transtorno, ou na própria forma de condução do quadro. Segundo Wallin (2012), o bebê teria capacidade para, desde muito cedo, decodificar o estado cognitivo emocional na interação com seus cuidadores e reagir emocionalmente a partir dessas percepções. A partir disso, o bebê poderá sentir e internalizar vivências que serão fundamentais na construção do estilo de apego, seguro ou inseguro.

Main (2000) ressalva que apesar de o apego ser perceptível através da conduta da mãe, a conduta em si mesmo não prediz o apego. Então, mesmo que seja através dos hábitos cotidianos, a forma de estabelecer vínculos com a criança não é a existência da rotina estabelecida através da

conduta que garantirá o desejo, as expectativas e intenções que digam de um apego. É algo que deve ser mais profundo, mas que requer a conduta para se expressar de algum modo. Para Wallin (2012), é a expectativa acerca da disponibilidade das figuras de apego que mobilizaria a criança a vincular-se a partir de três atitudes fundamentais: a busca, sequência e manutenção da proximidade com os cuidadores; uso da figura de apego seguro para a exploração e busca da figura de apego segura como refúgio nas situações de perigo.

Além da falta de disponibilidade psíquica do cuidador, pode haver concomitantemente prejuízo no funcionamento reflexivo. O prejuízo no funcionamento reflexivo dos pais repercute em dificuldade de refletir sobre as intenções e experiências singularmente subjetivas da criança durante momentos de estresse e conflito. O manejo assertivo destas pelo cuidador é fundamental para a criança desenvolver adequada modulação do afeto. Além disso, o funcionamento reflexivo parental permite que os cuidadores contêm o sofrimento da criança, dando origem a processos regulatórios mútuos que aumentam gradualmente a capacidade da criança de se autorregular (Fonagy et al., 2002; Slade, 2005). Dessa maneira, a avaliação dos estados mentais dos cuidadores das crianças com TDAH pode ser fundamental na detecção e manejo do quadro.

Logo, tendo em vista os resultados apresentados, levar em consideração a teoria do Apego para compreender as determinações psicológicas e ambientais do TDAH pode abrir uma importante via de tratamento no combate aos prejuízos causados pelo transtorno. Para Santurde del Arco e Del Barrio del Campo (2013), intervenções que tenham em vista a promoção do apego seguro, em casos de TDAH, poderiam auxiliar o desenvolvimento de habilidades prejudicadas pelo transtorno e evitar piora na sintomatologia, pois o apego seguro favoreceria um melhor desenvolvimento cognitivo e afetivo com resultados na regulação e expressão de afetos, além de aumentar a capacidade de simbolização e elaboração. Nessa proposta de intervenção para a promoção de apego, o foco no desenvolvimento da sensibilidade parental seria essencial para desenvolvimento de um apego seguro na criança. E ainda, o desenvolvimento da função reflexiva nas mães poderia ajudá-las a pensar seus

sentimentos, comportamentos e a forma como reagem a eles na relação com os filhos, melhorando a interação da dupla (Besoain & Santelices, 2009; Gómez, Muñoz & Santelices, 2008).

### **Considerações Finais**

Apesar da tradição biológica que prepondera na visão sobre a determinação do TDAH, vários estudos, especialmente internacionais, têm explorados fatores ambientais na determinação do transtorno, tais como: vivências precoces, estilos de apego e importância da relação com o cuidador primário. Os achados desses estudos favorecem a compreensão de que as vivências primárias de apego são cruciais para o desenvolvimento da criança e garantem condições de saúde ou adoecimento psicológico. Chama atenção, entretanto, a ausência de estudos nacionais sobre o tema. Isso indica a necessidade de maior divulgação, entre pesquisadores brasileiros, dos achados dos estudos existentes para que investigações nessa linha possam ser implementadas para subsidiar intervenções psicológicas efetivas no tratamento dos diferentes fatores envolvidos no TDAH.

De modo geral, os resultados dos estudos revisados indicam que crianças com TDAH possuem mais apego inseguro que populações não clínicas; o maior tempo de privação de apego pode estar relacionado com maior gravidade de sintomas de TDAH; e que sintomas de TDAH podem estar mais associados, em alguns casos, com a insegurança de apego, do que com déficits cognitivos e funcionamento executivo. Além do mais, os resultados indicaram que os cuidadores de crianças com TDAH, especialmente a mãe, também apresentam frequentemente padrões de apego inseguro, assim como menor capacidade de mentalização, apresentado prejuízos na Função Reflexiva. Esse dado implica a necessidade de pensar em modelos terapêuticos que incluam a díade mãe-criança.

A qualidade de apego vivenciado com a mãe, portanto, permitirá ou não a criança o desenvolvimento de recursos reflexivos e de mentalização que garantirão um bom desenvolvimento da personalidade, assim como apresentarão impacto nos relacionamentos interpessoais futuros. Ao

contrário, quando tais condições não ocorrem, podem surgir psicopatologias no desenvolvimento infantil. Somado a isso, problemas de mentalização, a partir de fragilizações nas condições de apego iniciais, implicam diferentes prejuízos para vários grupos e subtipos de psicopatologia infantil que variam de acordo com as especificidades de cada transtorno. O TDAH é um transtorno que pode ser pensado por essa via, como foi observado na literatura apresentada.

Embora a pesquisa sobre a associação entre apego e TDAH ainda se apresente limitada, os estudos nessa área, frequentemente, estão em acordo sobre seus resultados e encontram uma forte conexão entre si. Entretanto, é de extrema importância o desenvolvimento de mais estudos brasileiros que investiguem tanto a qualidade de apego estabelecido entre cuidadores e criança, quanto função reflexiva destes cuidadores e possíveis consequências no desenvolvimento.

Por conseguinte, essas consequências pesquisadas, sejam elas relacionadas a fatores típicos, sintomas ou transtornos, sugerem que um apego seguro está associado a fatores que favorecem o desenvolvimento de habilidades fragilizadas pelo TDAH. Dentre elas destaca-se a atenção sustentada, a capacidade de executar tarefas e objetivos até o fim, assim como capacidade de adiar a gratificação, habilidades de autorregulação afetiva e expressão de afetos na conduta e mentalização.

## Referências

- Ainsworth, M. D. S. (1967). *Infancy in Uganda: Infant Care and Growth of Love*. Baltimore: Johns Hopkins University Press. 7(2), 179-198.
- Ainsworth, M. D. S. (1963). The development of infant-mother interaction among the Ganda. In B. M. Foss (Ed.), *Determinants of infant behavior* (pp. 67-104). New York: Wiley.
- Alizadeh, H., Applequist, K. F., & Coolidge, F. L. (2007). Parental self confidence, parenting styles, and corporal punishment in families of ADHD children in Iran. *Child Abuse Neglect*, 31, 567-572. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2006.12.005>
- Besoain, C., y Santelices, M. P. (2009). Transmisión intergeneracional del apego y Función Reflexiva Materna: Una Revisión. *Terapia Psicológica*, 27(1), 113-118.



- Betherton, I., and Waters, E. (Eds.) (1985). Growing Point of attachment Theory and Research. *Monographs of the Society for research in child development*, 50(209), 41-65.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and Loss*, vol I: Attachment. London: Hogart Press.
- Bowlby, J. (1989). As origens do apego. In J. Bowlby. *Uma base segura: aplicações clínicas da teoria do Apego* (pp. 33-47). Porto Alegre: Artes médicas.
- Caliman, L. V. (2010). Notas sobre a história oficial do transtorno do déficit de atenção/hiperatividade TDAH. *Psicologia: ciência e profissão*, 30(1), 46-61. [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-98932010000100005&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932010000100005&lng=pt&tlng=pt)
- Cavallina, C., Pazzagli, C., Ghiglieri, V., and Mazzeschi, C. (2015). Attachment and parental reflective functioning features in ADHD: enhancing the knowledge on parenting characteristics. *Frontiers in Psychology*, 6 (2015): 1313. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.01313>
- Clarke, L., Ungerer, J., Chahoud, K., Johnson, S., and Stiefel, I. (2002). Attention Deficit Hyperactivity Disorder is Associated with Attachment Insecurity. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 7(2), 179–198. <https://doi.org/10.1177/1359104502007002006>
- Crittenden, P. M., and Kulbotten, G. R. (2007). Familial contributions to ADHD: an attachment perspective. *Tidsskrift Norsk Psykolog*, 44(10), 1220-1229.
- Da Silva, M. C. P. (2011). *A construção da parentalidade em mães adolescentes: um modelo de prevenção e intervenção*. Curitiba: Honoris Causa.
- Dallos, R., and Smart, C. (2011). An exploration of family dynamics and attachment strategies in a family with ADHD/conduct problems. *Clinical Child Psychol Psychiatry*, 16(4), 535-550.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E., and Target, M. (2002). *Affect Regulation, Mentalization, and the Development of the Self*. New York: OtherPress.

- Fonagy, P., and Bateman, A. (2006). Mechanisms of change in mentalization-based treatment of BPD. *Journal of Clinical Psychology*, 62, 411-430.
- Fonagy, P., and Target, M. (1997). Attachment and reflexive function: Their role in self organization. *Development and Psychopathology*, 9, 679-700.
- Fonagy, P., and Target, M. (2002). Early intervention and the development of self-regulation. *Psychoanalytic Inquiry*, 22, 307-335.
- García Quiroga, Manuela, y Ibáñez Fanes, Margarita. (2007). Apego e Hiperactividad: Un Estudio Exploratorio del Vínculo Madre-Hijo. *Terapia psicológica*, 25(2), 123-134. <https://doi.org/10.4067/S0718-48082007000200003>
- Guarino, S., Paloscia, C., Pasini, A., and Ammaniti, M. (2012). Stato della mente rispetto all'attaccamento ed espressione clinica nell'ADHD: indagine preliminare su un campione di adolescenti. *Infanzia e Adolescenza*, 11, 91-101.
- Gomez, E., Muñoz, M. M., y Santelices, M. P. (2008). Efectividad de las intervenciones en apego com infancia vulnerada y en riesgo social: Un desafío prioritario para Chile. *Terapia Psicológica*, 26 (2), 241-251.
- Green, J., Stanley, C., and Petters, S. (2007). Disorganized attachment representation and atypical parenting in young school age children with externalizing disorder. *Attachment and Human Development*, 9(3), 207-222
- Harold, G. T., Leve, L. D., Barrett, D., Elam, K., Neiderhiser, J. M., and Natsuaki, M. N. (2013). Biological and rearing mother influences on child ADHD symptoms: revisiting the developmental interface between nature and nurture. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 54, 1038-1046. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12100>

- Ilardi, M. (2010). *Maternal Mentalization and Child Psychosocial Adaptation for Children with Learning and Behavioral Disorders* [Unpublished doctoral dissertation]. City University of New York.
- Kissgen, R., and Franke, S. (2016). An attachment research perspective on ADHD. *Neuropsychiatry*, 30(2):63-8. <https://doi.org/10.1007/s40211-016-0182-1>
- Main, M. (2000). Las categorías organizadas del apego em el infante, em el niño, y em el adulto; atención flexible versus inflexible bajo estrés relacionado com el apego. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 48(4), 1055-1127.
- Main, M., Kaplan, N., & Cassidy, J. (1985). Security in Infancy, Childhood, and Adulthood: A Move to the Level of Representation. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 50(1/2), 66-104. <https://doi.org/10.2307/3333827>
- Marrone, M. (2008). La teoría del apego como paradigma psicoanalítico. En Yarnoz, S. (Comps.), *La teoría del apego en la clínica*, I: Evaluación y Clínica (pp.15-36). Madrid: Psimática.
- Pajares, M. L. (2016). *Influencia del apego e psicopatología parental em crianças com TDAH*. Universidad Pontificia de Madrid. Facultad de ciências humanas e sociales.
- Rothstein, A. E. (2012). *Reflective functioning capacity in mothers of boys with adhd, learning disorders and associated behavior problems* (Publication No. 3541702) [Doctoral dissertation, City University of New York]. ProQuest Dissertation & Theses Global.
- Roskam, I., Stievenart, M., Tessier, R., Muntean, A., Escobar, M., Santelices, M., Juffer, F., Van Ijzendoorn M., Pierrehumbert, B. (2013). Another way of thinking about ADHD: the predictive role of early attachment deprivation in adolescents' level of symptoms. *Social Psychiatry and Psychiatry Epidemiology*, 49,133-144.
- Rutter, M., and Sroufe, L. A. (2000). Developmental psychopathology. Concepts and challenges. *Development and Psychopathology*, 12, 265–296.

- Scharf, M., Oshri, A., Eshkol, V., and Pilowsky, T. (2014). Adolescents' ADHD symptoms and adjustment: the role of attachment and rejection sensitivity. *American Journal of Orthopsychiatry*, 84, 209–217. <https://doi.org/10.1037/h0099391>
- Santurde del Arco, E., & Del Barrio del Campo, J. (2013). TDAH: intervenir en el fomento del apego. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1 (1), 265-270.
- Santurde del Arco, E., y Del Barrio del Campo, J. (2010). Asociación entre tdah (trastorno por déficit de atención e hiperactividad) y apego inseguro. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 3 (1), 821-829.
- Slade, A. (2005). Parental reflective functioning: an introduction. *Attachment & Human Development*, 7, 269–281. <https://doi.org/10.1080/14616730500245906>
- Scholtens, S., Rydell, A., Bohlin, G., and Thorell, L. B. (2014). ADHD symptoms and attachment representations: considering the role of conduct problems, cognitive deficits, and narrative responses in non-attachment-related story stems. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 42, 1033–1042. <https://doi.org/10.1007/s10802-014-9.854-0>
- Theule, J., Wiener, J., Tannock, R., & Jenkins, J. M. (2010). Parenting stress in families of children with adhd: a meta-analysis. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 20, 1-15. <https://doi.org/10.1177/1063426610387433>
- Thorell, L. B., Rydell, A. M., and Bohlin, G. (2012). Parent-child attachment and executive functioning in relation to ADHD symptoms in middle childhood. *Attachment and Human Development*, 14, 517–32.
- Wallin, D. J. (2012). *El apego en psicoterapia*. 2 ed. Bilbao: Desclée deBrouwer.
- Vosgerau, D. S. A. R. & Romanowski, J. P. (2014) Estudos de revisão: implicações conceituais e metodológicas. *Revista de Diálogo Educacional* (14)41, 165-189.

## Artigo 2

### **Função reflexiva, mentalização e capacidade de vínculo em um estudo comparativo com mães de crianças com TDAH**

#### **Resumo**

A relação precoce entre cuidador e criança permite o estabelecimento de um vínculo de apego seguro ou inseguro. No contexto de apego seguro, uma boa função reflexiva e de mentalização permite ao cuidador compreender os próprios estados mentais e da criança, por conseguinte adotando condutas adequadas ao desenvolvimento do filho. Quando a criança internaliza através do vínculo com cuidador o próprio funcionamento reflexivo, o impacto positivo repercute em boa regulação afetiva e desenvolvimento como um todo; caso contrário, podem ocorrer dificuldades psicológicas e associações com desenvolvimento de transtornos psicopatológicos, como o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH). O objetivo deste artigo foi verificar possíveis diferenças em níveis de vínculo e função reflexiva de mães de crianças com TDAH em comparação a um grupo controle, de mães de crianças sem TDAH. Metodologia: Trata-se de um estudo exploratório, quantitativo, transversal e comparativo do tipo caso-controle no qual 30 mães de crianças com diagnóstico de TDAH (grupo clínico ou GC) foram comparadas a 30 mães de crianças sem TDAH (grupo não clínico ou GNC) em relação as capacidades de mentalização, empatia e vinculação, medidas por meio de escalas de autorrelato (respectivamente). Resultados: Os grupos diferiram com relação a algumas características sociodemográficas, como o nível educacional das mães, mais baixo no GC. Mais mães do GC eram responsáveis únicas pelos cuidados dos filhos. Uma proporção maior de crianças do GC apresentou histórico de incidente traumático. Com relação às variáveis de interesse, houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos na subescala Incerteza da medida de mentalização, indicando que estas mães tinham escores médios mais elevados de incerteza de estados mentais próprios e alheios em comparação com as mães do GNC. Conclusão: Mães de crianças com TDAH apresentam prejuízos na mentalização, evidenciados por maiores níveis de incerteza acerca dos estados mentais, quando comparadas a mães de crianças não clínicas. Esses achados estão em consonância com resultados de estudos internacionais sobre o tema e são indicativos da utilidade de se o desenvolvimento de programas de ampliação da capacidade reflexiva/mentalização de mães e cuidadores primários de crianças com essa condição clínica.

**Palavras-chave:** Função Reflexiva, Mentalização, Vinculação, Mães, TDAH.

### **Reflective function, mentalization and bonding capacity in a comparative study with mothers of children with ADHD**

#### **Abstract**

The early relationship between caregiver and child allows the establishment of a secure or safe attachment bond. No context of secure attachment, a good reflexive and mentalization function allows the caregiver to understand the child's and mental states, through adoption adopted by the child's behavior. When a child internalizes through the bond with a caregiver or his own reflexive functioning, or the positive impact has repercussions on good affective activity and development as a whole; otherwise, psychological difficulties and changes in the development of psychopathological disorders may occur, such as Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). The aim of this article was to verify possible differences in levels of bonding and reflective function of mothers of

children with ADHD compared to a control group, mothers of children without ADHD. Methodology: this is an exploratory, quantitative, cross-sectional and comparative case-control study in which 30 mothers of children diagnosed with ADHD (clinical group or CG) were compared to 30 mothers of children without ADHD (non-clinical group or GNC) in relation to mentalization, empathy and attachment, measured through self-relationship scales (respectively). Results: The groups differed in relation to some sociodemographic characteristics, such as the mothers' educational level, which was lower in the CG. More mothers in the CG were solely responsible for the care of their children. A greater proportion of children in the CG show a history of traumatic incident. Regarding the variables of interest, or observe a statistically significant difference between the groups in the subscale Uncertainty of mentalization measure, which measures these mothers had higher average scores of mental state uncertainty than the same and unrelated compared to the mothers of the GNC. Conclusion: Mothers of children with ADHD have impaired mentalization, evidenced by the higher levels of uncertainty about mental states, when compared to mothers of non-clinical children. These findings are in line with the results of international studies on the topic and are indicative of the usefulness of developing programs to expand the reflective capacity / mentalization of mothers and primary caregivers of children with this clinical condition.

**Keywords:** Reflective function, mentalization, bonding, mothers, ADHD.

## **Introdução**

O Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH) é um dos transtornos mais diagnosticados em crianças na idade escolar e pode ocasionar diversos prejuízos acadêmicos afetivos, sociais e familiares nos seus portadores. O TDAH é caracterizado primariamente por prejuízos na manutenção da atenção seja na apresentação hiperativa, desatenta ou combinada (APA, 2014). A etiologia do transtorno é conhecida por seu caráter multifatorial e, gradativamente, pesquisas têm reconhecido que aspectos ambientais e familiares possuem importante impacto na determinação do transtorno (Johnston & Mash, 2001; Pheula, 2010; Harold et al, 2013).

É importante destacar que estudos apontam características semelhantes na parentalidade de crianças que apresentam TDAH (Keown, 2012; Cavallina, 2015; Johnston & Mash, 2001; Harold et al., 2013). Além disso, condições ambientais como níveis elevados de estresse apresentados pelos pais, adversidades familiares, brigas conjugais, estilos parentais rígidos e autoritários, existência de psicopatologia parental são fatores presentes, isoladamente ou combinados, na configuração familiar da criança com o transtorno (Keown, 2012; Theule et al., 2010; Chronis et al., 2003; Alizadeh et al.,

2007; Pheula, 2010). E ainda, está respaldado pela literatura que estilos parentais podem moderar os sintomas de TDAH dos filhos (Cavallina, 2015).

Alguns estudos internacionais propõem uma relação entre surgimento do TDAH e relações precoces com as figuras de apego (Crittenden & Kulbotten, 2007; Dallos & Smart, 2011; Roskam et al., 2013; Walcott & Landau, 2004). Outros examinam a capacidade reflexiva de pais de crianças com TDAH (Dallos e Smart, 2011; García Quiroga e Ibáñez Fanes, 2007; Rotsthein, 2012; Santurde del Arco e Del Barrio del Campo, 2010).

Desse modo, pode-se apontar que uma boa relação entre o cuidador primário e a criança, para o estabelecimento de condições adequadas de desenvolvimento, tem sido amplamente reconhecido na literatura atual. Assim, a ausência dessas condições favorece uma série de dificuldades psicológicas, incluindo os transtornos psicopatológicos (Godman et al., 2011; Mendes et al., 2008; Sharp, 2006).

Sob a perspectiva de um desenvolvimento adaptativo, as características do ambiente e do cuidador primário ganham cada vez mais relevância clínica e científica. Pesquisas desenvolvidas nos últimos anos sobre o cuidado com crianças e adolescentes, apontam que as mães são as principais pessoas envolvidas no processo de cuidado e podem ser consideradas, em nossa cultura, o cuidador primário (Silva, 2018; Rehm, 2013; Borsa & Nunes, 2011).

Vale considerar que a teoria do apego tem embasado estudos os quais buscam avaliar o impacto da qualidade da relação: cuidador principal e criança, para o estabelecimento da segurança de apego na criança como condição importante para um desenvolvimento saudável (Benoit, 2004; Bateman & Fonagy, 2003; Slade, 2005). Nessa perspectiva, as características da mãe ou cuidador principal são pontos importantes de apoio para a criança, uma vez que os seus recursos mentais podem facilitar (ou dificultar) que a criança desenvolva recursos e consiga compreender e manejar seus próprios estados internos.

Nesse sentido, para que as condições fundamentais de um desenvolvimento infantil saudável ocorram, é importante que a criança disponha de uma condição de apego seguro com seu cuidador. Segundo Grossman e Grossman (2009), o impacto de como ocorrem as relações precoces de apego, em termos biológicos e neurobiológicos, tem sido documentado em diversos estudos recentes. Eles ressaltam que o apego serve tanto para garantir proteção e cuidado como para aliviar aflições e restauram a homeostase fisiológica, encorajando a criança para exploração do mundo.

Sabe-se que o estilo de apego da criança está diretamente relacionado ao cuidado que a mãe desempenha, resultando da capacidade parental de proporcionar satisfação às necessidades da criança (Ainsworth, 1989). O apego pode ser avaliado de características do vínculo entre mãe e criança, especialmente no que tange à disponibilidade psíquica materna, em um primeiro momento, de apegar-se ao seu bebê. Desse modo, cabe destacar diferença entre apego e vínculo: apego seria a relação da criança com sua mãe (ou cuidador), já a vinculação seria a representação interna dessa relação para a mãe que estaria em posição de proporcionar a base segura para a criança (Boeckel et al., 2011). E, assim, o vínculo afetivo seria uma mobilização representacional da figura significativa de apego e de partes do self (Ainsworth, 1989).

A qualidade de apego vivenciado com a mãe terá forte determinação nos relacionamentos interpessoais da criança no futuro. Esses relacionamentos interpessoais, ao longo da vida, serão chamados de vínculos afetivos (Benoit, 2004). Para Fonagy (2002) a capacidade da criança de discriminar a si e ao outro, seu mundo interno do real e os pensamentos oriundos das relações interpessoais surge a partir das vinculações primitivas. A função reflexiva dos cuidadores, isto é, a capacidade de observação dos estados mentais internos, exerce um papel determinante no desenvolvimento das crianças. Achados empíricos sugerem que a alta função reflexiva em um dos pais pode ser preditiva de apego seguro nas crianças mesmo antes do nascimento destas (Fonagy & Target, 1997).



É importante considerar que a função reflexiva é a condição que torna possível e subjaz a capacidade de mentalizar. Contudo, os termos são geralmente usados como sinônimos (Fonagy et al, 2016). A mentalização é uma habilidade implícita ou explícita de compreender e interpretar os estados mentais subjacentes como desejos, necessidades, sentimentos e razões das suas próprias ações e também dos comportamentos e estados mentais de outras pessoas. Isso se refere a uma série de operações mentais representacionais e inferenciais (Fonagy et al 2016). Quando a mãe reflete sobre o que pode estar ocorrendo ao seu bebê e (re) apresenta os estados mentais para ele, antes que ele próprio os perceba como seu, está criando condições para a construção de seu mundo representacional e de função reflexiva (Slade, 2005).

Portanto, para a criança, as representações de si e do outro derivam de experiências interpessoais especialmente com as figuras cuidadoras e influenciam na forma como a criança interpreta a realidade vivida e interage com ela. Cavallina et al. (2015) avaliaram as características do apego e do funcionamento reflexivo de pais, características parentais e outros aspectos familiares em casos de TDAH e sugeriram que sejam aprofundadas as investigações sobre a função reflexiva dos pais de crianças com TDAH (Cavallina, 2015). Com base nessas considerações, o objetivo deste artigo foi verificar possíveis diferenças em níveis de vínculo e função reflexiva de mães de crianças com TDAH comparando a um grupo controle, de mães de crianças sem diagnóstico de TDAH..

### **Método/delineamento**

Trata-se de um estudo exploratório, quantitativo, transversal e comparativo do tipo caso-controle (Sampieri, Collado, & Lucio, 2013).

#### *Participantes*

Com o propósito desta pesquisa, o grupo foi composto por 60 mães, 30 mães de crianças com TDAH integrando o Grupo Clínico (GC) e outras 30 mães de crianças sem TDAH, integrando o

Grupo Não Clínico (GNC). A amostragem foi por conveniência. As mães participantes do GC foram indicadas por uma clínica neurológica e por psicólogos da Rede Municipal de Saúde e Educação em municípios da Região Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, sendo critérios de inclusão que as crianças já tivessem diagnóstico médico de TDAH e idade entre sete e nove anos. As mães participantes do GNC foram indicadas por duas escolas, uma municipal e uma particular (da mesma região) e tiveram como critérios de inclusão que fossem crianças com desenvolvimento típico (da mesma região) e idade entre sete e nove anos.

### *Instrumentos*

Questionário de Dados Sociodemográficos: esse instrumento foi composto de duas partes. A primeira buscou obter informações com relação à idade das mães e crianças, nível de escolaridade da mãe, nível socioeconômico e composição da família, quem é cuidador principal, horas diárias de interação da criança e o cuidador. A segunda parte continha perguntas sobre aspectos gerais do desenvolvimento da criança, como prematuridade, período de amamentação, existência ou inexistência de diagnóstico psicopatológico, uso de medicação, ou ocorrência de fator traumático durante o desenvolvimento.

Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) (Goodman, 2005): o SDQ é um questionário que rastreia problemas relacionados à saúde mental infantil, pode ser aplicado aos pais ou professores. Possui 25 itens distribuídos em cinco subescalas: problemas no comportamento pró-social, hiperatividade, problemas emocionais, de conduta e de relacionamento. Cada subescala possui cinco itens. As opções de respostas são: falso, mais ou menos verdadeiro ou verdadeiro. A soma total permite a classificação da criança em três categorias: desenvolvimento normal, limítrofe ou anormal. Na subescala comportamento pró-social, quanto maior a pontuação, menor é a quantidade de queixas. Nas demais (hiperatividade, problemas emocionais, de conduta e de relacionamento), quanto maior a pontuação, maior o número de queixas. O SDQ foi aplicado no

grupo de crianças indicadas como desenvolvimento normal nas escolas e como critério de exclusão de crianças com problemas psicológicos. Somente crianças que obtiverem pontuação do SDQ para a categoria de desenvolvimento normal integraram o GNC. Neste estudo o  $\alpha$  foi 0,625.

Reflective Functioning Questionnaire (RFQ) (Fonagy et al., 2016): esse instrumento foi desenvolvido por (Fonagy et al., 2016) e a versão utilizada trata-se de uma tradução para o Português do Brasil, realizada por Bittencourt e Serralta (2017), com a ciência dos autores originais dos 54 itens da escala preliminar desenvolvida. O FRQ é uma escala que avalia a capacidade de reflexão dos estados mentais internos, como sentimentos, desejos e atitudes de si mesmo e dos outros, que culminam na capacidade de mentalização. A resposta aos itens é do tipo Likert de seis pontos (1= discordo totalmente e 7= concordo totalmente). O questionário é formado por duas escalas: Certeza e Incerteza. Na versão utilizada, cada escala é formada por 26 itens. A baixa concordância na escala de Certeza reflete hipermentalização e alta concordância, mentalização genuína. Já na escala de Incerteza, a pontuação alta nesta reflete hipomentalização. Quando os valores são muito elevados, supostamente há uma quase total falta de conhecimento sobre os estados mentais, enquanto que uma pontuação baixa indica mentalização genuína. Segundo Fonagy et al. (2016), a escala possui adequadas propriedades psicométricas. A consistência interna para Incerteza e Certeza foi, respectivamente, 0,77 e 0,65 na amostra clínica e 0,63 e 0,67 na amostra não-clínica. A confiabilidade teste-reteste durante um período de três semanas foi adequada, com  $r = 0,84$  e  $0,75$  Incerteza e Certeza, respectivamente,  $p < 0,001$ . A versão em português já foi utilizada em uma amostra de pacientes psiquiátricos, com coeficientes alfas de 0,81 para a escala Incerteza e de 0,70 para a escala Certeza (Da Silva, 2019). Neste estudo a consistência interna para Incerteza e Certeza foi, respectivamente, 0,834 e 0,845.

A Escala Multidimensional de Reatividade Interpessoal (EMRI) (Davis, 1983): esse instrumento, adaptado no Brasil por Sampaio, Guimarães, Camino, Formiga e Menezes (2011), avalia o construto da Empatia. A empatia é considerada uma das habilidades da função reflexiva

(Lanza Castelli, 2011) e foi utilizada neste estudo para avaliar a capacidade das mães de crianças com TDAH. A EMRI foi adaptada do Índice de reatividade Interpessoal - IRI (Davis, 1983) e é composta por 4 escalas (Consideração Empática (CE), Tomada de Perspectiva (TP), Fantasia (FS) e Angústia Pessoa (AP) que totalizam 26 itens. A CE avalia os sentimentos dirigidos aos outros e a motivação para ajudá-los em situações adversas; a TP avalia a capacidade cognitiva de assumir o lugar do outro, reconhecendo seus sentimentos e necessidades; já a FS avalia a tendência de transpor a si mesmo, imaginativamente, e assumir o lugar de personagens de filmes e/ou livros. As pontuações são do tipo Likert que variam de 1 (“Discordo Totalmente”) a 5 (“Concordo Totalmente”). Estudos realizados por Formiga, Rocha, Pinto, Reis, Costa e Leime (2013) atestaram a estrutura tetrafatorial do instrumento e a boa consistência interna desses fatores em amostras de escolares e universitários (Davis, 1983; Sampaio, Guimarães, Camino, Formiga, & Menezes, 2011; Formiga et al., 2013). O alpha geral, neste estudo, foi  $\alpha=0,739$ , e nas subescalas Consideração Empática  $\alpha=0,687$ ; Tomada de Perspectiva  $\alpha=0,696$ ; Fantasia  $\alpha=0,686$ ; Angústia Pessoa  $\alpha=0,715$ .

Inventário de Percepção de Vinculação Materna (IPVM) (Boeckel et al., 2011; Muller, 1994):

esse instrumento foi traduzido e adaptado para a língua portuguesa por Boeckel, Wagner, Ritter, Sohne, Schein e Grassi-Oliveira (2011) e desenvolvido para crianças em idade escolar de seis a treze anos de idade, denominado Inventário de Percepção de Vinculação Materna- IPVM (Boeckel et al., 2011). Destaca-se que o instrumento avalia a vinculação da mãe com seu filho como a capacidade desta em proporcionar amor cuidado e proteção necessária para que o filho seja contido em suas necessidades físicas e emocionais. A escala possui 26 itens e cinco pontos em uma escala likert. O instrumento possui dois fatores: Interação e Afeto e Percepção Materna. Na relação mãe-Filho(a), a interação e o afeto e as percepções maternas são aspectos fundamentais para o estabelecimento de uma boa vinculação materna, bem como do apego do Filho(a) com a mãe. O alpha geral, neste estudo, foi  $\alpha=0,945$ .

## **Considerações Éticas**

O estudo deu-se conforme as normas éticas em pesquisa da resolução 510/2016 e foi aprovado no Comitê de Ética da Unisinos, CAAE número 90972318.2.0000.5344. As mães receberam informações sobre os objetivos e procedimentos do estudo e o que envolveria sua participação no mesmo. A participação foi voluntária, não remunerada e garantiu sigilo e o anonimato. Assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE, atestando a concordância voluntária de colaborar com a pesquisa.

### *Procedimentos*

Às mães do GC selecionadas para participar do estudo foi realizado contato telefônico e mediante o aceite foram enviados envelopes com os instrumentos. Após assinatura e aceite do Termo De Consentimento Livre e Esclarecido -TCLE todas as participantes responderam a ficha de cadastro inicial e aos instrumentos da pesquisa com a devida explicação anexa ao envelope, e retornaram esses aos profissionais que as indicaram ou diretamente para a pesquisadora.

Quanto às mães do GNC inicialmente, foi feito contato por telefone e obtida a autorização por parte da equipe diretiva das escolas. A equipe diretiva indicou turmas na faixa etária de interesse para a pesquisa. Foram enviados envelopes contendo o TCLE que explicou os objetivos e implicações da pesquisa, bem como demais instrumentos, para que as mães das crianças selecionadas para participar, preenchessem e retornassem os mesmos para a escola. Para as mães do grupo não clínico, foi enviado o instrumento *Strengths and Difficulties Questionnaire* (SDQ) (Goodman, 2005) para exclusão de crianças que apresentassem sintomas compatíveis com condições limítrofes (DL) ou anormal (DA), mantendo como participantes deste grupo os com desenvolvimento típico

A amostra total de mães foi selecionada e posteriormente pareada quanto à idade e sexo das crianças do GC e GNC. Foi enfatizado nas orientações para ambos os grupos, que apenas as mães

deveriam responder o protocolo de avaliação, pois a presente pesquisa visa avaliar questões relativas à relação mãe-criança.

### **Análise de dados**

Os dados foram tabulados no programa Excel e posteriormente exportados para o programa *Statistical Package for the Social Sciences* - SPSS v. 20.0 para análise estatística. Foram conduzidas análises prévias para caracterização da amostra, a partir de frequências e percentuais. A simetria foi avaliada com teste de Kolmogorov Smirnov e Shapiro-Wilk e não houve presença significativa de valores discrepantes (*outliers*). A homogeneidade de variância entre os grupos foi verificada com Teste de Levene ( $\alpha > 0,05$ ). Estatísticas descritivas e inferenciais foram realizadas. O teste de Qui-quadrado foi utilizado para variáveis categóricas e testes *t* de amostra independente para dados contínuos e Mann-Whitney para variáveis que não apresentaram distribuição normal. O tamanho de efeito para diferenças entre grupos foi estimado a partir de *d* de Cohen, sendo: pequeno (0,20- 0,49), médio (0,50-0,79), grande (acima de 0,80) (Field, 2013). As variáveis com distribuição normal foram caracterizadas a partir da média, e o desvio padrão e as com distribuição assimétrica pela mediana e média de postos nos testes não-paramétricos empregados. Foi considerado um nível de significância de  $p < 0,05\%$ .

### **Resultados**

Inicialmente foram examinadas possíveis diferenças entre grupos nas variáveis sociodemográficas, a partir de Testes-t para amostras Independentes nas variáveis métricas e Qui-quadrado para variáveis categóricas. Para conduzir as análises, as variáveis sobre nível de escolaridade da mãe (instrução da mãe) foram categorizadas em dois níveis (até ensino médio e após ensino médio). As variáveis prematuridade e uso de medicação não puderam ser computadas com estatísticas inferenciais, devido ao baixo número de casos na amostra geral para prematuridade, e

ausência de casos que faziam uso de medicação no GNC. Mesmo não tendo sido possível utilizar estatística inferencial para aferir diferenças entre GC e GNC, o índice de prematuridade identificado foi maior nas crianças do GC (13,3% para 3,3% no GNC), assim como alto uso de medicação no GC (86,7%), comparado ao não-uso pelo GNC.

Houve diferenças estatisticamente significativas ( $p < 0,05$ ) para o perfil do cuidador principal, em que, significativamente, mais mães eram as responsáveis pelos cuidados dos filhos no GC (83,3%), quando comparado à porcentagem de mães cuidadoras no GNC (56,7%). Quanto ao cuidador principal, um dado que vale destacar é a ausência de pais, especificamente, na figura do cuidador principal no GC comparado a 13,3% no GNC. Pai e mãe foram citados como cuidadores principais em ambos os grupos, porém representando 10% do GC e 23,3% no GNC. Nos dois grupos, os cuidadores afirmaram passar em torno de cinco horas diárias com os seus filhos.

Também houve diferença no nível educacional das mães, sendo que apenas 23,8% do GC tinham escolaridade acima do ensino médio, enquanto que 76,2% das mães do GNC tinham algum nível de escolaridade acima do ensino médio. Nenhuma das mães do GC possuía Pós-Graduação. A renda mensal, em salários mínimos, também diferiu significativamente entre os grupos, com média superior no GNC ( $M=5,66$ ,  $DP=5,68$ ) em relação ao GC ( $M=3,04$ ,  $DP=1,82$ ).

Foi constatado que 56,7% das crianças com TDAH passaram por algum episódio de incidente traumático, comparado a 30% das crianças sem TDAH, e essas diferenças foram significativas ( $p < 0,05$ ). Não houve diferenças estatisticamente significativas entre os grupos para as demais variáveis sociodemográficas. Na Tabela 1, são apresentadas as características dos participantes do GC e GNC quanto ao número de participantes ( $n$ ) para cada variável, frequência (%), média ( $M$ ), desvio padrão ( $DP$ ), estatísticas de Chi-quadrado ( $X$ ), teste  $t$  ( $t$ ), valor de probabilidade ( $p$ ) e Intervalo de Confiança ( $IC$ ).

### **Tabela 1**

### Caracterização da amostra dos grupos clínico (GC=30) e não clínico (GNC=30)

Variáveis		GC <i>n</i> (%)	GNC <i>n</i> (%)	<i>X</i>	<i>P</i>
Cuidador	Mãe	25 (83,3)	17 (56,7)	3,88	<b>0,049*</b>
Principal	Pai	0	4 (13,3)		
	Ambos	3 (10)	7 (23,3)		
	Outro	2 (6,7)	2 (6,7)		
Instrução_mãe	Até ensino médio	25 (64,1)	14 (35,9)	7,32	<b>0,007*</b>
	Após ensino médio	5 (23,8)	16 (76,2)		
	Fundamental	15 (50)	3 (10)		
	Médio	10 (33,3)	11 (36,7)		
	Superior	5 (16,7)	10 (33,3)		
	Pós graduação	0	6 (20)		
Prematuridade		4 (13,3)	1 (3,3)	-	-
Mamou no peito		25 (83,3)	27 (90)	0,144	0,704
Uso de medicação		26 (86,7)	0	42,421	-
Incidente traumático		17 (56,7)	9 (30)	4,352	<b>0,037*</b>

  

Características	GC <i>M</i> ( <i>DP</i> )	GNC <i>M</i> ( <i>DP</i> )	<i>T</i>	<i>p</i>	<i>IC</i> (95%)
Idade da mãe	35,53 (5,57)	38,63 (6,05)	-1,597	0,119	(-7,013–0,813)
Idade da criança	8,70 (1,46)	8,70 (1,41)	0,001	1,000	(0,745–0,745)
Cuidados (horas)	5,71 (3,00)	5,03 (2,04)	1,002	0,321	(-0,680–2,040)
Renda	3,04 (1,82)	5,66 (5,68)	-2,305	<b>0,028*</b>	(-4,930–-0,308)

Nota: \* $p < 0,05$ ; Graus de liberdade = 58.

Com relação às variáveis de interesse, neste estudo, foram empregados os testes *t* de medidas independentes nas variáveis que tiveram distribuição normal (EMRT – escore geral de empatia e na respectiva subescala Fantasia) e teste de Mann-Whitney para as demais variáveis (escalas e subescalas) que não apresentaram distribuição normal, para avaliar diferenças de médias e resultados/postos entre grupos.

Houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos na subescala Incerteza, na medida de Reflexão de Estados Mentais das mães, com escores mais elevados nas médias dos postos (*mean ranks*) no GC ( $M=35,63$ ) comparado ao GNC ( $M=25,37$ ) ( $p<0,05$ ). Não foram identificadas diferenças estatisticamente significativas nas demais variáveis. A tabela 2 detalha valores das médias e médias dos postos (*M*), desvio padrão (*DP*), mediana (*Mdn*), valores de estatísticas de testes *t* (*t*), Mann-Whitney (*U*), valor de probabilidade (*p*) e Intervalo de Confiança (*IC*) entre GC e GNC.



**Tabela 2****Resultados de estatísticas descritivas e inferenciais entre grupos clínico (GC=30) e não clínico (GNC=30) nas variáveis de interesse**

Variáveis	GC <i>M (DP)</i>	GNC <i>M (DP)</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>IC (95%)</i>
EMRT_total	101,73 (12,44)	1010,01 (8,93)	0,227	0,822	(-4,963–6,230)
EMRT_Fantasia	23,30 (6,56)	23,00 (4,45)	0,898	0,374	(-1,607–4,207)

  

Variáveis	GC <i>M/Mdn</i>	GNC <i>M/Mdn</i>	<i>U</i>	<i>p</i>
IPVM	28,32/98	32,68/101	0,975	0,330
EMRI_Consideração Empática	28,92/32	32,08/30	0,707	0,479
EMRI_Angústia	33,20/23,5	27,80/21	-1,203	0,229
EMRI_Tomada Perpectiva	28,62/24	32,38/26	0,840	0,401
REM - Certeza	27,13/18	33,87/23	1,496	0,135
REM - Incerteza	35,63/27,5	25,37/17	-2,280	<b>0,023*</b>
				<b><i>d</i>=3,42</b>

Nota: EMRT = Escala Multidimensional de Reatividade Interpessoal; IPVM = Inventário de Percepção de Vinculação Materna; RFQ = *Reflective Functioning Questionnaire*; *d* = tamanho de efeito.

**Discussão**

Este estudo examinou possíveis diferenças na vinculação e função reflexiva de mães de crianças com TDAH em relação a mães de crianças com desenvolvimento típico. Examinando-se as variáveis sociodemográficas e da história de vida, foram algumas constatadas algumas diferenças. Destacam-se as condições econômicas dos dois grupos, sendo este nível menor nas mães do grupo clínico. Esse resultado reitera que dificuldades financeiras podem ser consideradas fatores de risco para o bem-estar de algumas famílias e para o desenvolvimento de crianças, pois estão relacionadas a dificuldades no relacionamento conjugal, gerando estresse e conflitos e prejudicando o relacionamento entre pais e crianças (Cecconello, Krum, & Koller, 2000; Rutter, 1975). Ainda que fenômenos complexos não possam ser explicados por uma única variável, as determinações ambientais vêm sendo apontadas pela literatura como cada vez mais expressivas nas determinações das psicopatologias infantis (Pheula, 2010; Rutter, 1975).

Em ambos os grupos, clínico e não clínico, o cuidador principal foi a mãe biológica. Ceconello, Krum e Koller (2000), numa amostra de 30 díades mãe-criança, também constataram que o papel de cuidadora da criança foi, em 86,7% dos casos, desempenhado pela mãe biológica. Outras pesquisas desenvolvidas nos últimos anos apontam que culturalmente as mães são as principais pessoas envolvidas no processo de cuidado e quando não o são, é frequente que a criança tenha tido convivência com a mãe biológica nos anos iniciais, ou que outro cuidador frequentemente ligado a parentescos com a mãe biológica, como avó materna ou tia materna tenha assumido esse cuidado. (Silva, 2018; Rehm, 2013; Borsa & Nunes, 2011)

Dentre as histórias de crianças com diagnóstico de TDAH, são recorrentes situações precoces de traumas, privação emocional e negligência (Günter, 2014; Pozzi-Monzo, 2012). Na literatura sobre TDAH é abundante o relato de associações entre o quadro e dificuldades precoces como traumas, ambientes disfuncionais, ou perdas e estresse ambiental (Johnston & Mash, 2001; Harold et al., 2013). Na direção, no presente estudo, foi encontrada uma tendência para maior ocorrência de relatos de incidentes traumáticos ou estressantes nas mães do GC em relação ao GNC.

Dessa maneira, quando ocorrem altos níveis de conflito e estresse na família, os cuidadores podem apresentar dificuldades na função reflexiva e na possibilidade de oferecer uma base segura para suas crianças, deixando-as expostas e vulneráveis (Fonagy & Bateman, 2003). Negligência, abuso, violência doméstica, labilidade emocional, imprevisibilidade e transtornos de apego em geral constituem traumas para crianças pequenas. Todavia, se uma figura parental está disponível para funcionar como um amortecedor e um recipiente para a criança, ela poderá desenvolver a capacidade de internalizar processo tão intensos de experiências, em vez de evacuá-los através de outras vias como a motora ou na inibição dos pensamentos (Pozzi-Monzo, 2012).

Para Günter (2014), situações traumáticas podem estar diretamente ligadas ao déficit de atenção, impulsividade e agitação psicomotora. Esses sintomas podem ser vistos como formações de defesa contra experiências traumáticas precoces nas relações que o ego infantil não pôde processar e

integrar. Essas experiências podem ser relativas à perda do objeto de apego, à inconstância na experiência de relações com objetos, à privação grave ou a outras dificuldades no início do desenvolvimento das relações. Em reação à profunda perturbação na relação primária, a qual não pode ser suficientemente simbolizada, é organizada uma defesa, seja motor ou nos processos mentais, como os distúrbios de atenção. Esses processos são descritos de maneiras, relativamente, semelhantes em grande parte do ponto de vista teórico dos autores.

Este estudo focalizou diferentes constructos relacionais, supostamente inter-relacionados: empatia, vinculação e mentalização. Tais construtos envolvem diferentes dimensões da interação mãe-criança. Foi constatado e que somente a mentalização diferenciou o GC do GNC, indicando que as habilidades empáticas e de vinculação afetiva podem referir-se a diferentes processos psíquicos que estão preservados nestas mães e, portanto, sem implicações negativas para o desenvolvimento da criança. O termo vinculação alude à relação da mãe para com seu filho, já que ela é quem proporciona a base segura para o desenvolvimento do seu filho e não o contrário. É compreendida como a capacidade desta de proporcionar amor, cuidado e proteção suficientes para que seu filho seja contido em suas necessidades físicas e emocionais (Boeckel, 2011). Entretanto esse constructo pode diferir da mentalização, que, apesar de demandar necessariamente de uma boa vinculação, vai além e requer do cuidador a capacidade não apenas de proporcionar amor, mas também exige aspectos cognitivos como “a capacidade para compreender e interpretar o comportamento humano levando em conta os seus estados mentais subjacentes” (Bateman & Fonagy, 2003, p. 191).

Assim, mães de crianças com TDAH apresentam menor função reflexiva do que as mães de crianças típicas evidenciada por escores mais elevados na escala de incerteza (hipomentalização). Baixa capacidade reflexiva pode se associar a diferentes tipos de psicopatologia (Sharp, 2006). Ao sintetizar estudos da validação da RFQ, Fonagy et al. (2016) verificaram que essa escala é superior à de certeza na predição de casos clínicos e diagnóstico de patologias da personalidade. Sabe-se que a hipomentalização refere-se ao pensamento concreto ou equivalência psíquica e reflete uma

incapacidade de considerar modelos complexos da própria mente ou dos outros; Tem sido relacionada à vulnerabilidade para uma ampla gama de distúrbios (Fonagy et al., 2016). Esses dados convergem com a literatura internacional que aponta menor pontuação na função reflexiva e capacidade de mentalização em mães de crianças com TDAH (Dallos and Smart, 2011; García Quiroga y Ibáñez Fanes, 2007; Rotsthein, 2012; Santurde del Arco y Del Barrio del Campo, 2010).

Por conseguinte, capacidades que fazem parte do mentalizar tais como discernimento da natureza dos estados mentais, compreensão da mente alheia, postura reflexiva em relação a própria mente, descentramento e regulação emocional são fundamentais no processo de cuidados iniciais da criança. Isso porque todas se relacionam com a capacidade de discernir que os outros (criança) possuem pensamentos, sentimentos e necessidades diferentes das próprias e que é necessário suprimir em si estados mentais para dar lugar aos da criança, pensando qual a melhor maneira de proceder em relação a isso (Lanza Castleli, 2011). Quando essa função está prejudicada, defesas compensatórias podem ser acionadas, levando ao desenvolvimento de sintomas ou dificuldades maiores no desenvolvimento da personalidade (Verheugt-Pleiter, 2008; Zevalkink, 2008).

Com base nos achados, tal como proposto por outros autores, sugere-se o trabalho com mães de crianças com TDAH para o aumento da capacidade de mentalização (Rothstein, 2012; Ilardi, 2010) ou de pais no geral para o aumento da função reflexiva (Slade, 2005). Assim sendo, a detecção e organização de quais as diferentes habilidades de mentalização necessitam ser construídas para cada tipo de transtorno podem requerer mais pesquisas relacionadas às complexidades específicas dos quadros psicopatológicos existentes Sharp (2006).

Este estudo apresenta limitações, como ~~a amostra de conveniência~~, ausência de controle sobre o diagnóstico informado e uso de instrumento de autorrelato para formação do grupo não clínico. Não obstante o tamanho, o estudo oferece contribuições importantes ao introduzir, no Brasil, uma linha de investigação sobre os aspectos ambientais relacionados ao TDAH e indicar aos clínicos uma linha de compreensão e intervenção ainda pouco difundida em nosso meio.

## Considerações finais

Este estudo encontrou que mães de crianças com TDAH, quando comparadas com mães de crianças do grupo controle, referem mais ocorrências traumáticas no desenvolvimento da criança e apresentam vulnerabilidades psicossociais (baixa renda), e psicológicas (menor capacidade de mentalização), que podem estar relacionados as determinações do TDAH. Dessa forma, a teoria do Apego se mostra um campo teórico fértil para a compreensão da dinâmica psicopatológica do TDAH, através da bem estabelecida associação entre as condições seguras de apego com o cuidador primário e o TDAH. Tais condições dependem, em grande medida, do recurso do cuidador primário para perceber, reorganizar e manejar adequadamente as necessidades da mente incipiente da criança, para que ela possa, desse modo, desenvolver seus próprios recursos representacionais e de regulação afetiva, tão importante para o desenvolvimento.

Considerando a vasta literatura internacional sobre a associação entre prejuízos na mentalização e psicopatologia, aliada aos achados do presente estudo sobre a menor capacidade reflexiva de mães de crianças com TDAH, é útil considerar o desenvolvimento de programas de ampliação da capacidade reflexiva/mentalização de mães e cuidadores primários de crianças com esta condição clínica.

## Referências

- Bateman, A., Fonagy, P. (2003). *Psychotherapy for Borderline Personality Disorder*. Mentalization-based Treatment. Oxford University Press.
- Benoit, D. (2004). Infant-parent attachment: definition, types, antecedents, measurement, and outcome. *Pediatric Child Health*, 9(8), 541-45.
- Boeckel, M., Wagner, A., Ritter, F., Sohne, L., Schein, S., e Grassi-Oliveira, R. (2011). Análise Fatorial do Inventário Percepção de Vinculação Materna. *Interamerican Journal of Psychology*, 45(3), 439-47.

- Borsa, J. C., Nunes, M. L. T. (2011). Aspectos psicossociais da parentalidade: o papel de homens e mulheres na família nuclear. *Psicologia Argumento*, 29(64). <http://www2.pucpr.br/reol/index.php/pa?dd1=12626&dd99=vie>.
- Cavallina, C., Pazzagli, C., Ghiglieri, V., and Mazzeschi, C. (2015). Attachment and parental reflective functioning features in ADHD: enhancing the knowledge on parenting characteristics. *Frontiers in Psychology*, 6, 1313. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.01313>
- Cecconello, A. M., Krum, F. M. B. and Koller, S. H. (2000). Indicadores de Risco e Proteção no Relacionamento Mãe-Criança e Representação Mental da Relação de Apego. *Psico*, 32(2), 81-122.
- Da Silva, R. P. (2009). *Características sociodemográficas e clínicas dos usuários de Ambulatório de Saúde Mental e sua relação com a capacidade de mentalização*. [Unpublished master's dissertation]. Unisinos.
- Dallos, R., and Smart, C. (2011). An exploration of family dynamics and attachment strategies in a family with ADHD/conduct problems. *Clinical Child Psychology Psychiatry*, 16(4), 535-50.
- Davis, M. H. (1983). Measuring individual differences in empathy: Evidence for a multidimensional. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44(1), 113-126.
- Field, A. (2013). *Discovering statistics using IBM SPSS statistics*. 4th ed. London: Sage.
- Fonagy, P. et al. (2016). Development and Validation of a Self-Report Measure of Mentalizing: The Reflective Functioning Questionnaire. *Plos One*, 11(7), 1-28.
- Fonagy, P., and Target, M. (1997). Attachment and reflexive function: Their role in self-organization. *Development and Psychopathology*, 9, 679-700.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E., and Target, M. (2002). *Affect Regulation, Mentalization, and the Development of the Self*. New York: OtherPress.

- Formiga, N. S., Rocha, M. C. O., Pinto, A. S. S., Reis, D. A., Costa, S. M. S., and Leime, J. (2013). Fidedignidade da estrutura fatorial da Escala Multidimensional de Reatividade Interpessoal (EMRI). *Estudos Interdisciplinares em Psicologia*, 4(1), 64-79. [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2236-640720130001000006&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2236-640720130001000006&lng=pt&tlng=pt).
- García Quiroga, M., y Ibáñez Fanes, Margarita. (2007). Apego e Hiperatividade: Un Estudio Exploratorio del Vínculo Madre-Hijo. *Terapia psicológica*, 25(2), 123-134. <https://doi.org/10.4067/S0718-48082007000200003>
- Grossman, K, e Grossman, K. (2009). O impacto do apego à mãe e ao pai e do apoio sensível à exploração nos primeiros anos de vida sobre o desenvolvimento psicossocial das crianças até o início da vida adulta. *Enciclopédia sobre o Desenvolvimento na Primeira Infância*. <http://www.encyclopedia-crianca.com/apego/segundo-especialistas/o-impacto-do-apego-mae-e-ao-pai-e-do-apoio-sensivel-exploracao-nos>
- Günter, M. (2014). Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): An affect processing and thought disorder?. *International Journal of Psychoanalysis*, 95, 43-66.
- Harold, G. T., Leve, L. D., Barrett, D., Elam, K., Neiderhiser, J. M., and Natsuaki, M. N. (2013). Biological and rearing mother influences on child ADHD symptoms: revisiting the developmental interface between nature and nurture. *Journal of Child Psychology Psychiatry*, 54, 1038-1046. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12100>.
- Johnston, C., and Mash, E. (2001). Families of Children With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Review and Recommendations for Future Research. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 4(3):183-207.
- Koller, S. H., Ribeiro, J., e Camino, C. (2001). Adaptação e Validação Interna de Duas Escalas de Empatia para Uso no Brasil. *Estudos de Psicologia*, PUC-Campinas, 18(3), 43-53.

- Lanza Castelli, G. (2011). Mentalización, aspectos teóricos y clínicos. *Interpsiquis*, 15:76.
- Pheula, G. F. (2010). *Existe associação entre o funcionamento familiar e o transtorno de déficit de atenção/hiperatividade do tipo desatento? Um estudo de caso controle*. [Unpublished Master's Dissertation]. Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
- Pozzi-Monzo, M. (2012). Ritalin for whom? Revisited: further thinking on ADHD. *Journal of Child Psychotherapy*, 38(1), 49-60.
- Rehm, R. S. (2013). Nursing's contribution to research about parenting children with complex chronic conditions: An integrative review, 2002 to 2012. *Nursing Outlook*, 61, 266-90.
- Rothstein, A. E. (2012). *Reflective functioning capacity in mothers of boys with adhd, learning disorders and associated behavior problems*. [Unpublished Doctoral Dissertation]. City University of New York.
- Sampaio, L. R.; Guimarães, P. R. B.; Camino, C. P. S; Formiga, N. S. e Menezes, I. G. (2011). Estudos sobre a dimensionalidade da empatia: tradução e adaptação do Interpersonal Reactivity Index (IRI). *Psico*, 42 (1), 67-76.
- Santurde del Arco, E., y Del Barrio del Campo, J. (2010). Asociación entre TDAH (trastorno por déficit de atención e hiperactividad) y apego inseguro. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 3 (1), 821-829.
- Silva, K. (2018) *Construção e validação de cartilha para pais e cuidadores de crianças com transtorno de déficit de atenção e hiperatividade*. [Um published doctoral dissertation]. Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará.
- Slade, A. (2005). Parental reflective functioning: an introduction. *Attachment & Human Development*, 7, 269–281. <https://doi.org/10.1080/14616730500245906>.
- Verkuijl, N., Perkins, M., and Fazel, M. (2015). Childhood attention-deficit/hyperactivity disorder. *BMJ* 350:h2168, 11(3), 407-411. <https://doi.org/10.1136/bmj.h2168>



Zevalkink, J. (2008). Assessment of mentalizing problems in children. In Verheugt-Pleiter, A. J. E., Zevalkink, J., & Schmeets, M. G. C. (Ed.). *Mentalizing in children therapy* (pp. 22-40). London: Karnac.

### Artigo 3

## Representações internas e apego de crianças com TDAH e suas mães

### Resumo

Este estudo teve como objetivos identificar representações mentais e indicadores do padrão de apego de crianças com TDAH em relação a suas mães e avaliar as representações das mães em relação a si, sua infância e relacionamento com seus filhos, assim como sua capacidade de mentalização. Esse objetivo sustenta-se na importância da compreensão da dinâmica relacional mãe-filho com TDAH para pensar aspectos diagnósticos e interventivos relacionados a esse transtorno. Trata-se de um estudo qualitativo com delineamento de estudo de casos múltiplos com cinco díades de mãe-criança. Os instrumentos foram: entrevista de mentalização e representações mentais de história de vida com as mães; a Escala Global e Escala de Frequência de Sinais Específicos aplicada ao Desenho da Família e o *MacArthur Story Stem Battery* (MSSB) aplicados nas crianças. As mães apresentaram mentalização pobre e moderada. Além do mais, instabilidade afetiva, situações de estresse, rompimento de vínculos foram relatadas por quatro das cinco mães e indisponibilidade de atenção e paciência, mencionado por todas as mães. Nos instrumentos, as crianças apresentaram dificuldades em representar o adulto como fornecedor de apoio, e a representação materna foi punitiva e de controle. As famílias foram desenhadas com pouca proximidade afetiva entre os membros. Quatro das cinco crianças apresentaram entre seis a nove indicativos de apego inseguro no desenho da família. Conclui-se que representações trazidas por mães e crianças apresentam histórias de vida marcada por conflitos familiares, instabilidade nas relações precoces de apego, traumas de abandono e outras vulnerabilidades que sustentam a presença de indicadores de apego inseguro. Os casos analisados revelaram aspectos de transmissão transgeracional dos padrões de apego, baixa mentalização materna e indicadores de padrão de apego inseguro nas crianças investigadas. Esses achados reforçam a importância de atentar para uma boa condição de apego seguro na infância a fim de minimizar a ocorrência ou agravamento de psicopatologias como o TDAH.

**Palavras-chave:** Representações mentais, apego, mentalização, mães.

### Internal representations and attachment of children with ADHD and their mothers

#### Abstract

This study aimed to identify mental identifications and indicators of the attachment pattern of children with ADHD in relation to their mothers and to evaluate how representations of mothers in relation to themselves, their childhood and their relationship with their children, as well as their mental capacity. This objective is to support the importance of understanding the mother-child relational with ADHD to think about diagnostic and interventional aspects related to this disorder. This is a qualitative study with the design of multiple case studies with five days of mother-child. The instruments were: mentalization interview and mental representations of the life story with the mothers; the Global Scale and the Scale of Frequency of Specific Signs applied to the Family Design and the Batteries of Pasta Rod of History (MSSB) applied to children. The mothers described poor and moderate mentality. In addition, affective instability, stressful situations, broken ties were related by four of the five mothers and unavailability of attention and patience, mentioned by all mothers. In the instruments, as children face difficulties in using the adult as a support provider, and a maternal

representation was punitive and of control. Families were designed with little proximity between members. Four of the five children described between six and nine indicative of insecure attachment in the family's design. It is concluded that representations brought by mothers and children have life histories marked by family conflicts, instability in early attachment relationships, abandonment traumas and other vulnerabilities that support the presence of unsafe attachment indicators. The analyzed cases revealed aspects of transgenerational transmission of attachment patterns, low maternal mentalization and indicators of unsafe attachment patterns in the children investigated. These findings reinforce the importance of paying attention to a good condition of safe attachment in childhood in order to reduce the occurrence or worsening of psychopathologies such as ADHD.

**Keywords:** Mental representations, mentalization, attachment, mothers.

## Introdução

Sabe-se que diferentes abordagens teóricas têm buscado elucidar variáveis da dinâmica relacional mãe-filho que possam estar associadas a manifestações de psicopatologia infantil, tais como o TDAH. Representações vinculares estabelecidas na primeira infância são eixos centrais do desenvolvimento psíquico infantil. Tanto as teorias psicanalíticas como a da relação de objetos (Klein, 1933/1952) e a teoria do apego (Bowlby, 2009) buscam a compreensão de tais vínculos (Mesquita & Benneti, 2014). Especificamente a teoria do Apego tem buscado ao longo do desenvolvimento do corpo teórico avaliar a estabilidade ou variabilidade dos padrões de apego da criança, bem como se existem especificidades do apego relacionadas às figuras cuidadoras significativas e como esses processos interferem no desenvolvimento (Sánchez-Queija & Oliva, 2003).

Interessante salientar que o padrão de apego reflete a qualidade do relacionamento da criança com seu cuidador (Ainsworth, 1989). Atualmente, na cultura brasileira, o cuidador principal ainda é a mãe (Borsa & Nunes, 2011; Silva, 2018). A pesquisa buscou investigar as representações internas de apego de crianças em relação às suas mães bem como as representações dessas mães em relação à sua história pessoal e aos seus filhos, tal como a sua capacidade de mentalização. Nessa perspectiva, as psicopatologias infantis podem estar relacionadas a aspectos deficitários das relações primárias

com os cuidadores e características do funcionamento psíquico materno (Barbieri, Jacquemin, & Alves, 2005).

As funções do apego para a criança são diversas; na etapa inicial, a sua maior finalidade é garantir a sobrevivência física e psíquica, ao oferecer uma base a partir da qual a criança explora a realidade e busca refúgio quando necessita (Bowlby, 1969, 1973, 1980). As vivências de apego, além de servirem para organização primária do *Self*, influenciam também nas relações futuras. Desse modo, as relações posteriores de amizade e conjugais são em grande medida influenciadas pelas relações de apego precoces e determinadas por processos similares, servindo a funções similares. Assim, a segurança oferecida pelas figuras de apego inicial, constituirá base para a criança formar novos laços afetivos com seus pares, desenvolver suas habilidades e interesses e enfrentar os desafios do ambiente, adaptando-se em diversas situações (Ainsworth, 1969; Bowlby, 1969/1982; Cecconello & Koller, 2000).

Oportuno destacar que a possibilidade de variabilidade do padrão de apego, diante das situações de vulnerabilidade, tais como a falta de cuidados constantes e organizados, eventos de vida negativos como a morte de um dos pais, divórcio parental, doença severa de algum dos pais ou da própria criança, desordens psiquiátricas, abuso de drogas e de álcool na família, abusos físicos e sexuais já haviam sido questionados por Bowlby (1979). Para o autor, as experiências reais vividas são representadas em vários níveis na mente da criança e se tornam um norte para a percepção de si e dos outros, que incluem estratégias para lidar com as emoções, tanto positivas quanto negativas. Logo, excesso de vivências negativas ou traumáticas pode comprometer a segurança de apego.

Entende-se que diferentes estilos de apego têm impacto direto no desenvolvimento da criança e no seu comportamento com o meio. Crianças com apego seguro tem maior facilidade de sentir-se bem ao explorar ambientes e situações desconhecidas, bem como interagir com estranhos, adaptar-se a novas situações. Além disso, quando em situações de estresse reagem melhor e mais rapidamente a acolhida pelo cuidador. Já crianças com estilo de apego inseguro, ansioso/ambivalente podem

mostrar-se bastante angustiadas ao ter que explorar o ambiente e apresentam menos facilidade de adaptação e interação com o meio, quando confortadas pelos cuidadores em situações de estresse podem apresentar maior resistência. Crianças com estilo de apego inseguro evitativo podem evitar ativamente contato com o cuidador ou ignorá-lo, não modulam de forma adequada a emoção e também apresentam dificuldades em explorar e interagir de forma adequada com o meio. O apego inseguro desorganizado pode também ocorrer, especialmente, com crianças que vivenciam situações de vulnerabilidades, abusos, maus-tratos (Ainsworth, 1989; Bretherton, 1992, Main, 2000).

Somado a isso, diz-se que vínculos estabelecidos entre mãe e cuidador desenvolvem um modelo interno de funcionamento na criança e atuam como estruturas cognitivas, e influenciam o comportamento do indivíduo ao longo da vida. Tornam-se, especialmente, na esfera relacional, a representação mental da relação de apego do indivíduo, integrada ao self. Um modelo representacional interno é, pois, organizado a partir das percepções de si, do outro e do ambiente. Inicialmente a criança apresenta vários modelos representacionais que depois tendem a se organizar hierarquicamente em um só (Bowlby, 1969/2002).

O conceito de representações mentais advém de contribuições oferecidas pela teoria das relações objetais como também encontra suporte teórico na teoria do apego. A teoria da relação de objetos preconiza que as experiências internalizadas do Eu com o outro são pilares de estruturas representacionais complexas referentes às representações conscientes e inconscientes de objetos. Essas estruturas funcionam como modelos para sentir, entender e se comportar no mundo (Priel, Besser, Waniel, Yonas-Segalm & Kuperminc, 2007). Por outro lado, na teoria do apego, a relação de objetos é entre a mãe, ou cuidador principal e criança. A criança busca a proximidade com a mãe e exploração do ambiente enquanto a atitude materna irá influenciar na representação que a criança terá desta interação. Há uma ligação interdependente entre comportamento da criança e da mãe, e a qualidade dessa interação será importante para a criança organizar suas possibilidades de lidar com os elementos internos e externos (Ainsworth, 1969; Bowlby, 1980).

A noção de representação parental integra os conceitos da teoria das relações de objeto e do apego, sendo que nas duas teorias a representação de objeto pela criança irá organizar aspectos conscientes e inconscientes do seu psiquismo. Também irá advir tanto de elementos reais das relações vividas como de elementos oriundos de aspectos fantasísticos destas (Priel et al., 2007; Mesquita e Benetti, 2017). A capacidade de representar mentalmente seus pais ou suas figuras de apego de referência e tê-las mentalmente presentes, mesmo quando não estão presentes, permite que o comportamento do apego seja organizado como um sistema, de modo a manter a proximidade com o cuidador principal. Essa capacidade mental parece começar em crianças aos seis meses sendo impulsionadas pela interação com os cuidadores.

É notório que o modelo, que a criança internaliza como seu próprio, reflete a forma como ela é vista e tratada pelos pais (Bowlby, 1988). Essa habilidade possibilita a criança construir uma certa antecipação da resposta dos cuidadores e, frente a esse entendimento, tenta guiar sua conduta buscando aceitação no aspecto familiar e também social, sendo um aspecto importante no desenvolvimento (Ainsworth, 1969; Custódio & Cruz, 2008; Slade, 2005).

Alguns estudos têm apontado que defasagens na mentalização dos cuidadores podem estar relacionadas a diferentes tipos de psicopatologias (Sharp 2006). Outras apontam que menor pontuação na função reflexiva e capacidade de mentalização em mães de crianças com Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade- TDAH (Dallos e Smart, 2011; García Quiroga e Ibáñez Fanes, 2007; Rotsthein, 2012; Santurde del Arco e Del Barrio del Campo, 2010). Recentemente, examinamos possíveis diferenças na capacidade de vinculação, na mentalização e na empatia de mães de crianças escolares com diagnóstico de TDAH e mães de crianças sem o transtorno. Os resultados indicam que as mães de crianças com o transtorno possuem elevada incerteza, ou seja, mais dificuldade em reconhecer os estados mentais próprios e dos demais (Estudo 2). A presente investigação visa examinar, profundamente, as representações mentais dessas mães em relação a si, sua infância e relacionamento com seus filhos e as representações mentais e indicadores do padrão

de apego seus filhos . Esses objetivos sustentam-se na importância da compreensão da dinâmica relacional mãe-filhos com TDAH para pensar aspectos diagnósticos e interventivos relacionados a esse transtorno.

### **Método/Delineamento**

Trata-se de um estudo qualitativo com delineamento de estudo de casos múltiplos. Segundo Sampieri et al. (2013) o enfoque qualitativo visa a um aprofundamento dos significados em relação a determinado fenômeno e, também, à expansão da informação. Os estudos de casos para Yin (2003) têm como objetivo relacionar tanto o que há de singular em um caso, quanto na possibilidade de casos múltiplos, o que eles têm de similaridade.

### *Participantes*

Os participantes foram quatro meninos e uma menina entre 7 a 10 anos com diagnóstico de TDAH e suas mães, acessados através de um estudo anterior com 30 mães de crianças com TDAH e um grupo controle indicados neurologistas e psicólogos de consultório particular e de saúde pública no interior do Estado do Rio Grande do Sul, Brasil. As cinco díades deste estudo foram selecionadas por conveniência, frente à disponibilidade de participar deste segundo estudo e foram identificadas por nomes fictícios: Mirela e Antonio, Fabia e Juliano, Angélica e Breno, Luciana e André, Geni e Nanda.

A seguir, a Tabela 1 apresenta dados gerais para caracterização da amostra.

### **Tabela 1**

#### **Dados gerais dos participantes**

<b>Caso</b>	<b>Idade da criança</b>	<b>Idade da mãe</b>	<b>Instrução da mãe</b>	<b>Profissão da mãe</b>	<b>Quem reside na casa</b>
1. Fabia e Juliano	07 anos	28 anos	Ensino médio incompleto	Prostituição	Fábia, Juliano, avó materna e tio materno
2. Geni e Nanda	07 anos	39 anos	Ensino médio completo	Sócia/ proprietária empresa	Geni, Nanda, pai de Nanda

familiar					
3. Angélica e Breno	10 anos	31 anos	Ensino médio completo	Autônoma/vendas	Angélica, Breno, irmão mais novo e padrasto de Breno
4. Mirela e Antônio	09 anos	32 anos	Curso técnico	Técnica Enfermagem	Mirela, Antônio, irmão mais novo e padrasto
5. Luciana e André	07 anos	45 anos	Fundamental incompleto	Agricultora	Luciana, André, irmã mais velha, pai de André

## Instrumentos

### *Ficha de dados de cadastro na pesquisa*

Esta ficha foi utilizada para a obtenção de dados gerais sobre situação da família e também sobre aspectos do desenvolvimento da criança. Coleta dados sobre endereço, número de habitantes da casa, condições socioeconômicas da família, idade e escolaridade dos pais e da criança, condição clínica da criança referente ao diagnóstico e utilização ou não de medicamentos, prematuridade, aleitamento materno, existência ou não de incidentes traumáticos na história do desenvolvimento.

### *Entrevista de História de Vida e Relações Atuais*

Entrevista individual e semiestruturada permite a avaliação da capacidade de mentalização das mães através de sete perguntas motivadoras, compostas por grupos de questões específicas que devem ser feitas às participantes quando não referidas espontaneamente e posterior análise através de *checklist* para avaliação clínica da mentalização (Baterman e Fonagy,2006).Tais autores oferecem um sistema de escore simples e de fácil aplicação para identificar a capacidade de mentalização, avaliando quatro temas relacionados à mentalização (“Percepção do próprio funcionamento mental”, “Compreensão dos pensamentos e sentimentos dos outros”, “Representação do self ” e “Valores e atitudes gerais”). A pontuação final é dividida entre: Pobre (0.0 a 2.0), Moderada (2.5 a 5.0), Boa (6.0 a 9.0) e Muito Alta (9.5 a 12). Neste estudo, a entrevista também foi utilizada como roteiro para



avaliar as representações ligadas a aspectos da história de vida das mães, percepções e memórias relativas à sua infância e em relação aos seus cuidadores, bem como a percepção da relação estabelecida com o seu filho com TDAH.

*MacArthur Story Stem Battery - MSSB (Emde, Wolf & Oppenheim, 2003)*

Este Instrumento, aplicado às crianças, é baseado em narrativas que investigam áreas que abrangem o desenvolvimento moral e a expressividade emocional, assim como o comportamento pró-social, a representação parental, mecanismos defensivos, a regulação emocional da criança e estratégias de resolução de conflitos (Langevin, Cossette & Hebert, 2016). As narrativas constituem-se de histórias-tronco, que apresentam à criança situações de dilemas morais ou de conflito, que deve continuar a narrativa visando à solução/encaminhamento da situação problema. O Manual de Codificação do MSSB apresenta seis categorias de avaliação das narrativas: conteúdo do tema; códigos emocionais; as representações parentais; os códigos de performance; as estratégias de evitação e os códigos de dissociação. Os itens a serem avaliados, segundo o manual, têm estabelecido critérios específicos para sua pontuação, sendo que alguns são avaliados em presentes (1) e ausentes (0) e outros avaliados de 0 a 10 (zero a dez), conforme a intensidade apresentada. Existe a possibilidade de utilizar apenas uma categoria de avaliação de acordo com o interesse da pesquisa. Neste estudo, foi avaliada apenas a categoria Representações Parentais (triangulação, disciplina e controle, representação positiva e representação negativa dos pais). Para tanto, optou-se por uma codificação padronizada avaliando somente a presença (1) ou ausência (0) dos itens. O instrumento apresenta valores para alfa de Cronbach de 0,80 (Emde, Wolf & Oppenheim, 2003).

*Desenho da Família*

Este instrumento aplicado às crianças consiste na Escala de Frequência de Sinais Específicos da Escala Global para Avaliação do Desenho da Família. O instrumento foi elaborado e adaptado por Ceconello (1999), do original de Fury, Carlson, e Sroufe (1997) para utilização com crianças brasileiras. Pede-se a criança para desenhar sua família numa folha de desenho 30x40cm e identificar

as pessoas incluídas no desenho, explicando a relação de parentesco. Os materiais oferecidos foram lápis, borracha e canetas hidrocores. A Escala de Frequência de Sinais Específicos aplicada ao Desenho da Família busca levantar indicadores do padrão de apego da criança através da presença ou ausência de itens significativos no desenho da família, podem ser identificados 24 itens que posteriormente compõem a categoria de sinais ansiosos ou evitantes (7 itens); ansiosos ou inseguros (6 itens); ansiosos ou resistentes (8 itens); desorganizados/desorientados (3 itens).

A Escala Global é composta por oito subescalas. Neste trabalho, estas oito dimensões são apenas normativas para auxiliar o pesquisador na pontuação dos resultados, a partir da forma/expressão/tamanho/cores/vitalidade dos desenhos. A escala de **Vitalidade/Criatividade** captura o investimento emocional através do embelezamento e detalhes, desenhos completos, distintos e ricos em simbolismo pontuam o item máximo; **Felicidade/Orgulho da Família** captura o orgulho e pertencimento da criança em relação à família através de expressões positivas, presença de alguma atividade conjunta. A escala de **Vulnerabilidade** objetiva avaliar sentimentos de vulnerabilidade e ambivalência emocional através do tamanho, proximidade e localização das figuras na página e em exagero no corpo ou características faciais; **Distância Emocional/Isolamento** avalia sentimentos de solidão por parte da criança através da localização na página e contato de olhos entre mãe e criança, individuação dos mesmos e expressão de afeto nas figuras. Já, **Tensão/Raiva** captura tais sentimentos quando solicitado o desenho da família, através da rigidez de membros e figuras, falta de detalhes no cenário e de cor, rabiscos e incompletude; **Papéis invertidos** captura sentimentos de papéis invertidos com a mãe através de criança desenhada maior que a mãe, distorções nas extremidades do corpo, mãe não próxima e criança atrapalhada; **Dissociação** avalia processos inconsciente de raiva e ressentimento através de sinais, símbolos e marcas não usuais não tendo relação com o todo do desenho, características faciais agressivas e raivosas e a escala de **Patologia Global** que avalia aspectos de patologia no desenho como um todo, através da percepção de como é provável que a criança se sinta nessa família. A pontuação nessas subescalas pode variar

de 7 a 1: muito alto, alto, moderadamente alto, moderado, moderadamente baixo, baixo, muito baixo, respectivamente. Nas escalas de Vitalidade/Criatividade e Felicidade/Orgulho da Família, quanto mais alta a pontuação melhor é o desenho em termos de criatividade e sentimentos de felicidade com relação à família. Inversamente, nas demais escalas quanto mais alta a pontuação, há mais presença de características negativas.

## **Procedimentos**

Este estudo integra um projeto mais amplo e consiste em uma etapa do mesmo, realizada com um subgrupo amostral. A ficha de dados gerais já fora respondida por todas as mães em etapa anterior, quando elas mães também consentiram em relação à sua própria participação e das crianças em uma possível sequência do estudo. A seleção foi por conveniência, sendo o único critério a díade ser parte do grupo clínico, isto é, a criança apresentar diagnóstico de TDAH e a díade apresentar disponibilidade para participar voluntariamente deste estudo. A coleta ocorreu em dois momentos. Num primeiro momento, foram agendados encontros individuais com as crianças com TDAH. As representações mentais e indicativos de apego em relação a suas mães foi avaliada – com o MSSB e com a *Escala Global e a Escala de Frequência de Sinais Específicos aplicadas ao Desenho da Família*, em um encontro de aproximadamente uma hora e meia. As entrevistas com as mães foram aplicadas em segundo momento. Depois, foram transcritas.

Ressalta-se que o material foi analisado por duas juízas independentes, participantes do grupo de pesquisa integrado pela autora do estudo, que analisaram as convergências e divergências dos dados até o resultado final, por consenso, por frequências de acordo e desacordo. Para a análise dos dados foram utilizadas as proposições teóricas de Yin (2003), em cinco passos. Primeiramente coleta de dados das entrevistas e instrumentos e posterior análise, segundo passo, com as respectivas instruções de cada instrumento. O terceiro passo incluiu uma descrição ampla de cada caso (díade) de modo cronológico e temático. O quarto passo visou integrar aspectos da história levantados na

entrevista, com os resultados dos instrumentos relacionando às representações mentais e indicativos de apego da díade com a revisão bibliográfica, construindo uma hipótese sobre as configurações de apego da díade em cada caso. O quinto e último passo constituiu-se na Síntese de Casos Cruzados, confrontando os resultados obtidos na análise de cada caso em particular, identificando convergências e divergências.

### **Aspectos Éticos**

O projeto atendeu às normas éticas em pesquisa da resolução 510/2016. Foi encaminhado para apreciação e aprovado pelo Comitê de Ética da Unisinos, CAAE 90972318.2.0000.5344. Os participantes foram informados sobre a liberdade de aceitar participar desta pesquisa, concordando em participar e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. No momento, foram informados de que seus dados seriam mantidos em sigilo e que poderiam desistir a qualquer momento, caso assim desejassem. Desse modo, a participação foi voluntária e os participantes estiveram a par e concordaram com todos aspectos éticos da pesquisa.

### **Resultados**

Para fins de estruturação da apresentação dos resultados obtidos, a sessão de resultados está dividida em duas partes. A Sessão 1, apresenta dados gerais de pontuações específicas e escores das crianças e mães participantes do estudo em cada instrumento de avaliação utilizado. Na Sessão 2, os casos são discutidos detalhadamente, contrastando evidências.

#### *Sessão 1*

A seguir, estão ilustrados dados gerais de pontuações específicas e escores das crianças e mães participantes do estudo em cada instrumento. A Tabela 2 apresenta um panorama sobre as pontuações das crianças no MSSB, para capacidade de mentalização.

**Tabela 2****Pontuações das crianças no MSSB nas seis categorias de referência**

<b>Categorias</b>	<b>JULIANO</b>	<b>NANDA</b>	<b>BRENO</b>	<b>ANTONIO</b>	<b>ANDRE</b>
Conteúdo do tema	Objetivos bloqueados	Poder da criança	Poder da criança	Poder da criança	Objetivos bloqueados
Códigos emocionais	Nenhuma complacência	Complacência	Empatia	Exclusão dos Outros	Fuga de assunto doloroso
Representações parentais	Representação materna punitiva, ineficaz rejeitadora	Representação parental punitiva e de disciplina e controle	Representação parental afetivo e de disciplina	(Não se destaca nas narrativas)	Representação parental punitiva
Códigos de performance	Repetição das histórias	Agressão e Atividade sexualizada	Agressão	Temas de perigo	Agressão
Estratégias de evitação	Reação ansiosa frente à separação	Resolução de conflito	Resolução de conflito	Repetição	
Códigos de dissociação		Afeto culposos		Absorção	

A Tabela 3 apresenta as pontuações das crianças quanto aos sinais específicos característicos de tipos de Apego, a partir dos desenhos da família, fornecidos pelas crianças.

**Tabela 3****Pontuação das crianças nos sinais específicos de Apego**

<b>Apego</b>	<b>JULIANO</b>	<b>NANDA</b>	<b>BRENO</b>	<b>ANTÔNIO</b>	<b>ANDRÉ</b>
Sinais Ansiosos Evitantes	*Exagero tamanho da cabeça *Falta de cor	*Criança posicionada longe da mãe	*Falta de cor	*Exagero tamanho da cabeça *Falta de cor *Criança posicionada longe da mãe	*Membros da família ocultos
Sinais Ansiosos Inseguros	*Falta de detalhes *Figura flutuando *Figuras incompletas *Mãe não feminilizada *Homens e	*Falta de detalhes *Figura flutuando *figuras incompletas *Homens e mulheres não diferenciados	*Falta de detalhes *Figuras incompletas *Expressão facial neutro/negativa	*Falta de detalhes *Figura flutuando *Figuras incompletas *Expressão facial neutro/negativa	

	mulheres não diferenciados por gênero *Expressão facial neutro/ negativa	por gênero			
Sinais Ansiosos Resistentes	*Figuras muito pequenas	*Exagero nas feições faciais	*Figuras muito grandes *Exagero nas feições faciais *Exagero nas mãos e braços	*Exagero nas feições faciais *Exageros nas mãos e braços	
Sinais Desorganizados	-	-	-	-	-
TOTAL DE SINAIS	9	6	7	9	1

A Tabela 4 apresenta as pontuações das mães, quanto às mentalizações, obtidas a partir dos valores de referência do *checklist*, para capacidade de mentalização.

**Tabela 4**

**Avaliação da Mentalização das mães conforme Checklist**

Caso	Sentimentos/ pensamentos de outras pessoas	Percepção do próprio funcionamento mental	Representação do Self	Valores e Atitudes gerais	Mentalização Global
1. Fábيا	Pobre	Pobre	Moderado	Pobre	Pobre
2. Geni	Pobre	Pobre	Moderado	Moderado	Pobre
3. Angélica	Moderado	Pobre	Moderado	Moderado	Moderado
4. Mirela	Pobre	Moderado	Moderado	Pobre	Moderado
5. Luciana	Moderado	Pobre	Pobre	Pobre	Pobre

*Sessão 2*

A seguir, estão detalhados os casos, a partir dos dados obtidos neste estudo.

**Caso 1 - Fábيا e Juliano**

Fábيا tem 28 anos, ensino médio incompleto e reside com a sua mãe e o filho Juliano, sete anos. Está separada há três anos do pai de Juliano. Teve vários relacionamentos amorosos desde a adolescência. Casou ao descobrir estar grávida. O relacionamento foi tumultuado devido a constantes brigas, agressões e uso de drogas do companheiro. Juliano era constantemente agredido pelo pai. A

mãe diz, em muitos momentos, não suportar as atitudes do menino diagnosticado com TDAH com hiperatividade aos cinco anos.

Da sua história, Fábria conta que tinha dois anos os pais separaram e a mãe foi embora com um namorado. Perdeu o contato com a mãe. O pai acabou se afastando dos filhos também. Ela e uma irmã ficaram aos cuidados do irmão mais velho por aproximadamente um ano, quando a mãe retornou. Lembra de ninguém ter comentado o que houve ou para onde a mãe havia ido. Quando a mãe retornou recorda ter sentido felicidade, mas também raiva. Mais tarde, a mãe passou a trabalhar com prostituição e “*vendia*” ela e a irmã para homens mais velhos. Atualmente Fábria ainda trabalha com prostituição. Tentou outros empregos e não conseguiu permanecer. Quando questionada sobre como percebe sua relação com o filho o vê como alguém que incomoda muitas vezes. Verbaliza sentir amor e também raiva. Percebe que acaba tratando o filho do mesmo jeito com que era tratada, “*abaixo de paulada*” (sic). Ela diz: “*acho que ele [filho] não gosta muito de mim, dá para ver que gosta mais da mãe [avó]*”. Na avaliação das categorias de mentalização, Fábria obteve classificação Pobre na pontuação global e em todas as subcategorias, exceto em Representação do Self, em que a pontuação foi em nível moderado.

No MSSB, as histórias se destacaram pela dificuldade de Juliano mentalizar um possível desfecho para as narrativas, apresentando objetivos bloqueados e repetição das informações prévias em praticamente todas as histórias. A figura materna foi representada como punitiva ineficaz e rejeitadora, pois não conseguia apoiar a criança ou ajudá-la a sair das dificuldades. Foram recorrentes reações ansiosas à separação demonstrando a insegurança de Juliano em relação ao distanciamento das figuras parentais. Destacou-se também nas narrativas nenhuma complacência, quando a criança deliberadamente não seguia as ordens estabelecidas pelos pais nas narrativas.

Na Escala de Frequência de Sinais Específicos e Escala Global, aplicadas ao Desenho da Família, apresentou nove indicadores de padrão de apego inseguro. Pontuou todos os itens correspondentes aos sinais de apego Ansiosos ou Inseguros, uma vez que prevaleceram falta de

detalhes, figuras flutuando, incompletas, não diferenciadas por gênero ou tamanho, mãe não feminizada e expressão facial neutra ou negativa. Na Escala Global houve baixas pontuações na vitalidade-criatividade e orgulho da família, demonstrando qualidade deprimida, pouca aparência de um retrato da família, pouco investimento no desenho e distância emocional entre os membros. Alta pontuação nas escalas de vulnerabilidade distância emocional, papéis invertidos e patologia global reforçam o quanto o desenho remete a uma representação empobrecida de aspectos positivos dessa família.

### **Caso 2 - Geni e Nanda**

Geni tem 39 anos, possui ensino médio completo e reside com o marido e a única filha Nanda, de sete anos. A família tem uma pequena empresa e dedicam-se bastante ao negócio. Nanda estava em acompanhamento com neuropediatra para avaliação de suspeita de autismo e TDAH. A suspeita de autismo foi descartada, mas houve diagnóstico de TDAH. Os prejuízos escolares ocorriam, pois não conseguia acompanhar a turma em muitas atividades ou até mesmo socializar. Segundo a mãe, apesar das indicações da escola para que houvesse maior acompanhamento, em casa não havia muito tempo para Nanda na rotina dos pais. A mãe se descreve como alguém com pouca paciência para acompanhar as atividades de Nanda, e diz ser difícil destinar um tempo a ela na rotina. Nanda tem mais atenção do pai, segundo a mãe, pois este tem mais paciência para brincar e Nanda adora.

Na entrevista, Geni lembrou aspectos de sua história especialmente quanto a recordações de abandono. Tinha seis anos o pai faleceu e a mãe se viu em dificuldades financeiras e com três filhos para cuidar. Ficavam “*para lá e para cá*”. Em uma ocasião, a mãe de Geni ofereceu a filha para que ficasse aos cuidados de uma nova família e, dessa forma, por muitos anos nunca mais voltou a ver a mãe os irmãos. Nessa família substitutiva, sentiu-se cuidada pela mãe adotiva, ainda que o pai não fosse presente, pois bebia. Aos 13 anos o pai adotivo morreu e, a pedido da mãe adotiva, Geni foi residir com os avós no interior. Ficou com os avós até os 18 anos quando retornou para ajudar a mãe



adotiva. Da mãe biológica refere mágoa. Uma das lembranças mais vívidas que possui é a do pai biológico, pouco antes dele falecer de câncer. Cerra a boca com sorriso e diz não saber muito o que falar sobre quando questionada sobre sua percepção da relação com a filha. Acha que apesar da impaciência ela e a filha conseguem fazer o que precisa e dialogar, ainda que quem brinque mais com ela é o pai. Na avaliação das categorias de mentalização, obteve classificação global Pobre, ainda que em duas subcategorias (representação do self e valores e atitudes gerais) o escore tenha atingido nível moderado. .

No MSSB o desfecho das histórias de Nanda foi permeado por enredos de ambivalência, em que a não obediência era seguida de punição física imediata e despertando afeto culposos, mais disciplina e controle no reestabelecimento da ordem. Nessas narrativas a criança era punida, geralmente fisicamente ou com agressões verbais pela mãe, mas posteriormente havia um momento de redenção, pedido de desculpas e abraços. A temática de agressão seguida de expressões compensatórias repetiu-se nos desfechos. A representação materna foi predominantemente punitiva e de controle.

A Escala de Frequência de Sinais Específicos e Escala Global, aplicadas ao Desenho da Família, apresentou seis indicadores de padrão de apego inseguro. Destacaram-se, predominantemente, sinais indicativos de apego Ansiosos ou Inseguros como a falta de detalhes, as figuras flutuando, figuras incompletas, homens e mulheres não diferenciados por gênero e outros sinais de apego inseguro como criança posicionada muito longe da mãe e exagero nas feições faciais. A avaliação Global demonstrou reduzido orgulho da família-felicidade, alta pontuação para sentimentos de vulnerabilidade e Distância Emocional, demonstrando pouca segurança em relação ao apoio parental e pouca proximidade emocional entre mãe e criança.

### **Caso 3 - Angélica e Breno**

Angélica tem 31 anos, possui ensino médio completo e reside com o marido, padrasto de Breno que tem 10 anos e mais um filho de nove. A mãe trabalha como missionária e o pai em

construções. Breno recebeu o diagnóstico de TDAH em virtude de dificuldades escolares. Está também em acompanhamento com nutricionista por estar acima do peso desejável para a idade. Breno distraía-se muito nas atividades em sala de aula e não conseguia acompanhar a turma, cansava quando tinha de manter o foco e também esquecia com facilidade objetos na escola e tarefa a cumprir o que lhe ocasionava muitas dificuldades. A mãe afirma que o relacionamento com o pai de Breno foi bastante difícil, ele fazia uso de álcool e em função de muitos desentendimentos teve de se separar quando Breno ainda era pequeno. Logo após conheceu o companheiro atual e a vida melhorou muito segundo as suas palavras. Do relacionamento atual, logo veio um segundo filho. A mãe descreve-se como alguém com paciência e afeto para com Breno, porém não consegue muito tempo em sua rotina para acompanhá-lo e dedicar um tempo de exclusividade a fim de atendê-lo. Quando faz algo é com dois filhos, na hora do tema atende aos dois, geralmente enquanto efetua as tarefas da casa.

Na entrevista, Angélica traz que as principais memórias de infância são relacionadas aos cuidados da avó quando perguntado como era sua relação com os cuidadores na infância. Os pais trabalhavam fora e a avó levava Angélica e o seu irmão gêmeo para a roça e lá ficava o dia todo brincando na terra, gostava disso. Quanto aos pais memórias deles chegando depois do trabalho *“lembro quando trazia coisas boas para mim comer”*. Angélica tinha como referência de cuidados a avó, pois percebia que a mãe estava sempre muito ocupada trabalhando. Traz que, apesar da mãe ser seu exemplo e nunca deixar faltar nada, sentia que faltava tempo para acompanhar as coisas na escola, em dar afeto e carinho: *“nesta questão procuro ser diferente, porque senti falta”*. Sobre as percepções do relacionamento com o filho diz que considera boa e que procura dar atenção, fazer diferente de seus pais, dar mais carinho. Na avaliação global das categorias de mentalização obteve classificação Moderada. Essa foi a pontuação obtida também nas demais categorias, com exceção da percepção do próprio estado mental que obteve classificação Pobre.

No instrumento de histórias MSSB, os desfechos das histórias de Breno apresentaram muito frequentemente pontuação no Poder da Criança, quando a criança sozinha ocupa ou realiza as funções que caberiam ao adulto. Também apresentou pontuação alta para resolução de conflito, em que novamente a criança sente-se responsável por encaminhar uma situação dando um fechamento a ela. Breno apresentou propensão a ajudar e se colocar no lugar do personagem nas histórias, pontuando empatia. No tocante a representação materna houve itens para pontuação positiva (cuidador, ajuda, afetuoso e protetor), mas também pontuação para disciplina e controle.

Na a Escala de Frequência de Sinais Específicos e Escala Global, aplicadas ao Desenho da Família, apresentou sete indicadores de padrão de apego inseguro. Destacaram-se sinais indicativos de apego Ansiosos Inseguros e Resistentes, com falta de detalhes, figuras incompletas, expressão facial neutra ou negativa. Figuras muito grandes, exagero nas feições faciais, exagero nas mãos e braços, além de falta de cor. Na avaliação Global houve pontuação baixa para a escala criatividade, orgulho da família-felicidade e as maiores pontuações foram nas escalas de Distância Emocional, tensão e raiva através de sinais como rigidez, nenhum cenário ao redor, rabiscos, falta de cor ou afeto positivo claro.

#### **Caso - 4 Mirela e Antônio**

Mirela tem 32 anos e é técnica em enfermagem. Reside com o marido, padrasto de Antônio, nove anos, e mais um filho mais novo. O pai de Antônio mora em uma cidade maior, manifesta interesse em conviver com o filho, mas o faz apenas esporadicamente em função da distância. Antônio está na terceira série do ensino fundamental, e recebeu o diagnóstico de TDAH acerca de um ano por apresentar muita agitação e distraibilidade. Na entrevista, Mirela conta que na infância passou por muitas dificuldades. Ela foi entregue aos seis anos a seus padrinhos, pois os pais não tinham condição de cuidá-la. A mãe tinha depressão grave e, possivelmente, esquizofrenia. Falava sozinha, tornava-se agressiva e “*tinham que cuidar*” (sic) Alguns anos mais tarde, a mãe de Mirela se suicidou. Nessa época, Mirela estava no início da adolescência e, com a mudança dos padrinhos de

cidade, foi morar com sua avó. Refere que esse período foi o melhor de sua vida por ter recebido carinho e segurança.

Considera que tenha sido uma criança retraída e, por vezes triste. Achava a relação com os pais biológicos “*distante, estranho*”. Já com os padrinhos havia muito respeito e ordem, mas como o padrinho era militar a casa “*era cheia de regras*”. Mirela relata que aos três anos ela e irmã passaram por violência sexual de um vizinho, e que quando foi residir com padrinhos recebeu atendimento psicológico. Diz que, ao longo da vida, já passou por vários episódios depressivos, mas que agora no momento sente-se bem. A visão que Mirela tem da relação com o seu filho é que o ama, pois ele dá sentido a sua vida, mas ao mesmo tempo sente a relação tensa, pelo fato dele ser agitado a deixa “*num nervosismo só*” (sic). Preocupa-se com ele e com seu futuro, porque percebe que ele não gosta de estudar e responde à mãe, coisas que ela nunca fazia quando criança. Vê a relação com o filho como de proteção mútua “*parecemos dois irmãos, eu sei que é errado fala, mas parece que é assim, parelho*”. Na avaliação global das categorias de mentalização obteve classificação Moderada. Contudo, em uma das subescalas (Percepção do próprio funcionamento mental) a classificação obtida foi Pobre.

No MSSB os desfechos das histórias narradas por Antônio pontuaram em Poder da Criança resolvendo situações que caberia ao adulto, sozinha. Também houve pontuações na Exclusão dos Outros quando a criança não traz os outros personagens para o desfecho, como se só houvesse o protagonista. Nas histórias de Neto os pais não apareciam na resolução das narrativas, sendo escassa a pontuação para representação parental. Também pontuou no item absorção, quando completa a história como se fosse o próprio personagem.

Na Escala de Frequência de Sinais Específicos e Escala Global, aplicadas ao Desenho da Família, apresentou nove indicadores de padrão de apego inseguro. A maioria foram sinais compatíveis com apego ansiosos inseguros como falta de detalhes, figuras flutuando, figuras incompletas, não diferenciadas por gênero, expressão facial neutra ou negativa. Também pontuou

para sinais evitantes como exagero no tamanho da cabeça, falta de cor, criança posicionada longe da mãe. Sinais resistentes foram exageros nas feições faciais, mãos e braços. Na escala global, houve pontuação alta nos itens distância emocional, vulnerabilidade, tensão raiva e patologia global. Essa pontuação reflete pouca proximidade emocional entre criança e mãe, rigidez e apreensão em relação a família. Antônio desenhou boca em todos os membros familiares exceto na mãe. Quando foi nomeá-la disse “*eu nunca sei escrever este nome... como é difícil!*”.

### **Caso 5 - Luciana e André**

Luciana tem 45 anos, possui ensino fundamental incompleto e reside com o marido, o filho André, de sete anos, e outra filha, de 15 anos, esta também diagnosticada com TDAH. Os pais são agricultores. A gravidez e os primeiros anos de André foram tumultuados em função de estresse familiar. A família vivia com a avó materna de André e Luciana tinha dificuldades de lidar com isso. Quando foram residir com a sua própria mãe, os conflitos amenizaram. O tempo da família junto a André é escasso, pois segundo a mãe a agricultura demanda muito trabalho. Sendo assim, quem ajuda e atende maior parte das necessidades de André é a irmã mais velha. André é descrito pela mãe como uma criança tímida e lenta, o que, às vezes, a deixa nervosa, mas também muito obediente e amoroso.

Na entrevista, quando questionada sobre aspectos da sua história, Luciana afirma lembrar-se pouco dessa época. Refere que os pais trabalhavam bastante e que gostava de ir junto à roça para trabalhar. Disse não ter muitas memórias de conversas com a mãe, mas lembra com muito carinho do avô, com que era muito apegada. Descreve com escassez de detalhes a relação com o filho, mas percebe que age de forma impaciente e “*estourada*”. Na avaliação global das categorias de mentalização, obteve classificação Pobre. Essa foi a pontuação obtida também em todas as subescalas, exceto em relação a sentimentos e pensamentos de outras pessoas, em que o escore foi moderado.

No MSSB de André, destacaram-se no desfecho das narrativas, objetivos bloqueados, temas de agressão, e representação parental punitiva. Ocorreram conflitos verbais quando os personagens por alguma razão discutem durante o desfecho trazido pela criança. André demonstrou uma inibição significativa na capacidade de representar e verbalizar o desfecho das narrativas. Na Escala de Frequência de Sinais Específicos e Escala Global, aplicadas ao Desenho da Família, apresentou apenas um indicador de padrão de apego inseguro, pontuando falta de detalhes e omissão de membro da família (irmã mais velha). Na escala global, houveram pontuações reduzidas nos itens orgulho da família/felicidade e vitalidade/criatividade, pois apesar de não poder ser considerado um desenho deprimido, não é possível distinguir um alto investimento emocional. O desenho encontra-se completo, mas não é considerado interessante, sendo difícil avaliar a proximidade emocional ou relação entre os membros.

## **Discussão**

A representação segura de apego da criança para com sua mãe e as particularidades desse vínculo têm repercussões essenciais para o desenvolvimento físico, cognitivo e emocional da criança e constitui importante pilar no desenvolvimento saudável. Desse modo, algumas psicopatologias podem ser determinadas em grande medida por dificuldades nas relações precoces de apego, estabelecendo uma ligação entre psicopatologia infantil e características do funcionamento psíquico materno (Mesquita e Benetti, 2014; Roskam, 2013; Sharp, 2006; Slade, 2005).

Neste estudo, foram investigadas representações mentais e indicadores do padrão de apego de cinco crianças com TDAH em relação a suas mães e representações das mães em relação a si, sua infância e relacionamento com seus filhos, assim como nível de mentalização das mães.

No tocante a avaliação de mentalização das mães, o estudo mais amplo, do qual deriva esta investigação, já havia mostrado que essas mães apresentavam maiores índices de incerteza sobre os estados mentais (Bertoldo & Serralta, 2020). Também Rothstein (2012) dedicou-se especificamente

à investigação dessa mesma habilidade em mães de crianças com TDAH e chegou a resultados que indicam menor capacidade de mentalização dessas mães.

Na entrevista realizada com as mães, foi contatado que elas geralmente vivenciaram instabilidade nos relacionamentos precoces e conflitos familiares; traumas, abandono, hostilidade ou indiferença foram referidas no trato dos cuidadores primários. Nessas vivências, padrões transgeracionais são percebidos frequentemente no tocante ao cuidado materno. Todas as mães relataram algum nível de dificuldade de vínculo com os cuidadores primários, especialmente as três participantes que tiveram separação precoce das mães (Fabia, Geni, Mirela). As participantes percebem, em alguma medida, o impacto dessas vivências vinculares na relação atual com os filhos.

As vivências de apego dos pais proporcionam a eles um modelo de parentalidade futura (Grossman & Grossman, 2009). Assim, o caráter transgeracional das relações de apego ocorre a partir da interação da criança com os cuidadores, em especial a mãe, em níveis conscientes e inconscientes. Ainda que a relação entre mãe e criança seja efeito da disponibilidade tanto da mãe quanto dependa dos sinais emitidos pela criança na particularidade do vínculo, a representação de apego de uma criança é, em grande medida, determinada pela experiência que os pais tiveram em relação a suas próprias vivências de apego e da sensibilidade materna (Bowlby, 1969; Ainsworth, 1969; Claussen e Crittenden, 2000).

Vale dizer que o ciclo de prejuízos transgeracionais de vínculos inseguros poderia ser interrompido à medida que o cuidador adquirisse a capacidade de refletir adequadamente sobre o impacto das experiências relacionais em seu mundo interno. Com isso, essas mães poderiam compreender melhor os estados mentais das crianças e, com isso, ajuda-las a desenvolver essa capacidade, chamada de mentalização (Bateman & Fonagy, 2003; Fonagy et al., 2002). Esse não parece ser o caso das mães do presente estudo.

Nota-se que há dificuldade dessas mães em representar a relação com os filhos, de imaginar a criança e apresentá-la sobre a sua visão. Fábica, Angélica e Mirela apresentaram uma perspectiva de

repetição ou de não querer repetir a própria história. Fábria referiu perceber estar repetindo a criação que recebera de agressividade e violência e Angélica referiu desejar não repetir a falta de carinho e indisponibilidade de tempo. Mirela, que passou por rupturas e instabilidades nas relações de apego, tenta evitar que coisas ruins que aconteceram em sua infância aconteçam aos filhos. Geni e Luciana, por outro lado, foram as participantes que mais aparentaram dificuldade em caracterizar aspectos da relação com os filhos, inibindo pensamento e a fala ao serem questionadas acerca dessa relação.

Ademais, as experiências de estresse e raiva relatadas por Fábria que se repetem na relação com o filho, ilustram o quanto o vínculo de apego é o primeiro e principal regulador da experiência emocional em busca da experiência de segurança. Quando às experiências precoces de apego são de segurança e ocorre a internalização da capacidade de autorregulação. Isso, no entanto, é comprometido quando situações de abandono, estresse ou adoecimentos e acontecem sistematicamente na infância, comprometendo a regulação de afeto, a segurança nos relacionamentos e a elaborações importantes inerentes ao do ciclo vital (Target, 2007), como a criação dos próprios filhos e outros dilemas da adultez.

Vê-se, a partir disso, que os modelos representacionais internos são efetivamente construções que partem de vivências precoces e gerais na infância e adquirem certa cristalização. Isso estabelece um estilo único para a pessoa se relacionar, conforme preconiza a teoria do apego. Segundo Bowlby (1969/2002) o modelo representacional interno, após constituir-se, tende a persistir por toda vida sendo modificado apenas em circunstâncias drásticas.

As mães que integraram esta pesquisa referem experiências difíceis em relação a si, sua infância e elementos de dificuldades consideráveis percebidas na relação com seus filhos. Algumas mães associaram diretamente situações de dificuldades e perdas na infância com reflexo na forma de relação com seu filho, como no caso de Fábria e Juliano. Pela falta de discriminação e continência do que é dos pais e do que é da criança, pode ocorrer identificação da mente infantil com o adulto, de



forma que a criança tenha que fazer essas adaptações para sobreviver psicologicamente e seguir imitando mecanismos semelhantes aos existentes nos pais (Fraiberg, 1980).

Quanto ao grupo de crianças, as narrativas do MSSB (Emde, Wolf & Oppenheim, 2003) demonstraram que as crianças apresentaram dificuldades em representar o adulto como apoio capaz de fornecer a resolução do conflito. Três das cinco crianças (Nanda, Breno e Antônio) resolveram a situação da narrativa a partir do poder da própria criança sem solicitar ou questionar a ajuda dos pais. Essas representações estão frequentemente ligadas ao apego inseguro, pois uma representação segura de apego permite a criança ter crença na disponibilidade dos outros para ajudar, além de confiança do apoio do outro quando na exploração do ambiente (Grossman & Grossman, 2009).

As outras duas crianças (Juliano e André) apresentaram alta pontuação em objetivos bloqueados, quando há dificuldade em completar ou impossibilidade de imaginar a finalização da situação apresentada. Essa pontuação refere defesas em que a criança assume o lugar do adulto, preocupando-se e resolvendo a questão ou inibe-se, sem recursos para desenvolver a história apresentada. Temas de perigo e agressão foram também frequentes nos desfechos das narrativas, referindo situações pela quais a criança passa por algum perigo ou há alguma espécie de agressão física ou verbal envolvida no desfecho da história (Emde, Wolf & Oppenheim, 2003). Todas as crianças investigadas apresentaram representações parentais relacionadas, em maior ou menor grau, à insegurança e à ansiedade, assim como as entrevistas com as mães revelou que o estresse ambiental atual ou de início de história de vida dessas crianças foi bastante elevado.

Para Pozzi-Monzo (2012), quando a criança sofre carga de estímulos vinda de situações estressantes e ainda não se desenvolveu o aparelho mental para processar tais estímulos, ocorre um estado crônico de dissociação no psiquismo da criança que se comporta de uma forma congelada (inibida em suas funções mentais) ou hipervigilante/alerta. Também para Günter (2014), tais desordens podem levar ao desenvolvimento de defesas em que ansiedades da perda de objeto não

elaboradas pela simbolização, são organizadas de forma a aparecer no corpo (como no caso da hiperatividade) ou na inibição dos processos de pensamento (desatenção e hiperatividade).

É válido salientar que as experiências das crianças com suas mães permitem que as mesmas construam representações psíquicas ligadas a essas e à estrutura psíquica da mãe (Waniel et al., 2006). Nesse sentido, é digno de nota que as representações parentais, em praticamente todas as crianças, foram do tipo punitiva e de controle. Está presente na literatura que pais de crianças com TDAH podem ter uma atitude mais crítica e com menos confiança nas crianças (Gonzalez, et al., 2014) e comportamentos mais punitivos para controlar o comportamento da criança (Yousefia, Far & Abdollahian, 2011). E ainda, outras pesquisas mostram que representações negativas e disciplinadoras no MSSB estão associadas a representações e a um comportamento materno que não traz suporte e afeto suficiente à criança (Belden, Sullivan & Luby, 2007). Nas entrevistas, algumas mães afirmaram que, em situações de conflito com os filhos, não conseguem reagir de forma acolhedora, expressando diretamente a raiva. Por outro lado, revelam também perceber a inadequação de tais respostas negativas. Esse dado sugere que ainda que, cognitivamente, ocorra uma reflexão de estados emocionais negativos experimentados na interação com a criança, a regulação emocional dessas mães é falha no momento da situação, gerando mais estresse e conflitos para a diáde. Dessa forma, ter em mente a mente da criança durante as situações estressantes foi declarado como muito difícil para essas mães. Elas, por sua vez, também experimentaram condições fragilizadas de continência e amparo na infância.

Por conseguinte, o desenvolvimento da capacidade de representação mental do eu e do outro está intimamente relacionado ao afeto e a sua regulação. A teoria do apego ensinou que as emoções estão "ligadas" e surgem como sinais comportamentais ao cuidador (Bowlby, 1969). Se o cuidador se defende excessivamente de seus próprios estados mentais, distorce ou negligencia os da criança, esta entra num estado prejudicial de desequilíbrio em que tenta buscar alívio da forma e com os recursos que tem no momento (Fonagy, 1991; Fraiberg, 1982). Algumas condutas como autolesões,

congelamento e inibição ou heteroagressividade podem ser tentativas de regulação de afeto, sem a mediação da função reflexiva.

Em caso de pais abusivos, dessa mesma forma, compartilhar a mente com os pais pode ser uma experiência evitada defensivamente pela criança, pois se torna perigosa frente ao potencial aniquilador da intensidade de emoções negativas e não contidas. A função reflexiva da criança fica dessa maneira, perturbada e o processo de mentalizar a experiência dessa relação não é vivenciado de forma a gerar representações seguras (Slade, 2005). Quando a função reflexiva dos pais não ocorre como deveria, ou é agravada por dificuldades emocionais, estes podem se comportar de forma perturbada e aniquilar a experiência dos filhos com a própria raiva. A criança, desse modo, não é vista por quem ela é, mas através de projeções e distorções dos pais. Partilhar os estados mentais com o cuidador, nesse contexto, pode ser perigoso e, por isso, ativamente evitado pela criança, que em vez de sofisticar seus processos psíquicos, pode adaptar-se patologicamente a estados mentais desorganizados (Slade, 2005).

Nesse sentido, o cuidador, que é capaz de dar forma e significado aos estados afetivos e intencionais da criança através de interações que cativem sua atenção, promove a capacidade de desenvolver sentidos em seu self, que está em desenvolvimento (Bateman & Fonagy, 2004). Para o desenvolvimento normal da criança, ela precisa experimentar uma mente que tenha sua mente em mente, e que seja capaz de refletir seus sentimentos e intenções adequadamente e de uma forma não aniquiladora, quando, por exemplo, se verifica uma emoção negativa. Os dados do presente estudo sugerem que tais condições são prejudicadas na experiência de díades mãe-criança com diagnóstico de TDAH.

Deve-se destacar, como limitações deste estudo, o fato de ter sido realizado apenas com uma menina e com quatro meninos, apontando para a necessidade de investigações semelhantes com mais meninas, tal como com crianças de outras faixas etárias. Outra limitação refere-se ao fato das apresentações de TDAH (hiperativa, desatenta ou combinada) não serem consideradas fator de

seleção da amostra, uma vez que cabe como sugestão para que outros estudos explorem e, também, se existem particularidades de acordo com apresentação. Ademais, entende-se que a possibilidade de pensar sobre as variáveis envolvidas nas relações emocionalmente significativas entre crianças com TDAH e suas mães, pode contribuir para trabalhos preventivos, promocionais de vínculos seguros e interventivos.

### **Considerações Finais**

A representação mental de apego é uma construção baseada em experiências da criança com o seu cuidador primário, sendo em nossa cultura, ainda a mãe. Este estudo investigou, apego, representações mentais de crianças com TDAH em relação a suas mães, e representações maternas sobre sua própria história e a relação com o filho, bem como mentalização das mães. A análise dos casos investigados apresentou histórias de vida com conflitos familiares, instabilidade nas relações precoces, traumas de abandono e outras vulnerabilidades que sustentam a presença de indicadores de apego inseguro. Isso foi verificado tanto na entrevista realizada com as mães quanto nas representações trazidas pelas das crianças.

É interessante destacar que os aspectos transgeracionais do apego parecem ter repercussão determinante e geram dificuldades no desenvolvimento. As experiências negativas de apego e estresse, vivenciadas pelas mães na infância, são classificadas pelas mesmas como significativas e de impacto na relação que estabelecem atualmente com os filhos. As mães perceberam-se pouco disponíveis em termos de atenção e irritáveis para com as crianças. Estas, por sua vez, foram representadas pelas crianças como punitivas, com pouca possibilidade de dar apoio ou distantes. Essa constatação alerta para a importância da minimização de experiências ambientais negativas e estressantes que possam ocasionar dificuldades no desenvolvimento.

Somado a isso, os sintomas apresentados pela criança com TDAH podem desencadear diversos prejuízos em diferentes aspectos do desenvolvimento relacionados à agitação, inibição dos

processos mentais e dificuldades para tolerar a frustração. Esses sintomas estão relacionados à defasagem na função reflexiva e mentalização, que permite, quando funcional, uma adequada regulação afetiva e a capacidade de tolerar melhor as frustrações imediatas, através da manutenção mental de um objetivo a longo prazo. Ainda, essa condição deve ser construída pelo cuidador primário com a criança, através de sua própria função reflexiva que permite entender e melhor manejar os estados mentais da criança.

Dessa forma, entende-se que é necessário criar condições de promoção de apego seguro na proteção dos vínculos afetivos da criança e de seus cuidadores. Consideram-se essas relações fundamentais para desenvolvimento nas fases posteriores da vida, viabiliza pensar estratégias preventivas de promoção de saúde ligadas à primeira infância. Tanto o estudo das representações maternas quanto o das representações infantis podem impactar em intervenções psicoterapêuticas adequadas, assim como podem auxiliar na prevenção de psicopatologias infantis. O presente estudo alerta para a importância de atentar para uma boa condição de apego seguro na infância a fim de minimizar a ocorrência ou agravamento de psicopatologias como o TDAH.

## **Referências**

- Ainsworth, M. D. S. (1969). Object relations, Dependency and Attachments: A theoretical Review of the infant-mother relationship. *Child Development*, 40, 969-1025.
- Ainsworth, M. D. S. (1989). Attachments Beyond Infancy. *American Psychology*, 44(4), 709-716.
- Alvares, J., Machado, L. F., e Benetti, S. P. C. (2017). Macarthur stem story battery: narrativas infantis como acesso às representações mentais. *Avaliação Psicológica*, 16(3), 356-364. <https://doi.org/10.15689/ap.2017.1603.12917>.
- Bateman, A., and Fonagy, P. (2004). *Psychotherapy for Borderline Personality Disorder. Mentalization-based Treatment*. Oxford University Press.

- Bateman, A. W., and Fonagy, P. (2006). *Mentalization-based Treatment for Borderline Personality Disorder: a practical guide*. Oxford University Press.
- Belden, A. C., Sullivan, J. P., and Luby, J. L. (2007). Depressed and healthy preschoolers' internal representations of their mothers' caregiving: associations with observed caregiving behaviors one year later. *Attachment & Human Development*, 9(3), 239-254.
- Benoit, D., Parker, K., and Zeanah, C. H. (1997). Mothers representations of their infants assessed prenatally: Stability and association with their infants' attachment classifications. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38, 307-313.
- Bowlby, J. (2002). *Apego e perda*, vol 1. Apego: a natureza do vínculo. São Paulo: Martins Fontes.
- Bowlby, J. (1998a). *Apego e perda*, vol 2. Separação: angústia e raiva. São Paulo: Martins Fontes.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss*, vol. 3. Loss, sadness and depression. Nueva York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1988). *A Secure Base Parent-Child Attachment and Healthy Human Development*. London: Routledge.
- Cecconello, A. M., Krum, F. M. B., and Koller, S. H. (2000). Indicadores de Risco e Proteção no Relacionamento Mãe-Criança e Representação Mental da Relação de Apego. *Psico*, 32(2), 81-122.
- Claussen, A. H., and Crittenden, P. M. (2000). Maternal sensitivity. In P. M. Crittenden & A. H. Claussen (Orgs.). *The organization of attachment relationships: Maturation, culture and context* (pp. 115-122). New York: Cambridge University Press.
- Custódio, S., e Cruz, O. (2008). As representações mentais das crianças acerca das Figuras Parentais. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 24(4), 393-405. <https://doi.org/10.1590/S0102-37722008000400002>
- Dallos, R., and Smart, C. (2011). An exploration of family dynamics and attachment strategies in a family with ADHD/conduct problems. *Clinical Child Psychology Psychiatry*, 16(4), 535-550.

- Emde, R., Wolf, D., and Oppenheim, D. (2003). *Revealing the inner worlds of young children: The MacArthur Story Stem Battery and parent-child narratives*. New York: Oxford University Press.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E., and Target, M. (2002). *Affect regulation, mentalization, and the development of the self*. New York: Other Press.
- Fox, N. A., Kimmerly, N. L., Schafer, W. D. (1991). Attachment to mother/attachment to father: a meta-analysis. *Child Development*, 62, 210-225.
- Fraiberg, S. (1980). *Clinical studies in infant mental health: The first year of life*. New York: Basic Books.
- Franco, A. C., e Campos, R. C. (2010). *Representações parentais e traços desadaptativos de personalidade: um estudo com uma amostra não-clínica de adultos* [Conference presentation]. Actas do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia, Universidade do Minho, Portugal, 3879-3890.
- García Quiroga, M., y Ibáñez Fanes, M. (2007). Apego e Hiperactividad: Un Estudio Exploratorio del Vínculo Madre-Hijo. *Terapia psicológica*, 25(2), 123-134. <https://doi.org/10.4067/S0718-48082007000200003>
- Gonzalez, R., Bakker, L., & Rubiales, J. (2014). Estilos parentales en niños y niñas con TDAH/ Binding interactions in the childcare system/ Interações vinculares no sistema de cuidado infantil. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, (1), 141. <https://doi.org/10.11600/1692715x.1217060413>
- Günter, M. (2014). Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): An affect processing and thought disorder?. *International Journal of Psychoanalysis*, 95, 43-66
- Klein, M. (1933). *O desenvolvimento inicial da consciência na criança*. Rio de Janeiro: Imago, 1996.
- Klein, M. (1952). *Algumas conclusões teóricas relativas à vida emocional do bebê*. Rio de Janeiro: Imago, 1991.

- López, F. (2006). Apego: estabilidad Y cambio a lo largo del ciclo vital. *Infancia y Aprendizaje*, 29(1), 9-23.
- Mendes, A. V., Loureiro, S. R., e Crippa, J. A. S. (2008). Depressão materna e a saúde mental de escolares. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 35(5), 178-186.
- Mesquita, P. C., e Benetti, S. P. C. (2014). A representação materna em crianças com mães depressivas. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 66(2), 53-67.  
[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-52672014000200005&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672014000200005&lng=pt&tlng=pt)
- Pozzi-Monzo, M. (2012). Ritalin for whom? Revisited: further thinking on ADHD. *Journal of Child Psychotherapy*, 38(1), 49-60.
- Priel, B., Besser, A., Waniel, A., Yonas-Segal, M., e Kuperminc, G. (2007). Interpersonal and intrapersonal processes in the formation of maternal representations in middle childhood: Review. New findings and future directions. *Israel Journal Psychiatry & Related Sciences*, 44(4), 255-265.
- Roskam, I. et al. (2013). Another way of thinking about ADHD: the predictive role of early attachment deprivation in adolescents' level of symptoms. *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology*, 49, 133-144.
- Rothstein, A. E. (2012). *Reflective functioning capacity in mothers of boys with adhd, learning disorders and associated behavior problems* [Unpublished Doctoral Dissertation]. City University of New York.
- Sánchez-Queija, I., Oliva, A. (2003). Vínculos de apego con los padres y relaciones con los iguales durante la adolescencia. *Revista de Psicología Social*, 18(1), 71-86.



- Santurde del Arco, E., e Del Barrio del Campo, J. (2010). Asociación entre TDAH (trastorno por déficit de atención e hiperactividad) y apego inseguro. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 3(1), 821-829.
- Sharp, C. (2006). Mentalizing problems in childhood disorders. In Allen, J., and Fonagy, P. (Eds.). *Handbook of mentalization-based treatment* (pp. 101-121). Chichester: John Wiley & Sons.
- Slade, A. (2005). Parental reflexive functioning: an introduction. *Attachment & Human Development*, 7, 269-281.
- Waniel, A., Priel, B., and Besser, A. (2006). Mother and self-representation: investigating associações with symptomatic behavior and academic competence in middle childhood. *Journal of Personality*, 74(1), 223-266.
- Yin, R. K. (2003). *Estudo de caso: planejamento e métodos*. Porto Alegre: Bookman.
- Yousefia, S., Far, A. S., and Abdollahian, E. (2011). Parenting stress and parenting styles in mothers of ADHD with mothers of normal children. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 30, 1666-1671. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2011.10.323>.

### **Considerações Finais da Tese**

Estudos sobre TDAH ainda são, em grande maioria, associados a aspectos neurobiológicos (Caliman, 2010) mesmo já sendo consenso na literatura seu caráter multifatorial (APA, 2014; Rohde 2004; Pheula, 2010) que diferentes condições ambientais têm impacto na determinação e agravamento do transtorno, entre elas as relações precoces de apego. A qualidade das relações iniciais, assim como características do cuidador primário são essenciais nesse processo. Caso isso não ocorra, pode haver prejuízos no desenvolvimento e aliado a outros fatores e suscetibilidades, surgimentos de psicopatologias como o TDAH. Nesse sentido, esta pesquisa confirmou a hipótese da importância de fatores ambientais ligados ao TDAH, especialmente relacionados às vivências precoces de apego da criança com seus cuidadores. Através dos resultados foram demonstradas diferenças significativas nas mães de crianças com TDAH quanto à capacidade reflexiva, empobrecimento na função mentalizadora e aspectos transgeracionais presentes na reprodução do estilo de apego de mães com seus filhos. Tais resultados estão alinhados com a literatura internacional sobre o tema e refletem linhas de investigação ainda não exploradas no contexto brasileiro, haja vista que a revisão da literatura realizada não encontrou na oportunidade da pesquisa, nenhum estudo no Brasil sobre TDAH infantil e relações de apego. Há, portanto, necessidade de mais estudos no país.

Interessante destacar que não foram evidenciadas diferenças na vinculação das mães em relação aos grupos, e isso pode referir que, mesmo que o afeto esteja presente, a qualidade da interação cuidador e criança pode depender de outras habilidades como a capacidade reflexiva de compreender e elaborar em sua mente o estado mental da criança, assim como devolver isso em uma conduta que seja internalizada pela criança, enriquecendo sua própria mentalização. Entretanto, cogita-se a possibilidade do instrumento utilizado para medir vinculação não ter sido suficientemente sensível. Apesar de o estudo quantitativo de caso controle não apontar diferença na vinculação dos

grupos comparados, o estudo de casos múltiplos apontou dificuldades vinculares de caráter transgeracional nas díades investigadas.

De modo geral, os resultados apontam para a relevância da qualidade das relações iniciais no desenvolvimento da criança. Tal constatação merece avaliar que medidas possam ocorrer no sentido de ampliar tanto o suporte às crianças que possuem o diagnóstico de TDAH quanto suas famílias. Isso fortalece, especialmente, recursos de mentalização para o cuidador manejar adequadamente situações, através das quais a criança poderá internalizar, de modo mais consistente, um funcionamento adaptativo e com maiores condições de saúde psicológica.

É notório esclarecer que o estudo contém algumas limitações, como a mensuração das variáveis do estudo quantitativo comparativo ter ocorrido através de instrumento de autorrelato. Essa medida, ainda que venha apresentando resultados coerentes, implica o risco de a resposta ocorrer pelo viés da deseabilidade social. Outra limitação refere-se ao não controle em relação a apresentação do TDAH (hiperativa, desatenta ou combinada) nos casos investigados. Apesar das limitações, o estudo apresenta contribuições importantes por ter investigado um construto importante da teoria do Apego, por meio de métodos empíricos. Destaca-se que isso possibilitou apurar a propagação de conhecimentos aplicáveis à compreensão e tratamento de um fenômeno complexo como o TDAH, além de ampliar o desenvolvimento dessa investigação em nível nacional.

Além do mais, os achados contribuem para melhorar a compreensão de características relacionadas a fatores ambientais e vinculares associadas ao TDAH infantil e, também, permitem pensar alternativas que possam incluir estratégias preventivas e de tratamento. É possível, a partir dos achados desta pesquisa, valorar como importantes iniciativas que incluíssem programas de mentalização para pais que iniciam seu percurso como cuidadores, na prevenção e no fortalecimento de tais recursos para minimizar surgimentos de psicopatologias ligadas a essa defasagem.

Dessa forma, torna-se útil e necessário, iniciar a articulação de tratamento intensivos e mais focados no manejo de necessidades específica a cada transtorno, como o TDAH, se tornando um

importante aliado no combate aos prejuízos que acarretam essas psicopatologias na vida das crianças. É possível pensar que as determinações ambientais, especialmente relacionadas ao apego na investigação do TDAH infantil, são de grande complexidade e, apesar das dificuldades existentes, correspondem a um campo fértil, com relevância teórica e clínica que merece ser cada vez mais aprofundado.

## Referências

- American Psychiatric Association - APA. (2014). *DSM-5: manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. (5. ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Ainsworth, M. D. S. (1989). Attachments Beyond Infancy. *American Psychologist*, 44(4), 709-719.
- Ainsworth, M., and Bowlby, J. (1991). An ethological approach to personality development. *American Psychologist*, 46(4), 333-341.
- Boeckel, M., Wagner, A., Ritter, F., Sohne, L., Schein, S., e Grassi-Oliveira, R. (2011). Análise Fatorial do Inventário Percepção de Vinculação Materna. *Interamerican Journal of Psychology*, 45(3), 439-447.
- Bronfenbrenner, U., Evans, G. (2000). Developmental science in the 21st century: Emerging questions, theoretical models, research designs and empirical findings. *Social Development*, 9(1), 115-125.
- Cavallina, C., Pazzagli, C., Ghiglieri, V., and Mazzeschi, C. (2015). Attachment and parental reflective functioning features in ADHD: enhancing the knowledge on parenting characteristics. *Frontiers in Psychology*, 6 (2015): 1313. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.01313>
- Rohde, L., Halpern, R. (2004). Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: atualização. *Jornal de Pediatria*, 80(2), 61-70.
- Rohde, L., & Mattos, P (2003). *Princípios e práticas em TDAH - Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade*. São Paulo: Artmed Editora.
- Roskam, I., Stievenart, M., Tessier, R., Muntean, A., Escobar, M., Santelices, M., Juffer, F., Van Ijzendoorn M., Pierrehumbert, B. (2013). Another way of thinking about ADHD: the predictive role of early attachment deprivation in adolescents' level of symptoms. *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology*, 49,133-144.

- Rothstein, A. E. (2012). *Reflective functioning capacity in mothers of boys with adhd, learning disorders and associated behavior problems* [Unpublished Doctoral Dissertation]. City University of New York.
- Slade, A. (2005). Parental reflexive functioning: an introduction. *Attachment & Human Development, 7*, 269-281.
- Slade, A., and Aber, J. L. (1992). Attachments, drives and development: Conflicts and convergences in theory. In Barron, J., Eagle, M., & Wolitzky, D. (Eds.). *Interface of Psychoanalysis and Psychology* (pp. 154-186). Washington DC: APA Publications.
- Sharp, C. (2006). Mentalizing problems in childhood disorders. In Allen, J., & Fonagy, P. (Eds.). *Handbook of mentalization-based treatment* (pp. 101-121). Chichester: John Wiley & Sons.
- Sampieri, R., Collado, C., & Lucio, M. (2013). *Metodologia de Pesquisa* (5. ed.). Porto Alegre: Penso.
- Shaffer, A., Lindhiem, O., Kolko, D., & Trentacosta, C. (2012). Bidirectional Relations between Parenting Practices and Child Externalizing Behavior: A Cross-Lagged Panel Analysis in the context of a psychosocial treatment and 3-year follow-up. *Journal of Abnormal Child Psychology, 41*, 199–210.
- Silva, C., Serralha, C., e Laranjo, A. (2013). Análise da demanda e implicação dos pais no tratamento infantil. *Psicologia em Estudo, 18*(2), 281-291.
- Tamm, L., and Nakonezny, P. (2015). Metacognitive executive function training for young children with ADHD: a proof-of-concept study. *ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders, 7*, 183-190. <https://doi.org/10.1007/s12402-014-0162-x>
- Tarver, J., Daley, D., and Sayal, K. (2014). Attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD): an updated review of the essential facts. *John Wiley & Sons Ltd, Child: care, health and development. 40*(6), 762-774. <https://doi.org/10.1111/cch.12139>

- Theule, J., Wiener, J., Tannock, R., and Jenkins, J. M. (2010). Parenting stress in families of children with ADHD: a meta-analysis. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 20, 1-15. <https://doi.org/10.1177/1063426610387433>
- Tubert, S. (2010). La medicalización de los niños. Observaciones sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad. *Revista Centro Psicoanalítico de Madrid-CPM*, 20.
- Verkuijl, N., Perkins, M., & Fazel, M. (2015). Childhood attention-deficit/hyperactivity disorder. *BMJ* 350:h2168, 11(3), 407-411. <https://doi.org/10.1136/bmj.h2168>
- Walcott, C. M., & Landau, S. (2004). The relation between disinhibition and emotion regulation in boys with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 33(4), 772-782.
- Whalen, C. K., Henker, B., Jamner, L. D., Ishikawa, S. S., Floro, J. N., Swindle, R., Perwien, A. R., and Johnston, J. A. (2006). Toward mapping the daily challenges of living with ADHD: Maternal and child perspectives using electronic diaries. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 34(1), 115-130.
- Waxmonsky, G. (2012). A Novel Group Therapy for Children With ADHD and Severe Mood Dysregulation. *Journal of Attention Disorders*, 17, 527-541.
- Yin, R. (2005). *Estudo de Caso: Planejamento e Métodos*. Porto Alegre: Bookman.
- Young, S., and Amarasinghe, M. (2010). Practitioner Review: Non-pharmacological treatments for ADHD: A lifespan approach. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 51(2), 116-133.
- Zevalkink, J. (2008). Assessment of mentalizing problems in children. In Verheugt-Pleiter, A. J. E., Zevalkink, J., & Schmeets, M. G. C. (Ed.). *Mentalizing in children therapy* (pp. 22-40). London: Karnac.

## Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido- Estudo 1



UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS  
 Unidade Acadêmica de Pesquisa e Pós-Graduação  
 Comitê de Ética em Pesquisa

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE (estudo 1)

Eu, Lao Tse Maria Bertoldo, aluna do Programa de Pós-Graduação de Psicologia da Universidade do Vale do Rio dos Sinos- Unisinos, estou convidando você para participar da pesquisa intitulada "Função Reflexiva e Capacidade de Vinculação em mães de Crianças com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade-TDAH" que tem como objetivo avaliar a Função Reflexiva e capacidade de vinculação em mães de crianças com TDAH. Como participante, você receberá todos os esclarecimentos necessários antes, durante e após a finalização da pesquisa. A sua participação nesse estudo envolve responder a instrumentos que avaliarão a sua função reflexiva e sua percepção de capacidade de vinculação em relação a seu filho. Isso ocorrerá em apenas 1 encontro com duração estimada de 1 hora e 30 min. Numa fase posterior do estudo, existe a possibilidade de que você seja convidada a participar novamente, mediante mais duas entrevistas.

A sua participação é voluntária; dessa forma, você pode interrompê-la a qualquer momento sem que isso gere prejuízo. As informações fornecidas terão caráter sigiloso e na divulgação dos dados desta pesquisa a sua identidade será preservada.

É possível que a sua participação neste estudo cause alguma ansiedade ou desconforto. Caso isso ocorra, você terá a oportunidade de falar sobre isso. Você também pode não responder a alguma questão ou mesmo interromper a sua participação na pesquisa, sem precisar dar qualquer explicação. Se for necessário, poderá ser indicado algum serviço de atendimento psicológico. A sua participação no estudo trará como benefícios poder falar sobre a sua experiência como mãe de criança com TDAH e receber orientações em relação a este transtorno e encaminhamento do seu filho a algum serviço específico de atendimento, se isso for necessário.

Se você tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, pode ter informações adicionais através do contato com a pesquisadora/ doutoranda Lao Tse Maria Bertoldo (telefone 55 999428994) ou a professora orientadora Dra. Fernanda Barcellos Serralta (telefone 51 995536303). Para confirmar sua participação você deve preencher as informações abaixo. Este documento será entregue em duas vias e uma ficará com você. Desde já agradecemos sua colaboração.

\_\_\_\_\_  
 Lao Tse Maria Bertoldo  
 Pesquisadora/doutoranda  
 laotsebertoldo@yahoo.com.br

\_\_\_\_\_  
 Fernanda Barcellos Serralta  
 Professora Orientadora  
 fserralta@unisinos.br

\_\_\_\_\_  
 Assinatura do participante

\_\_\_\_\_  
 data

CEP – UNISINOS  
 VERSÃO APROVADA  
 Em: 06/08/2018



## Apêndice B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido- Estudo 2



UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS  
 Unidade Acadêmica de Pesquisa e Pós-Graduação  
 Comitê de Ética em Pesquisa

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE (para Responsáveis – Estudo 2)

Eu, Lao Tse Maria Bertoldo, aluna do Programa de Pós-Graduação de Psicologia da Universidade do Vale do Rio dos Sinos- Unisinos, estou convidando seu filho (a) para participar da pesquisa intitulada "Função Reflexiva e Capacidade de Vinculação em mães de Crianças com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade-TDAH" com o objetivo neste estudo de avaliar a função reflexiva e capacidade de vinculação de mães de crianças com TDAH e entender aspectos singulares e similares de alguns casos. Você como responsável pelo participante, no caso seu filho (a), receberá todos os esclarecimentos necessários antes, durante e após a finalização da pesquisa e as informações terão caráter sigiloso. A participação de seu filho (a) nesse estudo envolve responder a instrumentos que avaliarão as representações mentais e vinculação dos mesmos em relação a figuras de apego. Isso ocorrerá em 1 encontro. A duração estimada em até 1 hora e 30 min.

A participação de seu (sua) filho(a) é voluntária, dessa forma, ele pode interromper a participação em qualquer momento sem que isso gere prejuízo. Na divulgação dos dados desta pesquisa a identidade de seu (sua) filho(a) e demais dados pessoais dele(a) e de sua família serão preservados. É possível que a participação no estudo gere algum desconforto. Se isso ocorrer, seu(sua) filho(a) ou você terão a oportunidade de falar sobre isso. Se desejarem, a participação poderá ser interrompida, sem necessidade de qualquer explicação. Se for necessário, poderá ser indicado algum serviço de atendimento psicológico. A participação do seu(sua) filho poderá trazer algum benefício pois a família terá mais orientações em relação ao TDAH e, se necessário, receberá encaminhamento a algum serviço específico de atendimento.

Se você tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, pode ter informações adicionais através do contato com a pesquisadora doutoranda Lao Tse Maria Bertoldo (telefone 55 999428994) ou a professora orientadora Dra. Fernanda Barcellos Serralta (telefone 51 995536303). Para confirmar que autoriza a participação de seu filho você deve preencher as informações abaixo. Este documento será entregue em duas vias. Desde já agradecemos sua colaboração.

Lao Tse Maria Bertoldo  
 Pesquisadora/doutoranda  
 laotsebertoldo@yahoo.com.br

Fernanda Barcellos Serralta  
 Professora Orientadora  
 fserralta@unisinos.br

Assinatura do participante

data

CEP – UNISINOS  
 VERSÃO APROVADA  
 Em: 06/08/2018

## Apêndice C – Termo Anuência Clínica Neurologia

### TERMO DE ANUÊNCIA

Eu, Valdemar Fagundes Borges Neto, enquanto Médico Neurologista responsável pela Clínica Neurológica Vitta, localizada no Centro Clínico Viva a Vida, na rua Osvaldo Cruz, 382 Centro de Três de Maio-RS, declaro estar ciente dos objetivos da pesquisa da doutoranda Loo Tse Maria Bertoldo intitulada "Função reflexiva e capacidade de vinculação em mães de crianças com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade- TDAH", que tem como objetivo avaliar a diferença da função reflexiva e Capacidade de Vinculação em 30 mães de crianças que possuem o diagnóstico de TDAH entre 7 a 9 anos (Grupo Clínico) e compará-las a mães de crianças que têm desenvolvimento típico (Grupo não Clínico), além de investigar em 5 diadas (do grupo Clínico) como ocorre em profundidade a vivência deste vínculo mãe-criança com TDAH.

A par disso, autorizo a pesquisa de dados das crianças com TDAH e suas mães bem como a resposta aos questionários aplicados a estes sujeitos nesta instituição.

Tendo assim assinado, pois, fui informado que serão tomados os cuidados éticos necessários para a proteção da identidade dos sujeitos envolvidos e da instituição que represento.

Para validar, este documento, assino



Valdemar Fagundes Borges Neto

Três de Maio, 09 de maio de 2018

## Apêndice D – Termo Anuência acesso à Rede Pública de Educação

### TERMO DE ANUIÊNCIA

Eu, Liria Seiboth enquanto dirigente municipal da Educação do Município de Tuparendi/RS declaro estar ciente dos objetivos da pesquisa da doutoranda Leo Tse Maria Bertoldo intitulada "Função Reflexiva e capacidade de Vinculação em mães de crianças com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade- TDAH", que tem como objetivo avaliar a diferença da Função Reflexiva e Capacidade de Vinculação em 30 mães de crianças que possuem o diagnóstico de TDAH entre 7 a 9 anos (Grupo Clínico) e compará-las a mães de crianças que têm desenvolvimento típico (Grupo não Clínico), além de investigar em 5 diades (do grupo Clínico) como ocorre em profundidade a existência desse vínculo mãe-criança com TDAH.

A par disso, autorizo a pesquisa de dados das crianças com TDAH e suas mães bem como a resposta aos questionários aplicados a estes sujeitos nas instituições escolares deste município.

Sendo assim assim, pois, fui informada que serão tomados os cuidados éticos necessários para a proteção da identidade dos sujeitos envolvidos e da instituição que representa.

Para validar, este documento, assino



Liria Seiboth

Liria Hanel Seiboth  
Secretária de Educação,  
Cultura e Desporto  
Rua João Zilli - Tuparendi/RS

Tuparendi, 09 de maio de 2018.

## Apêndice E – Termo Anuência Escola Particular

Termo de Autorização da Instituição (Escola Particular)

### TERMO DE ANUÊNCIA

Eu, Sandro Ergang enquanto diretor geral da Sociedade Educacional Três de Maio-SETREMA, declaro estar ciente dos objetivos da pesquisa da doutoranda Leo Tye Maria Bertoldo intitulada "Função Reflexiva e capacidade de Vinculação em mães de crianças com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade- TDÁH", que tem como objetivo avaliar a diferença da Função Reflexiva e Capacidade de Vinculação em 30 mães de crianças que possuem o diagnóstico de TDAH entre 7 a 9 anos (Grupo Clínico) e compará-las a mães de crianças que têm desenvolvimento típico (Grupo não Clínico), além de investigar em 5 diádes (do grupo Clínico) como ocorre em profundidade a vivência deste vínculo mãe-criança com TDAH.

A pesquisa não terá qualquer fim lucrativo para a pesquisadora ou instituição e a participação dos pais convidados é totalmente voluntária, sendo possível aos mesmos interromper a participação se assim desejar a qualquer momento.

A par disso, autorizo a pesquisa de dados das crianças com TDAH e suas mães bem como a resposta aos questionários aplicados a estes sujeitos nesta instituição escolar.

Sendo assim assim, pois, fui informado que serão tomados os cuidados éticos necessários para a proteção da identidade dos sujeitos envolvidos e da instituição que represento.

Para validar, este documento, assino

  
\_\_\_\_\_  
Sandro Ergang

Tuparendi, 18 de julho de 2018

## Anexos

### Anexos A – Atestado Exame Qualificação



UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS  
Reconhecida pela Portaria Ministerial nº 453 de 21/11/83 - D.O.U. de 22/11/83  
Unidade de Apoio de Serviços Acadêmicos  
Gerência de Registros Acadêmicos

## A T E S T A D O

ATESTO, para os devidos fins, conforme consta nos assentamentos da Universidade do Vale do Rio dos Sinos - UNISINOS, que **LAO-TSÉ MARIA BERTOLDO**, aluna do Programa de Pós-Graduação em Psicologia - nível de Doutorado, realizou o exame de Qualificação do Projeto de Tese intitulado "*Função Reflexiva e Capacidade de Vinculação em mães de crianças com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade - TDAH*", defendido no dia 28 de março de 2018.

ATESTO, ainda, que a banca examinadora foi constituída pela Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Fernanda Barcellos Serralta (Orientadora), pela Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Rita Sobreira Lopes, pela Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Aline Groff Vivian, pela Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Naiana Dapieve Patias e pela Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Tagma Marina Schneider Donelli.

São Leopoldo, 17 de abril de 2018.

Eusébio Schneider  
Gerente de Registros Acadêmicos

## Anexo B - Aprovação da Pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa

UNIVERSIDADE DO VALE DO  
RIO DOS SINOS - UNISINOS



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Função Reflexiva e Capacidade de Vinculação em mães de crianças com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade - TDAH

**Pesquisador:** LAO TSE MARIA BERTOLDO

**Área Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 90972318.2.0000.5344

**Instituição Proponente:** Universidade do Vale do Rio dos Sinos - UNISINOS

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 2.802.697

**Apresentação do Projeto:**

Já descrito em pareceres anteriores.

**Objetivo da Pesquisa:**

Todos estão claros e são exequíveis.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Atendem ao indicado nas resoluções do CNS.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Não há.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Foram ajustados e estão adequados.

**Recomendações:**

Não há.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Não há.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Conforme "Parecer Consubstanciado do CEP", o projeto está aprovado (neste parecer encontrará o número de aprovação). Acessar a Plataforma Brasil e localize o TCLE aprovado e carimbado, em

Endereço: Av. Unisinos, 950

Bairro: Cristo Rei

CEP: 93.022-000

UF: RS

Município: SÃO LEOPOLDO

Telefone: (51)3501-1108

Fax: (51)3500-8118

E-mail: cep@unisinos.br

## Anexo C- Questionário de Capacidade e Dificuldades (SDQ-Par)

### Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ-Par)

Instruções: Por favor, em cada item marque com uma cruz o quadrado que melhor descreva a criança. Responda a todas as perguntas da melhor maneira possível, mesmo que você não tenha certeza absoluta ou se a pergunta lhe parecer estranha. Dê suas respostas com base no comportamento da criança nos últimos seis meses ou durante o ano escolar em curso.

Nome da Criança .....

Masculino/Feminino

Data de Nascimento .....

	Mais ou menos		
	Falso	verdadeiro	Verdadeiro
Tem consideração pelos sentimentos de outras pessoas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Não consegue parar sentado quando tem que fazer a lição ou comer; mexe-se muito, esbarrando em coisas, derrubando coisas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muitas vezes se queixa de dor de cabeça, dor de barriga ou enjôo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tem boa vontade em compartilhar doces, brinquedos, lápis ... com outras crianças	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frequentemente tem acessos de raiva ou crises de birra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
É solitário, prefere brincar sozinho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geralmente é obediente e faz normalmente o que os adultos lhe pedem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tem muitas preocupações, muitas vezes parece preocupado com tudo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tenta ser atencioso se alguém parece magoado, aflito ou se sentindo mal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Está sempre agitado, balançando as pernas ou mexendo as mãos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tem pelo menos um bom amigo ou amiga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frequentemente briga com outras crianças ou as amendronta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frequentemente parece triste, desanimado ou choroso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Em geral, é querido por outras crianças	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Facilmente perde a concentração	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fica inseguro quando tem que fazer alguma coisa pela primeira vez, facilmente perde a confiança em si mesmo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
É gentil com crianças mais novas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frequentemente engana ou mente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outras crianças 'pegam no pé' ou atormentam-no	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frequentemente se oferece para ajudar outras pessoas (pais, professores, outras crianças)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pensa nas coisas antes de fazê-las	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rouba coisas de casa, da escola ou de outros lugares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se dá melhor com adultos do que com outras crianças	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tem muitos medos, assusta-se facilmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Completa as tarefas que começa, tem boa concentração	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nome completo (em letra de forma) .....

Data .....

Mãe/pai/professor/outro (especifique):

**Muito obrigado pela sua colaboração**

© Robert Goodman, 2005

### Anexo D- *Reflective Functioning Questionnaire (RFQ)*

#### *Reflective Functioning Questionnaire 54 – Portuguese version*

Por favor, leia as 54 afirmações a seguir. Para cada afirmação, escolha um número entre 1 e 7 para dizer o quanto você discorda ou concorda com a afirmação, e escreva o número ao lado da afirmação. Não pense muito sobre ela — suas primeiras respostas são geralmente as melhores. Obrigado.

	Discordo				Concordo		
	Totalmente					Totalmente	
1. Os pensamentos das pessoas são um mistério para mim.	1	2	3	4	5	6	7
2. É fácil pra mim descobrir o que outra pessoa está pensando ou sentindo.	1	2	3	4	5	6	7
3. A imagem que tenho dos meus pais muda conforme eu mudo.	1	2	3	4	5	6	7
4. Eu me preocupo muito sobre o que as pessoas estão pensando e sentindo.	1	2	3	4	5	6	7
5. Eu presto atenção no impacto das minhas ações nos sentimentos dos outros.	1	2	3	4	5	6	7
6. Eu levo muito tempo para entender os pensamentos e sentimentos de outras pessoas.	1	2	3	4	5	6	7
7. Eu sei exatamente o que meus amigos mais próximos estão pensando.	1	2	3	4	5	6	7
8. Eu sempre sei o que sinto.	1	2	3	4	5	6	7
9. Como eu me sinto pode facilmente afetar como eu entendo o comportamento de outra pessoa.	1	2	3	4	5	6	7
10. Posso dizer como alguém está se sentindo olhando nos seus olhos.	1	2	3	4	5	6	7



	Discordo Totalmente				Concordo Totalmente		
	1	2	3	4	5	6	7
11. Me dou conta que as vezes posso entender mal as reações dos meus melhores amigos.	1	2	3	4	5	6	7
12. Muitas vezes fico confuso(a) sobre o que estou sentindo.	1	2	3	4	5	6	7
13. Me pergunto o que os meus sonhos significam.	1	2	3	4	5	6	7
14. Nunca é difícil para mim entender o que se passa na mente de outra pessoa.	1	2	3	4	5	6	7
15. Eu acho que o comportamento dos meus pais em relação à mim não deveria ser explicado pela forma como foram criados.	1	2	3	4	5	6	7
16. Nem sempre sei porque eu faço o que eu faço.	1	2	3	4	5	6	7
17. Tenho notado que muitas vezes as pessoas dão conselhos aos outros que na realidade elas mesmas gostariam de seguir.	1	2	3	4	5	6	7
18. É realmente difícil para mim entender o que se passa na cabeça das outras pessoas.	1	2	3	4	5	6	7
19. Outras pessoas me dizem que sou um(a) bom(boa) ouvinte.	1	2	3	4	5	6	7
20. Quando eu fico com raiva eu falo coisas sem realmente saber por que as estou dizendo.	1	2	3	4	5	6	7
21. Eu costumo ser curioso(a) sobre o significado por trás das ações dos outros.	1	2	3	4	5	6	7
22. Eu realmente me esforço muito para entender os sentimentos dos outros.	1	2	3	4	5	6	7
23. Frequentemente eu tenho que forçar as pessoas a fazer o que eu quero que elas façam.	1	2	3	4	5	6	7
24. As pessoas próximas a mim muitas vezes parecem achar difícil entender por que eu faço as coisas.	1	2	3	4	5	6	7

	Discordo Totalmente				Concordo Totalmente		
	1	2	3	4	5	6	7
25. Eu sinto que, se eu não tiver cuidado, poderia me intrometer na vida dos outros.	1	2	3	4	5	6	7
26. Os pensamentos e sentimentos das outras pessoas são confusos para mim.	1	2	3	4	5	6	7
27. Na maioria das vezes eu posso prever o que outra pessoa vai fazer.	1	2	3	4	5	6	7
28. Fortes sentimentos costumam obscurecer meus pensamentos	1	2	3	4	5	6	7
29. Para saber exatamente como uma alguém está se sentindo, eu descobri que preciso lhe perguntar.	1	2	3	4	5	6	7
30. Minha intuição sobre uma pessoa quase nunca está errada.	1	2	3	4	5	6	7
31. Eu acredito que as pessoas podem ver uma situação de formas muito diferentes com base em suas próprias crenças e experiências.	1	2	3	4	5	6	7
32. Às vezes me pego dizendo coisas e não tenho nem ideia porque as disse.	1	2	3	4	5	6	7
33. Eu gosto de pensar sobre os motivos por trás das minhas ações.	1	2	3	4	5	6	7
34. Eu normalmente tenho uma boa ideia do que se passa na mente das outras pessoas.	1	2	3	4	5	6	7
35. Eu confio nos meus sentimentos.	1	2	3	4	5	6	7
36. Quando eu fico com raiva digo coisas que me arrependo depois.	1	2	3	4	5	6	7
37. Eu fico confuso(a) quando as pessoas falam sobre seus sentimentos.	1	2	3	4	5	6	7
38. Eu sou um bom leitor de mente.	1	2	3	4	5	6	7
39. Com frequência eu sinto que a minha mente está vazia.	1	2	3	4	5	6	7

	Discordo Totalmente				Concordo Totalmente		
	1	2	3	4	5	6	7
40. Se eu me sinto inseguro, posso me comportar de maneiras que incomodam os outros.	1	2	3	4	5	6	7
41. Eu acho difícil entender os pontos de vista das outras pessoas.	1	2	3	4	5	6	7
42. Eu geralmente sei exatamente o que as pessoas estão pensando.	1	2	3	4	5	6	7
43. Eu assumo que os meus sentimentos podem mudar mesmo sobre algo que tenho muita certeza.	1	2	3	4	5	6	7
44. Às vezes eu faço coisas sem saber realmente o porquê.	1	2	3	4	5	6	7
45. Eu presto atenção nos meus sentimentos.	1	2	3	4	5	6	7
46. Em uma discussão, eu considero o ponto de vista da outra pessoa.	1	2	3	4	5	6	7
47. A minha intuição sobre o que outra pessoa está pensando é normalmente muito precisa.	1	2	3	4	5	6	7
48. Compreender as razões para as ações das outras pessoas me ajuda a perdôá-las.	1	2	3	4	5	6	7
49. Eu acredito que não há uma maneira CERTA de ver uma situação.	1	2	3	4	5	6	7
50. Eu sou melhor guiado(a) pela razão do que pela minha intuição.	1	2	3	4	5	6	7
51. Eu não me lembro muito de quando eu era criança.	1	2	3	4	5	6	7
52. Eu acredito que não tem sentido tentar adivinhar o que se passa na mente de outra pessoa.	1	2	3	4	5	6	7
53. Para mim, ações dizem mais do que palavras.	1	2	3	4	5	6	7

	Discordo Totalmente				Concordo Totalmente		
54. Eu acredito que as outras pessoas são muito confusas para eu me dar ao trabalho de tentar entendê-las.	1	2	3	4	5	6	7

## Anexo E– Inventário De Percepção De Vinculação Materna (IPVM)

Grupo: ( ) controle. N.º: \_\_\_\_\_ ( ) caso. N.º: \_\_\_\_\_

### INVENTÁRIO PERCEPÇÃO VINCULAÇÃO MATERNA – IPVM

	Quase nunca	Algumas vezes	Muitas vezes	Quase sempre
1. Eu sinto amor pelo meu filho(a)				
2. Eu me sinto afetuosa e feliz com meu filho(a).				
3. Eu quero passar mais tempo com meu filho(a).				
4. Eu procuro ficar com meu filho(a).				
5. Somente olhar para meu filho(a) faz com que eu me sinta bem.				
6. Eu sei que o meu filho(a) precisa de mim.				
7. Eu acho meu filho(a) bonito.				
8. Fico contente que este seja meu filho(a).				
9. Eu me sinto especial quando meu filho(a) sorri.				
10. Eu gosto de olhar nos olhos do meu filho(a).				
11. Eu gosto de abraçar o meu filho(a).				
12. Eu observo se meu filho(a) está bem.				
13. Eu quero meu filho(a) perto de mim.				
14. Eu converso sobre meu filho(a) com os outros.				
15. É divertido estar com meu filho(a).				
16. Eu gosto de ter meu filho(a) aconchegado em mim.				
17. Eu tenho orgulho do meu filho(a).				
18. Eu gosto de ver meu filho(a) fazer coisas novas.				
19. Eu penso muito no meu filho(a).				
20. Eu conheço bem o jeito do meu filho(a).				
21. Eu quero que meu filho(a) confie em mim.				
22. Eu sei que eu sou importante para o meu filho(a).				
23. Eu entendo o que meu filho(a) quer dizer.				
24. Eu dou uma atenção especial ao meu filho(a).				
25. Eu acalmo meu filho(a) quando ele(a) está triste/chorando.				
26. Amar meu filho(a) é fácil				

### Anexo F- Escala Multidimensional De Reatividade Interpessoal (EMRI)

As seguintes afirmações questionam seus sentimentos e pensamentos em uma variedade de situações. Para cada item, indique quanto você concorda ou discorda com a afirmação escolhendo sua posição na escala abaixo: **(1) Discordo Totalmente; (2) Discordo Parcialmente; (3) Nem Discordo/Nem Concordo; (4) Concordo Parcialmente; (5) Concordo Totalmente.** Quando você tiver decidido sua resposta marque um **X** no número apropriado ao lado da afirmação. Leia cada item com muito cuidado antes de responder. Responda o mais honesto possível.

1	Habitualmente me envolvo emocionalmente com filmes e/ou livros.	1	2	3	4	5
2	Sou neutro quando vejo filmes.	1	2	3	4	5
3	Incomodo-me com as coisas ruins que acontecem aos outros.	1	2	3	4	5
4	Tento compreender o argumento dos outros.	1	2	3	4	5
5	Sinto compaixão quando alguém é tratado injustamente.	1	2	3	4	5
6	Quando vejo que se aproveitam de alguém, sinto necessidade de protegê-lo.	1	2	3	4	5
7	Imagino como as pessoas se sentem quando eu as critico.	1	2	3	4	5
8	Antes de tomar alguma decisão procuro avaliar todas as perspectivas.	1	2	3	4	5
9	Tento compreender meus amigos imaginando como eles veem as coisas.	1	2	3	4	5
10	Fico comovido com os problemas dos outros.	1	2	3	4	5
11	Preocupo-me com as pessoas que não têm uma boa qualidade de vida.	1	2	3	4	5
12	Descrevo-me como uma pessoa de “coração mole” (muito sensível).	1	2	3	4	5
13	Costumo fantasiar com coisas que poderiam me acontecer.	1	2	3	4	5
14	Perco o controle quando vejo alguém que esteja precisando de muita ajuda.	1	2	3	4	5
15	Depois de ver uma peça de teatro ou um filme sinto-me envolvido com seus personagens.	1	2	3	4	5
16	Costumo me emocionar com as coisas que vejo acontecer.	1	2	3	4	5
17	Fico apreensivo em situações emergenciais.	1	2	3	4	5
18	Quando vejo uma história interessante, imagino como me sentiria se ela estivesse acontecendo comigo.	1	2	3	4	5
19	Tendo a perder o controle durante emergências.	1	2	3	4	5
20	Coloco-me no lugar do outro se eu me preocupo com ele.	1	2	3	4	5
21	Escuto os argumentos dos outros, mesmo estando convicto de minha opinião.	1	2	3	4	5
22	Fico tenso em situações de fortes emoções.	1	2	3	4	5
23	Sinto-me indefeso numa situação emotiva.	1	2	3	4	5
24	Sinto emoções de um personagem de filme como se fossem minhas próprias emoções.	1	2	3	4	5

<b>25</b>	Tenho facilidade de assumir a posição de um personagem de filme.	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>26</b>	Habitualmente fico nervoso quando vejo pessoas feridas.	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>

## **Anexo G– Macartur Story Steam Battery-Mssb Vinhetas**

### **História Introdutória – O aniversário de Jorge e Suzana**

*Tema: introdução, modelando as narrações com as figuras da família.*

Você sabe, é aniversário de Susana e Jorge. A mãe deles fez este lindo bolo para o aniversário. (Traga o bolo). É hora da festa.

Mãe: Venham todos, Vó, João, Jorge, Suzana. É hora de comemorar o aniversário da Suzana e do Jorge.

Você pode ver a família pronta na mesa?

O que acontece agora?

#### **1. História: Suco derramado**

*Tema: resposta parental do acidente (afeto e autoridade)*

(figura da mãe; figura do pai; irmão mais velho; irmão mais novo).

A família está sentada ao redor da mesa tomando suco. Jorge ainda tem muita sede e quer mais suco, mas quando ele tenta pegar seu copo...ah não, o suco cai no chão!!!.

#### **2. História: Procurando BOBI**

*Tema: perda e reunião (afeto)*

(figura da mãe, irmão mais velho).

##### **Parte 1: Perda do cachorro**

Jorge passou todo o dia esperando para brincar com seu cachorrinho Bobi, Quando chegou em casa, perguntou para sua mãe:

Filho: “Posso ir para o pátio brincar com o Bobi?”

Mãe: “Claro”

Filho: “Jorge vai para o pátio, mas Bobi não está... (fugiu)”.

##### **Parte 2: Reunião sobre a perda do cachorro**

Olha quem está de volta...

Conte o que acontece agora.

#### **3. História: A mãe com dor de cabeça**

*Tema: dilema sobre a empatia com a mãe versus a lealdade ao amigo (dilema moral)*

(figura da mãe, da criança mais velha e do amigo).



A mamãe e Jorge estão assistindo TV.

Mamãe: “Jorge, estou com um pouco de dor de cabeça, quero desligar a TV e deitar. Poderia fazer algo tranquilo por uns momentos?”

Filho: “Claro mamãe, vou ler uma história.”

O melhor amigo de Jorge chega.

Amigo: “Jorge, tem um programa legal na TV, posso entrar e ver contigo?”

#### **4. História: Presente para mamãe e papai**

*Tema: Preferência por um dos pais (edípico)*

(figura da mãe, do pai e do filho mais velho).

Suzana trabalhou muito na escola hoje. Você sabe o que ela fez? Ela fez um lindo desenho.

Suzana e Jorge estão indo para casa depois da escola, caminhando com a mãe e o pai.

Suzana: Olha o desenho que fiz na escola hoje?

O que o pai e a mãe disseram?

Para quem Suzana deu o desenho? Para a mãe ou para o pai?

#### **5. História: Três são muitos: o conto**

*Tema: dilema de lealdade ao amigo versus empatia com o irmão (conflito de pares)*

(Figura do pai, da mãe, irmão mais velho, irmã mais nova)

A irmã de Jorge está sentado na perna de seu pai, enquanto ele lê uma história. Jorge chega e pede para que seu pai também lhe conte uma história.

Pai: “Jorge, espera um momento para que acabe a da sua irmã.”

#### **6. História: Molho quente**

*Tema: desobediência, empatia parental versus autoridade (afeto e autoridade)*

(Figura da mãe, da criança mais velha e da criança mais nova)

Mãe: “Estou fazendo algo para o jantar, mas ainda não está pronto. Não chegue muito perto do fogão.

Filho: “Hmmm, parece muito gostoso, não quero esperar. Gostaria de comer algo agora.” (O menino segura e derrama toda a panela)

Filho: Ai! Queimei o dedo, preciso de um curativo!

#### **7. História: Chaves perdidas**

*Tema: conflito parental (conflito familiar)*

(Figura da mãe e do pai e da criança mais velha)

Mãe (braba com o pai): “Tu perdeu minhas chaves!”

Pai (diz para a mãe): “NÃO!”

Mãe: “Sim, tu sempre perde as minhas chaves!”

Pai: “Não perdi desta vez!”

### **8. História: Roubando a loja de doces**

*Tema: transgressão, ser pego, vergonha (moral)*

(figura da mãe, criança mais velha e o vendedor)

“Aqui está a prateleira da loja e você sabe o que tem nela? Doces!!!”

Jorge: “Doces!! Posso comer algum?”

Mãe: “Não, você já comeu um hoje, vamos para casa”.

Jorge pega um do mesmo jeito.

Guarda da loja: “Ei, o que você está fazendo?”

### **9. História: Despedida**

**Parte 1:** Despedida

*Tema: separação dos pais (afeto)*

(figura da mãe, do pai, da criança mais velha, da criança mais nova, e dá avó)

Mamãe e papai vão viajar. O carro está estacionado na frente de casa.

Mãe: “Crianças, papai e eu vamos viajar agora. Nos vemos amanhã. A vovó ficará com vocês.”

**Parte 2:** Reunião

*Tema: Apego (afeto)*

(figura da mãe, do pai, da criança mais velha, da criança mais nova, e dá avó)

É o dia seguinte e a vovó olha pela janela.

Vovó: “Olhem crianças, acho que mamãe e papai voltaram da viagem. Acho que vejo seu carro.

### **10. História: A estante do banheiro**

*Tema: dilema sobre obediência a mãe versus empatia com o irmão(dilema moral)*

(Figura da mãe, da criança mais velha e da criança mais nova)

**Parte 1:**

Um homem foi consertar a estante do banheiro. Esta é a estante onde a mamãe guarda todos os curativos. Jorge e seu irmão estão brincando. Mamãe entra.”

Mãe: “Crianças, preciso ir ao vizinho pegar algumas coisas mas volto logo. Não toquem em nada na estante do banheiro. Certo?”

Jorge: “certo!”

Irmã: “Tá bom, mãe!”

Jorge e a irmã continuam brincando.

Irmã: “Ai, cortei meu dedo, preciso de um bandaid!”

Jorge: “ok...ah não, mas a mamãe disse pra não tocar em nada na estante do banheiro!”

Irmã: “Mas meu dedo está sangrando!”

**Parte 2: A volta da mãe**

Mãe: Oi crianças, estou de volta.

Mostre e diga o que acontece agora

(Se a criança não disser a mãe sobre o dedo cortado)

Mãe: O que é isso no seu dedo?

### **11. História: Excursão ao parque (ou climbind the rock – escalar a pedra)**

*Tema: domínio/orgulho (domínio e afeto)*

(figura da mãe, do pai, da criança mais velha e criança mais nova)

Hoje a família vai para o parque todos juntos.

Jorge: Olhem, estão vendo aquela pedra alta, eu vou escalar até o topo.

Mãe: é mesmo, tenha muito cuidado.

### **12. História: Exclusão**

*Tema: exclusão do relacionamento parental (tema edipiano)*

(figura da mãe, do pai e da criança mais velha).

Mamãe e papai estão sentados na sala conversando.

Pai: “Sua mãe e eu gostaríamos de um momento a sós. Poderiam ir para o seu quarto brincar com seus brinquedos? Por favor, fechem a porta para ficarmos tranquilos.

### **13. História: O pote de biscoitos**

*Tema: conflito entre lealdade aos pais e lealdade ao irmão (dilema moral)*

(figura da mãe, do pai, da criança mais velha e criança mais nova)

João está na cozinha. Luana vê o pote de biscoitos e ela pega um biscoito.

Jorge: A mamãe disse para não pegar biscoitos.

Luana: Por favor, não conte para o papai e para a mamãe sobre isso!

O pai e a mãe vem vindo. O que acontece agora?

#### **14. História final: Diversão em Família**

*Tema: diversão familiar*

(figura da mãe, do pai, da criança mais velha e criança mais nova)

A família toda está em casa.

Mãe: Hoje é nosso dia de folga, vamos fazer alguma coisa juntos!

Pai: Sim, vamos fazer alguma coisa que seja divertido para toda família.

Mãe/Pai: Crianças, o que vocês gostariam de fazer hoje?

**Anexo H- Macartur Story Steam Battery - Mssb - Folha De Codificação**

<b>MacArthur Narrative Coding Manual</b>			
<b>Subescalas</b>	<b>Escalas</b>	<b>Codificação</b>	
<b>Conteúdo dos Temas</b>	Conflito interpessoal	Competição (CM)	0-1
		Rivalidade/Ciúme (R/J)	0-1
		Exclusão dos outros (EX-O)	0-1
		Recusa ativa de empatia/Ajuda (REH-A)	0-1
		Conflito Verbal (VC)	0-1-2
		Resolução de conflito (CR)	0-1
		Complacência (CP)	0-1
		Nenhuma complacência (NC)	0-1-2
		Vergonha (SM)	0-1
		Censura (BLM)	0-1
	Provocando/ Insultando (T/T)		
	Relação Empática	Partilha /Dividindo (SH)	0-1-2
		Empatia/Ajuda/Confiança (E/H)	0-1-2
		Afiliação/Associação (AFL)	0-1-2
		Afeto (AFF)	0-1-2
		Reparação/Culpa (RG)	0-1-2
Agressão desregulada	Agressão (AGG)	0-1-2-3-4-5	
	Agravamento do conflito interpessoal (ESC)	0-1	
	Dano/Ofensa pessoal (PI)	0-1-2	
	Respostas atípicas (AR)	0-1	
	Atividade/Agressão Sexualizada (SEX)		
Temas Morais	Desonestidade (DSH)	0-1	
	Punição/ Disciplina/Maturidade	0-1-2	

		(PD) Educação/Polidez (POL)	0-1
<b>Códigos Emocionais das Narrativas</b>		Tema de perigo (DAN)	0-1-2-3
		Segurança (SAF)	0-1
		Destruição dos objetos (DES)	0-1-2
		Poder da Criança (POW)	0-1-2
		Reação de separação (SEP)	0-1-2
		Esperança	0-1
		Incoerência Emocional Positiva (INCPO)	0-1(a/b)
		Incoerência Emocional Negativa (INCNEG)	0-1(a/b)
		Primeira Reação (FIR) Conteúdo Final (FIN)	0-1-2(a/b/c/d) 0-1-2(a/b/c/d)
<b>Representações parentais</b>	Positiva (POS)	Protetor	0-1
		Afetuosos	0-1
		Cuidador	0-1
		Ajuda	0-1
	Negativa (NEG)	Punitivas	0-1
		Rejeição Ineficaz	0-1 0-1
Disciplina/Controle (D/C) Triangulação (TTR)		0-1	
		0-1-2	
		Controle (CTR) Alegria Raiva	0-1 0-1-2 0-1-2



\* o manual de codificação possui critérios específicos para pontuação de determinados temas, quando alguns itens são avaliados conforme a intensidade dos itens apresentadas durante as narrativas infantis, ou codificados como ausentes (0) e/ou presentes (1).



## Anexo I– Desenho da Família

### Avaliação da Representação do Apego através do Desenho da Família

Fury, Carlson e Sroufe (1997)

Primeiramente é entregue ao sujeito uma folha de ofício branca e limpa, lápis, borracha e 10 canetas hidrocores de cores diferentes. Após, para sugerir um momento de descontração e mostrar ao sujeito que este não é um teste de habilidades, solicitar que o mesmo desenhe uma pessoa/figura humana. Depois disso, solicitar que o sujeito desenhe sua família, não fornecendo nenhuma outra instrução. Quando o desenho estiver concluído pedir que o sujeito: 1) Identifique as pessoas incluídas no seu desenho e 2) Diga qual sua relação com elas. O entrevistador registra as respostas e posteriormente aplica as Escalas.

#### Escala Global

	CLASSIFICAÇÃO	1	2	3	4	5	6	7
1	Vitalidade - Criatividade							
2	Orgulho da família - Felicidade							
3	Vulnerabilidade							
4	Distância Emocional - Isolamento							
5	Tensão - Raiva							
6	Papéis Invertidos							
7	Dissociação							
8	Patologia Global							

**Anexo J– Desenho da Família (Folha de Cotação)**

**FREQÜÊNCIA DE SINAIS ESPECÍFICOS**

**Nome:**

**Idade:**

<b>Sinais Ansiosos ou Evitantes</b>			
1	Falta de individuação		
2	Rigidez nos braços (braços para baixo, próximos ao corpo)		
3	Exagero no tamanho da cabeça		
4	Falta de cor		
5	Criança posicionada muito longe da mãe		
6	Omissão da mãe ou da criança		
7	Membros da família ocultos, escondidos ou disfarçadas		
<b>Total Parcial</b>			
<b>Sinais Ansiosos ou Inseguros</b>			
16	Falta de detalhes		
17	Figura flutuando		
18	Figuras incompletas		
20	Mãe não feminizada		
21	Homens e mulheres não diferenciados por gênero		
23	Expressão facial neutra ou negativa		
<b>Total Parcial</b>			
<b>Sinais Ansiosos ou Resistentes</b>			
8	Figuras aglomeradas ou sobrepostas		

9	Figuras separadas por barreiras		
10	Figuras muito pequenas		
11	Figuras muito grandes		
12	Figuras nos cantos da página		
13	Exagero nas articulações		
14	Exagero nas feições faciais		
15	Exagero nas mãos e braços		
<b>Total Parcial</b>			
<b>Sinais Desorganizados/Desorientados</b>			
19	Inícios falsos		
22	Figuras esmagadas		
24	Cenas, sinais ou símbolos bizarros		
<b>Total Parcial</b>			
<b>Total Geral</b>			

## Anexo K- Entrevista mães (estudo 2)

### História de Vida e Relações Atuais

Esta entrevista foi elaborada para avaliar a capacidade de mentalização, sendo um instrumento que permite a aplicação do *Checklist* para Avaliação Clínica da Mentalização, para análise dos dados. Consiste em sete perguntas motivadoras, compostas por grupos de questões específicas que dever ser feitas ao (à) participante sempre que este (a) não referir espontaneamente.

- 1) O que você lembra de sua infância?
  - a) Com quem morava?
  - b) Onde morava?
  - c) O que mais gostava de fazer? Por que?
  - d) Havia alguém com você nestas situações? Quem?
    - a. O que você sentia nestas situações?
    - b. O que você pensava nestas situações?

Quando referir ter sido acompanhado (a) de outra pessoa

- c. O que você acha que ele (a) sentia nestas situações?
- d. O que você acha que ele (a) pensava nestas situações?
- e) O que menos gostava de fazer? Por que?
- f) Havia alguém com você nestas situações?
  - a. O que você sentia nestas situações?
  - b. O que você pensava nestas situações?

Quando referir ter sido acompanhado a) de outra pessoa:

- c. O que você acha que ele (a) sentia nestas situações?
- d. O que você acha que ele (a) pensava nestas situações?

- 2) Como você era quando criança?
  - a) Como você se sentia quando criança? Porque?
  - b) Como você imagina que os outros o (a) viam quando criança? Por que?

- c) O que você acha que os outros pensavam sobre você quando criança?
  - d) O que você acha que os outros sentiam em relação a você, quando criança?
- 3) Como era sua relação com seus pais (ou cuidadores) na infância?
- a) Como você se sentia quando estava com seus pais (ou cuidadores)?
  - b) O que você pensava sobre a sua relação com seus pais?
  - c) Como seus pais agiam com você?
  - d) Por que você imagina que eles agiam assim?
  - e) O que você acha que eles sentiam?
  - f) O que você acha que eles pensavam para agir assim?
  - g) Você poderia contar uma situação (cena, uma lembrança) vivida com pelo menos um de seus pais (ou cuidadores)?
    - a. O que você fazia nesta situação?
    - b. Por quais motivos fazia?
    - c. O que você sentia?
    - d. O que você pensava nestas ocasiões?
- 4) E hoje como você vê a relação com seus pais?
- a) O que você sente quando está com eles?
  - b) O que você pensa sobre sua relação com os pais?
  - c) O que você acha que os pais pensam sobre a relação de vocês?
  - d) O que você acha que os pais sentem sobre a relação de vocês?
  - e) Você acha que ocorreram mudanças no seu relacionamento com os pais depois da infância? Quais?
  - f) Você acha que as experiências da infância com os pais o (a) afetam atualmente? Como?
- 5) Você poderia contar uma situação marcante de sua infância?
- a) Como você se sentiu?
  - b) O que você pensou?

- c) O que você fez nesta situação?
- d) Por quais motivos fez?
- e) O que você acha que os outros pensaram sobre esta situação?
- f) O que você acha que os outros sentiram sobre esta situação?

6) Houve experiências de separação, abandono ou maus tratos por pessoas próximas?

Se a resposta for sim e não relatar espontaneamente, peça para explicar e/ou exemplificá-la.

- a) Que idade você tinha?
- b) Como você se sentiu?
- c) O que você pensava?
- d) O que você acha que esta (s) pessoa (s) sentia?
- e) Por que você imagina que ela (a) agiu assim?
- f) O que você acha que ela (s) pensava (m)?

7) Houve alguma experiência de morte de uma pessoa importante (pais, avós, tios, primos, amigos...) durante sua infância?

Se a resposta for sim e a pessoa não relatar espontaneamente, peça para contar e/ou exemplificar como foi e com quem.

- a) O que você fez nesta ocasião?
- b) Por que você agiu desse modo?
- c) Como você se sentiu?
- d) O que você pensou?
- e) O que você acha que os outros pensaram sobre esta perda?
- f) O que você imagina que os outros sentiram nesta situação?

OBS: Sugere-se que a seguir, outras questões sejam incluídas, contemplando a temática específica do estudo ao qual se aplicará o instrumento, conforme exemplo abaixo. As questões devem englobar aspectos da atualidade, considerando sentimentos e emoções do participante, de outras pessoas e influências de experiências passadas no contexto atual.

Ex: Como é sua relação com seu (s) filho (a/s)?

- h) Como você se sente quando está com ele (a/s)?
- i) O que você pensa sobre a sua relação com ele (a/s)?
- j) O que você acha que ele (a/s) sente sobre a relação de vocês?
- k) O que você acha que ele (a/s) pensa sobre a relação de vocês?
- l) Vocês acha que suas experiências da infância influenciam na forma de se relacionara com o (a/s) filho(a/s) hoje?
- m) O que você sente que aprendeu com as experiências da infância que refletem na relação com seu (a/s) filho(a/s) hoje?

## Anexo L- Ficha de Cadastro na Pesquisa (mães estudo 1 e 2)

### FICHA DE CADASTRO NA PESQUISA

Data do preenchimento \_\_\_\_\_

Identificação da criança \_\_\_\_\_ Data de nascimento \_\_\_\_\_

Possui o diagnóstico de TDAH? ( ) não ( ) sim/

Se sim, há quanto tempo? \_\_\_\_\_ Quem forneceu o diagnóstico? \_\_\_\_\_

Faz atualmente uso de medicação ( ) não ( ) sim

Se sim, qual? \_\_\_\_\_

Fez uso de medicação no passado? ( ) não ( ) sim

Se sim, qual? \_\_\_\_\_ em que período? \_\_\_\_\_

Faz psicoterapia? ( ) não ( ) sim

Já fez psicoterapia? ( ) não ( ) sim

Se sim, qual motivo? \_\_\_\_\_ em que período? \_\_\_\_\_

Escolaridade: \_\_\_\_\_

História de repetência escolar? ( ) não ( ) sim

Se sim, qual ano? \_\_\_\_\_

Baixo rendimento escolar em alguma matéria? ( ) não ( ) sim

Se sim, qual? \_\_\_\_\_

Nome da mãe/idade \_\_\_\_\_

Grau de instrução \_\_\_\_\_ ocupação \_\_\_\_\_

Possui algum diagnóstico psiquiátrico? ( ) não ( ) sim

Qual? \_\_\_\_\_

Nome do pai/idade \_\_\_\_\_

Grau de instrução \_\_\_\_\_ ocupação \_\_\_\_\_

Possui algum diagnóstico psiquiátrico? ( ) não ( ) sim

Qual \_\_\_\_\_

Nasceu com quantas semanas? \_\_\_\_\_ Mamou no peito? ( ) não ( ) sim

Se sim, por quantos meses? \_\_\_\_\_

Ocorreu algum incidente traumático ou significativo na história da criança?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



---

---

---

---

Quem é o cuidador principal? \_\_\_\_\_

Horas por dia em interação com a criança? \_\_\_\_\_

Qual é a ordem do seu filho quanto a demais filhos \_\_\_\_\_

Quem reside na casa?

---

---

---

---

---

A casa é própria ou alugada? \_\_\_\_\_

Qual a renda aproximada da família (salários mínimos)? \_\_\_\_\_

### Anexo M - Checklist para avaliação clínica da mentalização

Nome:

Idade:

Data:

<b>Temas da Mentalização</b>	<b>Exemplo mais convincente</b>	<b>Forte Evidência (1) Alguma Evidência (0.5)</b>	<b>Categoria</b>
<i>Em relação aos pensamentos e sentimentos de outras pessoas</i>			
<b>Opacidade</b>			
<b>Ausência de paranóia</b>			
<b>Contemplação e reflexão</b>			
<b>Tomada de perspectiva</b>			
<b>Interesse genuíno</b>			
<b>Abertura para descoberta</b>			
<b>Perdão</b>			
<b>Previsibilidade</b>			
<b>PONTUAÇÃO</b>			
<i>Percepção do próprio funcionamento mental</i>			
<b>Instabilidade</b>			
<b>Perspectiva desenvolvimental</b>			
<b>Ceticismo realista</b>			

<b>Reconhecimento da função pré-consciente</b>			
<b>Conflito</b>			
<b>Postura autoinquisitiva</b>			
<b>Interesse na diferença</b>			
<b>Consciência do impacto do afeto</b>			
<b>PONTUAÇÃO</b>			
<i>Representação do self</i>			
<b>Habilidades pedagógicas e de escuta avançadas</b>			
<b>Continuidade autobiográfica</b>			
<b>Vida interna rica</b>			
<b>PONTUAÇÃO</b>			
<i>Valores e atitudes gerais</i>			
<b>Hesitação</b>			
<b>Moderação</b>			

<b>PONTUAÇÃO</b>			
------------------	--	--	--

**Categorias da capacidade de mentalização baseada na avaliação clínica**

<b>Contexto</b>	<b>Pontuação</b>	<b>Categoria</b>
<b>Em relação aos pensamentos e sentimentos dos outros</b>	5.0-8.0	Muito alta (3)
	3.0-4.5	Boa (2)
	1.0-2.5	Moderada (1)
	0.0-0.5	Pobre (0)
<b>Percepção do próprio funcionamento mental</b>	5.0-8.0	Muito alta (3)
	3.0-4.5	Boa (2)
	1.0-2.5	Moderada (1)
	0.0-0.5	Pobre (0)
<b>Representação do Self</b>	3.0	Muito alta (3)
	1.5-2.5	Boa (2)
	0.5-1.0	Moderada (1)
	0.0	Pobre (0)
<b>Valores e Atitudes Gerais</b>	2.0	Muito alta (3)
	1.0-1.5	Boa (2)
	0.5	Moderada (1)
	0.0	Pobre (0)
<b>GLOBAL</b>	9.5-12	Muito alta (3)
	6.0-9.0	Boa (2)
	2.5-5.0	Moderada (1)
	0.0-2.0	Pobre (0)