



UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS – UNISINOS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA
Linha de Pesquisa: Clínica da Infância e Adolescência

**A PSICOTERAPIA BASEADA NA MENTALIZAÇÃO PARA O TRATAMENTO DA
DEPRESSÃO NA ADOLESCÊNCIA**

Camilla Baldicera Biazus

Mestranda

Profa. Dra. Vera Regina Röhnelt Ramires

Orientadora

São Leopoldo, Junho de 2011

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

**A PSICOTERAPIA BASEADA NA MENTALIZAÇÃO PARA O TRATAMENTO DA
DEPRESSÃO NA ADOLESCÊNCIA**

Camilla Baldicera Biazus

Orientadora: Profa. Dra. Vera Regina Röhnelt Ramires

Dissertação de Mestrado apresentada no Programa de Pós-Graduação em Psicologia área de concentração Psicologia Clínica, da Universidade do Vale do Rio dos Sinos como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Psicologia Clínica.

São Leopoldo, Junho de 2011.

B579p

Biazus, Camilla Baldicera

A psicoterapia baseada na mentalização para o tratamento da depressão na adolescência / Camilla Baldicera Biazus -- 2011.

109 f. ; 30cm.

Dissertação (mestrado) -- Universidade do Vale do Rio dos Sinos. Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica, São Leopoldo, RS, 2011.

Orientadora: Profa. Dra. Vera Regina Röhnelt Ramires.

1. Psicoterapia - Adolescente. 2. Mentalização - Depressão. 3. Abordagem psicoterápica - Escrita. I. Título. II. Ramires, Vera Regina Röhnelt.

CDU 615.851-

Catálogo na Publicação:
Bibliotecário Eliete Mari Doncato Brasil - CRB 10/1184

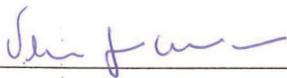
Camilla Baldicera Biazus

“A psicoterapia baseada na mentalização para o tratamento da depressão na adolescência”

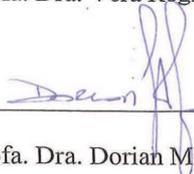
Dissertação apresentada à Universidade do Vale do Rio dos Sinos como requisito parcial para a obtenção do título de **Mestre em Psicologia**.

Aprovada em 17 de junho de 2011.

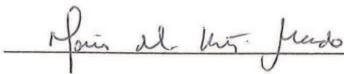
BANCA EXAMINADORA



Profa. Dra. Vera Regina Röhnelt Ramires – Universidade do Vale do Rio dos Sinos



Profa. Dra. Dorian Monica Arpini – Universidade Federal de Santa Maria



Profa. Dra. Monica Medeiros Kother Macedo – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul



Profa. Dra. Tagma Marina Schneider Donelli – Universidade do Vale do Rio dos Sinos

Dedicatória

*Dedico este trabalho à minha família
(pai, mãe, mano e Matheus): força da minha
existência e amparo da minha alma.*

Agradecimentos

Agradeço primeiramente à minha orientadora, Vera Regina Ramires, pela disponibilidade, comprometimento e dedicação ao longo desses dois anos. Por ter guiado meus passos e minhas mãos nessa trajetória que tanto desejei percorrer, sempre amparando meus questionamentos e me oferecendo a segurança necessária para explorar esse incrível universo da pesquisa em psicanálise. Com certeza esse sonho só se tornou possível graças a tua presença!

Agradeço também ao meu pai e a minha mãe, por sempre investirem e acreditarem nos meus sonhos, as vezes, mais do que eu mesma. Obrigada simplesmente pela presença de vocês em minha vida, pelo cuidado, amor e atenção sempre desmedidos. Obrigada por trazerem leveza a minha vida, por torná-la mais colorida, aconchegante e calorosa. Sem vocês nada disso seria possível!

Ao meu irmão, Thiago, “paixão da minha vida”, pessoa ímpar e pela qual tenho extrema admiração. Obrigada por provocar o meu riso e também a minha ira, pelas inúmeras horas de conversas e divagações, pelos conselhos e por me contagiar com a sua alegria de viver e com o seu jeito “despreocupado de levar a vida”. Depois da tua chegada me senti muito mais segura nesse mundo.

Ao meu namorado, eterno amor, que tornou-se noivo no decorrer desse percurso. Obrigada por sempre incentivar as minhas escolhas, por me apoiar, por se fazer presente mesmo estando ausente. Obrigada pela compreensão, por me ouvir e acolher minhas angústias e medos, transformando meus “monstros internos” em sonhos, desejos e amor. Tu és meu desejo de vida!

À Alice, que tornou possível o desenvolvimento desta escrita. Obrigada pela segurança depositada e por compartilhar seu sofrimento, abrindo-o à possibilidade de elaboração.

Ao Centro Universitário Franciscano – Unifra, em especial professores Felipe Schroeder de Oliveira, Graziela Miolo Cezne e Fernanda Jaeger por terem me acolhido novamente, estimulando a construção do meu saber e da minha identidade profissional. O desenvolvimento desta pesquisa se tornou mais fácil ao lado de vocês. Obrigada pela oportunidade!

Às pessoas que aceitaram o convite de participar da banca, Prof. Dr^a. Mônica Macedo, Prof. Dr^a. Dorian Mônica Arpini e a Prof. Dr^a. Tagma Marina Schneider Donelli, como relatora do trabalho. Agradeço imensamente a disponibilidade e as valiosas contribuições.

Agradeço também às bolsistas de iniciação científica Larissa Goulart, Cibele Carvalho e Elisa Hickmann que me ajudaram com as transcrições do caso de pesquisa, contribuindo para a construção desse trabalho.

À Andréa, amiga querida, que enfrentou comigo esse desafio, compartilhando anseios e conquistas. Tua presença e companhia fizeram toda a diferença nessa trajetória!

À Larissa, amiga incondicional e mais uma daquelas pessoas que consegue se fazer presente mesmo ausente. Obrigada pelo carinho, preocupação, disponibilidade, por compreender minha ausência nesse período e principalmente pela amizade.

Enfim, agradeço a todos aqueles que de alguma forma me acompanharam na concretização desse sonho, pois conforme a música: “sonho que se sonha só, é só um sonho que se sonha só, mas sonha que se sonha junto é realidade”.

“(...) tirar as medidas é reconhecer em cada paciente suas peculiaridades subjetivas; alinhavar o molde é traçar sobre o tecido, dependendo de suas condições e de medidas singulares; experimentar a roupa é verificar as hipóteses de trabalho, aproximando-nos o mais possível da realidade subjetiva de cada paciente; fazer cortes, acabamentos e as apostas é intervir com limites respaldados pela escuta, oferecendo a recolocação em palavras das vivências desordenadas do mundo psíquico e investindo em novas versões subjetivas, sem ‘engessamentos’ ou fechamento de sentido para o sintoma”

(Conte, 2002)

“Costurar supõe a condição de furar o material para logo depois juntar. De um tecido contínuo qualquer, de qualquer matéria maleável e flexível, passível de ser transpassada, será preciso furar, cutucar, romper, cortar para ligar este mesmo material numa outra configuração. Romper as malhas das tramas, das fibras encadeadas, das linhas sobrepostas, uma a uma, num determinado ritmo e velocidade para novamente religá-las, numa outra sucessão”.

(Derdyk, 1997)

SUMÁRIO

Resumo	10
Abstract.....	11
Introdução	12
Seção 1 – Depressão na adolescência: uma problemática dos vínculos.....	15
As especificidades da adolescência e sua relação com o desenvolvimento da depressão	16
Apego e depressão na adolescência	22
Considerações Finais	28
Referências Bibliográficas	29
Seção 2 – A psicoterapia baseada na mentalização para o tratamento da depressão na adolescência	35
A psicoterapia baseada na mentalização.....	37
Método	39
Procedimentos de Coleta de Dados.....	39
<i>Sobre a Psicoterapia</i>	41
Procedimentos de Análise de Dados.....	42
Resultados e Discussão	42
Caso Clínico: O mundo sombrio de Alice.....	42

Considerações Finais	54
Referências Bibliográficas	55
Seção 3 – O uso da escrita na psicoterapia baseada na mentalização para o tratamento da depressão na adolescência	59
A Função reflexiva, a capacidade de mentalização e a Psicoterapia baseada na mentalização	60
A psicoterapia baseada na mentalização e o dispositivo da escrita	61
Método	63
Procedimentos de Coleta de Dados.....	64
Procedimentos de Análise de Dados	65
Resultados e Discussão	65
Caso Clínico – O mundo de Alice através das palavras.....	65
Considerações Finais.....	80
Referências Bibliográficas.....	81
Palavras Finais.....	85
Anexo A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (adolesc.).....	87
Anexo B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (pais)	89
Anexo C – Children’s Depression Inventory (CDI).....	91
Anexo D - Entrevista Estruturada para avaliação clínica dos indicadores da capacidade de	

mentalização - Adolescentes.....	95
Anexo E – Checklist para ser usado na avaliação clínica da mentalização.....	98
Anexo F – “As cartas para não enviar”	102
Anexo G – Os escritos de Alice durante a psicoterapia	104

Resumo

Essa Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica teve como foco a possibilidade de desenvolvimento da capacidade de mentalização na psicoterapia de uma adolescente que apresentava sintomas depressivos e havia buscado atendimento no Serviço de Psicologia de uma Universidade do Sul do Brasil. Com base nas contribuições da vertente psicanalítica da teoria do apego, mais especificamente nos conceitos de função reflexiva e capacidade de mentalização, foi realizado um estudo pautado pela abordagem qualitativo-exploratória, adotando-se o procedimento de estudo de caso. A participante desse estudo foi uma adolescente de 18 anos, que foi atendida em psicoterapia pelo período de seis meses, duas vezes por semana. Antes e depois do processo psicoterápico, a adolescente foi avaliada com o *Children's Depression Inventory* (CDI) para o levantamento dos indicadores de depressão e com uma Entrevista Estruturada, sobre a qual foi aplicado o *Checklist* para Avaliação Clínica da Mentalização. Além desses instrumentos, foi utilizado também o dispositivo da escrita em psicoterapia a fim de explorar seus benefícios tanto para o desenvolvimento da capacidade de mentalização quanto para a redução dos sintomas depressivos na adolescência. Os resultados obtidos apontaram que a adolescente apresentava uma capacidade de mentalização comprometida no início do tratamento, mas que pôde ser desenvolvida ao longo deste, contribuindo significativamente para a diminuição dos seus sintomas depressivos. O uso da escrita nesta abordagem psicoterápica facilitou o desenvolvimento da capacidade de mentalização da paciente, ajudando-a a alcançar uma compreensão mais profunda da própria experiência afetiva, atribuindo novos significados aos afetos que se traduziram em formas novas e mais flexíveis de lidar com a sua problemática.

Palavras chaves: psicoterapia – mentalização – escrita – adolescente – depressão.

Abstract

This study in Clinic Psychology focused the possibility of development of mentalization in the psychotherapy of an adolescent who had depressive symptoms and had sought treatment at a Department of Psychology University of Southern Brazil. Based on the contributions of the attachment theory, specifically the concepts of the reflective function and capacity of mentalization, a study guided by the qualitative-exploratory approach was made adopting the procedure of Case Study. The participants of this study was a adolescent of 18 years which was treated in psychotherapy for six months, twice a week. The adolescent were evaluated before and after the psychotherapeutic process, with Children's Depression Inventory (CDI) for the analysis of depression indicators and a Structured Interview, which was applied on the Checklist for Evaluation of Clinical Mentalization. Besides these instruments, was also used the device of writing in psychotherapy in order to exploit its benefits both for the development of mentalization as for reducing depressive symptoms in adolescence. The results showed that the teenager had committed a mentalization at the beginning of treatment, but that could be developed over this, contributing significantly to the reduction of their depressive symptoms. The use of writing in this psychotherapeutic approach facilitated the development of mentalization of the patient, helping them to achieve a deeper understanding of their own affective experience, giving new meaning to the affects that were translated into new and more flexible to cope with its problematic.

Keywords: psychotherapy - mentalization - writing - adolescent - depression.

Introdução

Esse volume apresenta a dissertação de Mestrado desenvolvida no Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS, mais precisamente na linha de pesquisa da Clínica da Infância e da Adolescência. O estudo desenvolvido, intitulado “*A psicoterapia baseada na mentalização para o tratamento da depressão na adolescência*”, faz parte de um projeto de pesquisa mais amplo que visa a investigar os vínculos afetivos constituídos entre crianças e adolescentes e seus cuidadores primários, no contexto das transições familiares que implicam em conflitos e rompimento de vínculos.

O foco deste estudo foi analisar a possibilidade de desenvolvimento da capacidade de mentalização na psicoterapia de adolescentes que apresentam sintomas ou indicadores de depressão. O referencial teórico que sustentou essa investigação foi o da psicanálise, mais precisamente de autores que vêm se detendo sobre a temática da capacidade de mentalização e o seu desenvolvimento na psicoterapia (Allen & Fonagy, 2006; Bateman & Fonagy, 2004; Bateman & Fonagy, 2006; Fonagy, 1999; Fonagy, 2000; Fonagy & Bateman, 2003; Fonagy & Bateman, 2006; Fonagy & Bateman, 2007).

O interesse pelo tema se deu devido ao aumento constante de quadros depressivos na adolescência e também por ser considerada uma das problemáticas mais comuns encontradas pelos profissionais da saúde mental (Bahls & Bahls, 2002; Gorenstein, Andrade, Zanoló & Artes, 2005; Levisky, 2002; Lima, 2004). Segundo Schneider e Ramires (2007) a partir da adolescência, a sintomatologia depressiva passa a ser responsável por cerca de 75% das internações psiquiátricas. Diante desta realidade, pensou-se ser de extrema relevância o desenvolvimento de um estudo com foco nesta situação clínica e que explorasse um método de intervenção apropriado para a sintomatologia do transtorno depressivo na adolescência.

Para este estudo, partiu-se do pressuposto de que a depressão na adolescência estava relacionada ao estabelecimento de um vínculo de apego inseguro com os pais na infância, aspecto esse que vem sendo defendido por várias pesquisas, principalmente em âmbito internacional (Allen, Porter, McFarland, McElhaney & Marsh, 2007; Burbach; Kashani & Rosenberg 1989; Cawthorpe, West & Wilkes, 2004; Cooper, Shaver & Collins, 1998; Du Bois, 2007; Ingram & Ritter, 2000; Irons & Gilbert, 2005; Greszta, 2006; Liu, 2006; Martin, Bergen, Roeger & Allison, 2004; Merlo & Lakey, 2007; Rosenstein & Horowitz, 1993; Shaver, Schachner & Mikulincer, 2005; Shaw & Dallos, 2005; Sund & Wichstrom, 2002). Neste sentido, os estudos que vêm sendo desenvolvidos acerca dos conceitos de função

reflexiva e capacidade de mentalização, e a psicoterapia baseada na mentalização, podem representar uma possibilidade promissora para o tratamento dessa problemática.

A psicoterapia baseada na capacidade de mentalização foi desenvolvida, primeiramente, para pacientes adultos com distúrbio de personalidade *borderline* (Bateman & Fonagy, 2004; Bateman & Fonagy, 2006; Fonagy & Bateman, 2003; Fonagy & Bateman, 2006; Fonagy & Bateman, 2007). Contudo, Fonagy, Target, Cottrell, Phillips e Kurtz (2002) destacam a possibilidade de que essa modalidade psicoterápica possa também ser desenvolvida com pacientes depressivos, o que este estudo buscou explorar. Esta modalidade psicoterápica se encontra baseada na teoria do apego e defende a ideia de que o desenvolvimento da capacidade de mentalização encontra-se atrelado ao contexto de um vínculo de apego seguro na infância, no qual os pais conseguem refletir o estado interno da criança, tornando possível a ela aprender quem é e o que são os seus sentimentos. Assim, posteriormente, o sujeito desenvolve a capacidade de regulação e controle das próprias emoções.

Em adolescentes que apresentam sintomas depressivos, a capacidade de mentalização parece ser falha ou não ter se desenvolvido adequadamente, justamente porque, conforme a literatura revisada mostra, esses sujeitos estabelecem um vínculo de apego inadequado com os pais na infância, apresentando uma percepção pobre e inadequada não só do vínculo parental, mas principalmente dos cuidados maternos. Diante disso, acabam construindo modelos representacionais internos distorcidos, prejudicando o desenvolvimento de uma estrutura de *self* estável e segura.

Fonagy et al (2002) discorrem que a depressão, tanto na infância quanto na adolescência, está relacionada a problemas familiares e com os pais, não descartando com isso a influência do contexto social. Contudo, esses autores salientam que, frequentemente, os métodos de intervenção utilizados para essa população são adaptados de modelos adultos, destacando a importância e necessidade de estudos que se proponham a investigar os benefícios da psicoterapia baseada na mentalização para a depressão em crianças e adolescentes. Com base nessas premissas, considerou-se que poderia ser útil explorar os benefícios da psicoterapia baseada na mentalização para o tratamento da depressão na adolescência. Além disso, foi proposta a utilização do recurso da escrita em psicoterapia enquanto um dispositivo terapêutico facilitador, tanto do desenvolvimento na mentalização quanto da expressão das transformações características desse período.

A escrita é apontada como um operador de subjetivação na adolescência, caracterizando-se como uma forma simbólica de vivenciar e elaborar o sofrimento psíquico,

tal como o brincar na infância (Lima, 2006, Gonzáles, 2009). Além disso, no caso da depressão, segundo Gonzáles, a escrita pode ajudar o adolescente no sentido de recuperar a autonomia diante da sua realidade interna, pois torna possível a representação dos afetos e, conseqüentemente, a regulação dos mesmos. No que tange ao desenvolvimento da mentalização, Castelli (2007, 2008, 2009, 2010) vem destacando a escrita enquanto um instrumento que incrementa e facilita o desenvolvimento dessa capacidade, pois promove a expressão dos afetos, facilitando o esclarecimento e modulação dos mesmos, possibilitando assim a autorreflexão. Dessa forma, acreditou-se que a utilização da escrita na psicoterapia baseada na mentalização para adolescentes com sintomas depressivos seria um recurso terapêutico complementar, visando tornar essa abordagem psicoterápica mais própria ao período da adolescência e também no sentido de enriquecê-la, não perdendo o foco da depressão.

Diante destas considerações, esse estudo contempla e discute os conceitos de função reflexiva e capacidade de mentalização no contexto da depressão na adolescência, explorando os benefícios desta modalidade psicoterápica, desenvolvida por Fonagy e colaboradores, para essa problemática. Assim, essa dissertação consiste em três artigos, apresentados em cada uma das três seções que a compõem. Na primeira seção, apresenta-se um artigo teórico que propõe uma reflexão acerca do fenômeno depressivo na adolescência como uma problemática vincular, destacando a importância representacional neste âmbito. Na segunda seção, apresenta-se um artigo empírico que relata o estudo realizado, objetivando contribuir para o campo das intervenções psicoterápicas com adolescentes depressivos. A terceira e última seção apresenta um artigo empírico que discute o material escrito produzido pela adolescente durante o processo psicoterápico, a fim de explorar os benefícios da utilização da escrita na psicoterapia baseada na mentalização de adolescentes com depressão.

Seção 1 – Depressão na adolescência: uma problemática dos vínculos

O objetivo deste artigo é discutir a problemática da depressão na adolescência, com ênfase nas características e vicissitudes dos vínculos afetivos constituídos por esses jovens. Foram revisados autores que trabalham as especificidades da adolescência, as transformações e processos de elaboração dos lutos dessa fase, com base no referencial psicanalítico. Também foram revisadas algumas pesquisas e estudos recentes que analisam a dinâmica da depressão na adolescência com base nas contribuições da vertente psicanalítica da teoria do apego.

O problema da depressão, principalmente na adolescência, tornou-se muito importante devido ao aumento constante de casos clínicos nesta faixa etária e porque tem sido frequentemente identificado pelos profissionais da saúde mental (Bahls & Bahls, 2002; Gorenstein, Andrade, Zanoló & Artes, 2005; Levisky, 2002; Lima, 2004). Segundo Schneider e Ramires (2007) a partir da adolescência, a sintomatologia depressiva passa a ser responsável por cerca de 75% das internações psiquiátricas. Diante desta realidade, torna-se urgente a necessidade de estudos com foco nesta situação clínica e de explorar métodos de intervenção apropriados para a sintomatologia do transtorno depressivo na adolescência.

A depressão sempre foi considerada uma psicopatologia específica da fase adulta. Somente a partir de 1960, sua ocorrência foi relacionada à infância e adolescência. Embora já existissem estudos que abordavam a ocorrência de sintomas depressivos em crianças e adolescentes, o Instituto Nacional de Saúde Mental dos EUA, por exemplo, só passou a considerar a depressão nesta faixa etária a partir de 1975 (Monteiro & Lage, 2007). De acordo com Lima (2004), a demora no reconhecimento da depressão na fase da adolescência deve-se ao fato de que durante muitos anos acreditou-se que esse transtorno se tratava de uma resposta emocional à problemática existencial e sendo assim não poderia atingir essa faixa etária. Embora este reconhecimento seja recente, vários estudos têm se detido sobre essa temática na atualidade, apontando-a como um problema crescente (Aragão, Coutinho, Araújo & Castanha, 2009; Avancini, Assis & Oliveira, 2008; Bahls 2002; Bahls & Bahls, 2002; Capitão, 2007; Cunha, Buzaid & Romano, 2005; Lima, 2004; Monteiro & Lage, 2007; Reppold & Hutz, 2003; Schneider & Ramires, 2007).

De acordo com Bahls (2002), a prevalência do quadro depressivo na adolescência varia de 3,3 a 12,4%, ocorrendo em grande parte na passagem da infância para adolescência e havendo um predomínio do sexo feminino sobre o sexo masculino. O autor ainda destaca que grande parte dos estudos realizados sobre depressão na adolescência focaliza a descrição da

sintomatologia, traçando um paralelo entre os sintomas depressivos em adultos e os sintomas depressivos em adolescentes, conforme descritos no DSM-IV (2002) e no CID-10 (OMS, 1993). Entretanto, Versiani, Reis e Figueira (2000) salientam que a sintomatologia depressiva varia de acordo com a idade, sendo de extrema importância considerar a maturação das diferentes fases do desenvolvimento. Assim, Bahls e Bahls (2002), levando em conta as especificidades da adolescência, descrevem como sintomas depressivos próprios desta faixa etária: irritabilidade e instabilidade, humor deprimido, perda de energia, desmotivação e desinteresse, retardo psicomotor, sentimentos de desesperança e/ou culpa, alterações do sono, isolamento, baixa autoestima, ideação e comportamento suicida, problemas graves do comportamento, distúrbios do sono, agressividade, prejuízo no desempenho escolar e queixas físicas. Bahls (2002) acrescenta as desordens psicossomáticas. Também são descritos como sintomas da depressão na adolescência atividades de risco e anti-sociais, não cooperatividade, dificuldade na identificação e expressão de sentimentos, ansiedade (Versiani et al., 2000) e dificuldades no pensamento (problemas de concentração e pensamento negativista) (Roberts, Lewinsohn, & Seeley, 1995). O estabelecimento de critérios específicos para o diagnóstico da depressão na adolescência permite, de acordo com Schneider e Ramires (2007), que se respeite as características fundamentais desta faixa etária, auxiliando assim numa compreensão mais articulada e fidedigna desta problemática.

No que tange à etiologia da depressão na adolescência, sabe-se que ela é influenciada por múltiplos fatores biológicos/genéticos, psicológicos e sociais. De acordo com Lima (2004), grande parte dos estudos sugere componentes genéticos e salientam que a presença de depressão na família aumenta o risco de depressão na infância ou adolescência em pelo menos três vezes. Entretanto, para que se possa entender as múltiplas causalidades que se configuram na constituição dos sintomas depressivos nesta faixa etária, torna-se importante descrever as características do processo de adolescer e as transformações que nele ocorrem.

As especificidades da adolescência e sua relação com o desenvolvimento da depressão

A adolescência representa um período de contínuas e profundas transformações, tanto em nível psíquico, quanto físico e social. O sujeito, ao entrar na adolescência, passa a residir em um novo corpo, que clama por uma nova identidade, e que marca a sua passagem da esfera familiar à esfera social. Essas mudanças geram um intenso sofrimento, pois acarretam perdas referentes à imagem infantil, aos pais idealizados da infância e à identidade infantil. Essas perdas, por sua vez, representam um rompimento com o passado a fim de que seja possível ao adolescente investir num futuro, desligando-se dos pais e tornando-se apto a

realizar suas próprias escolhas (Aberastury & Knobel, 1981; Outeiral, 2001; Urribari, 2004). Essas transformações decorrentes da adolescência fazem com que o sujeito perca as suas referências, não tendo mais uma representação de si mesmo, uma vez que sua nova imagem ainda encontra-se em construção.

Na visão de Levy (2007), o processo de adolecer é descrito como um reordenamento simbólico, o que significa um desligamento, por parte do adolescente, dos sistemas de representações organizados pelo *self* na infância e a criação de um novo sistema representacional que dê conta da sua nova subjetividade. Assim, de acordo com o autor, mais do que se haver com a construção de uma nova identidade, o adolescente tem que se haver com a reorganização do seu mundo simbólico, o que consiste na principal e mais difícil tarefa da adolescência. As transformações decorrentes desta fase despertam uma sensação de estranhamento não só no adolescente como nos outros, necessitando assim serem assimiladas a um novo sistema de representações. De acordo com Levy, a perda deste sistema representacional da infância desperta no adolescente ansiedades depressivas, paranóides, de aniquilamento e principalmente um sentimento de despersonalização. Como forma de se defender dessas ansiedades e criar um sentimento de estabilidade narcísica, o sujeito procura “apropriar-se” através de identificações projetivas, de algum *self*, de alguma identidade, para que assim possa ir construindo uma imagem que lhe confira o sentimento de existência.

Percebe-se quão árduo é o processo de adolecer e quão vulnerável o sujeito fica ao entrar nesta fase. Por isso, a adolescência é descrita como um período de crise e conflitos (Aberastury & Knobel, 1981; Blos, 2002; Levisky, 1998; Outeiral, 2008). De acordo com Levisky (2002), a crise da adolescência refere-se ao desinvestimento da vida infantil e ao reinvestimento das funções do ego, do *self* e das relações de objeto. Nesta fase, ocorre a emergência de aspectos mentais da vida primitiva devido ao enfraquecimento do ego, que irá sofrer as transformações que ocorrem entre o ego ideal e o ideal de ego. Seguindo a linha do pensamento de Levisky, Savietto (2007) discorre que a adolescência pode ser entendida como uma situação-limite, na medida em que compreende a passagem da vida infantil para a vida adulta. Assim, ela se encontra nesse íterim caracterizada por novos aspectos pulsionais que modificam a dinâmica psíquica e colocam em xeque a relação do sujeito com a alteridade interna e externa, tornando-se por si só um evento potencialmente traumático na vida do adolescente.

Todas as perdas características da adolescência geram sofrimento e angústia, tornando esperadas as manifestações psicopatológicas, frequentemente transitórias, que possam ocorrer neste período da vida, como é o caso da depressão (Aberastury & Knobel, 1981; Levisky

2002; Monteiro & Lage, 2007). De acordo com Monteiro e Lage (2007), a adolescência corresponde a um trabalho psíquico de elaboração que envolve sentimentos característicos de um processo de luto, como tristeza e desamparo. Para as autoras, o luto é compreendido como sendo a própria depressão, um estado de ambivalência, pois ao mesmo tempo em que apresenta efeitos mórbidos – sintomas depressivos – apresenta uma condição de elaboração psíquica que requer do adolescente maturidade e um certo grau de elaboração do *self*.

Entretanto, o período da adolescência pode acabar evoluindo para um quadro psicopatológico, como por exemplo, a depressão, refletindo as dificuldades do sujeito para enfrentar esse processo. Levisky (2002) chama a atenção para o fato de que tais dificuldades podem conduzir a quadros clínicos e funcionais rígidos e estruturados. De acordo com o autor, para se pensar a problemática da depressão na adolescência é essencial a distinção entre o afeto tristeza, que representa a dor e a elaboração pela perda de algo querido, e a depressão propriamente dita, que se refere a uma condição emocional prolongada, que atinge vários aspectos da personalidade. Sendo assim, a depressão nesta fase do desenvolvimento pode ser vista como um componente normal do processo de elaboração das perdas que a constituem. Porém, seu prognóstico dependerá “das condições do desenvolvimento evolutivo da primeira infância, dos eventos traumáticos sucessivos passados e atuais, da flexibilidade dos mecanismos defensivos, do grau de fixação e regressão, e das possibilidades de redistribuição das catexias, em função das experiências vivenciadas e do meio ambiente” (Levisky, 2002, p. 127). Para Levisky, o adolescente pode apresentar dificuldades na elaboração da depressão devido a questões estruturais da sua personalidade ou também pelas características da cultura contemporânea.

De acordo com Levy (2007), o período da adolescência pode se tornar traumático ou patológico na medida em que o adolescente não consegue recriar um sistema de representações que sustente sua nova experiência subjetiva, não conseguindo dessa forma ligar os afetos por ela suscitados. Conforme o autor, a criação de um novo sistema de representações encontra-se ancorada nas experiências primitivas relacionais entre a criança e o seu cuidador primário, a mãe. É a partir da relação que se estabelece entre ambos que o indivíduo construirá a sua imagem, que representará a sua verdade. Segundo Winnicott (1975), há uma importância existencial do olhar materno sobre a criança, pois é através desse olhar que o sujeito se constitui psiquicamente. A expressão que a criança vê no rosto da mãe confere forma e sentido aos seus sentimentos, como se olhasse para o espelho e visse sua própria imagem. Dessa forma, o indivíduo vive na adolescência uma reedição desta experiência, procurando, agora, não somente no olhar materno, mas no olhar social, um

contorno para os seus sentimentos e uma sustentação para a reconstrução do seu sistema de representações.

Considerando esse processo de reorganização das representações é possível pensar, de acordo com Fonagy e Target (2004), que a adolescência é um período que revela as falhas e fraquezas estabelecidas nos primeiros anos de vida do sujeito e que até então estavam ocultas. Isto vem à tona na adolescência, pois é exigida a separação dos pais e de seus representantes internos, “fazendo com que o adolescente se defronte com a tarefa de integrar um conjunto bem mais complexo de pensamentos sobre seus próprios sentimentos e motivações, assim como dos outros” (p. 92). Sendo assim, as perturbações afetivas na adolescência, segundo esses autores, podem ser analisadas levando-se em conta a consolidação inadequada da capacidade de simbolização, que acaba sobrecarregando a capacidade do adolescente de lidar com seus sentimentos e pensamentos, passando a expressá-los pela via dos sintomas corporais ou ações físicas.

Nesta perspectiva, Jeammet e Corcos (2005) compreendem a depressão no adolescente como o fracasso do aparelho mental em gerir a situação presente. Segundo estes autores, o principal motivo para que essa fragilidade psíquica se deixe revelar na adolescência, refere-se ao fato de que esse período representa a reedição do processo de separação/individuação vivenciado pelo adolescente nas suas relações primárias com a mãe. O processo de separação/individuação na adolescência é necessário para que o sujeito consiga construir sua identidade e assim conquistar a sua autonomia. Porém, trata-se de uma tarefa complexa, pois ao mesmo tempo em que é necessário que ele busque o afastamento dos pais para se diferenciar deles, é necessário também que ele mantenha uma proximidade que o permita encontrar as semelhanças que servirão de base para as suas identificações. É o que Jeammet e Corcos chamam respectivamente de eixo do narcisismo e eixo da autonomia. Segundo eles, a adolescência coloca à prova estes dois eixos e dependendo da maneira como estão estruturados podem levar o adolescente a concebê-los como antagônicos ao invés de complementares, como de fato são. A conquista da autonomia pelo adolescente depende dos vínculos que estabeleceu ao longo da sua vida, pois a construção de uma nova identidade implica a procura de processos de troca e de interiorização. E quando o adolescente percebe a autonomia como antagônica às relações vinculares, os mecanismos de identificação são bloqueados, ocorrendo um prejuízo na formação da sua personalidade e no seu desenvolvimento mental.

O antagonismo entre a necessidade vincular e a autonomia do sujeito é ponto central para que se possa compreender a problemática da depressão na adolescência a partir de

Jeammet e Corcos (2005), pois para os autores esta psicopatologia revela o caráter ameaçador do vínculo. Isto ocorre devido a uma falha na adaptação do objeto externo às necessidades da criança, que acaba tornando-a insegura diante da sua realidade interna e fazendo-a recorrer a um superinvestimento defensivo nos objetos externos. Assim, na adolescência, quando é exigido que o adolescente invista nas relações objetais como forma de conquistar seu estado independente, isto se torna impossível, pois o investimento no objeto é vivenciado como uma invasão, como um apagamento das diferenças entre o mundo interno e externo, ameaçando assim a sua identidade pessoal. Dessa forma, os autores classificam a depressão na adolescência como uma problemática da dependência, entendida aqui como um modo de funcionamento prevalente e durável onde o sujeito utiliza defensivamente a realidade perceptivo-motora como contra-investimento de uma realidade psíquica interna falha ou ameaçadora. A não interiorização dos vínculos ou a ineficiência desta interiorização torna o adolescente dependente da realidade exterior, comprometendo a conquista da sua autonomia.

Este quadro se torna grave na adolescência, porque conforme foi descrito anteriormente, este período se caracteriza por um processo de separação/individuação dos pais, que neste caso pode significar para o adolescente a perda do contato com a essência do seu *self*, o esvaziamento do seu sentimento de identidade, ao mesmo tempo que a necessidade exagerada de mostrar-se diferente de seus pais pode revelar uma defesa contra a ameaça de retorno das partes projetadas do *self*. “O adolescente que se sente seguramente vinculado e semelhante ao cuidador pode tolerar a separação física, enquanto aquele que projetou partes do seu *self* neste e tem a necessidade de percebê-lo inteiramente diferente de si, sente que perde a identidade ao separar-se” (Fonagy & Target, 2004, p. 94).

Nesta mesma direção, a análise feita por Jeammet e Corcos (2005) sobre a depressão na adolescência, busca a origem desta psicopatologia na qualidade dos vínculos precoces estabelecidos entre a criança e o seu cuidador. No caso da depressão, estes vínculos apresentam um caráter inseguro, decorrente de falhas na capacidade do cuidador de suprir as necessidades da criança. Assim, posteriormente, o sujeito passa a necessitar do objeto externo como forma de restaurar o seu equilíbrio interno, tornando-se dependente da realidade externa. Num primeiro momento da vida da criança, esta dependência em relação à realidade externa é normal e necessária, pois conforme postula Winnicott (1975), as primeiras trocas entre a criança e sua mãe devem se desenvolver numa indistinção sujeito/objeto progressivamente decrescente, que possibilite à criança se alimentar das respostas do seu cuidador, interiorizando-as e reconhecendo-as como suas. O ambiente externo, representado pela mãe, alimenta o funcionamento psíquico da criança, conferindo-lhe os sentimentos de

existência, segurança e continuidade. “Para ser si mesmo é preciso se alimentar dos outros e, ao mesmo tempo, é preciso se diferenciar deles” (Jeammet & Corcos, 2005, p. 55).

Estas ideias vêm ao encontro do que Fonagy e Target (2004) nomeiam como “equivalência psíquica”, que corresponde ao momento em que a mãe se encontra totalmente adaptada ao bebê, não havendo uma diferenciação entre o mundo interno e o mundo externo. Porém, este primeiro momento deve evoluir para um segundo momento chamado de “ilusão”, onde o mundo externo não corresponde mais ao mundo interno, tornando o sujeito capaz de diferenciar entre o estado subjetivo do seu *self* e de um outro. Quando o contexto do relacionamento vincular entre a criança e o seu cuidador é seguro, ocorre a integração destes dois momentos, que por sua vez é responsável pelo desenvolvimento da simbolização na criança, fazendo-a se sentir segura em relação à sua realidade interna e amenizando a sua dependência dos objetos externos.

Entretanto, quando não há a passagem do momento de “equivalência psíquica” para o momento de “ilusão”, o indivíduo fica preso às representações dos estados mentais do objeto, internalizando-as como partes de si mesmo. Instala-se então um espaço vazio entre as experiências afetivas primárias e suas representações simbólicas. Neste caso, o *self* permanece incompleto e a realidade interna continua a ser vivida de acordo com o modelo de “equivalência psíquica”, onde o sujeito não tem claro para si a distinção entre a realidade interna e a realidade externa, entre o eu e o outro, comprometendo a sua capacidade de dar significado aos seus sentimentos, diferenciando-os daqueles oriundos da realidade externa. Dessa forma, o mundo interno é sentido como ameaçador, e acaba conduzindo o sujeito a uma identificação projetiva excessiva, a fim de livrar-se desses conteúdos angustiantes, já que não há a capacidade de modificá-los de forma que eles possam ser efetivamente pensados (Fonagy & Target, 2004).

Nesta perspectiva, a depressão na adolescência pode ser compreendida como uma problemática dos vínculos, destacando a importância das figuras significativas desde a primeira infância. Isto vem ao encontro dos movimentos da psicanálise atual que, segundo Barron, Eagle e Wolitzky (1992), tem buscado um novo olhar sobre as psicopatologias que perpassa o modelo relacional e não mais o do conflito pulsional. Com isso passa a ganhar ênfase dentro da psicanálise a qualidade das relações primárias entre a criança e sua mãe e suas implicações. Pois, como bem pontua Loparic (2001), as crianças, antes de estarem sujeitas às forças mentais internas, estão sujeitas à ação de um objeto externo, a mãe, responsável por lhe fornecer um ambiente suficientemente bom. Isto nos conduz a considerar

as contribuições das pesquisas que vêm analisando a depressão na adolescência da ótica da teoria do apego, em sua vertente psicanalítica.

Apego e depressão na adolescência

A ideia de que o desenvolvimento da depressão na adolescência está associado à qualidade dos vínculos precoces estabelecidos entre a criança e os seus objetos primários propõe uma nova forma de compreender essa psicopatologia no que tange a sua etiologia e intervenção, utilizando-se para isso a teoria do apego. Segundo Target (2007) a teoria do apego possui uma perspectiva integradora que contempla todo o ciclo vital, oferecendo um modo sistemático de compreender os relacionamentos iniciais e posteriores, as experiências traumáticas e tudo aquilo que diz respeito às relações e aos vínculos afetivos.

Seguindo esta linha de pensamento, faz-se importante destacar a vasta gama de estudos, em âmbito internacional, que estão se detendo em investigar as relações entre a teoria do apego e a depressão na adolescência, salientando o apego inseguro ou o vínculo parental inadequado como elemento propulsor dessa psicopatologia (Allen, Porter, McFarland, McElhaney & Marsh, 2007; Burbach; Kashani & Rosenberg 1989; Cawthorpe, West & Wilkes, 2004; Cooper, Shaver & Collins, 1998; Du Bois, 2007; Ingram & Ritter, 2000; Irons & Gilbert, 2005; Greszta, 2006; Liu, 2006; Martin, Bergen, Roeger & Allison, 2004; Merlo & Lakey, 2007; Rosenstein & Horowitz, 1993; Shaver, Schachner & Mikulincer, 2005; Shaw & Dallos, 2005; Sund & Wichstrom, 2002).

Na visão da teoria do apego, a psicopatologia passa a ser considerada uma problemática dos vínculos, pois de acordo com Bowlby (1969/1990), o desenvolvimento afetivo, cognitivo e social do sujeito está atrelado à qualidade dos vínculos afetivos que estabeleceu durante a infância. Ainsworth (1989) descreve o vínculo como “um laço relativamente durável em que o parceiro é importante como um indivíduo único e não pode ser trocado por nenhum outro. Num vínculo afetivo, existe o desejo de manter uma proximidade com o parceiro” (p. 711). Já o apego, segundo Ramires e Schneider (2009), refere-se a uma subvariedade do vínculo em que o sentimento de segurança do sujeito depende do relacionamento estabelecido com a figura de apego. É a partir deste relacionamento que a criança utiliza a figura de apego, em geral um dos progenitores, como uma “base segura” que lhe conferirá confiança para explorar o mundo e estabelecer outros relacionamentos (Bowlby, 1989). Tanto o vínculo afetivo como o apego são estados internos, passíveis de serem observados apenas através dos comportamentos de apego, que se referem a todos aqueles atos manifestados pelo indivíduo a fim de manter próxima a figura de apego.

Estes conceitos são importantes para que se possa entender o que Bowlby (1988/1989) nomeou como modelos representacionais internos. O autor defendia a existência de uma organização psicológica interna que seria responsável por reunir os modelos representativos do *self* e das figuras de apego, e que determinava as relações do sujeito consigo mesmo, com os outros e com o mundo ao seu redor. É a partir dos modelos representacionais, que têm sua origem na relação com as figuras de apego, que o sujeito constrói uma imagem de si mesmo e do outro. Entretanto, de acordo com o autor, estes modelos podem ser mais ou menos distorcidos. Tudo vai depender da qualidade do vínculo de apego estabelecido entre a criança e o seu cuidador e também das experiências de vida da criança.

Depois de construídos, os modelos representacionais, na visão de Bowlby (1988/1989), se estabelecem como estruturas cognitivas, persistindo e atuando em nível inconsciente. De acordo com o desenvolvimento do sujeito, esses modelos são atualizados, porém o autor acreditava que nas crianças ansiosamente apegadas, esses modelos tornavam-se mais rígidos à modificação. Nesta direção, Souza e Ramires (2006) discorrem que depois de estabelecidos, os modelos representacionais tornam-se responsáveis por ajustar e explicar as experiências, afetando também a memória e a atenção. As autoras também salientam que esses modelos atuam sobre o comportamento, pois a cada novo relacionamento o sujeito tende a recriar o padrão com o qual está acostumado: “é mais fácil e provável perceber e lembrar as experiências que se ajustam ao nosso modelo e não perceber ou esquecer as experiências que não se ajustam” (Souza & Ramires, 2006, p. 30). Entretanto, as autoras acreditam que os modelos representacionais são estruturas dinâmicas que podem se modificar a cada novo relacionamento, caracterizando-se como processos associativos e inter cruzados.

Para Ramires e Schneider (2010) os modelos representacionais têm uma função regulatória que atua na defesa e no fortalecimento do *self*, e que possibilitam ao sujeito não apenas refletir sobre a realidade, mas também criá-la. Nessa direção, Fonagy (1999) postula que mais do que uma forma de segurança e de possibilidade de exploração do mundo, o vínculo de apego e os modelos representacionais a que ele dá origem, possibilita ao sujeito uma regulação das emoções e conseqüentemente a organização de um *self* coeso. Para esse autor, a criança procura proximidade física com a figura de apego como forma de restaurar o seu equilíbrio interno, quando esse se encontra ameaçado pelas mudanças dos seus estados mentais. Assim, salienta que o cuidador tem um papel fundamental neste processo, pois cabe a ele dar significado e transmitir à criança uma representação clara dos seus estados mentais, uma vez que essa ainda não tem capacidade para compreender seus sentimentos. É a partir

destas interações que a criança vai construindo suas representações acerca de si mesma e do mundo.

O conceito de apego, segundo Rosenstein e Horowitz (1993), é relativamente inexplorado na adolescência, pois ao contrário da infância em que é fácil perceber a importância das relações de apego para o bem-estar da criança, na adolescência, por seu um momento que exige o afastamento dos pais, a necessidade das relações de apego se tornam menos aparentes. De acordo com as autoras, os principais estudos desenvolvidos sobre apego na adolescência têm ligado a qualidade das relações parentais do adolescente ao seu ajustamento emocional global. Rosenstein e Horowitz ainda destacam que o estabelecimento de um bom vínculo de apego com os pais tem uma maior contribuição para a adaptação do adolescente do que o efeito produzido pelas relações de apego seguro entre pares.

No caso da depressão na adolescência, os estudos que se utilizam da teoria do apego para explicar esta problemática apontam o apego inseguro como elemento ligado a padrões mais elevados e estáveis de sintomas depressivos na adolescência compreendendo esta psicopatologia como decorrente de falhas nas relações parentais primárias (Burbach; Kashani & Rosenberg 1989; Cawthorpe, West & Wilkes, 2004; Cooper, Shaver & Collins, 1998; Diamond, Siqueland & Diamond, 2003; Ingram & Ritter, 2000; Irons & Gilbert, 2005; Liu, 2006; Merlo & Lakey, 2007; Rosenstein & Horowitz, 1993; Shaver, Schachner & Mikulincer, 2005; Shaw & Dallos, 2005; Sund & Wichstrom, 2002). Estes dados são confirmados pela pesquisa desenvolvida por Cooper, Shaver e Collins (1998), que analisa as diferenças de estilo de apego na sintomatologia psicológica, autoconceitos e comportamentos de risco numa amostra de 1.989 adolescentes de 13 a 19 anos. Os resultados mostraram que em geral os adolescentes seguros apresentam melhor regulação emocional e ajustamento, ao contrário dos adolescentes inseguros que apresentam os mais pobres autoconceitos e os níveis mais elevados de sintomatologia e comportamentos de risco. Nessa direção, estudos têm comprovado que adolescentes deprimidos apresentam uma percepção pobre e inadequada dos cuidados maternos e também do vínculo parental, destacando a relação desta psicopatologia com a qualidade do vínculo estabelecido entre a criança e seus pais (Baptista & Oliveira, 2004; Burbach, Kashani & Rosenberg, 1989; Essau, 2004; Ramires & Schneider, 2007; Rey, 1995).

Ainda nesta linha de pensamento é importante destacar o estudo realizado por Stansfeld, Head, Bartley e Fonagy (2008) que avaliou a associação entre posição social, estilo parental, privação emocional e física na infância, e o padrão de apego numa amostra de 7.276 funcionários públicos com idades entre 35 e 55 anos. Os resultados deste estudo

revelaram que pais que ocupam uma posição social menos favorecida apresentam um risco maior de privarem seus filhos em termos emocionais e físicos. A privação, por sua vez, mostrou-se relacionada a uma relação parental de pouco afeto, o que apresentou-se como um risco para o desenvolvimento de apego inseguro. O grande achado desta pesquisa é que se torna de extrema relevância para este estudo refere-se ao fato de que o apego inseguro esteve associado com o aumento de sintomas depressivos durante todo o curso da vida. O que reafirma novamente a ideia de que o estabelecimento do apego inseguro na infância encontra-se no núcleo do fenômeno depressivo.

Complementando estes achados, Rosenstein e Horowitz (1993) postulam que o padrão de apego inseguro relacionado à depressão na adolescência refere-se ao tipo preocupado ou também chamado de ambivalente. Segundo as autoras, o problema central referente a este tipo de apego é a falta de expectativa do sujeito em relação à sensibilidade e responsividade materna. Assim, o adolescente que estabelece este tipo de apego na infância, apresenta-se mais dependente em relação aos pais e com um aumento dos níveis de estresse emocional, evidente especialmente nos transtornos de ansiedade e depressão. De acordo com as autoras, os adolescentes com apego inseguro do tipo preocupado são mais vulneráveis à depressão por três razões. A primeira refere-se à carência aumentada desses indivíduos, que não têm experiências com a responsividade sensível da mãe e por isso são mais propensos a exigir e mostrar um cuidado exagerado. Esta exigência acaba prejudicando os relacionamentos interpessoais, pois as expectativas desses adolescentes nunca são correspondidas. A segunda razão destacada pelas autoras tem a ver com a inversão de papéis, pois nestes casos, a mãe estabelece desde a infância uma relação que exige que o sujeito se torne a figura de apego, tornando-o responsável por satisfazer as necessidades maternas. Entretanto, a criança não consegue satisfazer essas necessidades e sente-se culpada, tornando-se assim mais suscetível à depressão. A última razão refere-se ao fato de que esses adolescentes, por não terem experienciado uma função materna adequada, não adquirem as habilidades necessárias para regular os seus afetos, o que prejudica a adaptação ao ambiente em que vivem.

Diante dessas considerações, defende-se neste estudo a hipótese de que a depressão na adolescência encontra-se relacionada ao estabelecimento de um vínculo inadequado com os pais e que uma de suas origens pode estar na infância, mais precisamente em falhas nas relações afetivas primárias da criança com o seu cuidador. De acordo com estudos desenvolvidos por Fonagy (1999; 2000; Fonagy & Bateman, 2003), pode-se pensar que estas falhas dizem respeito ao que o autor denomina função reflexiva, que compreende a capacidade do cuidador de refletir o estado interno da criança, incorporando na sua expressão

uma indicação clara de que não está expressando os seus próprios sentimentos, mas os da criança. Esta função só amadurece adequadamente no contexto de um vínculo de apego seguro, proporcionando à criança experimentar a si mesmo na mente de um outro quando ainda não tem recursos para significar seus próprios sentimentos e desejos. Segundo os autores, as falhas na função reflexiva podem tornar o sujeito vulnerável ao estabelecimento de uma estrutura narcisista e de falso-*self*, onde há uma distorção das representações dos estados internos.

Na visão de Fonagy (1999), quando os pais falham na sua função reflexiva aumentam a possibilidade da criança estabelecer um vínculo de apego inseguro o que acaba interferindo na sua capacidade posterior de compreender seus estados mentais e nomear suas experiências emocionais. Isto pode conduzir o sujeito a construir modelos representacionais internos distorcidos. De acordo com Capitão (2007), as representações mentais, principalmente do *self*, são muito importantes para a compreensão da problemática da depressão, pois delas dependem a autoestima e a autoconfiança do sujeito. Assim, se o adolescente tiver uma representação de *self* distorcida, o resultado será um abalo na sua autoestima e conseqüentemente a redução da sua autoconfiança, quadro característico dos estados depressivos, em que o sujeito permanece dependente das figuras de apego. Corroborando tais assertivas, estudos comprovam que baixa autoestima prevê níveis subsequentes de depressão e se encontra relacionada a padrões de apego inseguro (Allgood-Merten, Lewinsohn & Hops, 1990; González & Méndez, 2006; MacPhee & Andrews, 2006; Orth, Robins & Roberts, 2008).

Para Holmes (2006), a função reflexiva dos pais é a base para o desenvolvimento do senso de *self* da criança, ou seja, é a via pela qual ela aprende quem é ela e o que são os seus sentimentos. É a partir daí que a criança começa a construir os limites entre a realidade interna e externa. Intrinsecamente ligada ao desempenho da função reflexiva pelos pais, encontra-se o desenvolvimento da capacidade de mentalização descrita por Fonagy e Bateman (2003) como “a capacidade para compreender e interpretar o comportamento humano em termos de estados mentais subjacentes” (p. 191). Assim, a aquisição da capacidade de mentalização refere-se a um processo intersubjetivo entre a criança e o seu cuidador, que se desenvolve no contexto de apego seguro, possibilitando à criança a regulação e o controle das próprias emoções, o desenvolvimento de um sentimento de segurança, autoestima e autonomia (Fonagy, 1999). O estabelecimento da função reflexiva e conseqüentemente o desenvolvimento da capacidade de mentalização atuam, segundo Ramires e Schneider (2009), como fatores de proteção contra possíveis traumas ou adversidades que o sujeito possa vivenciar.

A capacidade de mentalização, conforme Fonagy (1999), torna o sujeito apto a representar pensamentos, sentimentos e desejos não só em relação a si mesmo, mas também em relação aos outros. Dessa forma, quando a capacidade de mentalização se encontra funcionando ativamente e adequadamente, o indivíduo interpreta a informação interpessoal suficientemente bem para se sentir seguro quando está próximo dos outros e consegue diferenciar entre o estado subjetivo do seu *self* e de um outro (Fonagy & Bateman, 2003).

Estudos envolvendo a análise da capacidade de mentalização são direcionados principalmente para pacientes adultos com distúrbios de personalidade *borderline* (Allen & Fonagy, 2006; Fonagy & Bateman, 2003; Bateman & Fonagy, 2004; Bateman & Fonagy, 2006; Fonagy & Bateman, 2006; Fonagy & Bateman, 2007). Entretanto, em um recente estudo piloto realizado por Fischer-Kern et al. (2008), foi investigada a capacidade de mentalização em pacientes depressivos. O estudo analisou a mentalização em 20 pacientes do sexo feminino que sofriam de Transtorno Depressivo Maior através de instrumentos como o Strukturiertes Klinisches Interview (Skidi + II), as escalas de depressão (Hamilton Rating Scale – HAM-D e o Beck Depression Inventory – BDI), testes cognitivos (Trail Making Test – TMT e o Mehrfach Wortschatz Intelligenztest – MCVCT) e o Adult Attachment Interview (AAI). Os resultados foram avaliados através da Escala da Função Reflexiva e revelaram que os pacientes deprimidos apresentam menor capacidade de mentalização do que os pacientes *borderline* e os indivíduos saudáveis. Foi constatado também que há uma variação da capacidade mental conforme a gravidade da depressão. Diante destes dados, os autores concluem que há a necessidade de estudos que investiguem as mudanças na capacidade de mentalização de pacientes com depressão, no curso dos tratamentos psicoterápicos.

De acordo com o que vem sendo exposto, torna-se possível inferir que a depressão na adolescência revela uma falha na estrutura do *self*, resultante da ausência de uma função reflexiva durante o desenvolvimento, que acaba comprometendo, posteriormente, a capacidade de mentalização do sujeito. Fonagy e Target (2004) destacam a importância da mentalização na adolescência, por ser um período que convoca o sujeito a ressignificar suas experiências subjetivas. Assim, o período da adolescência exige um aumento crescente da capacidade de mentalização, que se torna essencial para a elaboração das perdas e transformações características desta fase, atuando também como um fator de proteção, pois confere a possibilidade de interpretar os estados mentais subjacentes às próprias condutas e as dos outros, mantendo estável e segura a estrutura do *self*, e garantindo a regulação dos afetos e o controle dos impulsos (Fonagy, Gergely, Jurist & Target, 2002). Por outro lado, quando a capacidade de mentalização encontra-se diminuída ou até mesmo ausente na adolescência, o

sujeito pode ter dificuldades para elaborar as perdas e transformações que ocorrem nesta fase, recorrendo ao sintoma como forma de proteger o seu funcionamento mental e físico, como pode ocorrer no caso da depressão.

Considerações Finais

Retomando as considerações iniciais feitas neste artigo é imprescindível destacar que a depressão vem se tornando cada vez mais freqüente no período da adolescência, exigindo a atenção dos profissionais das diferentes áreas da saúde. Não estamos mais diante de uma sintomatologia considerada esperada para esse período, mas de um quadro psicopatológico grave que interfere em todos os âmbitos da vida desse jovem sujeito, dificultando a sua passagem por uma das fases mais importantes do desenvolvimento humano e consequentemente causando danos às demais.

Falar sobre a depressão no adolescente é falar sobre uma depressão diferenciada, com causas e efeitos específicos, que consequentemente requerem uma compreensão e um modelo de intervenção também específicos. Isto se deve ao fato de que a adolescência representa um período de construção de uma nova identidade, em que é exigido que o sujeito abandone as referências que antes sustentavam a sua imagem infantil, submetendo-as a um processo de reconstrução que dê conta dessa nova subjetividade em formação. Diante disto, será necessário que esse jovem sujeito vivencie uma nova separação dos pais a fim de que consiga reordenar o seu sistema representacional, reconstruindo sua identidade e conquistando sua autonomia. Eis aqui uma das tarefas mais complexas da adolescência: buscar um afastamento dos pais para se diferenciar deles e ao mesmo tempo manter uma certa proximidade que permita encontrar as semelhanças que serviram de base para as suas identificações.

A patologização da adolescência ocorre justamente quando esse sujeito não tem recursos para representar essa nova experiência subjetiva que vive, processo esse que, como vimos, encontra-se ancorado nas primeiras relações entre a criança e o cuidador primário, no qual esse cuidador confere forma e sentido às emoções da criança, ajudando-a na construção da sua imagem. A ocorrência de falhas nessas primeiras relações é revelada na adolescência, pois nesse período é exigida a separação dos pais e de seus representantes internos. Dessa forma, a adolescência acaba colocando à prova a qualidade dos vínculos que o sujeito estabeleceu durante sua infância, pois a construção de uma nova identidade só ocorre através de processos de troca e de interiorização.

Nesta perspectiva, foi possível compreender a depressão na adolescência a partir de uma problemática dos vínculos, em que o investimento no objeto pode ser vivenciado como

algo ameaçador. Isto tornou possível contemplar conceitos-chave oriundos da teoria do apego que contribuíram para um entendimento mais aprofundado acerca dos contextos familiares, dos vínculos afetivos e suas relações com o surgimento da psicopatologia depressiva no adolescente. Essa exploração permitiu identificar uma associação importante entre o estabelecimento de um padrão de apego inseguro na infância e o desenvolvimento da depressão na adolescência.

Destaca-se aqui, também, a relevância dos conceitos de função reflexiva e de capacidade de mentalização, provenientes da vertente psicanalítica da teoria do apego, que permitiram reconhecer a importância da dimensão representacional para a compreensão do fenômeno depressivo na adolescência. Esse aspecto revela-se como particularmente promissor, oferecendo uma nova perspectiva para a compreensão e abordagem terapêutica desta problemática. Sugere-se que novos estudos possam explorar o fenômeno depressivo na adolescência considerando as características e vicissitudes dos seus vínculos afetivos, assim como as possibilidades de intervenção clínica em tais situações.

Referências Bibliográficas

- Aberastury, A. & Knobel, M. (1981). *Adolescência normal*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Ainsworth, M. D. (1989). Attachments Beyond Infancy. *American Psychologist*, 44(4), 709-716.
- Allen, J. G. & Fonagy, P. (2006). *The Handbook of Mentalization Based Treatment*. Publisher: John Wiley & Sons.
- Allen, J. P.; Porter, M.; McFarland, C.; McElhaney, K. B. & Marsh, P. (2007). The relation of attachment security to adolescents' paternal and peer relationships, depression, and externalizing behavior. *Child Development*, 78(4): 1222-1239.
- Allgood-Merten, B.; Lewinsohn, P. M. & Hops, H. (1990). Sex differences and adolescent depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 99(1): 55-63.
- Aragão, T. A.; Coutinho, M.; Araújo, L. F. & Castanha, A. R. (2009). Uma perspectiva psicossocial da sintomatologia depressiva na adolescência. *Ciências & Saúde Coletiva*, 14(2): 395-405.
- Avancini, J. Q.; Assis, S. G. & Oliveira, R. V. (2008). Sintomas depressivos na adolescência: estudo sobre fatores psicossociais em amostra de escolares de um município do Rio de Janeiro, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 24(10): 2324-2346.
- Bahls, S. C. (2002). Aspectos Clínicos da depressão em crianças e adolescentes. *J. Pediatr.*; 78: 359-66.

- Bahls, S. C., & Bahls, F. R. C. (2002). Depressão na adolescência: Características clínicas. *Interação em Psicologia*, 6 (1), 49-57.
- Baptista, M., & Oliveira A. (2004). Sintomatologia de depressão e suporte familiar em adolescentes: Um estudo de correlação. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, 14(3), 58-67.
- Barron, J.; Eagle, M. & Wolitzky, D. (1992). *Interface of Psychoanalysis and Psychology*. Washington: American Psychological Association.
- Bateman, A. & Fonagy, P. (2004). *Psychotherapy of Borderline Personality Disorder: mentalisation-based treatment*. Oxford: Oxford University Press.
- Bateman, A. & Fonagy, P. (2006). *Mentalization-based Treatment for Borderline Personality Disorder: A Practical Guide* . Oxford: Oxford University Press.
- Blos, P. (2002). *Adolescência – Uma interpretação psicanalítica*. São Paulo: Martins Editora.
- Bowlby, J. (1989). *Uma base segura: Aplicações Clínicas da Teoria do apego*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Original publicado em 1988).
- Bowlby, J. (1990). *Apego e perda. v. 1. Apego. A natureza do vínculo* (2ª edição). São Paulo: Martins Fontes. (Obra originalmente publicada em 1969).
- Burbach, D .J.; Kashani, J. H. & Rosenberg, T. K. (1989). Parental bonding and depressive disorders in adolescents. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*; 30(3): 417-29.
- Capitão, C. G. (2007). Depressão e suicídio na infância e adolescência. *Psicopedagogia online*, 1. Disponível em: www.adolescenza.org/capitão.pdf
- Cawthorpe, D.; West, M. & Wilkes, T. (2004). Attachment and depression: the relationship between the felt security of attachment and clinical depression among hospitalized female adolescents. *Journal of the Canadian Academy of Children and Adolescent Psychiatry*, 13(2): 31-5.
- Cooper, M. L.; Shaver, P. R. & Collins, N. L. (1998). Attachment styles, emotion regulation and adjustment in adolescence. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74(5): 1380-97.
- Cunha, B.F.; Buzaid, A.; Watanabe, C. & Romano, B. (2005). Depressão na infância e adolescência: revisão bibliográfica. *Revista da sociedade de cardiologia*. 15 (3, suplemento A), p. 1-8.
- Diamond, G; Siqueland, L & Diamond, G. M. (2003). Attachment-based family therapy for depressed adolescents: programmatic treatment development. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 6(2): 107-27.

- Du Bois, R. (2007). Emotional deprivation and narcissistic regulation – development and treatment of depressive crises in children and adolescents. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 56(3), 206-223.
- Essau, C. A. (2004). The association between family factors and depressive disorders in adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 33(5), 365-372.
- Fischer-Kern, M.; Tmej, A.; Kapusta, N. D.; Naderer, A.; Leithner-Dziubas, K.; Löffler-Staska, H. & Springer-Kremser, M. (2008). The capacity for mentalization in depressive patients: a pilot study. *Z Psychosomatic Medicine and Psychotherapy*, 54(4): 368-80.
- Fonagy, P. (1999). Peristencias transgeracionais del apego: uma nueva teoría. *Aperturas Psicoanalíticas*, 23. Disponível em <http://www.aperturas.org/23fonagy.html>. (Acesso em 10/08/09).
- Fonagy, P. (2000). Apegos patológicos y acción terapéutica. *Aperturas Psicoanalíticas*, 4. Disponível em <http://www.aperturas.org/4fonagy.html>. (Acesso em 10/08/09).
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. L. & Target, M. (2002). *Affect Regulation, Mentalization, and the Development of the Self*. New York: Other Press.
- Fonagy, P. & Bateman, A. W. (2003). The development of an attachment-based treatment program for *borderline* personality disorder. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 67(3), 187-211.
- Fonagy, P. & Bateman, A. W. (2006). Mechanisms of change in mentalization-based treatment of BPD. *Journal of Clinical Psychology*, 62 , 411-430.
- Fonagy, P. & Bateman, A. W. (2007). Mentalizing and *borderline* personality disorder. *Journal of Mental Health*, 16(1): 83 – 101.
- Fonagy, P. & Target, M. (2004). Questões desenvolvimentais na adolescência normal e colapso na adolescência. Em: Graña, R. B. & Piva, A. B. S. (orgs.), *A atualidade da psicanálise de Adolescentes – Formas do mal-estar na juventude contemporânea* (p. 91-106) São Paulo: Casa do Psicólogo.
- González, L. B. & Méndez, L. T. (2006). Relación entre autoestima, depresión y apego em adolescentes urbanos de La Comuna de Concepción, Chile. *Terapia Psicológica*, 24(1): 5-14.
- Gorenstein, C., Andrade, L., Zanolo, E., & Artes, R. (2005). Expression of depressive symptoms in a nonclinical brazilian adolescent sample. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 50(3), 129-136.
- Greszta, E. (2006). Family environment risk factors of depression in adolescence. *Psychiatria Polska*, 40(4): 719-730.

- Holmes, J. (2006). Mentalizing from a psychoanalytic perspective: what's new? Em: Allen, J. G. & Fonagy, P. (org.) *Handbook of mentalization-based treatment* (p. 31-49). Chichester: John Wiley & Sons Ltd.
- Ingram, R. E. & Ritter, J. (2000). Vulnerability to depression: cognitive reactivity and parental bonding in high-risk individuals. *Journal of Abnormal Psychology*, 109(4): 588-96.
- Irons, C. & Gilbert, P. (2005). Evolved mechanisms in adolescent anxiety and depression symptoms: the role of the attachment and social rank systems. *Journal of Adolescence*, 28(3): 325-41.
- Jeammet, P. & Corcos, M. (2005). *Novas problemáticas da adolescência: evolução e manejo da dependência*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Levisky, D. L. (1998). *Adolescência – reflexões psicanalíticas*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Levisky, D. L. (2002). Depressões narcísicas na adolescência e o impacto da cultura. *Psychê*, ano VI, 10, 125-136.
- Levy, R. (2007). Adolescencia: el reordenamiento simbólico, el mirar y el equilibrio narcisístico. *Psicoanálisis*, Vol. XXIX (2), 363-375.
- Lima, D. (2004). Depressão e doença bipolar na infância e adolescência. *Jornal de Pediatria*, 80(2).
- Liu, Y. (2006). Paternal/maternal attachment, peer support, social expectations of peer interaction, and depressive symptoms. *Adolescence*, 41(164), 705-721.
- Loparic, Z. (2001). Esboço do paradigma winnicottiano. *Cadernos de história e filosofia da ciência*, v. 11, n. 2, pp. 7-58.
- MacPhee, A. R. & Andrews, J. J. (2006). Risk factors for depression in early adolescence. *Adolescence*; 41(163): 435-66.
- Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais [DSM-IV-TR™] (2002). (4ª edição). (C. Dornelles, Trad.). Porto Alegre: Artmed.
- Martin, G.; Bergen, H. A.; Roeger, L. & Allison, S. (2004). Depression in young adolescents: investigations using 2 and 3 factor versions of the Parental Bonding Instrument. *The Journal of Nervous and mental Disease*, 192(10): 650-657.
- Merlo, L. J. & Lakey, B. (2007). Trait and social influences in the links among adolescent attachment, depressive symptoms, and coping. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 36(2): 195-206.
- Monteiro, K. C. & Lage, A. M. V. (2007) A depressão na adolescência. *Psicologia em estudo Maringá*, v.12, n.2, p. 257-265.

- Organização Mundial da Saúde (1993). Classificação de transtornos mentais e do comportamento da Cid-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. (C. Dorgival, Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas do Sul.
- Orth, U. ; Robins, R. W. & Roberts, B. W. (2008). Low *self-esteem* prospectively predicts depression in adolescence and young adulthood. *Journal of Personality and Social Psychology*, 95(3): 695-708.
- Outeiral, J. (2001). Adolescência: Modernidade e pós-modernidade. Em C. Weinberg (org.), *Geração Delivery* (pp. 13-28). São Paulo: Sá.
- Outeiral, J. (2008). *Adolescer* (3ª edição). Rio de Janeiro: Revinter.
- Ramires, V. R. R. & Schneider, M. S. (2010). Revisitando alguns conceitos da teoria do apego: comportamento versus representação? *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 6 (1), 25-33.
- Reppold, C. T. & Hutz, C. S. (2003). Prevalência de indicadores de depressão entre adolescentes no Rio Grande do Sul. *Avaliação Psicológica*, 2(2), p. 175-184.
- Rey, J. M. (1995). Perceptions of poor maternal care are associated with adolescent depression. *Journal of Affective Disorders*, 34(2): 95-100.
- Roberts, R. E.; Lewinsohn, P. M. & Seeley, J. R. (1995). Symptoms of DSM-III-R major depression in adolescence: Evidence from na epidemiological survey. *Journal of American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 34(12), 1608-1617.
- Rosenstein, D. S. & Horowitz, H. A. (1993). Attachment, personality and psychopathology: relationship as a regulatory context in adolescence. *Adolesc. Psychiatry*, 19: 150-76.
- Saviotto, B. B. (2007). Passagem ao ato e adolescência contemporânea: pais “desmapeados”, filhos desamparados. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 10(3):438-453.
- Schneider, A. C. N. & Ramires, V. R. R. (2007). Vínculo parental e rede de apoio social: relação com a sintomatologia depressiva na adolescência. *Aletheia*, n.26, p. 95-108.
- Shaver, P. R.; Schachner D. A. & Mikulincer, M. (2005). Attachment style, excessive reassurance seeking, relationship processes and depression. *Persomality and Social Psychology Bulletin*, 31(3): 343-59.
- Shaw, S. K. & Dallos, R. (2005). Attachment and adolescent depression: the impact of early attachment experiences. *Attachment and Human Development*, 7(4): 409-424.
- Souza, R. M. & Ramires, V. R. R. (2006). *Amor, casamento, família, divórcio...e depois, segundo as crianças*. São Paulo: Summus editorial.

- Stansfeld, S.; Head, J.; Bartley, M. & Fonagy, P. Social position, early deprivation and the development of attachment. *Social Psychiatry and Psychiatry Epidemiology*, 43:516–526.
- Sund, A. M. & Wichstrom, L. (2002). Insecure attachment as a risk factor for future depressive symptoms in early adolescence. *Journal of the American Academic of Child and Adolescent Psychiatry*; 41(12): 1478-85.
- Target, M. (2007). Teoria e pesquisa sobre apego. Em: Person, E. S.; Cooper, A. M. & Gabbard, G. O.(org.). *Compêndio de psicanálise* (pp. 169-182). Porto Alegre: Artmed.
- Versiani, M., Reis, R., & Figueira, I. (2000). Diagnóstico do transtorno depressivo na infância e adolescência. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 10(12), 367-382.
- Urribari, R. (2004). Sobre o processo adolescente. Em R. Graña & A. Piva (Org.), *A atualidade da psicanálise de adolescentes* (pp. 35-50). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Winnicott, D. W. (1975). *O Brincar e a Realidade*. Rio de Janeiro: Imago Editora.

Seção 2 – A psicoterapia baseada na mentalização para o tratamento da depressão na adolescência

A clínica psicológica atual tem revelado um número crescente de adolescentes com diagnóstico de depressão (Levisky, 2002; Lima, 2004; Schneider & Ramires, 2007). Os principais sintomas da depressão na adolescência são: irritabilidade e instabilidade, humor deprimido, desmotivação e desinteresse, sentimentos de desesperança e/ou culpa, isolamento, baixa autoestima, ideação e comportamento suicida, prejuízo no desempenho escolar (Bahls & Bahls, 2002), atividades de risco e anti-sociais e dificuldade na identificação e expressão de sentimentos (Versiani, Reis & Figueira, 2000). As causas são relacionadas, na maioria dos estudos, a fatores familiares como conflitos, prejuízo na empatia parental, distúrbios emocionais dos pais e padrões de apego inseguro (Baptista & Baptista, 2004; Essau, 2004; Greszta, 2006; Ramires e Schneider, 2007; Rey, 1995). Esta problemática tem despertado a preocupação dos profissionais da saúde mental, que muitas vezes se vêem despreparados para intervir (Bahls & Bahls, 2003).

Uma análise da literatura permitiu observar que as pesquisas acerca das formas de intervenção sobre a depressão na adolescência são escassas, principalmente no que tange à fundamentação psicodinâmica. Em âmbito nacional, os estudos encontrados são oriundos principalmente da área médica, abordando o uso de medicamentos e a prática de exercícios físicos (Lima, 2004) ou da psicologia cognitivo-comportamental (Bahls, 2003). O único estudo identificado que contempla diferentes formas de psicoterapia para a depressão na infância e na adolescência se refere a uma revisão de literatura realizada por Bahls e Bahls (2003). Nesta revisão, os autores destacam a psicoterapia cognitivo-comportamental, psicoterapia de orientação psicodinâmica e terapia interpessoal como as mais utilizadas, existindo ainda as psicoterapias de grupo, terapia familiar e psicoeducação. Entretanto, Bahls e Bahls concluem que neste campo ainda há uma escassez de ensaios clínicos controlados que contemplem um modelo teórico coerente e um tratamento com métodos específicos.

No âmbito internacional, as pesquisas apontam a terapia do apego de base familiar (Diamond, Reis, Diamond, Siqueland & Isaacs, 2002; Diamond, Siqueland & Diamond, 2003), a terapia cognitivo-comportamental (Dopfner & Lehmkuhl, 2002) e a terapia interpessoal (Weissman, 2007) como psicoterapias que obtêm resultados significativos no tratamento de depressão em adolescentes. Em relação à psicoterapia psicanalítica, não foram encontrados estudos clínicos, apenas um estudo teórico que destaca essa abordagem como a mais abrangente para o tratamento da depressão (Seiffge-Krenke, 2007).

Estes dados reforçam a necessidade de ampliar pesquisas de orientação psicodinâmica que explorem métodos de intervenção apropriados para a sintomatologia depressiva na adolescência. Vindo ao encontro desta demanda, este estudo busca analisar uma proposta de intervenção para esta problemática, que tem como foco o desenvolvimento da função reflexiva e da capacidade de mentalização.

A psicoterapia que tem como foco o desenvolvimento da capacidade de mentalização tem suas origens na teoria do apego e vem sendo desenvolvida com pacientes adultos que apresentam distúrbio de personalidade *borderline* (Bateman & Fonagy, 2004; Bateman & Fonagy, 2006; Fonagy & Bateman, 2003; Fonagy & Bateman, 2006; Fonagy & Bateman, 2007). Segundo Fonagy e Bateman (2003), estes pacientes apresentam uma fragilidade constitucional provocada por contextos de apego emocionalmente comprometidos, o que acaba resultando numa instabilidade na estrutura do *self*, potencializada pela inibição ativa da capacidade de mentalização.

Fonagy, Target, Cottrell, Phillips e Kurtz (2002) destacam a possibilidade de que essa modalidade psicoterápica possa também ser desenvolvida com pacientes depressivos. A função reflexiva e a capacidade de mentalização são essenciais para a construção de uma estrutura de *self* coesa e estável. Só se desenvolvem em um contexto de apego seguro e estão relacionadas às qualidades das primeiras interações entre a mãe e o seu bebê (Fonagy, 1999, 2000; Fonagy & Bateman, 2003). De acordo com Fonagy e Bateman (2003) a função reflexiva compreende a capacidade do cuidador primário de conferir significado aos estados mentais do bebê, diferindo-os claramente dos seus. Com o desenvolvimento desta função a criança vai construindo sua imagem e compreendendo seu mundo interno, tornando possível distingui-lo da realidade externa.

Quando esta função é bem desempenhada, ela dá suporte para que o sujeito desenvolva a capacidade de mentalização, que diz respeito à possibilidade de compreender os estados mentais e nomear as experiências emocionais tanto em relação a si quanto em relação aos outros, de um modo que mantenha segura a estrutura do *self*. Entretanto, quando ocorrem falhas nessa função, a criança fica vulnerável ao estabelecimento de um vínculo de apego inseguro, que poderá acarretar um prejuízo na sua capacidade de mentalização (Fonagy, 1999; Fonagy, 2000; Fonagy et al 2002).

De acordo com Fonagy e Bateman (2003), quando os pais falham na sua função reflexiva aumentam a probabilidade de suas crianças desenvolverem uma estrutura narcisista e de falso *self*, conduzindo à construção de modelos representacionais internos distorcidos, como no caso da depressão. Assim, partiu-se do pressuposto neste estudo de que a capacidade

de mentalização pode se encontrar prejudicada ou até mesmo ausente em adolescentes que apresentam sintomas ou indicadores de depressão. Nesse sentido, uma possibilidade de intervenção psicoterápica para adolescentes depressivos seria focalizar inicialmente o desenvolvimento da capacidade de mentalização, no contexto de uma relação de apego seguro entre terapeuta e paciente, que possibilite a reorganização do seu *self*.

A psicoterapia baseada na mentalização

A psicoterapia baseada na mentalização tem como principal meta, de acordo com Fonagy e Bateman (2007), resgatar a capacidade do sujeito de pensar sobre os próprios pensamentos e sentimentos, reconhecendo-os como seus e diferenciando-os da realidade em si. A capacidade de mentalizar implica um componente autorreflexivo que permite identificar e ressignificar os afetos, obtendo uma melhor compreensão acerca dos estados mentais, o que por sua vez torna o sujeito mais apto a regular suas próprias emoções. O desenvolvimento da capacidade de mentalização implica um melhor funcionamento autorreflexivo e autorregulatório, que aumentam a autoestima e a autoconfiança do sujeito, promovendo melhores relacionamentos interpessoais. Sabe-se que as desordens depressivas na adolescência estão associadas à ausência de regulação emocional (D'Acremont & Van der Linden, 2007), o que contribui para o aumento da impulsividade, a baixa autoestima (González & Méndez, 2006), e a dificuldade na identificação e expressão dos sentimentos, além e da tendência ao isolamento (Versiani et al., 2000).

Para Fonagy e Bateman (2006), essa forma de psicoterapia tem o potencial de recriar uma matriz de apego em que a mentalização poderá se desenvolver. Seus objetivos são: promover o desenvolvimento de representações internas estáveis; auxiliar a formação de um senso coerente de *self*; identificar o afeto e possibilitar a expressão apropriada do mesmo; e capacitar o paciente a estabelecer relacionamentos mais seguros, nos quais a motivação do *self* e do outro são melhor compreendidas (Fonagy & Bateman, 2003). O que está em jogo aqui é o reconhecimento por parte do paciente dos seus estados mentais. Só assim ele estará apto a criar uma narrativa dos próprios sentimentos e pensamentos, podendo superar as falhas na organização do seu *self*.

Para alcançar os objetivos propostos pelo tratamento baseado na mentalização o terapeuta, segundo Fonagy e Bateman (2003), deve: deixar claro ao paciente a proposta e os objetivos terapêuticos; reter sua própria habilidade de mentalizar; manter uma proximidade mental com o paciente, produzida por intervenções contingentes e discriminatórias; focalizar nos estados mentais atuais; evitar o uso excessivo de interpretação de conflitos e metáforas,

devendo manter a atenção no uso da transferência e da contratransferência; intervir sempre levando em conta o modo como o paciente está estabilizando sua estrutura de *self*; utilizar enunciados breves e focados no aqui e agora. A tarefa do terapeuta é favorecer a passagem para um modelo de apego seguro, onde os afetos se encontrem menos voláteis e mais estáveis. Os autores propõem o que denominam como postura mentalizante, que se refere à habilidade do terapeuta de questionar continuamente que estados mentais internos, tanto no paciente como nele mesmo, podem explicar o que está acontecendo no momento atual. Além disso, o terapeuta deve focalizar a mentalização do paciente sobre as relações que tem relativamente baixo nível de envolvimento e só gradualmente concentrar o pensamento dele em relações que estão mais próximas do núcleo do *self* (Fonagy & Bateman, 2006).

O foco da psicoterapia baseada na mentalização deve ser no presente e como ele permanece influenciado por eventos do passado, mais do que explorar o passado em si (Bateman & Fonagy, 2004; Fonagy & Bateman, 2003; Fonagy & Bateman, 2006; Fonagy & Bateman, 2007). Nessa perspectiva, o conceito de transferência, segundo Fonagy e Bateman (2003), acaba adquirindo um novo sentido, não sendo visto apenas como uma manifestação do inconsciente, mas também como a emergência de significados latentes. A transferência é entendida pelos autores como um meio através do qual o drama interno do paciente é externalizado no tratamento; é uma nova experiência influenciada pelo passado, mais do que a repetição de uma experiência autêntica. A dinâmica da transferência passa a estar no presente, representando a maneira pela qual o paciente tenta provocar respostas no terapeuta que são essenciais para uma representação estável do *self*.

Esta visão da transferência exige uma nova postura do terapeuta. A interpretação da transferência no sentido clássico pode levar o paciente que apresenta um comprometimento na mentalização a pensar que o que ele sente não é real, pois há uma lacuna entre as experiências passadas e suas representações simbólicas. Nesta hipótese, o terapeuta assume uma posição de quem sabe mais sobre o que está na mente do paciente do que ele próprio. Dessa forma, torna-se necessário que o terapeuta assuma uma posição de “não-saber” e que juntamente com o paciente caminhe em direção à compreensão dos seus estados mentais, utilizando-se da transferência como uma ferramenta que indica possibilidades e nunca uma verdade absoluta desvendada pelo terapeuta (Fonagy & Bateman, 2003; Fonagy & Bateman, 2007).

Em síntese, partiu-se do pressuposto de que a psicoterapia baseada na mentalização pode contribuir para o tratamento da depressão na adolescência, uma vez que tem como objetivo fazer com que o paciente reflita sobre os seus estados mentais, adquirindo um senso de controle sobre a sua própria experiência emocional. Assim, os objetivos deste estudo

foram: analisar a capacidade de mentalização em uma adolescente com sintomas de depressão; investigar a possibilidade de desenvolvimento da capacidade de mentalização na psicoterapia de uma adolescente com sintomas depressivos; e avaliar se a psicoterapia baseada na mentalização contribui para a diminuição dos sintomas depressivos.

Método

Esta pesquisa foi pautada pela abordagem qualitativo-exploratória, seguindo um delineamento de pesquisa-intervenção e adotando o procedimento de Estudo de Caso Único (Yin, 2005). De acordo com Ramires e Benetti (2008), a pesquisa-intervenção constitui uma modalidade de pesquisa alicerçada no método clínico. “Nessa modalidade, que pressupõe a contemporaneidade entre pesquisa e tratamento, o pesquisador utiliza sua prática clínica como *locus* de pesquisa. Prioriza-se a singularidade do sujeito, e a intervenção sistemática do pesquisador é prevista de alguma forma” (p. 588).

Participou do estudo uma adolescente que completou 18 anos no decorrer do processo psicoterápico, que apresentava sintomas de depressão e que havia procurado atendimento no Serviço de Psicologia de uma universidade localizada no interior do Rio Grande do Sul. No processo de triagem da Instituição foi confirmada a hipótese de um quadro depressivo, através de duas entrevistas realizadas por uma estagiária do Serviço de Psicologia.

O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da universidade a qual se vinculam as pesquisadoras, tendo sido aprovado. Todos os cuidados éticos foram respeitados, priorizando-se o bem-estar da adolescente participante. Através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo A), garantiu-se à paciente o direito de interromper sua participação em qualquer momento e também de ser encaminhada a outro serviço de saúde, se necessário. Se, após o período de seis meses de psicoterapia previsto pelo projeto de pesquisa, a adolescente continuasse necessitando e desejando o atendimento, este seria assegurado pela mesma terapeuta.

A mãe da adolescente também participou do estudo por meio de uma entrevista que teve como objetivo esclarecer a proposta de pesquisa, os procedimentos que seriam utilizados e obter a sua autorização (Anexo B). Nessa entrevista também foi feito um levantamento sobre a história familiar e da adolescente. A participação da mãe neste estudo justifica-se pelo fato da adolescente ser de menor e ainda depender financeiramente dos pais, sendo assim necessário informá-la a respeito do processo que seria realizado.

Procedimentos de Coleta de Dados

Primeiramente, a jovem passou pelo processo de triagem da Instituição, sendo avaliada por uma estagiária do Serviço de Psicologia, mediante duas entrevistas, as quais levantaram a hipótese de depressão. Posteriormente, a terapeuta realizou uma entrevista com a mãe da adolescente e em seguida, as entrevistas de avaliação com a jovem. Após esse primeiro momento, confirmados os sintomas depressivos e constatada a necessidade e o desejo de psicoterapia, o tratamento foi iniciado. Neste estudo, foram analisados os seis primeiros meses de psicoterapia, no que diz respeito ao desenvolvimento da capacidade de mentalização. Estas entrevistas foram gravadas em áudio e posteriormente transcritas.

Os indicadores de depressão e a capacidade de mentalização foram avaliados por meio do *Children's Depression Inventory* (CDI) e de Entrevistas Não-Estruturada e Estruturada, respectivamente. O CDI tem sido utilizado internacionalmente para avaliar sintomas depressivos em crianças e adolescentes, tanto no âmbito da clínica como no da pesquisa (Wathier, Dell'Aglío & Bandeira, 2008). Criado por Kovacs (1983, 1985, 1992, 2003), partindo de uma adaptação do *Beck Depression Inventory* (BDI), tem sido descrito como psicometricamente satisfatório em diversos países, inclusive no Brasil. A aplicação desse instrumento (Anexo C) foi realizada em dois momentos: na avaliação, antes do início da psicoterapia, e após os seis meses de atendimento, com o objetivo de avaliar se houve alteração nos sintomas ou indicadores de depressão.

Foram realizadas duas Entrevistas Não-Estruturadas com a adolescente, após a confirmação dos indicadores de depressão, nas quais a jovem foi convidada a falar sobre o que lhe viesse à mente, livremente; sobre seu desejo de realizar uma psicoterapia e por que; sobre o que gostaria de mudar em si mesma e/ou na sua vida. Na sequência, foi realizada uma Entrevista Estruturada para avaliação clínica dos indicadores da capacidade de mentalização. Bateman e Fonagy (2006) postulam que a avaliação clínica da mentalização pode estar baseada em métodos estruturados e não-estruturados. Como a mentalização é específica dos contextos interpessoais, sua avaliação deve ter lugar durante discussões relacionadas à maneira como o paciente pensa sobre seus relacionamentos interpessoais. Bateman e Fonagy têm utilizado a *Adult Attachment Interview* (AAI), como contexto ideal para avaliação da mentalização, porque a AAI possui diversas questões que demandam que o entrevistado reflita sobre seus estados mentais e o dos outros. Neste estudo, utilizou-se uma entrevista estruturada para levantamento da história de vida da paciente, inspirada nas questões do AAI (Anexo D), sobre a qual foi aplicado o *Checklist* para Avaliação Clínica da Mentalização, proposto por Bateman e Fonagy (Anexo E). Essa entrevista foi realizada antes do início da psicoterapia e repetida após os seis meses de atendimento, com o propósito de identificar se

houve alteração na capacidade de mentalização. Essas entrevistas foram gravadas em áudio e posteriormente transcritas.

O *Checklist* avalia quatro temas relacionadas à mentalização: Percepção do próprio funcionamento mental, que inclui as seguintes dimensões - Opacidade (frequentemente não se sabe o que as outras pessoas estão pensando, mas não se fica desorientando com isso); Ausência de paranóia (não considerar o pensamento dos outros como uma ameaça e ter consciência de que as mentes podem mudar); Contemplação e reflexão (desejo de refletir sobre os estados mentais dos outros de maneira descontraída); Tomada de perspectiva (reconhecer que existem perspectivas diferentes sobre a mesma coisa); Interesse genuíno nos sentimentos e pensamentos dos outros; Abertura para descoberta (relutância para fazer suposições sobre o que as outras pessoas pensam); Perdão (aceitação dos outros, condicionada à compreensão dos seus estados mentais); e Previsibilidade (as reações dos outros são previsíveis dado o conhecimento acerca do que eles pensam e sentem).

O segundo tema é Percepção dos pensamentos e sentimentos dos outros, que inclui as dimensões: Instabilidade (a compreensão dos outros pode mudar paralelamente às mudanças na própria pessoa); Perspectiva desenvolvimental (com o desenvolvimento, a visão dos outros se torna mais sofisticada); Ceticismo realístico (consciência de que os sentimentos das pessoas podem ser confusos); Reconhecimento da função pré-consciente; Conflito (idéias e sentimentos incompatíveis); Postura auto-inquisitiva; Interesse na diferença; e Consciência do impacto do afeto sobre a compreensão de si mesmo e dos outros. O terceiro tema é chamado pelos autores de Representação do self e inclui: Habilidades pedagógicas e de escuta avançada (sentir-se capaz de explicar coisas para os outros e, ser paciente e capaz de ouvir); Continuidade autobiográfica (capacidade de lembrar de si mesmo como criança, continuidade de idéias; e Vida interna rica (raramente há a sensação de mente vazia).

O quarto tema, Valores e atitudes gerais, considera duas dimensões: Hesitação (falta de certeza absoluta sobre o que é certo e o que é errado, preferência pelo relativismo); e Moderação (atitude equilibrada para a maioria das afirmações sobre estados mentais tanto em relação a si próprio como aos outros).

Sobre a Psicoterapia

A adolescente foi atendida em psicoterapia, duas vezes por semana, totalizando 40 sessões. As sessões foram gravadas e posteriormente transcritas, sendo que relatos complementares como linguagem não-verbal da paciente e impressões da terapeuta ao final de cada sessão também foram realizados. Neste estudo, foram analisados os seis primeiros meses

de psicoterapia. O foco nas sessões seguiu os princípios que norteiam a psicoterapia baseada na mentalização descritos acima (Allen & Fonagy, 2006; Bateman & Fonagy, 2004; 2006; Fonagy & Bateman, 2003; 2006; 2007).

Procedimentos de Análise dos Dados

Os dados obtidos através do CDI e do *Checklist* para Avaliação Clínica da Mentalização foram analisados conforme os respectivos critérios. As sessões de psicoterapia foram transcritas e utilizadas para a construção de uma descrição abrangente do caso que contemplou, num primeiro momento, aspectos relevantes acerca da problemática da depressão na adolescente e uma síntese do processo terapêutico. Num segundo momento, o processo terapêutico foi dividido em três períodos que compreenderam da primeira a décima segunda sessão, da décima terceira à vigésima quinta sessão e da vigésima sexta à quadragésima sessão (considerados, respectivamente, períodos inicial, intermediário e final). Estes períodos foram determinados de acordo com os temas que foram abordados por Alice durante o processo psicoterápico. A análise desse material levou em conta as seguintes categorias: tema predominante nas sessões, sintomas e formas de manifestação da depressão, compreensão dos sentimentos e pensamentos de outras pessoas, percepção do próprio funcionamento mental e representação do *self*.

Durante a realização da psicoterapia, seu material foi supervisionado nos moldes da supervisão clínica, priorizando-se a compreensão do estado mental da adolescente e o direcionamento das intervenções nos moldes preconizados pela psicoterapia baseada na mentalização. Somente após o término dos seis meses de atendimento, esse material foi analisado tendo em vista os objetivos deste estudo.

Resultados e Discussão

Caso Clínico – O Mundo sombrio de Alice¹

Alice era uma jovem de 18 anos no início da psicoterapia, mas que aparentava ter menos idade, por mostrar-se frágil e apresentar aspectos infantis. Era a segunda filha e morava com seus pais (Lolly e Jones) e duas irmãs (Layla, 14 anos e Liz, 22).

¹ Os nomes, assim como quaisquer informações que possibilitassem a identificação da adolescente participante do estudo, foram modificados.

O motivo declarado pela jovem para buscar atendimento psicológico estava relacionado a uma perda, ocorrida há 10 meses. Alice mencionou que era um “*quase namorado*” e depois da sua morte percebeu que o seu sentimento por ele pareceu ter aumentado. Alice e esse rapaz tiveram um breve relacionamento de três meses, segundo ela, nada muito sério. A jovem relatou nada saber sobre a sua vida, a não ser que ele estava cumprindo pena em regime semi-aberto. Além disso, mencionou que frequentemente o rapaz desaparecia. Contudo, expressou não ter dado muita importância a esses detalhes, porque não gostava tanto dele naquela época. Quando soube da sua morte, há quatro meses não tinham mais contato e ela já estava em outro relacionamento.

Diante da notícia dessa morte, Alice relatou não ter mais saído de casa, sentia-se muito triste, sozinha e frequentemente tinha vontade de chorar. A cada dia que passava, sentia-se mais desanimada e deprimida, e associava isso também ao fato da mãe ter começado a trabalhar fora de casa.

Alice não tinha um bom relacionamento com ninguém em sua família: “*eu acho que todo mundo lá em casa é pouco afetuoso... a maioria é preocupada com as suas coisas, ninguém dá muito atenção para o outro*”. Dizia sentir-se muito distante dos pais, com quem pouco conversava, e também das irmãs. Além disso, sentia-se rejeitada pela mãe, alegando que sempre foi tratada diferente das irmãs: “*eu sempre falei pra ela que ela não gostava de mim*”. A jovem acreditava que o fato da mãe não gostar dela dizia respeito à cor da sua pele, pois a mãe era clara enquanto ela era morena. Assim, a sua cor era o que marcava a significativa diferença física entre ambas. Somado à isso, Alice descrevia a relação com a mãe como conturbada: “*eu e a mãe, a gente sempre brigou. A gente mal conversa porque ela passa a tarde fora*”.

No encontro com Lolly, foi possível constatar que era difícil falar sobre a filha sem falar nela mesma. Contudo, comentou superficialmente sobre o quadro depressivo de Alice e diante do sofrimento da filha expressava: “*Eu já expliquei isso pra ela, já disse que ele não voltará, que agora só em outra vida, que não adianta*”. A mãe relatou várias vezes não entender o sofrimento de Alice e mencionou que quem precisava de psicoterapia era ela, pois o estado da jovem lhe causou uma depressão. Lolly fez questão de deixar claro que o tratamento que dava para as filhas era igual, que não fazia distinção entre uma e outra, e que o fato de Alice pensar que ela a rejeitava não passava de uma fantasia.

Lolly relatou que a gestação de Alice foi muito complicada. Quando descobriu que estava grávida, optou por esconder a gravidez até o terceiro mês, com o objetivo de “*fazer*

uma surpresa à família". Com isso, sua sogra desconfiou que o bebê não era do marido. Lolly sofreu diversas acusações e quase perdeu o bebê aos sete meses.

A avaliação inicial: desvendando e entendendo o Mundo de Alice

De acordo com o CDI, foi comprovada a presença de indicadores depressivos (pontuação 32 - ponto de corte 19 pontos). Já nas duas entrevistas não estruturadas Alice expressou o que esperava do tratamento: *"Ah, eu espero que me ajude um pouco, eu queria assim (...) deixar de ficar tão triste como eu fico dentro de casa"*. E também o que gostaria de mudar em si mesma: *"Eu gostaria de adquirir autoconfiança, que é uma coisa que eu não tenho... e também eu gostaria de tirar um pouco desse sofrimento de dentro de mim"*.

A primeira aplicação do *Checklist* para Avaliação Clínica da Mentalização (Fonagy & Bateman, 2006) revelou limitações na capacidade de mentalização de Alice, mostrando um prejuízo significativo nos quatro temas avaliados: Percepção dos sentimentos e pensamentos dos outros (categoria pobre); Percepção do próprio funcionamento mental (pobre); Representação do self (moderada); e Valores e atitudes gerais (pobre). Em relação ao primeiro tema, Alice mostrou dificuldade em identificar o estado emocional dos outros, não demonstrando interesse em refletir sobre os mesmos e considerando-os como uma ameaça significativa: *"Não sei por que as pessoas não gostam de mim"*. Apresentava também dificuldade em se colocar no lugar do outro, de reconhecer que as pessoas eram diferentes e por isso poderiam pensar e se comportar de maneiras diferentes. Assim, por não gostar da cor da sua pele, acreditava que as outras pessoas a rejeitavam por causa disto, em especial a sua mãe: *"Eu sempre achei que ela não gostava de mim por causa da minha cor"*.

Em relação à Percepção do próprio funcionamento mental, Alice não evidenciava uma postura auto-inquisitiva: *"Ai, eu acho que eu gostei porque eu tava com saudade da mãe"* (ao falar sobre como se sentiu ao reencontrar a mãe depois de ter ficado longe dela). Embora conseguisse identificar seu sentimento na situação descrita (saudade), não conseguia refletir sobre o mesmo. No que tange ao tema Representação do self, Alice experimentava sua mente como vazia, especialmente quando indagada acerca da relação que tinha com a mãe durante a infância: *"Eu não me lembro como era a nossa relação quando eu era pequena"*. Já no que se refere aos Valores e atitudes gerais, Alice não demonstrava uma preferência pela complexidade e pelo relativismo, tinha certeza sobre os estados mentais das outras pessoas: *"Eu tenho certeza que a mãe não gosta de mim"*.

A Psicoterapia: Ajudando Alice a construir um novo mundo

Período inicial (da 1ª a 12ª sessão de psicoterapia)

Tema predominante

Neste período, a morte do “quase-namorado” era o tema central do discurso de Alice, provocando nela um sentimento constante de desesperança em relação à própria vida: “*pra que nascer se a gente vai morrer?*”. A questão da morte parecia dizer algo sobre a realidade interna dessa adolescente, expressando a sua angústia diante da perda, bem como sua incapacidade para lidar com a mesma. O discurso de Alice também era movido por uma queixa referente à ausência do amor materno. Entretanto, esse sofrimento parecia ser apenas relatado e não sentido, como se estivesse fora de uma significação em sua história.

Sintomas e Formas de Manifestação da Depressão

Nesta fase, Alice apresentava um quadro depressivo marcado por profunda tristeza, desmotivação e desinteresse pela vida: “*eu pensei de agora em diante que eu não quero mais sonhar*”. Além disso, a jovem apresentava baixa autoestima, descrevendo-se como uma pessoa sozinha, de poucos amigos e que passava a maior parte do tempo isolada: “*eu nunca tive com quem me abrir*”. Os sintomas apresentados por Alice vinham ao encontro do que Bahls e Bahls (2002) descreveram acerca dos quadros depressivos na adolescência.

Entretanto, o sofrimento da jovem com a perda do “quase-namorado” parecia questionável devido à brevidade e superficialidade desse relacionamento. A situação vivenciada por Alice parecia estar relacionada a uma perda sofrida anteriormente, que ainda não estava acessível ao seu pensamento devido à falta de recursos para lidar com a sua realidade interna. Característica essa descrita por Jeammet e Corcos (2005) como específica da problemática depressiva na adolescência.

Percepção do próprio funcionamento mental

Alice apresentava certa dificuldade de dar continuidade aos seus pensamentos. Eles eram constantemente interrompidos, expressando o quanto os seus estados mentais lhe pareciam confusos e difíceis de serem organizados (“*É porque daí eu sempre penso nele, e ele, morte, eu misturo tudo... aí agora, eu e as minhas músicas, mas daí eu achei uma lá sobre relação que diz, aí eu até me esqueci!*”). Além disso, o seu discurso nesse primeiro momento era significativamente marcado pelo uso de expressões como: “*não sei, sei lá, eu acho*”, refletindo sua dificuldade de identificar seus sentimentos e pensamentos, e refletir sobre os mesmos. Alice mostrava-se incerta até mesmo sobre a origem da sua dor (“*Eu não sei po que eu estou assim*”) e sobre o modo como estava se sentindo (“*Tô bem, agora to bem, é, acho que é isso.*”).

A ausência de uma postura auto-inquisitiva aparecia principalmente quando Alice relatava o sofrimento decorrente da falta do amor materno, pois embora conseguisse

identificar esse sentimento, não conseguia refletir sobre o mesmo. Isto fazia com que ela evitasse falar sobre esse assunto, escondendo-se atrás do lamento pela morte de um rapaz que mal conheceu. Diante disso, a terapeuta buscou respeitar as impossibilidades da paciente, a fim de evitar que a mesma falasse de situações em que os estados mentais não pudessem ser vinculados à realidade imediata. Assim, conforme Fonagy e Bateman (2006), as intervenções priorizavam a mentalização da paciente sobre as relações que tinham relativamente baixo nível de envolvimento (morte do “quase-namorado”), a fim de que pudesse se sentir segura para refletir sobre os seus estados mentais e com isso, gradativamente, tornar-se mais apta a explorar as relações mais próximas ao núcleo do *self* (ausência do amor materno).

Compreensão dos sentimentos e pensamentos das outras pessoas

A jovem relatava uma insatisfação constante com os seus relacionamentos interpessoais, fosse na família, no seu círculo de amizades ou nos seus casos amorosos. A sua queixa basicamente resumia-se ao fato de não conseguir ser amada e de não ter capacidade para manter seus relacionamentos. Isto parecia relacionado ao fato de que Alice considerava os pensamentos dos outros como uma ameaça significativa em si (“*É, eu sempre acho que vão estar me enganando.*”). Assim, qualquer atitude vinda de outra pessoa era interpretada como uma rejeição, humilhação, ou indiferença. Uma simples briga com a mãe significava para Alice uma rejeição, o fato de alguém não cumprimentá-la revelava o quanto as pessoas eram preconceituosas em relação à sua cor ou o simples fato das pessoas olharem para ela era interpretado como se alguma coisa estivesse errada com a sua aparência.

A terapeuta procurava questioná-la sobre os estados mentais dos outros (“*Por que tu achas que a tua mãe reagiu contigo daquele jeito?*”; “*O que tu achas que ela estava sentindo naquele momento?*”). Frente a estes questionamentos, a jovem respondia, frequentemente: “*não sei*” ou “*é porque ela não gosta de mim*”. Diante disso, era possível observar o quanto era difícil para Alice refletir acerca dos estados mentais dos outros, o que a impedia, por exemplo, de tentar compreender por que a mãe agia de determinada forma. A jovem também demonstrava não reconhecer a existência de diferentes perspectivas acerca de uma mesma situação, como, por exemplo, aceitar que um evento que experimentou como rejeição poderia ter um significado diferente para outra pessoa.

Representação do *Self*

Alice apresentava uma imagem muito negativa de si mesma, percebia-se como uma pessoa “*feia, burra e insignificante*”. Acreditava não ser boa o suficiente para conquistar o amor e admiração dos outros (“*eu acho que ninguém ia ir no meu velório se eu morresse*”). Não reconhecia potencialidades e nem qualidades em si mesma, apenas defeitos, o que fazia

com que se sentisse insegura não só em relação a si mesma, mas também em relação aos outros.

A jovem apresentava uma estrutura de *self* desorganizada e incoerente, com ausência de representações internas estáveis. Presenciava-se constantemente em seu discurso uma baixa autoestima e um sentimento de inferioridade: “*tem vezes assim, quando eu acho um guri muito bonito e assim que ele ta me olhando, eu acho que ele ta brincando com a minha cara*”. De acordo com Capitão (2007), este quadro é característico da depressão e está relacionado à uma representação de *self* distorcida. Isto pode ocorrer, segundo Fonagy e Bateman (2003), devido a falhas na função reflexiva dos pais, relacionadas ao estabelecimento de um vínculo de apego inseguro e a um posterior comprometimento da capacidade de mentalização do sujeito.

Frente a isso, a terapeuta procurou intervir de forma contingente e discriminatória, focalizando nos estados mentais atuais de Alice a fim de promover a construção de representações internas mais estáveis e auxiliar na formação de um senso coerente de *self*, objetivos esses propostos pelo tratamento baseado na mentalização descrito por Fonagy e Bateman (2003). Isto ocorria, por exemplo, quando Alice relatava uma situação em que se sentia rejeitada e a terapeuta buscava questionar o porquê dessa percepção e desse sentimento, bem como os motivos que a pessoa teria para rejeitá-la.

Período intermediário (da 13ª a 25ª sessão de psicoterapia)

Tema predominante

O foco aqui deixa de ser a morte do “*quase-namorado*” e passa a ser o relacionamento com a mãe. Alice começou a refletir sobre sua relação com a mãe e também a trazer para a sessão assuntos relacionados ao seu cotidiano, como: cursinho, amizades, novos relacionamentos amorosos e a escolha profissional.

Sintomas e Formas de Manifestação da Depressão

Alice começou a demonstrar vontade de sair de casa, de estar na presença de amigos, de ir a festas, revelando certo prazer nos relacionamentos interpessoais: “*é que assim, lá no cursinho (...) a maioria é legal, eu gosto deles (...) agora vamos esperar pra ver se vai sair a festa*”. Começou a mostrar também vontade de se arrumar, de se sentir bonita, o que revelou uma melhora na sua autoestima e autoconfiança. Alice parecia estar também compreendendo que o sofrimento não era a única forma de estar no mundo: “*existe a Alice triste, a Alice neutra e a Alice feliz*”. Expressões como “*eu to me sentindo muito bem*”, ficaram cada vez mais presentes neste período.

Percepção do próprio funcionamento mental

A melhora dos sintomas depressivos de Alice parecia estar relacionada ao desenvolvimento gradativo da sua capacidade de mentalização, que pôde ser reconhecida quando a jovem expressou: “*Meu pensamento agora não tem só um foco, tem vários*”. O pensamento de Alice tomava uma forma mais organizada e coesa, revelando uma maior familiaridade com os seus estados mentais.

Durante esse período, observou-se uma melhora na capacidade de Alice em identificar de forma mais apropriada seus sentimentos em relação às suas vivências com a mãe, reconhecendo o quanto isso lhe fazia sofrer, mas necessitando ainda da ajuda da terapeuta para refletir sobre os mesmos, porém menos do que no início do tratamento. Alice mostrava estar se apropriando mais de si e buscando um autoconhecimento: “*esses dias eu tava pensando no meu jeito de ser*”. Relatou que isso acabou conduzindo-a a pensar que profissão gostaria de seguir, mostrando interesse em prestar vestibular para o curso de Serviço Social. Ressurgiram desejos, interesse no futuro, bem como a presença de uma postura auto-inquisitiva: “*eu acho que no fundo é a que mais se encaixa comigo, com o que eu penso*”.

Alice começava a ter consciência de que a compreensão dos outros mudava paralelamente às mudanças em si mesma (“*É, eu notei que quando eu comecei a mudar, apareceu um monte de pessoa querendo ficar comigo, uns até que eu já conhecia*”). Também começava a reconhecer a existência de idéias e sentimentos incompatíveis (“*Eu tenho assim esse meu lado contraditório*”) e a autonomia diante do seu mundo interno (“*Porque eu acho que na maioria das vezes eu mesma crio o problema (...) às vezes de uma coisa que não tem nada a ver eu crio um monstro*”).

Percepção dos sentimentos e pensamentos dos outros

Alice começava a apresentar capacidade para refletir sobre os estados mentais do outro, porém ainda apoiando-se nos questionamentos realizados pela terapeuta. Entretanto, era possível observar na jovem uma melhor compreensão acerca do modo como as pessoas agiam e pensavam, o que acabou conduzindo-a a não considerar mais, de forma tão exagerada, os pensamentos dos outros como uma ameaça constante.

Esta melhora foi possível de ser observada, principalmente, através do discurso de Alice acerca do relacionamento com a mãe. Esse era sempre descrito como insatisfatório e conflituoso, marcado por brigas e ressentimentos. A fim de auxiliar Alice a refletir sobre isso, a terapeuta indagava o porquê dessas brigas ocorrerem tão frequentemente. Diante disso a jovem começou a perceber que esses desentendimentos eram sempre motivados por coisas

banais e que no fundo sua intenção era chamar a atenção da mãe, fazê-la se sentir culpada e mudar o seu comportamento.

As intervenções nesse momento buscavam fazer com que Alice se colocasse no lugar da mãe e entendesse o seu funcionamento. Com isso, a paciente começou a perceber o quanto essa mãe era dependente e frágil, e a dificuldade que tinha em expressar os seus sentimentos e dar carinho. Além disso, conseguiu reconhecer o lado da mãe nessa relação: “*Ai...as vezes eu acho que ela se sente mal sabe? Porque as vezes ela chora*”, interpretando o seu comportamento de forma que não se sentisse mais rejeitada ou injustiçada: “*Acho que na hora ela não fica do lado de ninguém, fica um pouco com cada uma*”. Isto foi possível porque a terapeuta buscava assinalar à Alice as contradições que apareciam no seu discurso como, por exemplo, o fato de não ser a única filha com quem a mãe brigava ou cometia alguma injustiça. Através dessa atitude, segundo Fonagy e Bateman (2003, 2006) o terapeuta incentiva o paciente a contrariar o seu padrão de apego relacionado à desativação da mentalização, tornando-o mais próximo de um padrão de apego seguro.

Representação do Self

Alice demonstrava uma melhora significativa na sua autoestima e autoconfiança. Verbalizava estar se achando bonita e aceitando o fato de que os outros também poderiam pensar coisas positivas a seu respeito. Sentia-se mais segura para investir em relacionamentos, fossem eles de amizade ou amorosos, e também num futuro, revelando uma imagem positiva de si mesma que pôde ser observada quando relatou seus pensamentos em relação à escolha profissional e à responsabilidade de cursar uma faculdade: “*É...daí eu fico pensando aí será que eu vou conseguir passar nessas matérias...mas eu acho que com um pouco de estudo, pouco não, bastante, eu vou conseguir...*”.

De acordo com Fonagy e Bateman (2003), as distorções do *self* provocadas pelo estabelecimento de apegos patológicos podem ser modificadas no contexto psicoterápico, tal como se observou no caso de Alice, na medida em que o paciente se torna confiante para tomar consciência dos seus próprios sentimentos e assim representá-los. A construção de uma representação de *self* mais estável e coesa tornou Alice mais segura para enfrentar seus medos e desafios como, por exemplo, arrumar um trabalho como babá.

Período Final (da 26^a a 40^a sessão de psicoterapia)

Tema predominante

Neste período, o discurso sobre o “*quase-namorado*” voltou a ser foco das sessões. Contudo, era possível observar que essa narrativa agora vinha revestida de uma nova forma,

que tornava possível à Alice questionar a imagem idealizada que havia construído em relação a esse rapaz. Assim, a jovem caminhava em direção ao processo de elaboração dessa perda, e conforme isso era possível outro tema começava a ganhar destaque no *setting*: os seus relacionamentos amorosos.

Sintomas e Formas de Manifestação da Depressão

Alice voltou a se sentir deprimida nesse período. Porém, tratava-se de um processo de elaboração da perda que havia vivido. O desenvolvimento e fortalecimento da sua capacidade de mentalização possibilitavam agora recursos para lidar com os seus conflitos e principalmente com o conflito que a conduziu a procurar o atendimento. Neste momento, Alice apresentava sentimentos de culpa por não estar mais sofrendo a morte do “quase-namorado” e por acreditar que dessa forma acabaria esquecendo-o. Contudo, isso não representou um retorno ao quadro depressivo inicial, uma vez que reconhecia a mudança no seu sofrimento (“*É, eu percebo que eu to em outra fase assim, que as coisas mudaram e que isso tem muito a ver com o jeito que eu penso hoje*”).

Percepção do próprio funcionamento mental

Alice revelava uma postura auto-inquisitiva em seu discurso, buscando questionar de forma independente seus estados mentais, não mais necessitando da ajuda da terapeuta. Reconhecia a sua responsabilidade diante do seu sofrimento, não atribuindo-o mais somente aos outros: “*Eu acho que o problema é a minha cabeça mesmo, isso que eu penso, que eu vejo em mim*”. Com isso, Alice apresentava limites mais consistentes entre a sua realidade interna e externa, revelando-se capaz de diferenciar entre um estado subjetivo do seu *self* e de um outro (Fonagy, 2000).

A partir deste momento, sentiu-se segura para questionar a imagem idealizada que havia construído acerca do “quase-namorado” (“*Por que todo mundo fala mal dele menos eu?*”), mostrando-se preparada para reconhecer a realidade sobre esse rapaz. Assim, Alice descobre que: “*Ele matou duas pessoas, foi dois homicídios, três assaltos, lesão corporal e ele atropelou duas pessoas e fugiu sem prestar socorro*”. Diante desta revelação a jovem começou a questionar seus sentimentos em relação ao rapaz: “*Ai, eu acho que agora chega né? Até porque eu cheguei a pensar que não valia a pena mesmo eu estar desse jeito por causa dele*”. A desconstrução do objeto idealizado e a reconstrução de um objeto real tornaram possível à Alice aceitar que o “quase-namorado” não existia mais, que esse relacionamento era impossível, iniciando-se um processo de elaboração do luto: “*eu tenho que continuar porque ele não tá mais aqui e não adianta eu ficar sofrendo por ele*”.

A elaboração desta perda permitiu à Alice dar um significado ao seu sofrimento. A morte do “quase-namorado” representou em sua vida uma perda, situação com a qual nunca soube lidar, mas que teve a oportunidade de aprender. Mencionou que de todas as perdas que teve, essa foi a mais importante, pois lhe deixou o aprendizado de que as pessoas podem ser boas e ruins ao mesmo tempo. Alice entendeu que era possível amar e odiar uma mesma pessoa, sem sentir-se culpada por isso.

Compreensão dos sentimentos e pensamentos das outras pessoas

Neste período, Alice conquista uma compreensão mais ampla acerca dos estados mentais dos outros, pois com a desconstrução do objeto idealizado, passa a viver de forma mais integrada amor e ódio. As intervenções neste momento procuraram auxiliar a adolescente a refletir sobre os sentimentos de amor e ódio também em outros relacionamentos como, por exemplo, com a mãe e as irmãs: “às vezes eu me irrita com elas (...) É, a gente sente aquilo no momento assim, tem vontade de matar, fica super mal, mas depois o amor fala mais alto”. Alice começava a ter consciência de que as pessoas poderiam lhe fazer sofrer ou despertar em si sentimentos desagradáveis, sem que isso representasse rejeição ou ausência total de amor.

Dessa forma, o vínculo com o outro parecia não representar mais uma ameaça, à medida que Alice reconhecia a possibilidade de que as mentes poderiam mudar. Os estados mentais dos outros também não se configuravam mais como incompreensíveis para jovem, que conseguia agora refletir sobre os mesmos e mudar sua percepção em relação às pessoas (“Eu sempre achava que tudo que ela fazia nada era bom pra mim. Até agora assim, eu não vejo mais, eu não consigo perceber, que ela me trata diferente e antes eu achava isso toda a hora”). Assim, era possível afirmar que Alice passava a interpretar a informação interpessoal suficientemente bem, sentindo-se mais segura em seus relacionamentos. De acordo com Fonagy e Bateman (2007), isso se torna possível devido ao desenvolvimento da capacidade de mentalização, que implica um melhor funcionamento autorreflexivo e autorregulatório, promovendo melhores relacionamentos interpessoais. Frente a isso, observou-se uma mudança acerca do tema predominante nas sessões, que passou a ser os relacionamentos amorosos de Alice.

Representação do Self

Alice mostrava-se uma pessoa mais madura, mais segura de si e dos seus desejos. Abandonava aquela imagem infantil que antes apresentava e começava a construir o seu lugar no mundo e reconhecer a sua autonomia diante dele: “Eu to feliz em saber que eu consigo enfrentar os meus medos”. Diante disso decidiu participar de um processo de seleção para

uma vaga de atendente em uma loja da sua cidade, ficando entre os seis selecionados, dos 60 inscritos. Frente a essa conquista expressou: “*Ai eu fiquei muito feliz, me senti bem comigo mesma sabe?*”. Mesmo estando apreensiva em ter que enfrentar uma nova situação, Alice mostrava-se confiante: “*Eu sei que quando eu tenho que fazer as coisas eu faço, e por mais que eu tenha vergonha eu sei que eu sei fazer, que eu consigo*”. A jovem passava a se perceber como capaz, determinada e corajosa, imagem totalmente contrária àquela percebida no início do tratamento.

Alice também construiu novas representações acerca da família, que passava a ser vista como unida, com pessoas que se ajudavam e que se preocupavam umas com as outras: “*nós estamos unidos (...) eu agradeço pela família que eu nasci*”. Experimentava a sensação de se sentir amada e cuidada pelas figuras parentais, revelando não ter mais uma percepção inadequada do vínculo parental, aspecto esse associado à problemática da depressão na adolescência, conforme a literatura revisada. Entretanto, Alice continuava necessitando da psicoterapia e sua continuidade foi garantida à paciente.

A reavaliação após os seis meses de psicoterapia: Conhecendo o novo mundo de Alice

Tabela 2. Síntese da avaliação pré e pós-psicoterapia

Instrumentos	Antes	Depois
CDI	32 pontos	17 pontos
CHECKLIST		
Categorias		
Percepção dos sentimentos e pensamentos dos outros	Pobre	Muito alta
Percepção do próprio funcionamento mental	Pobre	Muito alta
Representação do <i>self</i>	Moderada	Muito alta
Valores e atitudes gerais	Pobre	Muito alta
Global	Pobre	Muito alta

Conforme mostra a tabela, Alice apresentou uma melhora significativa dos sintomas depressivos em comparação ao início do tratamento. Em relação à avaliação clínica da

mentalização (Fonagy & Bateman, 2006), pode-se observar que houve uma mudança significativa após a realização do atendimento psicoterápico.

Analisando de forma individual cada categoria é possível destacar no que se refere à Percepção em relação aos sentimentos e pensamentos dos outros que Alice começou a evidenciar o desejo de compreender e refletir sobre os outros, além de um interesse genuíno nos pensamentos e sentimentos de outras pessoas: *“Antes assim eu achava que era porque ela não gostava de mim... mas assim, pensando agora, eu acho que é por causa daquela história que ela teve com a minha vó que ela falou pra todo mundo que achava que eu não era filha do pai (...)”*. Alice conseguiu, também, aceitar a ausência, por longo tempo, do amor materno à medida que compreendeu os estados mentais da mãe (perdão): *“Eu acho que marcou bastante ela de um jeito muito ruim assim... eu acho que ela sofreu demais com tudo isso (...). Hoje assim eu entendo melhor tudo isso que ela passou”*. A jovem também começou a reconhecer que os sentimentos das pessoas poderiam ser confusos: *“É que a mãe, ela é contraditória”*.

Sobre a Percepção do próprio funcionamento mental, revelou ter assumido uma “postura auto-inquisitiva”: *“Ai eu fiquei triste assim porque eu queria tá perto deles, mas depois eu me acalmava”*. Em relação ao tema Representação do self e Valores e atitudes gerais, Alice demonstrou, respectivamente, ter uma “vida interna rica”: *“Eu fui pensando, pensando e acabei vendo que era esse o problema”*, e uma atitude mais equilibrada acerca das afirmações sobre os estados mentais dos outros (*“Eu não sei o que a minha mãe tinha que parecia que ela não podia me vê feliz”*). Assim, nos quatro temas para avaliação da mentalização houve uma melhora significativa, sinalizando o benefício da intervenção psicoterápica, não só para a capacidade de mentalização mas também para a redução dos sintomas depressivos (Fonagy & Bateman, 2006).

Fazendo uma análise geral do caso e dos resultados apresentados aqui é possível inferir que a queixa depressiva manifestada por Alice estava relacionada à precariedade do vínculo estabelecido com a figura materna. A depressão da jovem refletia a ausência de cuidado e amor materno, o que vem ao encontro da ideia defendida pela literatura revisada de que a percepção pobre e inadequada dos cuidados maternos está relacionada ao desenvolvimento de depressão na adolescência (Baptista & Baptista, 2004; Du Bois, 2007; Essau, 2004; Greszta, 2006; Ramires e Schneider, 2007; Rey, 1995).

Acredita-se que essa fragilidade no vínculo entre mãe e filha ocorreu devido à impossibilidade de Lolly se identificar com Alice, quando essa ainda era bebê, refletindo à ela uma imagem frágil e vacilante. Isto pode ter ocorrido devido à situação traumática que Lolly

vivenciou na gestação de Alice que, segundo Fonagy e Bateman (2003), pode prejudicar o estabelecimento de um vínculo de apego seguro com a criança e o desempenho da função reflexiva, base para o desenvolvimento de *self* e da capacidade de mentalização.

O fato de não ter experienciado a si mesma na mente da mãe quando não tinha recursos para significar os seus estados mentais, comprometeu o desenvolvimento da capacidade de mentalização de Alice, promovendo a construção de modelos representacionais internos distorcidos. No início do tratamento, Alice apresentava um funcionamento mental muito precário, marcado principalmente por uma incapacidade de identificar e refletir sobre os seus estados mentais, bem como sobre os dos outros. Isto de certa forma contribuía para que ela construísse uma auto-imagem negativa, para que se sentisse sempre ameaçada ou rejeitada pelos outros, alimentando ainda mais a sua tendência ao isolamento e sua dificuldade em operar no mundo interpessoal, especificidades essas descritas por Bahls e Bahls (2002) como características da sintomatologia depressiva na adolescência.

Diante destas considerações, é possível deduzir que existe uma relação entre a capacidade de mentalização e a sintomatologia depressiva na adolescência, uma vez que o prejuízo nesta capacidade parece interferir diretamente na autoestima, autoconfiança e nos relacionamentos interpessoais do sujeito. Além disso, esta hipótese pode ser sustentada também pelos resultados finais desta pesquisa, que revelaram a redução dos sintomas depressivos de Alice mediante o desenvolvimento da abordagem psicoterápica baseada na mentalização. Assim, pôde-se observar que, na medida em que se tornava possível à adolescente reconhecer e nomear os seus estados mentais, mais estáveis se tornavam as suas representações internas e mais apta ela se mostrava para interpretar os sentimentos e pensamentos dos outros de uma forma que mantivesse o seu equilíbrio interno e se sentisse segura em seu contexto interpessoal.

Considerações Finais

Com base nos objetivos deste estudo, assinala-se que o processo terapêutico baseado no desenvolvimento da capacidade de mentalização contribuiu para a redução dos sintomas depressivos que Alice apresentava no início do tratamento. Isto pôde ser comprovado através da segunda aplicação do CDI, que apontou uma melhora dos sintomas depressivos. A análise do conteúdo das sessões também evidenciou que Alice conseguiu ampliar sua compreensão de conflitos importantes como o relacionamento com a mãe e o sofrimento pela perda do “*quase-namorado*”. Contudo, isso não implica dizer que todas as suas dificuldades foram superadas, mas sim que foi possível fortalecer a coesão e integração do seu *self*.

O prejuízo na capacidade de mentalização que Alice apresentava no início do tratamento direcionou o trabalho analítico no sentido de resgatar a capacidade da jovem de pensar sobre os seus próprios estados mentais, reconhecendo-os como seus e diferenciando-os da realidade em si. Para tal fim, o ambiente terapêutico seguro e acolhedor tornou possível resgatar a função reflexiva numa nova relação de apego-cuidado (relação terapêutica). Dessa forma, Alice sentiu-se segura para dar voz às suas angústias e conflitos, sentindo-se confiante para tomar consciência dos mesmos e assim representá-los. Os resultados em termos de mudança da capacidade de mentalização foram significativos, confirmando as hipóteses deste estudo de que essa capacidade pode se encontrar prejudicada na psicopatologia depressiva na adolescência e de que é possível desenvolvê-la e fortalecê-la no curso do tratamento psicoterápico.

Estas considerações tornam possível pensar que há uma relação entre o desenvolvimento da depressão na adolescência e a ausência da capacidade de mentalização, fruto de falhas nas relações afetivas primárias entre a criança e o seu cuidador. Contudo, salienta-se o fato dessas conclusões estarem baseadas na análise de um único caso, sendo necessário o desenvolvimento de mais estudos que investiguem as relações entre a capacidade de mentalização e a depressão na adolescência. Deve-se registrar, ainda, que a análise realizada do caso, de acordo com o recorte estabelecido para esse estudo, não esgota a sua complexidade e os inúmeros aspectos que poderiam ser abordados e discutidos.

Referências Bibliográficas

- Allen, J. G. & Fonagy, P. (2006). *The Handbook of Mentalization Based Treatment*. Publisher: John Wiley & Sons.
- Bahls, S. C., & Bahls, F. R. C. (2002). Depressão na adolescência: Características clínicas. *Interação em Psicologia*, 6 (1), 49-57.
- Bahls, S. C. (2003). Uma revisão sobre a terapia cognitivo-comportamental da depressão na infância e na adolescência. *Psicologia Argumento*, 21, 47-53.
- Bahls, S. C. & Bahls, F. R. C. (2003). Psicoterapias da depressão na infância e na adolescência. *Estudos de Psicologia*, 20, 25-34.
- Baptista, M., & Oliveira A. (2004). Sintomatologia de depressão e suporte familiar em adolescentes: Um estudo de correlação. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, 14(3), 58-67.
- Bateman, A. & Fonagy, P. (2004). *Psychotherapy of Borderline Personality Disorder: mentalisation-based treatment*. Oxford: Oxford University Press.

- Bateman, A. & Fonagy, P. (2006). *Mentalization-based Treatment for Borderline Personality Disorder: A Practical Guide*. Oxford: Oxford University Press.
- Capitão, C. G. (2007). Depressão e suicídio na infância e adolescência. *Psicopedagogia online*, 1. Disponível em: www.adolescenza.org/capitao.pdf
- D'Acremont, M. & Van der Linden, M. (2007). How is impulsivity related to depression in adolescence? Evidence from a French validation of the cognitive emotion regulation questionnaire. *Journal of Adolescence*, 30(2): 271-282.
- Diamond, G.; Reis, B. F.; Diamond, G. M.; Siqueland, L. & Isaacs, L. (2002). Attachment-based family therapy for depressed adolescents: a treatment development study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41(10): 1190-1196.
- Diamond, G.; Siqueland, L. & Diamond, G. M. (2003). Attachment-based family therapy for depressed adolescents: programmatic treatment development. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 6(2): 107-27.
- Dopfner, M. & Lehmkuhl, G. (2002). Die Wirksamkeit von Kindern – und Jugendlichenpsychotherapie. *Psychologische Rundschau*, 4, 184-193.
- Du Bois, R. (2007). Emotional deprivation and narcissistic regulation – development and treatment of depressive crises in children and adolescents. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 56(3), 206-223.
- Fonagy, P. (1999). Peristencias transgeracionales del apego: uma nueva teoria. *Aperturas Psicoanalíticas*, 23. Disponível em <http://www.aperturas.org/23fonagy.html>. (Acesso em 10/08/09).
- Fonagy, P. (2000). Apegos patológicos y acción terapéutica. *Aperturas Psicoanalíticas*, 4. Disponível em <http://www.aperturas.org/4fonagy.html>. (Acesso em 10/08/09).
- Fonagy, P. & Bateman, A. W. (2003). The development of an attachment-based treatment program for *borderline* personality disorder. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 67(3), 187-211.
- Fonagy, P. & Bateman, A. W. (2006). Mechanisms of change in mentalization-based treatment of BPD. *Journal of Clinical Psychology*, 62, 411-430.
- Fonagy, P. & Bateman, A. W. (2007). Mentalizing and *borderline* personality disorder. *Journal of Mental Health*, 16(1): 83 – 101.
- Fonagy, P., Target, M., Cottrell, D., Phillips, I. & Kurtz, Z. (2002). *What works for whom? A critical review of treatments for children and adolescents*. New York: The Guilford Press.

- González, L. B. & Méndez, L. T. (2006). Relación entre autoestima, depresión y apego em adolescentes urbanos de La Comuna de Concepción, Chile. *Terapia Psicológica*, 24(1): 5-14.
- Greszta, E. (2006). Family environment risk factors of depression in adolescence. *Psychiatria Polska*, 40(4): 719-730.
- Jeammet, P. & Corcos, M. (2005). *Novas problemáticas da adolescência: evolução e manejo da dependência*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Kovacs, M. (1983). *The Children's Depression Inventory: A self-rated depression scale for school age youngsters*. Pittsburg, PA: University of Pittsburgh, School of Medicine.
- Kovacs, M. (1985). The Children's Depression Inventory (CDI). *Psychopharmacology Bulletin*, 21(4), 995-998.
- Kovacs, M. (1992). *Children's Depression Inventory Manual*. Los Angeles: Western Psychological Services.
- Kovacs, M. (2003). *Children's Depression Inventory (CDI): Technical Manual Update*. Toronto: Multhi-Health Systems Inc.
- Levisky, D. L. (2002). Depressões narcísicas na adolescência e o impacto da cultura. *Psychê*, VI (10), 125-136.
- Lima, D. (2004). Depressão e doença bipolar na infância e adolescência. *Jornal de Pediatria*, 80(2).
- Ramires, V. R. R. & Benetti, S. P. C. (2008). Pesquisa-Intervenção na Área da Clínica Psicológica da Infância e da Adolescência. In: Lucia Rabello de Castro & Vera Lopes Besset. *Pesquisa intervenção na infância e juventude*. Rio de Janeiro: Nau, 587-613.
- Rey, J. M. (1995). Perceptions of poor maternal care are associated with adolescent depression. *Journal of Affective Disorders*, 34(2): 95-100.
- Schneider, A. C. N. & Ramires, V. R. R. (2007). Vínculo parental e rede de apoio social: relação com a sintomatologia depressiva na adolescência. *Aletheia*, n.26, p. 95-108.
- Seiffge-Krenke, I. (2007). Depression in children and adolescents: prevalence, diagnosis, etiology, gender differences and therapeutic approaches. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 56(3): 185-205.
- Versiani, M., Reis, R., & Figueira, I. (2000). Diagnóstico do transtorno depressivo na infância e adolescência. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 10(12), 367-382.
- Wathier, J. L., Dell'aglio, D. D. & Bandeira, D. R. (2008). Análise fatorial do inventário de depressão infantil (CDI) em amostra de jovens brasileiros. *Avaliação Psicológica*, 7(1), 75-84.

Weissman, M. M. (2007). Recent non-medication trials of interpersonal psychotherapy for depression. *International Journal of Neuropsychopharmacology*, 1, 117-122.

Yin, R. (2005). *Estudo de caso. Planejamento e métodos* (3ª edição). Porto Alegre: Bookman.

Seção 3 – O uso da escrita na psicoterapia baseada na mentalização para o tratamento da depressão na adolescência

O fenômeno depressivo, reconhecido como uma psicopatologia presente na adolescência e na infância somente a partir de 1975, tem sido apontado atualmente como uma das problemáticas mais comuns em adolescentes (Monteiro & Lage, 2007). Diante deste quadro, vários estudos têm se dedicado a investigar as causas e os fatores de risco para o desenvolvimento desta psicopatologia numa das fases mais importantes do ciclo vital, responsável pela reconstrução de uma nova identidade (Avancini, Assis & Oliveira, 2008; Baptista, Baptista & Dias, 2001; Crivelatti, Durman & Hofstatter, 2006; Hutz & Bardagir, 2006; Reppold & Hutz, 2003; Schneider & Ramires, 2007). Estes estudos têm revelado, como principais elementos propulsores desta problemática, fatores familiares como conflitos, estilo e vinculação parental.

Entretanto, por outro lado, observa-se a escassez de pesquisas que abordam formas de intervenção e prevenção da sintomatologia depressiva na adolescência, principalmente de cunho psicanalítico (Benetti, Ramires, Schneider, Rodrigues & Tremarin, 2007), evidenciando a necessidade de estudos clínicos que contemplem trabalhos de intervenção e avaliação de programas. Complementarmente, Bahls e Bahls (2003) destacam que ainda não há um método psicoterápico específico para tratar adolescentes com depressão.

Sendo assim, este estudo buscou analisar o uso do dispositivo da escrita na psicoterapia baseada na mentalização para o tratamento de adolescentes com depressão. Esta proposta foi baseada nos estudos que Castelli (2007, 2008, 2009, 2010) vem desenvolvendo acerca da utilização da escrita como elemento complementar à abordagem psicoterápica proposta por Fonagy e seus colaboradores (Allen & Fonagy, 2006; Bateman & Fonagy, 2004, 2006; Fonagy, 1999, 2000; Fonagy & Bateman, 2003, 2006, 2007). Além disso, partiu-se da premissa que a utilização da escrita, enquanto recurso terapêutico, pode tornar a psicoterapia baseada na mentalização mais específica à fase da adolescência. Segundo Gonzáles (2009), a escrita cumpre a função de objeto transicional, amenizando as sensações de perda características deste período.

A seguir, apresenta-se uma breve explanação acerca dos conceitos de mentalização e função reflexiva, bem como da proposta da psicoterapia baseada na mentalização. Posteriormente, discutem-se as ideias de Castelli (2007, 2008, 2009, 2010) acerca da utilização da escrita na psicoterapia. Realizou-se um Estudo de Caso Único, com uma adolescente com depressão, cujo método e resultados são apresentados e discutidos na

sequência.

A função reflexiva, a capacidade de mentalização e a Psicoterapia baseada na mentalização

A capacidade de mentalização e a função reflexiva são consideradas fundamentais para a organização do *self* e para a regulação emocional, tendo origem nos relacionamentos sociais primitivos da criança (Allen & Fonagy, 2006; Bateman & Fonagy, 2004, 2006; Fonagy & Bateman, 2003). A função reflexiva, segundo Fonagy (1999), diz respeito à capacidade do cuidador de dar suporte ao estado mental da criança, quando a mesma ainda não tem recursos para representar os seus próprios sentimentos. Essa função só se desenvolve em um contexto de apego seguro, no qual a criança vai construindo significados para o seu mundo interno, compreendendo o que são as suas emoções e assim criando uma auto-imagem. Nessas condições, a criança consegue internalizar representações de *self* coerentes e integradas.

Quando os cuidadores primários não conseguem desempenhar a função reflexiva, Fonagy e Bateman (2003) destacam que haverá a tendência de estabelecer uma estrutura narcisista e de falso *self*, pois existirá um abismo psíquico entre as emoções e suas representações mentais, conduzindo o sujeito à construção de modelos representacionais internos distorcidos. Diante disto, haverá dificuldades para o reconhecimento e compreensão dos seus estados mentais, comprometendo o desenvolvimento da capacidade de mentalização, descrita por Fonagy e Bateman (2003) como a capacidade de representar pensamentos e sentimentos não só em relação a si mesmo, mas também em relação aos outros, possibilitando um sentimento de segurança nos relacionamentos interpessoais, mantendo coesa a estrutura do *self*.

A capacidade de mentalização tem sido estudada com pacientes diagnosticados com Transtorno de Personalidade *Borderline* (Allen & Fonagy, 2006; Bateman & Fonagy, 2004, 2006; Fonagy, 1999, 2000; Fonagy & Bateman, 2003, 2006, 2007). Segundo Fonagy e Bateman (2003), a personalidade *borderline* é marcada por uma instabilidade na estrutura do *self*, provocada por padrões de apego inseguro que inibem o funcionamento dessa capacidade. Esses autores consideram que o tratamento psicoterápico destinado a esses pacientes deve, antes de tudo, promover a mentalização no contexto de uma relação de apego seguro entre paciente e terapeuta.

Os adolescentes depressivos, conforme a literatura aponta, apresentam um vínculo precário com as suas figuras de apego (Burbach; Kashani & Rosenberg 1989; Cawthorpe,

West & Wilkes, 2004; Cooper, Shaver & Collins, 1998; Ingram & Ritter, 2000; Irons & Gilbert, 2005; Liu, 2006; Merlo & Lakey, 2007; Rosenstein & Horowitz, 1993). Tais vínculos levam à construção de modelos representacionais internos distorcidos, que interferem de forma negativa na autoestima, autoconfiança e nos relacionamentos interpessoais desses sujeitos (Capitão, 2007). Com base nestas constatações, partiu-se da premissa, neste estudo, de que estes adolescentes podem se beneficiar da psicoterapia baseada na mentalização e do recurso do dispositivo da escrita nessa abordagem.

A psicoterapia baseada na mentalização e o dispositivo da escrita

A psicoterapia baseada na mentalização busca o desenvolvimento de representações internas estáveis a fim de que seja possível estabilizar a estrutura do *self*, auxiliar o paciente a reconhecer e expressar de forma apropriada os seus estados mentais e capacitá-lo a estabelecer relacionamentos mais seguros, nos quais as motivações do *self* e do outro sejam melhores compreendidas (Allen & Fonagy, 2006; Bateman & Fonagy, 2004, 2006; Fonagy, 1999, 2000; Fonagy & Bateman, 2003). Neste sentido, a psicoterapia terá como principal tarefa, segundo Fonagy e Bateman (2003), auxiliar o paciente a preencher a lacuna existente entre suas experiências afetivas primárias e suas representações simbólicas, gerada pela falha na sua capacidade de mentalizar. Para isso, o terapeuta deve ajudar o paciente a compreender e nomear os seus estados mentais, mantendo uma proximidade mental, que implica a utilização de intervenções contingentes e discriminatórias (Bateman & Fonagy, 2004, 2006; Fonagy & Bateman, 2003).

Castelli (2007, 2008, 2009, 2010) se alinha às contribuições de Fonagy e colaboradores, considerando a capacidade de mentalização como uma forma sofisticada de regulação emocional, que implica que os afetos sejam vivenciados através da lente da autorreflexividade. Dessa forma, quanto maior a familiaridade do sujeito com a sua própria experiência subjetiva, mais eficaz poderá ser a sua regulação emocional. Esse autor vem desenvolvendo a proposta da escrita enquanto recurso terapêutico possível de ser utilizado em psicoterapia, considerando-o como um complemento à proposta de Fonagy acerca da mentalização.

A fim de justificar sua proposta, Castelli (2009) se detém em analisar a mentalização dos afetos que engloba três momentos: a identificação, a modulação e a expressão. A identificação consiste na capacidade de nomear o afeto que se experimenta. A modulação implica uma reavaliação dos afetos, com a reinterpretação dos seus sentidos, possibilitando uma melhor compreensão da própria experiência afetiva. Assim, para que o sujeito consiga

expressar os seus afetos é preciso que consiga nomeá-los e para que tenha êxito no domínio interpessoal é preciso que os module.

De acordo com Fonagy, Gergely, Jurist e Target (2002) a expressão do afeto pode se dar tanto em nível interno quanto externo. Entretanto, Castelli (2009) propõe a inclusão de um terceiro espaço, intermediário, localizado entre a expressão puramente interna e a que se dirige ao outro. Este espaço é definido pela escrita, quando o paciente escreve sobre seus processos internos, dando expressão verbal para as emoções, mas sem que isso atinja o outro ou incida sobre si próprio. A escrita integra o modo de expressão interno e externo, pois permite ao sujeito expressar para si mesmo (interno) seus afetos sem permanecer no espaço mental uma vez que se utiliza do papel (externo).

O ato da escrita, segundo Castelli (2008), produz uma mudança de formato nos conteúdos mentais, pois o sujeito, ao colocar seus sentimentos e pensamentos por escrito, dá um novo sentido e significado a eles, delimitando unidades diferenciadas, transformando as imagens em palavras e contribuindo para a organização de um *self* coeso. No processo de escrita, segundo Castelli, o pensamento global se diferencia dos diversos componentes que o integram, favorecendo assim uma melhor reflexão, apreensão de diferenças e captação de ligações entre diferentes pensamentos.

Em função disto, Castelli (2007, 2008, 2009, 2010) postula que a escrita pode ser utilizada como instrumento terapêutico que incrementa e facilita o desenvolvimento da capacidade de mentalização. Ao promover a expressão, o esclarecimento e modulação dos afetos, a escrita possibilita autorreflexão e regulação emocional, aumentando os recursos do paciente para detectar e diferenciar emoções, promovendo a possibilidade de pensar sobre a experiência interna. Desta forma o sujeito torna-se realmente autor da sua história, capaz de gerenciar sua vida emocional, entendendo e modificando sua conduta interpessoal.

Considerando-se as peculiaridades da adolescência e as particularidades do processo terapêutico com essa população, partiu-se do pressuposto de que a escrita poderia ser um recurso terapêutico complementar, visando a tornar a psicoterapia mais própria a essa etapa e também no sentido de enriquecê-la, sem perder o foco da depressão. Lima (2006) compreende a escrita na adolescência como um instrumento que facilita a expressão das transformações deste período e que também atua como suporte no enfrentamento das mesmas, tornando-se um espaço alternativo para que o adolescente reconstrua suas identificações. A autora ainda destaca a relação entre o brincar na infância e a escrita na adolescência, uma vez que ambas as atividades se caracterizam como formas simbólicas de vivenciar e elaborar o sofrimento psíquico.

Nesta mesma direção, Gonzáles (2009) pontua que adolescentes com desordens narcisistas podem ser beneficiados com a escrita, uma vez que esse instrumento pode ajudá-lo a reinvestir num mundo psíquico que até então se apresentou como falho. Isto se dá pela via que emerge com a escrita, de tornar o pensamento possível de ser pensado, de tornar possível a representação dos afetos e, conseqüentemente, a regulação dos mesmos. Entretanto, Gonzáles não entende que a escrita é por si só terapêutica, mas que pode chegar a ser no contexto de um vínculo terapêutico seguro. Para a autora, a escrita, seja qual for sua forma, não cura. Ela pode fazer emergir o conflito e facilitar a sua comunicação, mas para que seja terapêutica é preciso estar direcionada a alguém.

Vindo ao encontro das considerações feitas por Gonzáles, Castelli (2008) propõe que a escrita seja trazida para o *setting* terapêutico, colocando em jogo outro processo denominado por ele de releitura. Este processo aumenta ainda mais a distância entre o *self* que observa/reflete e o *self* que experimenta, pois permite explorar e ver, como em um espelho, aspectos que foram registrados e que durante a escrita não foram possíveis de serem observados. Através da releitura, torna-se possível ao paciente refletir sobre o significado daquilo que foi escrito, tornando conscientes seqüências significativas, redundâncias, conexões e mais do que isso, servindo como testemunho da evolução e das transformações do paciente. Sendo assim, o objetivo deste estudo foi explorar os benefícios da utilização da escrita na psicoterapia baseada na mentalização de uma adolescente com sintomas de depressão.

Método

Realizou-se um estudo qualitativo-exploratório, que adotou o procedimento de Estudo de Caso Único (Yin, 2005). Participou deste estudo uma adolescente que completou 18 anos no decorrer do processo psicoterápico, que apresentava sintomas de depressão e que havia procurado atendimento no Serviço de Psicologia de uma universidade no interior do Rio Grande do Sul. Esta adolescente foi atendida neste Serviço, após avaliação para início da psicoterapia.

Todos os cuidados éticos foram respeitados, priorizando-se o bem-estar da adolescente participante. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da universidade a qual se vinculam as pesquisadoras e com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido garantiu-se à adolescente o direito de interromper a sua participação a qualquer momento e também de outros encaminhamentos, se necessário.

Procedimentos de Coleta de Dados

Inicialmente, foram utilizados os seguintes instrumentos de avaliação:

Children's Depression Inventory (CDI) – para avaliar sintomas depressivos em crianças e adolescentes, o CDI vem sendo utilizado tanto no âmbito da clínica como no da pesquisa (Wathier, Dell'Aglio & Bandeira, 2008). Foi criado por Kovacs (1983, 1985, 1992, 2003), partindo de uma adaptação do *Beck Depression Inventory* (BDI). Seu objetivo é verificar a presença e a severidade de sintomas de depressão em crianças e adolescentes de sete a 17 anos, a partir do seu autorrelato (Anexo C). Foi utilizado para confirmar os indicadores de depressão.

Entrevista estruturada para avaliação clínica dos indicadores da capacidade de mentalização – Bateman e Fonagy (2006) postulam que a avaliação clínica da mentalização pode estar baseada em métodos estruturados e não-estruturados. Como a mentalização é específica dos contextos interpessoais, os autores assinalam que sua avaliação deve ter lugar durante discussões relacionadas à maneira como o paciente pensa sobre seus relacionamentos interpessoais. Neste estudo, utilizou-se uma entrevista estruturada para levantamento da história de vida da paciente, inspirada nas questões da *Adult Attachment Interview* (Anexo D), a qual foi gravada em áudio e posteriormente transcrita para a aplicação do *Checklist* desenvolvido por Bateman e Fonagy para Avaliação Clínica da Mentalização (Anexo E), que avalia quatro temas: “percepção do próprio funcionamento mental”, “percepção dos sentimentos e pensamentos dos outros”, “representação do *self*” e “valores e atitudes gerais”.

Escrita Expressiva e Cartas Para Não Enviar – após a realização da entrevista para avaliação da capacidade de mentalização, foram propostas estas duas modalidades de escrita (Castelli, 2009) à adolescente, enquanto instrumentos complementares para avaliação da capacidade de mentalização. A Escrita Expressiva, segundo Castelli, consiste em escrever uma situação problema, de forma espontânea, caracterizando os sentimentos e pensamentos despertados por esta situação. Já as Cartas Para Não Enviar se referem a uma modalidade de escrita que consiste essencialmente em sugerir ao paciente que escreva uma carta à pessoa que está implicada na situação problema e que por algum motivo não pode expressar isso a ela. Mediante a proposição destas duas modalidades de escrita, a adolescente optou por uma delas.

Esses instrumentos foram utilizados em dois momentos: antes do início da psicoterapia, e após os seis primeiros meses de atendimento, com o objetivo de avaliar se houve alteração na capacidade de mentalização da paciente. Na avaliação inicial, comprovada a presença de sintomas depressivos e constatada a necessidade de psicoterapia, bem como o interesse do adolescente pela mesma, o tratamento foi iniciado. Foi realizado seguindo as

técnicas propostas para a psicoterapia baseada na mentalização, incluindo o recurso da escrita, conforme descrito por Castelli. Nesse sentido, foi utilizado o dispositivo Diário de Autoexploração (Castelli, 2007), tendo sido disponibilizado um caderno à adolescente no início da psicoterapia, a fim de que pudesse desenvolver um diário pessoal ou de autoexploração. Segundo o autor, neste diário, o paciente pode escrever entre uma sessão e outra sobre algum tema significativo que tenha surgido ou sobre seus próprios pensamentos e sentimentos. Posteriormente, este material é levado para as sessões e trabalhado com o psicoterapeuta. O recurso do Diário de Autoexploração foi disponibilizado à adolescente de forma opcional. Quando utilizado, foi analisado com base nas categorias propostas para identificação da capacidade de mentalização (Bateman & Fonagy, 2006).

Procedimento de Análise dos Dados

Os dados obtidos através do CDI e do *Checklist* foram analisados conforme os critérios de avaliação dos mesmos. O material escrito produzido pela paciente era lido pela mesma em sessão e gravado em áudio, sendo posteriormente transcrito. Foi analisado em relação à capacidade de mentalização, levando em conta as seguintes categorias: “compreensão dos sentimentos e pensamentos de outras pessoas”, “percepção do próprio funcionamento mental” e “representação do *self*”.

Resultados e Discussão

Caso Clínico – *O mundo de Alice através das palavras...*

Alice era uma jovem de 18 anos que buscou atendimento devido à morte de um rapaz com quem se relacionou brevemente. Após este acontecimento, a jovem relatou ter se deprimido de tal modo que não tinha mais vontade de sair de casa e nem de se arrumar. Passava os dias chorando e lembrando os poucos momentos que passou ao lado dele. Quando Alice procurou psicoterapia já fazia 10 meses da sua morte. Neste momento, apresentou um escore de 32 pontos no CDI, indicativo de depressão.

O desânimo de Alice frente à vida era expresso por seu olhar apático e sua fala quase sem força. Fala que tornava a morte um tema constante nas sessões. Aos poucos, esse “sofrimento-morte” que Alice carregava consigo começou a ganhar nomeações: primeiramente se referia à morte do rapaz com quem pouco se relacionou; depois, começou a fazer menção a uma ausência e rejeição materna, que aos poucos foi revelando o sentimento de inferioridade, com o qual Alice se vestia.

A mãe de Alice teve o início da sua maternidade marcada pela morte de um filho durante o parto, primeiro e único filho homem. Após, teve três filhas mulheres, sendo Alice a do meio. A gestação de Alice foi muito conturbada, pois a mãe foi acusada de ter traído o marido e de carregar em seu ventre o filho de outro homem. Contudo, segundo Alice, ela nasceu a cara do pai, para terminar de vez com a desconfiança e os comentários maldosos da família paterna.

Alice dizia ter uma relação péssima com a mãe, marcada por brigas freqüentes. Seus relacionamentos interpessoais eram marcados por mentiras, desconfianças e frustrações. Isto se refletia na sua dificuldade em construir e manter vínculos íntimos e duradouros. As suas amizades eram superficiais. Alice carregava sempre a sensação de não se sentir amada e querida, o que também se fazia presente nas suas relações familiares. Além disso, apresentava uma autoimagem muito negativa, baixa autoestima e falta de autoconfiança.

Alice não conseguia compreender todos esses sentimentos e pensamentos que rodeavam a sua mente. Sofria pela impossibilidade de torná-los mais claros, mais acessíveis e menos perigosos. Esta impossibilidade fazia com que a jovem se sentisse incapaz, impotente.

Os resultados obtidos na primeira aplicação do *Checklist* para Avaliação Clínica da Mentalização revelaram significativas limitações na sua capacidade de mentalização, principalmente no que tange à percepção do próprio funcionamento mental e também à percepção dos sentimentos e pensamentos de outras pessoas. Os quatro temas avaliados (“percepção dos sentimentos e pensamentos dos outros”, “percepção do próprio funcionamento mental”, “representação do *self*” e “valores e atitudes gerais”) apontaram, respectivamente, para as seguintes categorias: pobre, pobre, moderada e pobre, correspondendo à pontuação global pobre acerca da capacidade de mentalizar.

Estes achados foram corroborados pela carta que Alice escreveu no início do atendimento (Anexo F) e que serviu como um instrumento adicional para a avaliação da capacidade de mentalização. A jovem optou por escrever uma carta à mãe e também partiu dela a escolha do momento de levar esse escrito para sessão e compartilhá-lo com a terapeuta. O conteúdo da carta escrita pela adolescente revelava o seu amor pela mãe e o sofrimento e ódio por não se sentir amada por ela. Em vários momentos da carta questionou a mãe pelo fato de não ser carinhosa, de apenas abraçá-la quando a via chorando e de culpá-la sempre que algo de errado acontecia. A jovem demonstrava uma falta de compreensão acerca dos estados mentais da mãe, o que fazia com que considerasse qualquer atitude vinda dela como uma ameaça.

A escrita desta carta marcou um momento muito importante para a psicoterapia, pois através da sua leitura no *setting*, Alice parecia pela primeira vez estar reconhecendo esse sofrimento, acerca da ausência do amor materno. Esta percepção torna-se clara no relato da jovem a respeito dos seus sentimentos quando leu a carta para a terapeuta: *“Foi diferente... parece que foi mais... mais... triste assim, porque daí eu vi tudo o que eu escrevi. Parece que lendo e ouvindo o que eu escrevi eu senti tudo junto assim sabe? Porque daí eu escrevi e eu senti... ai, eu não sei explicar direito”*.

O uso da escrita no processo terapêutico de Alice

A proposta de que Alice tivesse um caderno, onde pudesse escrever sobre seus sentimentos e pensamentos, de forma livre e espontânea, compartilhando com a terapeuta quando achasse necessário, foi muito bem aceita pela paciente. A jovem cultivava havia oito anos o gosto pela escrita. Sempre teve o hábito de escrever em agenda sobre o seu dia-a-dia ou sobre as coisas importantes que aconteciam na sua vida.

Alice foi atendida em psicoterapia pelo período de seis meses, duas vezes por semana. Durante esse período, compartilhou seus escritos com a terapeuta, tornando-os, muitas vezes, ponto de partida das sessões. Durante os seis meses de atendimento, Alice produziu dez escritos (Anexo G), que contemplaram as principais questões trabalhadas em sessão e que revelaram gradativamente as mudanças e melhoras que a jovem vivenciou. Trechos desses escritos são apresentados, conforme foram trazidos nas sessões.

Sessão 8 – A morte

“Eu queria que a morte fosse apenas mais um sonho,

Para amenizar o meu sofrimento

E deixar o meu rosto menos tristonho.

A morte é uma passagem que todos iremos passar,

E que Deus me dê coragem para poder superar.

Não queria que a morte existisse,

Mas o que posso fazer?

Ela já existe, e tento compreender.

Não queria o fim da vida,

Mas um dia irá chegar.

Queria outra saída, mas só me resta esperar.

E agora a morte chega, levando partes de mim,

Deixando um vazio infinito, um sofrimento sem fim”.

“(...) Eu até gostaria de fazer alguma coisa, mas eu não sei explicar. Não é que eu não queira, mas me falta vontade...não é bem essa a palavra...”

A poesia que Alice escreveu e que intitulou como “*Morte*” revelava o seu sofrimento diante da perda e a sua impossibilidade de lidar com a mesma. Morte era o nome do sofrimento de Alice, era o sentimento que tinha frente ao olhar materno de alguém que não reagia ao seu sofrimento. Assim parecia caracterizar-se a depressão de Alice, uma depressão causada pela ausência do olhar, do desejo materno, que acabou lançando-a em um estado de “quase-morte”, de onde expressava não conseguir sair.

O sentimento de impotência fica claro nas palavras escritas por Alice, revelando assim a posição que assumia diante da vida. No seu caso, a experiência de impotência estava relacionada aos encontros perturbadores com o outro, ou melhor, com a mãe. Era uma impotência vivida em relação à incapacidade de compreender o outro, que, segundo Vanheule (2008), pode ser vista como um problema a nível de mentalização, impedindo-a de refletir sobre as ações do outro de modo flexível e adaptativo.

Assim, esta primeira escrita de Alice pode ser vista, conforme Castelli (2008), como uma espécie de registro de sentimentos e pensamentos que parece tê-la ajudado a dar vazão, colocar para fora esse sofrimento que, até então, não lhe dava trégua. Além de proporcionar certo alívio, a escrita, associada ao processo psicoterápico, ajudou Alice a começar a identificar e nomear os seus sentimentos, por mais que ainda fosse difícil refletir sobre os mesmos.

Sessão 15 – Mãe, Morte, Amor

Alice trouxe para sessão o seguinte material, registrado em seu Diário de Autoexploração:

“Aí a mãe começou a brigar comigo e falar tanta coisa que eu já nem lembro, só que o que me marcou foi quando a T. falou que ia embora e ela disse que se a T. fosse embora ela ia me colocar na rua também (...) Aí eu fui na cozinha e peguei uma faca e fui para o quarto e fechei a porta. Eu não tinha a intenção de me matar, eu queria me machucar, mas eu não tive coragem de me machucar com a faca (...) Ela foi lá tirou a faca de mim, foi colocar na estante e voltou pro quarto chorando. Aí ela me tocou e eu tirei a mão dela de mim e falei não me toca, sai daqui. Daí eu falei que ela tava sempre do lado da T. e que ela disse que se a T. saísse de casa ela ia me colocar pra fora. Aí ela falou chorando que me amava, que

amava todas as filhas do mesmo jeito e que ela tinha dito aquilo da boca pra fora. Que ela fala as coisas na hora, mas que não é verdade. Que eu acho que ela não me ama, mas que ela me ama muito e que se fosse preciso daria a vida dela por mim (...) Eu só sei que ver a mãe chorando na minha frente, falando tudo isso que ela disse pra mim, me fez querer dar um abraço bem forte nela, mas eu não conseguia. Aí ela me disse 'filha, a mãe não quer mais te ver chorar' e me deu um abraço. Aí que eu chorei mais e fiquei abraçada nela. Eu adorei aquele abraço. Eu acho que a gente nunca se abraçou com tanto carinho, com tanta intensidade. Eu achei que foi o gesto mais verdadeiro de amor que eu tive até hoje”.

Alice foi compreendendo que a morte do rapaz com quem mal havia se relacionado encobria uma dor maior, a dor pelo que vivia como ausência de amor materno. Na verdade, essa perda recentemente vivida por Alice parecia encobrir uma perda vivida anteriormente: a perda do seu primeiro objeto de amor. Porém, para viver essa perda era necessário primeiro tornar esse objeto acessível, presente, para que assim fosse possível perdê-lo.

O relato da briga que teve, primeiramente com a irmã e depois com a mãe, evidenciou o quanto essa situação foi angustiante para Alice, principalmente pelo fato da mãe ter dito que a expulsaria de casa. Alice novamente se sentiu desvalorizada enquanto filha e rejeitada diante das irmãs. Isso foi muito forte para ela e a sensação de morte, de querer morrer veio à tona. O sentimento de falta do amor materno mobilizava o desejo de morte, e impedia Alice de ser. Contudo, ao ver Alice com uma faca na mão, a mãe reage, toma uma atitude, retira o objeto e oferece o seu amparo. Ambas parecem ter se reencontrado nesse momento: a mãe por conseguir expressar o seu amor pela filha e a filha por conseguir obter o olhar e o amor dessa mãe. A escrita de Alice registrou a experiência de se sentir acolhida, amada e amparada emocionalmente pela mãe.

O registro dessa briga foi o ponto de partida para que Alice começasse a reconstruir a imagem da mãe. A jovem chorou ao ler o que havia escrito e no final, sorriu confortada. O que para ela era impossível de ser percebido, tornou-se realidade, abrindo caminho para que a mudança começasse a ser possível em sua vida. Se Alice não tivesse escrito, traduzido em palavras essa situação, talvez não tivesse acesso, naquele momento, a esses elementos essenciais e à compreensão do significado dessa situação para a sua história. A escrita desse texto mostra o quanto Alice estava atenta à sua realidade interna, aos seus sentimentos, aos seus pensamentos, conseguindo traduzir por escrito uma experiência carregada emocionalmente, ato esse denominado por Castelli (2007) como escrita expressiva. A adolescente demonstrava estar mais familiarizada consigo mesma, evidenciando um maior conhecimento a respeito dos seus estados mentais. Contudo, esses escritos ainda revelavam a

ausência de uma postura mais auto-inquisitiva, que permitira a Alice questionar e refletir sobre seus pensamentos e sentimentos.

Sessão 17 – A fragilidade diante da ausência da figura materna

Alice propõe a análise de novo registro de seu Diário de Autoexploração:

“Eu tava deitada, mas não conseguia parar de pensar no filho de uma pessoa que eu conheço que morreu, que só tinha dois aninhos, fiquei imaginando como pode uma criança tão inocente, tão novinha morrer, fiquei imaginando a dor dos pais dele, se eu que não conhecia ele e fiquei chocada (...) Como será que é com uma criança, que ela tá vendo que vai morrer, como será que ela reage, será que ela sente, pior que além disso não sair da minha cabeça tá chovendo e trovejando e a mãe foi viajar. Isso me dá uma insegurança, fico pensando no gurizinho de dois anos que morreu e também pode acontecer alguma coisa comigo agora. Tô com medo, queria que a mãe estivesse aqui em casa, acho que é porque ela me passa segurança”.

Esta escrita de Alice foi resultado de uma noite em que não conseguiu dormir. Disse que estava se sentindo angustiada, mas parecia não saber ao certo por que estava daquele jeito, parecia não ter uma consciência exata do seu estado emocional. Relatou que antes de escrever achava que o mal-estar que sentia estava relacionado ao fato de ter descoberto naquele dia que o filho de dois anos de um conhecido seu havia falecido. Contudo, ao tentar traduzir em palavras essa angústia que vivenciava, surgiram outros elementos ou temas: a incerteza sobre como é a morte para uma criança e como os pais reagem diante disso; a possibilidade de morte diante da ausência da figura materna; e a presença da mãe como um “porto-seguro” para as suas angústias. Segundo Castelli (2010), colocar os pensamentos em palavras escritas ativa novos pensamentos, que ao serem expressos ativam novas representações e afetos, e assim sucessivamente. Isto vai dando origem a uma cadeia associativa, um tecido representacional.

Essa escrita permitiu à Alice criar uma trama, trazendo à tona outras questões, sentimentos que não seriam descobertos ou expostos se essa questão permanecesse no pensamento interior. Isto porque, segundo Castelli (2008), o pensar interior possui representações basicamente visuais e elementos que se encontram de forma fragmentária e incompleta. Quando traduzidos em escrita, adquirem um formato verbal, seqüencial, onde aqueles elementos antes fragmentados e incompletos se completam, os confusos se tornam mais claros, tornando com isso o pensar mais organizado. É a escrita a serviço do

desenvolvimento da mentalização, promovendo não só a expressão dos afetos, mas também a sua modulação e a autorreflexão.

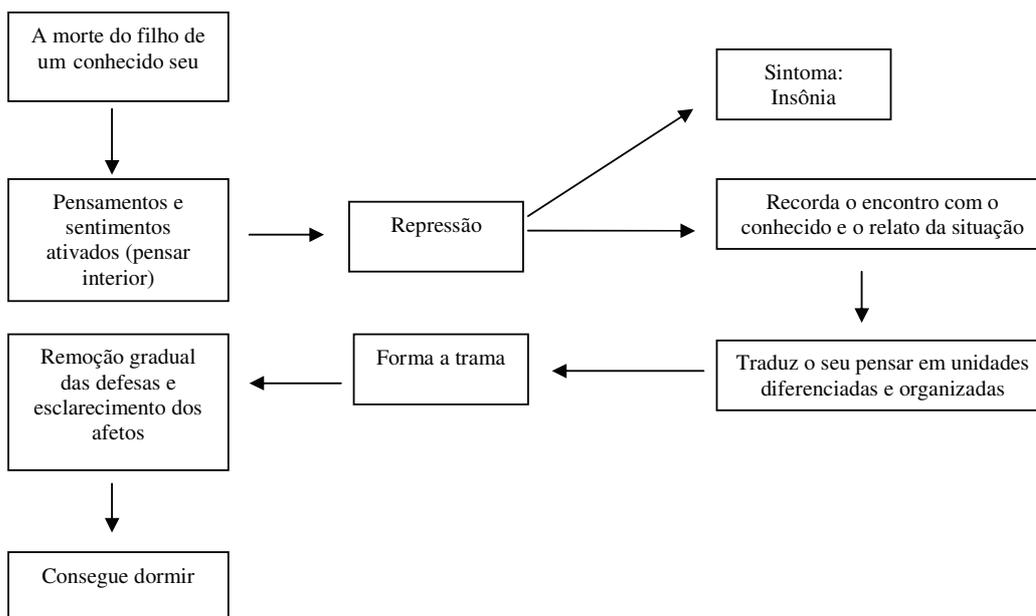
Analisando o conteúdo escrito por Alice, foi possível perceber o quanto o afastamento da mãe fez com que a jovem temesse a própria morte. É importante destacar aqui, que esse afastamento compreendeu um período de 3 dias, mas que foi o suficiente para que a jovem se sentisse insegura. Alice parecia identificada com a criança de dois anos que morreu. Contudo, o mais relevante no seu escrito, naquele momento, era a sensação de insegurança e de morte que tinha ao estar longe da mãe. A mãe aparece como uma personagem que pode resgatá-la, salvá-la, oferecendo-lhe conforto e proteção. O destino de Alice parecia não ser mais a morte, mas ainda não se fazia possível existir sem o objeto, pensar-se separada dele. É importante ressaltar que a defesa de Alice era contra o reconhecimento da necessidade e importância do objeto. Porém, neste escrito, é possível observar o enfraquecimento desta defesa e o reconhecimento da sua dependência em relação à mãe. Segundo Castelli (2008), a escrita exige que o sujeito se volte para o seu mundo interno e esteja focado em seus afetos, desenvolvendo gradativamente a capacidade de refletir sobre os mesmos e assim removendo as defesas existentes.

Esta escrita se mostrou diferente das demais, pois foi possível perceber um movimento voluntário de refletir sobre os seus sentimentos: sobre o porquê de não conseguir dormir, de estar com medo. Alice, através do ato da escrita e da sua leitura em sessão, conseguiu não só organizar seus pensamentos, mas refletir sobre os mesmos, permitindo que esses conteúdos pudessem ser trabalhados em psicoterapia. Assim, a jovem se deu conta de que o fato de não conseguir dormir não era devido à notícia da morte da criança, mas porque estava longe da mãe e temeu que algo parecido lhe acontecesse. Percebeu que quando estava longe da mãe sentia-se frágil, indefesa e reconheceu que se a mesma estivesse presente logo iria lhe confortar, fazendo passar esse medo. Alice conseguiu, através desse dispositivo, desvendar os seus sentimentos, encontrando as respostas para a origem do seu mal-estar. Ao final da escrita colocou ter se tranqüilizado, acalmando aquele sentimento ruim e então adormecendo, revelando com isso capacidade para controlar seus afetos, sem necessitar mais da mãe, como antes pensava. Alice demonstrou compreender o que a notícia da morte da criança significou e o sentimento de medo, sufocado até aquele momento, pôde ser sentido e expresso.

O texto produzido por Alice nesse momento, parece ter se aproximado mais do que Castelli (2008) denominou como autoanálise, que consiste numa atividade autoexploratória que se baseia em traduzir por escrito o fluxo associativo espontâneo das representações, sem propor metas nem inibir suas externalizações. A partir dessa sessão, Alice mostrou-se mais

segura para lidar com seus sentimentos mais conflitantes, revelando motivação para iniciar um trabalho de autoexploração e assim fazendo um melhor uso da técnica da escrita entre sessões. Acredita-se que isso esteja relacionado à presença de uma aliança terapêutica estável e firme.

O seguinte gráfico ilustra as idéias aqui discutidas



Sessão 20 – Há vida depois da perda

Foi analisado novo registro do Diário de Autoexploração:

“Eu só sei que eu queria que tu estivesse aqui, neste mundo, vivo. Às vezes eu simplesmente não quero acreditar. Tava chovendo. Com essa chuva, eu fico imaginando onde tu tá agora, tem água aí?(...) Desculpa por pensar que eu to me libertando, não é de ti, eu to me sentindo melhor, aquela dor tá passando e tá ficando a saudade. Talvez a saudade seja pior, porque sofrendo tu não aceita o nunca mais, daí a gente precisa se conformar, não aceitar a saudade, por não aceitar o fim, mas a partir do momento que começa a saudade é porque a gente já aceitou o nunca mais e isso é muito mais triste”.

Esta escrita parece marcar o início do processo de elaboração do luto pela perda do objeto. Alice começava a se reconhecer como diferente do objeto perdido. Sentir-se viva fez com que não pudesse mais se igualar ao objeto que, como ela mesma disse, estava morto, não pertencendo mais ao seu mundo. O sofrimento não era mais necessário para manter-se ligada ao objeto, pois estava conseguindo compensar de outra maneira a sua ausência, a sua perda, através de lembranças e recordações.

A escrita de Alice indicava o desenvolvimento de uma postura autoinquisitiva, mostrando um interesse genuíno sobre os próprios sentimentos e pensamentos, nos termos descritos por Bateman e Fonagy (2006), que pôde ser explorado em sessão. A jovem refletiu sobre a palavra saudade, que representava uma mudança de afeto, o início do fim do seu sofrimento e da aceitação da perda do objeto. Agora, o sofrimento de Alice parecia não levar mais o nome de morte, mas de saudade – lembrança grata de pessoa ausente. Foi possível observar o que Castelli (2010) descreve como as diferenças entre o pensamento interior e a tradução em palavras. A expressão saudade, que primeiramente não estava contida no pensamento de Alice, só surgiu porque a jovem resolveu escrever o que estava sentindo. Essa palavra acabou representando o novo sentimento da jovem em relação à perda, fazendo-a perceber que era possível mudar o seu discurso e os seus sentimentos. Segundo Castelli (2010), a escrita favorece a construção de uma trama que não está previamente armada como tal. Assim, a escrita se torna responsável não só pela configuração desta trama, mas também pela sua criação.

É importante salientar que, até então, os escritos de Alice de alguma forma retratavam a ausência do amor materno, vivenciado pela paciente, e o sentimento de morte que carregava consigo. Contudo, esse escrito traz o relato do sofrimento pela morte do rapaz com que se relacionou. Isto faz pensar, novamente, que essas duas situações estavam muito ligadas e que a resolução de uma dependia da outra. O que está implícito em ambas é a aceitação da perda e a possibilidade de continuar a existir sem o objeto. Assim, os escritos de Alice refletem os seus estados emocionais diante da perda, parecendo de alguma forma ajudá-la a vivenciar, em psicoterapia, tal experiência.

Sessão 24 – A quebra da imagem idealizada

“Eu queria saber o que ele fez, talvez até confirmar o que eu já sabia, mas no fundo eu não esperava que fosse isso. Eu falei que não ia mudar o que eu sinto por ele e não vai mudar, mas agora eu tô pensando que ele não era o Rô que ele era pra mim. Eu até cheguei a pensar que ele não merecia o que eu sofri por ele, mas eu acho que ele merece ser lembrado porque pra mim ele sempre foi bom e não quero julgar o que ele fez. Mas a minha cabeça fica pensando nisso e o que mais me deixa triste é saber que ele tinha intenções de fato”.

“Eu queria saber os motivos pra de certa forma inocentar ele, mas é melhor deixar assim, mexer no passado talvez só piore. Eu não consigo imaginar ele matando alguém. A imagem que eu tenho dele não permite que eu imagine isso. Mas o que importa é o que ele era pra mim. Mas fico imaginando que eu lamento a morte dele há mais de um ano e mais pessoas

lamentam a morte dessas duas pessoas há muito mais tempo. Poderia ter sido eu ou alguém da minha família, mas tenho certeza que ele não faria isso, tenho certeza mesmo que ele jamais faria uma coisa dessas pra mim”.

O reconhecimento de que a imagem que tinha do ex-namorado não correspondia ao que realmente ele era na realidade, provocou grande impacto em Alice. Nesse período da psicoterapia, a paciente buscou informações sobre o namorado com quem mal se relacionara, permitindo-se tomar conhecimento sobre quem ele era na realidade (casado, com uma filha, tendo cometido alguns crimes e sendo preso e condenado), o que até então ela recusava-se a saber. Sentimentos fortes vieram à tona, como ódio, revolta, repulsa e tristeza. Alice chegou a pensar que o rapaz não merecia tudo o que ela havia sofrido por ele. Essa vivência de amor e ódio deixou-a confusa, fazendo-a recuar na continuidade dos seus pensamentos, defendendo-se dessa situação que lhe gerou culpa. Entretanto, nas sessões seguintes, foi possível trabalhar esses afetos com Alice, facilitando gradativamente o contato com o sentimento de ódio e com a inexistência do objeto idealizado. Isto ilustra como a escrita entre sessões se articula com o trabalho conjunto paciente-terapeuta, em que o paciente leva os resultados da sua produção para a sessão e eles são retomados nesse espaço. Assim, é possível afirmar, com Castelli (2007), que a escrita entre sessões otimiza o tempo de tratamento, tornando-o mais dinâmico e contínuo.

A escrita desse texto permitiu à Alice identificar os seus sentimentos de ambivalência e ódio, modulá-los a fim de que fosse possível refletir sobre eles e expressá-los. Após esse momento a jovem se mostrou capaz de expressar o seu ódio sem temer ou culpar-se por isso. Colocou que o grande aprendizado dessa perda foi que as pessoas poderiam ser boas e más ao mesmo tempo, não necessitando mais cindir esses sentimentos. Mais uma vez Alice registrou, através da escrita, um momento essencial para a sua melhora, que associado ao trabalho psicoterápico, ajudou-a a administrar os seus sentimentos e organizá-los, a fim de que fosse possível enfrentá-los.

Sessão 26 – Nova família, novos sentimentos, enfim, um nova Alice nascia

“Eu to ficando com ódio dessa casa, eu me estresso só de pensar que tudo isso que tá acontecendo é culpa dessa casa. Nas outras que a gente morou, nunca aconteceu, nunca. A cada dia acontece algo novo. Quero sair daqui de uma vez, não agüento mais (...)é que assim se fosse só comigo assim, um problema só comigo eu não ia ficar assim, mas mexe com o pai, já xingou a A., é a minha família (...) Se fosse só comigo tudo bem, mas tá mexendo com o pai, com a minha família. Se eu tivesse uma arma agora (é que assim eu tava com muito ódio

aquela hora)... eu ia tirar da ondo fosse coragem pra terminar com ele. Eu sei que tem outras formas e são essas outras formas que nós vamos tentar usar”.

Alice relatou uma situação que a família vinha enfrentando, de brigas com vizinhos. Conseguiu expressar o seu sentimento de ódio com mais facilidade, sem sentir-se culpada por isso e mostrando capacidade para refletir sobre o mesmo. Foi possível observar também a capacidade de diferenciar entre a sua realidade interna e externa, criando limites para isso e reconhecendo a diferença entre pensar e agir (“*Eu até já pensei em matar ele, claro que eu não vou fazer isso, eu só pensei*”).

Pode-se pensar que essa escrita serviu, principalmente, para ajudar Alice a compreender melhor o sentimento de ódio que recentemente se permitiu sentir. Vindo ao encontro dos últimos escritos, esse também foi utilizado por Alice como um espaço para refletir sobre os seus estados mentais, mas, principalmente, sobre aquilo que se apresentava como novo para ela. Outro aspecto importante que pode ser observado neste texto é a nova representação que Alice constrói acerca da família, que agora não é mais vista como irrelevante, sendo digna do seu amor, da sua proteção e preocupação. O que pode-se observar, concomitantemente a isso nesse período da psicoterapia, foi o surgimento de uma nova Alice, agora mais segura de si, mais autoconfiante, que enfrenta os seus temores, que tem autonomia para regular as suas emoções e se posiciona diante das coisas que vivencia. De acordo com Fonagy e Bateman (2003), quando a capacidade de mentalização encontra-se funcionando ativamente e adequadamente, o sujeito passa a apresentar representações internas mais estáveis e um senso coerente de *self*, pois os estados mentais em relação a si mesmo e aos outros são melhores compreendidos.

Sessão 30 – Não é preciso sofrer para viver e amar

“ Amor, eu ia parar de escrever, mas seria idiota da minha parte. Eu parei de sofrer como antes, mas jamais esquecerei de ti. Tu sabe disso e vou continuar escrevendo nesse caderno em agradecimento por tu ter aparecido na minha vida, por ter sido essa pessoa maravilhosa e carinhosa, e diferente de todos (...)E eu sabia desde o começo que o tempo cura, que o tempo passa e ameniza as coisas. Talvez eu poderia ou até quisesse continuar sofrendo, mas o que iria adiantar? Chorei muito e nada mudou. Eu gostaria de lembrar de ti todos os dias, mas sei lá, às vezes eu não lembro. Eu queria entender a tua partida, mas nunca tive resposta. Eu queria ter te conhecido melhor, mas talvez tenha sido melhor assim. Eu queria que tu estivesse aqui, mas eu sei que o mundo é assim: quando menos esperamos, pronto, morremos. É triste pensar assim, mas é a nossa verdade. Talvez uma das únicas verdades que sabemos.

Só queria dizer que tu tá comigo, no meu coração, nos meus olhos, no meu pensamento e sei que vai chegar o dia em que eu não vou pensar em ti com frequência, mas jamais vou te esquecer”.

Este texto revela a nova fase que Alice estava vivendo, a fase da elaboração da perda, do desligamento em relação ao objeto. A jovem se dava conta de que elaborar essa perda, isto é, deixar de sofrer, de viver aprisionada a uma dor, não iria impedi-la de continuar querendo bem o rapaz ou lembrando dos momentos bons que passaram juntos. Alice compreendia melhor os seus sentimentos, que viver sofrendo e se martirizando era uma escolha, e isso fez com que o sentimento de culpa que carregava se reduzisse.

É possível perceber, nesta escrita, que não há mais espaço para a morte no discurso de Alice, nem para dor ou sofrimento. A jovem descobriu a vida e começava a aprender a lidar com tudo o que ela implica, não havendo mais necessidade de sofrer para existir. Pode-se observar que antes os escritos de Alice retravam uma jovem injustiçada, que sofria por não ter o amor da mãe, que estava sempre na posição de vítima das circunstâncias da vida e que se via incapaz de agir contra as mesmas. Essa impotência sentida por Alice se fez muito presente durante um bom tempo da psicoterapia. A escrita auxiliou Alice a questionar e a analisar esse sentimento, pois foi sentindo-se capaz de expressar e enfrentar o seu sofrimento, de pensar sobre o mesmo, abrindo assim espaço para transformá-lo. Com o uso da escrita em psicoterapia, a jovem adquiriu autonomia para enfrentar os seus “monstros internos”, modulando-os na medida em que não os temesse mais. De acordo com Fonagy (1999), o desenvolvimento da capacidade de mentalização torna o sujeito apto a regular e controlar as suas próprias emoções, diminuindo a sua dependência em relação ao objeto externo.

Sessão 34 – É possível sentir ódio sem culpa

“Meu Deus, eu tô com tanto ódio, tanto ódio, porque pra mim a coisa mais importante numa casa é o meu quarto. Eu até aceito que o quarto não seja só meu, terem tirado a minha mesa do meu quarto que era algo muito importante pra mim, mas agora essa porcaria... além de não ser só meu, não tem nada, só a minha cama tá lá, que é o que menos importa pra mim. Eu odeio isso aqui e o que me dá mais ódio é de ser o que eu sou, de até hoje não ter o que é meu e ficar pulando de galho em galho por aí. Não tô culpando os meus pais, eu me revolto por ter nascido nessas circunstâncias. E por isso fico com ódio”.

Este texto mostra a compreensão da jovem de que sentir ódio era normal e que era ótimo poder expressá-lo sem culpa. Alice temia o seu sentimento de ódio, pois temia que ele a fizesse perder ou destruir o objeto. Quando reconheceu a possibilidade de sentir amor e ódio

ao mesmo tempo, sem que isso lhe trouxesse prejuízos ou lhe fizesse ser uma pessoa pior, Alice fez questão de relatá-lo, de dar voz a ele. Aqui, a jovem expressou o seu ódio diante do fato de não ter gostado do seu quarto na casa nova. Isso foi trabalhado nas sessões no contexto dos relacionamentos de Alice. De que forma esse sentimento aparecia nos relacionamentos com as pessoas que lhe eram mais próximas e como lidava com isso.

Isto foi muito importante para a jovem, pois passou a refletir sobre a visão que antes tinha, de que os relacionamentos e as pessoas ou eram perfeitos ou eram cruéis. A ideologia do “*tudo ou nada*” foi substituída pela da relatividade. A jovem reconheceu que as pessoas tinham defeitos, mas que isso não anulava a possibilidade delas terem qualidades; que as pessoas nem sempre eram ou agiam como gostava ou esperava; que num relacionamento sempre existiam frustrações, mas que isso não significava a ausência de amor. Isto foi fundamental para que compreendesse o relacionamento com a mãe. A jovem descobriu que, às vezes, os xingamentos que a mãe lhe dirigia eram provenientes apenas de um momento de raiva, de explosão, mas que não queriam dizer necessariamente que a mãe pensava ou sentia isso por ela. Assim, a escrita, aliada ao processo psicoterápico, também ajudou Alice a refletir sobre os estados mentais dos outros, compreendendo que as mentes eram diferentes e não mais interpretando tudo que vinha do outro como uma ameaça. Isto possibilitou uma melhora na sua autoestima, autoconfiança e a construção de modelos representacionais internos menos distorcidos.

Sessão 37 – A elaboração do luto

“É como diz numa frase: ‘a pior parte do luto é deixar a pessoa ir’... e eu acho que deixei. Porque agora não fico mais chorando e sofrendo toda a hora, mas sinto tristeza em lembrar que um dia ele esteve aqui e acho que essa é a pior parte. Antes eu chorava por não acreditar e por não aceitar o que aconteceu e hoje eu choro justamente porque eu acredito e porque eu sei que ele morreu. Eu deixei ele ir. Deixei ele ir e de certa forma eu deixei ele de lado”.

A escrita de Alice, ao longo do processo terapêutico, parece ter refletido todas as etapas que teve que viver para conseguir elaborar o luto pela perda e enfim dizer: “*a pior parte do luto é deixar a pessoa ir e eu acho que deixei*”. A jovem agora reconhecia a morte do seu sofrimento e o seu renascimento, não mais ligado a esse objeto morto. Alice aceitou a perda, e o mais importante, conseguiu compreendê-la. Conseguiu perceber que era a sua negação diante da morte, a sua não aceitação diante da perda que gerava aquele sofrimento

que parecia eterno. Reconheceu-se responsável pelo que sentia e pelo seu estado, passando a assumir que a sua melhora dependia de si mesma.

Aos poucos, foi assimilando essas transformações e sinalizando um novo período: a jovem, que antes relatava se sentir uma pessoa fraca por não saber lidar com perdas, passava a se ver como uma pessoa forte que sabia como enfrentar essa situação e o que esperar dela. A escrita ajudou Alice a compreender a perda, a aceitá-la e superá-la. Anteriormente, a experiência da perda significava para a jovem a morte do *self*, era impossível representá-la e por isso expressava os seus sentimentos de vazio e impotência. Ao escrever, foi conseguindo dar forma a esses sentimentos, criando assim um significado para perda e compreendendo os afetos característicos dessa. Traduzir em palavras o seu sofrimento diante da perda, fez com que pudesse detectar e clarificar os seus sentimentos, tornando possível com isso controlá-los e afrontá-los de uma maneira ativa. Alice deixava de estar submetida, presa a uma rede de pensamentos que desconhecia, para tornar-se ativa frente a mesma, fortalecendo o seu sentimento de autoeficácia.

Reavaliação final

A análise dos escritos de Alice evidenciaram uma melhora significativa na sua capacidade de mentalização e também uma redução dos seus sintomas depressivos. Estes achados foram confirmados mediante a segunda avaliação do CDI e da Entrevista Estruturada para Avaliação Clínica da Capacidade de Mentalização, como se pode observar na Tabela 1.

Tabela 1. Síntese da avaliação pré e pós psicoterapia

Instrumentos	Antes	Depois
CDI	32 pontos	17 pontos
CHECKLIST		
Categorias		
Percepção dos sentimentos e pensamentos dos outros	Pobre	Muito alta
Percepção do próprio funcionamento mental	Moderada	Muito alta
Representação do self	Moderada	Muito alta
Valores e atitudes gerais	Pobre	Muito alta
Global	Pobre	Muito alta

De acordo com a pontuação atual do CDI, Alice revela uma redução em mais da metade dos sintomas depressivos e também descarta a presença de depressão, uma vez que o ponto de corte estabelecido é de 19 pontos. Em relação à análise da capacidade de mentalização, a jovem apresentou depois de seis meses de tratamento uma pontuação global “muito alta”, refletindo um significativo desenvolvimento desta capacidade ao longo do processo psicoterápico.

Conforme contratado com a paciente, a escrita da “carta para não enviar” também foi repetida neste momento da reavaliação (Anexo F). Por opção da paciente, a carta foi escrita novamente para a mãe, mas diferentemente da primeira, Alice agradeceu pelo fato do relacionamento com a mãe ter mudado, delas estarem mais próximas, evidenciando o quanto sentia-se amada agora. Com relação à capacidade de mentalização, foi possível observar uma maior compreensão acerca dos estados mentais do outro, reconhecendo a possibilidade de que as mentes podem mudar e interpretar de maneiras diferentes uma mesma situação. Alice passava a não considerar mais o comportamento dos outros como uma ameaça e também tomava consciência de que a visão e a compreensão dos outros poderia mudar paralelamente às suas mudanças: *“Mãe, estou escrevendo essa carta para dizer o quanto eu te amo e para agradecer pela mudança. Desde aquela nossa briga tudo mudou. Consegui ver as coisas de outro modo, consegui ver o quanto a senhora gosta de mim, consegui mudar o meu modo de agir permitindo com isso que a gente se trate com carinho e respeito (...)”*.

Traçando uma comparação com a primeira carta escrita por Alice, é possível perceber que, naquele primeiro momento, a escrita evidenciava puramente uma catarse de sentimentos e angústias, que eram difíceis de serem pensados e refletidos. A jovem sentia-se rejeitada pela mãe e a culpava pelo seu sofrimento, não reconhecendo sua responsabilidade e autonomia diante da sua realidade interna. Com o desenvolvimento da capacidade de mentalização, promovido através do uso escrito aliado ao trabalho psicoterápico, a jovem foi desconstruindo a imagem que tinha da mãe e reconstruindo uma imagem mais segura, amável e não mais ameaçadora. Passava a perceber-se como responsável pelas mudanças que desejava, não depositando mais toda a responsabilidade nos outros pela sua melhora.

Considerações Finais

A escrita de Alice ao longo do processo terapêutico evidenciou seus esforços em conseguir lidar com a perda. Perda não só referente à morte do rapaz com quem brevemente se relacionou, mas principalmente referente ao amor materno. Alice parecia ter experimentado a ausência da figura materna numa das fases mais importantes da sua vida, quando não sabia

como lidar com os seus sentimentos. Isto fez com que convivesse com a dor de ser desprezada pela própria mãe, núcleo da sua problemática depressiva.

Superar a dor causada pela perda desse objeto primário exigia de Alice o desenvolvimento da sua capacidade de mentalização, a fim de que fosse possível compreender essa vivência emocional, que foi traumática, aprisionando-a a um sofrimento que a impedia de pensar. A utilização do recurso da escrita em psicoterapia ajudou a construir um roteiro sobre o seu sofrimento, identificando sentimentos e pensamentos, que a tornavam cada vez mais consciente do seu mundo interno. Isso foi possível porque a escrita permite ao sujeito se distanciar daquilo que vive, pensa e sente, podendo olhar de fora o seu mundo interno.

Os escritos de Alice contemplaram as etapas, os sentimentos e pensamentos que vivenciou para conseguir elaborar a perda do objeto. Além disso, refletiram uma melhor capacidade da jovem para pensar sobre a própria vida emocional, identificando, registrando e refletindo sobre os seus afetos, favorecendo assim o monitoramento dos estados mentais, bem como a regulação emocional. Diante disso, é possível afirmar que a escrita facilitou o desenvolvimento da capacidade de mentalização de Alice, ajudando-a a alcançar uma compreensão mais profunda da própria experiência afetiva, atribuindo novos significados aos afetos que se traduziram em formas novas e mais sutis de lidar com a sua problemática.

Em relação à redução dos sintomas depressivos, a utilização da escrita em psicoterapia parece ter contribuído e muito no caso de Alice, principalmente no que diz respeito ao sentimento de impotência e desesperança que marcavam a sua narrativa. A jovem mostrava-se mais segura e familiarizada com os seus estados mentais, assumindo uma posição mais autoconfiante em relação à vida. Acredita-se que isso esteja relacionado ao fato de que a escrita proporciona bastante autonomia ao sujeito, uma vez que parte dele o ímpeto de investigar a sua realidade interna, agindo de forma ativa sobre o seu sofrimento. Assim, o paciente se apropria do processo terapêutico, aumentando sua motivação e comprometimento, bem como reconhecendo a sua responsabilidade diante dos resultados obtidos.

Os escritos de Alice pareciam sempre marcar um antes e um depois no processo terapêutico, encerrando questões antigas e trazendo novas para serem trabalhadas. É possível pensar que a escrita auxiliou na elaboração de conteúdos difíceis de serem assimilados e digeridos de outro modo, ao mesmo tempo que evitava o uso de defesas para lidar com essas situações que lhe eram extremas. A resistência era então, substituída pela compreensão, dando movimento e continuidade à psicoterapia.

Considerando a escrita como um recurso a ser utilizado no trabalho clínico com adolescentes, percebeu-se que pode desempenhar um papel muito importante não só como

possibilidade de intervenção, mas como um elemento a favor das transformações desse período. Pensa-se que assim como a clínica com crianças introduz o brincar como elemento facilitador da comunicação e expressão dos conteúdos inconscientes, a escrita pode funcionar como um elemento lúdico e como um espaço transicional que auxilie o adolescente a expressar seus conflitos e reconstruir sua identidade, representando um novo espaço para a simbolização dessa vivência.

Em síntese, a escrita se mostrou como um dispositivo eficaz não só na redução dos sintomas depressivos e no desenvolvimento da capacidade de mentalização, mas também no sentido de enriquecer o trabalho clínico com a adolescente. Diante disto, considera-se que novas pesquisas com outras situações clínicas podem agregar novas contribuições.

Referências Bibliográficas

- Allen, J. G. & Fonagy, P. (2006). *The Handbook of Mentalization Based Treatment*. Publisher: John Wiley & Sons.
- Avancini, J. Q.; Assis, S. G. & Oliveira, R. V. (2008). Sintomas depressivos na adolescência: estudo sobre fatores psicossociais em amostra de escolares de um município do Rio de Janeiro, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 24(10): 2324-2346.
- Bahls, S. C. & Bahls, F. R. C. (2003). Psicoterapias da depressão na infância e na adolescência. *Estudos de Psicologia*, 20, 25-34.
- Baptista, M. N.; Baptista, A. S. D. & Dias, R. R. (2001). Estrutura e suporte familiar como fatores de risco na depressão adolescente. *Psicologia Ciência e Profissão*, v.21, n.2.
- Bateman, A. & Fonagy, P. (2004). *Psychotherapy of Borderline Personality Disorder: mentalisation-based treatment*. Oxford: Oxford University Press.
- Bateman, A. & Fonagy, P. (2006). *Mentalization-based Treatment for Borderline Personality Disorder: A Practical Guide*. Oxford: Oxford University Press.
- Benetti, S. P.; Ramires, V. R.; Schneider, A. C.; Rodrigues, A. P. & Tremarin, D. (2007). Adolescência e saúde mental: revisão de artigos brasileiros publicados em periódicos nacionais. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(6): 1273-1282.
- Burbach, D. J.; Kashani, J. H. & Rosenberg, T. K. (1989). Parental bonding and depressive disorders in adolescents. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*; 30(3): 417-29.
- Capitão, C. G. (2007). Depressão e suicídio na infância e adolescência. *Psicopedagogia online*, 1. Disponível em: www.adolescenza.org/capitao.pdf

- Castelli, G. L. (2007). Funciones de La escritura em la psicoterapia. *Interpsiquis*. <http://www.psiquiatria.com/articulos/tratamientos/29444/>. (Acesso em 27/09/09).
- Castelli, G. L. (2008). Autoexploración, escritura y psicoterapia. *Interpsiquis*, 1. <http://www.psiquiatria.com/articulos/tratamientos/34337/>. (Acesso em 27/09/09).
- Castelli, G. L. (2009). Mentalización y expresión de los afectos: um aporte a la propuesta de Peter Fonagy. *Aperturas Psicoanalíticas*, 31. Disponível em <http://www.aperturas.org/31castelli.html>. (Acesso em 25/09/09).
- Castelli, G. L. (2010). Poner en palabras, mentalización y psicoterapia. *Aperturas Psicoanalíticas*, 36. Disponível em: <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=670&a=Poner-en-palabras-mentalizacion-y-psicoterapia>. (Acesso em 15/02/11).
- Crivelatti, M. M. B.; Durman, S. & Hofstatter, L., M. (2006). Sofrimento psíquico na adolescência. *Texto Contexto Enfermagem*, 15(esp.): 64-70.
- Cawthorpe, D.; West, M. & Wilkes, T. (2004). Attachment and depression: the relationship between the felt security of attachment and clinical depression among hospitalized female adolescents. *Journal of the Canadian Academy of Children and Adolescent Psychiatry*, 13(2): 31-5.
- Cooper, M. L.; Shaver, P. R. & Collins, N. L. (1998). Attachment styles, emotion regulation and adjustment in adolescence. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74(5): 1380-97.
- Fonagy, P. (1999). Peristencias tranteracionais del apego: uma nueva teoria. *Aperturas Psicoanalíticas*, 23. Disponível em <http://www.aperturas.org/23fonagy.html>. (Acesso em 10/08/09).
- Fonagy, P. (2000). Apegos patológicos y acción terapéutica. *Aperturas Psicoanalíticas*, 4. Disponível em <http://www.aperturas.org/4fonagy.html>. (Acesso em 10/08/09).
- Fonagy, P. & Bateman, A. W. (2003). The development of an attachment-based treatment program for *borderline* personality disorder. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 67(3), 187-211.
- Fonagy, P. & Bateman, A. W. (2006). Mechanisms of change in mentalization-based treatment of BPD. *Journal of Clinical Psychology*, 62, 411-430.
- Fonagy, P. & Bateman, A. W. (2007). Mentalizing and *borderline* personality disorder. *Journal of Mental Health*, 16(1): 83 – 101.
- Fonagy, P.; Gergely, G.; Jurist, E. L. & Target, M. (2002). *Affect regulation, mentalization and the development of the self*. New York: Other Press.

- González, S. F. V. (2009). El lugar de los escritos adolescentes en el proceso psicoterapéutico. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, vol. XXIX (103), pp. 171-188.
- Holmes, J. (2006). Mentalizing from a psychoanalytic perspective: what's new? Em: Allen, J. G. & Fonagy, P. (org.) *Handbook of mentalization-based treatment* (p. 31-49). Chichester: John Wiley & Sons Ltd.
- Hutz, C. S. & Bardagir, M. P. (2006). Indecisão profissional, ansiedade e depressão na adolescência: a influência dos estilos parentais. *Psico-UFS*, v.11, n.1, p. 65-73.
- Ingram, R. E. & Ritter, J. (2000). Vulnerability to depression: cognitive reactivity and parental bonding in high-risk individuals. *Journal of Abnormal Psychology*, 109(4): 588-96.
- Irons, C. & Gilbert, P. (2005). Evolved mechanisms in adolescent anxiety and depression symptoms: the role of the attachment and social rank systems. *Journal of Adolescence*, 28(3): 325-41.
- Kovacs, M. (1983). *The Children's Depression Inventory: A self-rated depression scale for school age youngsters*. Pittsburg, PA: University of Pittsburgh, School of Medicine.
- Kovacs, M. (1985). The Children's Depression Inventory (CDI). *Psychopharmacology Bulletin*, 21(4), 995-998.
- Kovacs, M. (1992). *Children's Depression Inventory Manual*. Los Angeles: Western Psychological Services.
- Kovacs, M. (2003). *Children's Depression Inventory (CDI): Technical Manual Update*. Toronto: Multhi-Health Systems Inc.
- Lima, M. C. P. (2006). Sobre a escrita adolescente. *Estilos da Clínica*, v. 11, n. 20, p. 58-71.
- Liu, Y. (2006). Paternal/maternal attachment, peer suport, social expectations of peer interaction, and depressive symptoms. *Adolescence*, 41(164), 705-721.
- Monteiro, K. C. & Lage, A. M. V. (2007) A depressão na adolescência. *Psicologia em estudo Maringá*, v.12, n.2, p. 257-265.
- Merlo, L. J. & Lakey, B. (2007). Trait and social influences in the links among adolescent attachment, depressive symptoms, and coping. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*; 36(2): 195-206.
- Reppold, C. T. & Hutz, C. S. (2003). Prevalência de indicadores de depressão entre adolescentes no Rio Grande do Sul. *Avaliação Psicológica*, 2(2), p. 175-184.
- Rosenstein, D. S. & Horowitz, H. A. (1993). Attachment, personality and psychopathology: relationship as a regulatory context in adolescence. *Adolesc. Psychiatry*, 19: 150-76.

- Schneider, A. C. N. & Ramires, V. R. R. (2007). Vínculo parental e rede de apoio social: relação com a sintomatologia depressiva na adolescência. *Aletheia*, n.26, p. 95-108.
- Vanheule, S. & Hauser, S. T. (2008). Un análisis narrativo de la impotência em la depresión. *Aperturas Psicoanalíticas*, 34. Disponível em: <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=643&a=Un-analisis-narrativo-de-la-impotencia-en-la-depresion>. (Acesso em 10/02/11).
- Wathier, J. L., Dell'aglio, D. D. & Bandeira, D. R. (2008). Análise fatorial do inventário de depressão infantil (CDI) em amostra de jovens brasileiros. *Avaliação Psicológica*, 7(1), 75-84.
- Yin, R. (2005). *Estudo de caso. Planejamento e métodos* (3ª edição). Porto Alegre: Bookman.

Palavras Finais

A realização deste mestrado representou a conquista de um sonho, não só de âmbito profissional, mas principalmente pessoal, uma vez que a paixão pela escrita me acompanha de longa data tornando possível dizer que faz parte do que sou hoje. A pesquisa é um exercício constante de escrita, questionamento, de construção e desconstrução, que torna possível transformar aquilo que é da ordem do subjetivo em elementos objetivos. Acredito ser esse um dos motivos pelo qual esse campo me é tão instigante.

A trajetória percorrida durante o mestrado foi desafiadora e muito motivadora. Aventurei-me em caminhos até então desconhecidos, mas que me possibilitaram o encontro com novos saberes, com novas possibilidades de ser e exercitar a prática clínica. Foi uma experiência que exigiu muita dedicação, responsabilidade, comprometimento, mas que em troca me proporcionou além de experiência e conhecimento, um olhar mais amplo e flexível em relação ao meu próprio saber, aberto ao encontro com o novo.

Habitar o campo da pesquisa me fez reconhecer a responsabilidade que temos enquanto pesquisadores. Acredito que o pesquisador tem um grande compromisso com o social na medida em que o seu exercício pode contribuir para uma melhor qualidade de vida. Assim, cabe a ele estar atento às problemáticas contemporâneas, contemplando-as nas suas produções de conhecimento, sem que por isso tenha que deixar de lado nossas aspirações individuais e narcísicas. Eis aqui o que para mim consiste numa das grandes tarefas da pesquisa: aliar necessidade e desejo, aquilo que é importante para a comunidade científica e aquilo que move a nossa escrita. Pois pesquisar determinada problemática exige além do comprometimento e da responsabilidade, paixão, desejo e vontade. É preciso “vestir a camisa”, buscar uma identificação com aquilo que se propõe a investigar e isso só é possível quando a nossa singularidade, de alguma forma, está em jogo.

Penso que o desenvolvimento de uma pesquisa-intervenção ajudou a contemplar essas variáveis, pois contribuiu não só para a produção de conhecimento, como também para a saúde mental da participante envolvida, sem desconsiderar a subjetividade do pesquisador nesse processo. Com base nos resultados obtidos com esse estudo é possível dizer que de certa forma essa pesquisa contemplou uma problemática muito importante no contexto atual, a depressão na adolescência, proporcionando um outro olhar não só para a sua compreensão como também para a sua forma de tratamento. Por mais que esses resultados não sejam passíveis de generalização, abriram espaço para novas reflexões no que tange à clínica psicanalítica.

É importante destacar também como uma contribuição significativa desse estudo, a utilização da escrita enquanto um dispositivo psicoterápico promissor para a clínica de adolescentes com depressão. Acredito que a escrita é uma importante ferramenta com a qual a psicanálise pode contar não só na construção e divulgação de conhecimento, na elucidação de casos clínicos, mas também no percurso do seu próprio fazer e àquilo a que ele se propõe: expressão e produção de subjetividade. A escrita é da ordem do inconsciente, está a favor da psicanálise e do seu exercício, e precisa ser explorada. Além disso, é um instrumento que promove a subjetivação, que possibilita a expressão dos sentimentos e que conduz o sujeito à possibilidade de criar diante daquilo que vivencia. Atividades essas que se encontram na ordem do impossível para o ser humano contemporâneo. Assim, espero que esse estudo contribua no sentido de motivar, estimular e encorajar outros profissionais da área da psicologia a adentrar o campo da pesquisa e exercer o compromisso com o seu fazer, questionando-o, renovando-o, pois acredito que a pesquisa é uma ótima aliada para o desenvolvimento da criatividade – elemento essencial para encontrar “saídas” ou “entradas” frente aos obstáculos que possam aparecer.

ANEXO A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - ADOLESCENTE

Visando a contribuir para o campo de conhecimentos sobre a depressão na adolescência e suas possibilidades psicoterapêuticas, desenvolveremos um estudo que terá como participantes jovens da sua idade. Sua participação nesse estudo implicará a realização de algumas entrevistas de avaliação e o atendimento psicológico que você veio buscar neste Serviço. O atendimento será oferecido pela psicóloga responsável pelo estudo. Serão utilizados alguns testes psicológicos, cujos procedimentos implicam responder perguntas e também o recurso da escrita enquanto elemento facilitador e complementar do processo psicoterápico. A qualquer momento você pode solicitar o esclarecimento das suas dúvidas, bem como desistir de participar, sem qualquer prejuízo ao seu atendimento.

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

A participação nesse estudo não deve causar nenhum tipo de prejuízo físico, moral ou psicológico. Entretanto, pode sensibilizar-lhe de alguma maneira ou despertar sentimentos e emoções que causem algum tipo de desconforto, mas ao participar do estudo você receberá o benefício do atendimento psicológico que busca. Caso seja necessária a continuidade do atendimento psicológico após o término da pesquisa, ele será garantido no mesmo Serviço ou em algum Serviço de Psicologia da cidade. Pela sua participação, você não receberá qualquer valor em dinheiro, mas terá a garantia de que todas as despesas necessárias para a realização deste estudo não serão de sua responsabilidade.

A pesquisadora responsável por este estudo é a psicóloga Camilla Baldicera Biazus (CRP 07/17961) sob orientação da professora Dra. Vera Regina Röhnelt Ramires, que pode ser contatada pelo telefone 3590-8326 na Unisinos. Este documento consta de duas vias, uma das quais permanece em seu poder.

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

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

Assinatura do participante: _____

Assinatura da pesquisadora responsável: _____

Camilla Baldicera Biazus

Assinatura da professora responsável: _____

Vera Regina Röhnelt Ramires

Local e Data: _____

ANEXO B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – PAIS

Senhores responsáveis:

Visando a contribuir para o campo de conhecimentos sobre a depressão na adolescência e suas possibilidades psicoterapêuticas, desenvolveremos um estudo que terá como participantes jovens da idade de seu filho/sua filha. Sua participação neste estudo implicará a realização de algumas entrevistas que farão parte do processo psicoterápico que seu filho/sua filha irá se submeter. A participação de seu filho/sua filha consistirá na realização de algumas entrevistas de avaliação e no atendimento psicológico oferecido pela psicóloga responsável pelo estudo. Serão utilizados alguns testes psicológicos, cujos procedimentos implicam responder perguntas, e também o recurso da escrita enquanto elemento facilitador e complementar do processo psicoterápico. A qualquer momento você pode solicitar o esclarecimento das suas dúvidas, bem como desistir da participação, sem qualquer prejuízo para você e sua família.

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

A participação neste estudo não deve causar nenhum tipo de prejuízo físico, moral ou psicológico ao seu filho/ sua filha e a você. Entretanto, pode sensibilizá-lo de alguma maneira ou despertar sentimentos ou emoções que causem algum tipo de desconforto, mas ao participar do estudo seu filho/sua filha receberá o benefício do atendimento psicológico que veio buscar. Caso seja necessária a continuidade do atendimento psicológico após o término da pesquisa, ele será garantido no mesmo Serviço ou em algum Serviço de Psicologia da cidade. Pela sua participação, você não receberá qualquer valor em dinheiro, mas terá a garantia de que todas as despesas necessárias para a realização deste estudo não serão de sua responsabilidade.

A pesquisadora responsável por este estudo é a psicóloga Camilla Baldicera Biazus (CRP 07/17961) sob orientação da professora Dra. Vera Regina Röhnelt Ramires, que pode

ser contatada pelo telefone 3590-8326, na Unisinos. Este documento consta de duas vias, uma das quais permanece em seu poder.

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

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

() autorizo meu filho/minha filha _____ a participar do estudo.

Assinatura do responsável: _____

Assinatura da pesquisadora responsável: _____

Camilla Baldicera Biazus

Assinatura da professora responsável: _____

Vera Regina Röhnelt Ramires

Local e Data: _____

ANEXO C

Children's Depression Inventory

CDI

Nome: _____ Sexo: () M () F
Idade: _____ anos

Por favor, responda aos itens assinalando com um "X" a opção que você julga ser a mais apropriada. Nenhuma opção é certa ou errada. Depende realmente de como você se sente, do que você realmente acha.

Veja o seguinte exemplo:

- 00 - () Eu sempre vou ao cinema
() Eu vou ao cinema de vez em quando
() Eu nunca vou ao cinema

Se você vai muito ao cinema, deve marcar com um "X" a primeira alternativa. Se você vai ao cinema de vez em quando, deve marcar a segunda alternativa. Se é muito raro você ir ao cinema, marque a terceira alternativa. **Marque só uma alternativa em cada questão.**

Se você tem alguma dúvida, pergunte agora. Caso contrário, vire a página e comece a responder.

Seja sincero (a) nas suas respostas e não deixe nenhuma questão em branco!

Children's Depression Inventory

CDI

- 1) () Eu fico triste de vez em quando
() Eu fico triste muitas vezes
() Eu estou sempre triste
- 2) () Para mim tudo se resolverá bem
() Eu não tenho certeza se as coisas darão certo para mim
() Nada vai dar certo para mim
- 3) () Eu faço bem a maioria das coisas
() Eu faço errado a maioria das coisas
() Eu faço tudo errado
- 4) () Eu me divirto com muitas coisas
() Eu me divirto com algumas coisas
() Nada é divertido para mim
- 5) () Eu sou mau (má) de vez em quando
() Eu sou mau (má) com frequência
() Eu sou sempre mau (má)
- 6) () De vez em quando eu penso que coisas ruins vão me acontecer
() Eu temo que coisas ruins me aconteçam
() Eu tenho certeza que coisas terríveis me acontecerão
- 7) () Eu gosto de mim mesmo
() Eu não gosto muito de mim
() Eu me odeio
- 8) () Normalmente, eu não me sinto culpado pelas coisas ruins que acontecem
() Muitas coisas ruins que acontecem são por minha culpa
() Tudo de mau que acontece é por minha culpa
- 9) () Eu não penso em me matar
() Eu penso em me matar
() Eu quero me matar
- 10) () Eu sinto vontade de chorar de vez em quando
() Eu sinto vontade de chorar frequentemente
() Eu sinto vontade de chorar diariamente

Children's Depression Inventory

CDI

- 11) () Eu me sinto preocupado de vez em quando
() Eu me sinto preocupado freqüentemente
() Eu me sinto sempre preocupado
- 12) () Eu gosto de estar com pessoas
() Frequentemente, eu não gosto de estar com pessoas
() Eu não gosto de estar com pessoas
- 13) () Eu tomo decisões facilmente
() É difícil para mim tomar decisões
() Eu não consigo tomar decisões
- 14) () Eu tenho boa aparência
() Minha aparência tem alguns aspectos negativos
() Eu sou feio (feia)
- 15) () Fazer os deveres de casa não é um grande problema para mim
() Com freqüência eu tenho que ser pressionado para fazer os deveres de casa
() Eu tenho que me obrigar a fazer os deveres de casa
- 16) () Eu durmo bem à noite
() Eu tenho dificuldade para dormir algumas noites
() Eu tenho sempre dificuldades para dormir à noite
- 17) () Eu me canso de vez em quando
() Eu me canso freqüentemente
() Eu estou sempre cansado (cansada)
- 18) () Eu como bem
() Alguns dias eu não tenho vontade de comer
() Quase sempre eu não tenho vontade de comer
- 19) () Eu não temo sentir dor nem adoecer
() Eu temo sentir dor e ficar doente
() Eu estou sempre temeroso de sentir dor e ficar doente
- 20) () Eu não me sinto sozinho (sozinha)
() Eu me sinto sozinho (a) muitas vezes
() Eu sempre me sinto sozinho (sozinha)

Children's Depression Inventory

CDI

- 21) () Eu me divirto na escola freqüentemente
() Eu me divirto na escola de vez em quando
() Eu nunca me divirto na escola
- 22) () Eu tenho muitos amigos
() Eu tenho muitos amigos e gostaria de ter mais
() Eu não tenho amigos
- 23) () Meus trabalhos escolares são bons
() Meus trabalhos escolares não são tão bons como eram antes
() Eu tenho me saído mal em matérias em que costumava ser bom (boa)
- 24) () Sou tão bom quanto outras crianças
() Se eu quiser, posso ser tão bom quanto outras crianças
() Não posso ser tão bom quanto outras crianças
- 25) () Eu tenho certeza que sou amado(a) por alguém
() Eu não tenho certeza se alguém me ama
() Ninguém gosta de mim realmente
- 26) () Eu sempre faço o que me mandam
() Eu não faço o que me mandam com freqüência
() Eu nunca faço o que me mandam
- 27) () Eu não me envolvo em brigas
() Eu me envolvo em brigas com freqüência
() Eu estou sempre me envolvendo em brigas

ANEXO D**Entrevista estruturada para avaliação clínica dos indicadores
da capacidade de mentalização - Adolescentes**

1. Você poderia me contar a história de sua família? Onde você nasceu e viveu até hoje? Como foi?
2. Você poderia descrever seu relacionamento com seus pais quando você era pequeno(a)?
3. Você poderia escolher três adjetivos ou palavras que refletem o seu relacionamento com sua mãe durante a sua infância, por exemplo, entre seus 5 e 10 anos de idade?
4. Você poderia escolher três adjetivos ou palavras que refletem o seu relacionamento com seu pai durante a sua infância, por exemplo, entre seus 5 e 10 anos de idade?
5. Você se sentia mais próximo(a) de sua mãe ou de seu pai quando era pequeno(a)? Por que? Por que não tem esse sentimento em relação ao outro progenitor?
6. Quando você ficava chateado(a) quando criança, o que você fazia?
7. Qual é a primeira vez que você lembra de ter se separado(a) de seus pais? Como você respondeu? Como seus pais reagiram? Você lembra de outras separações? Quais? Como foram?
8. Alguma vez você se sentiu rejeitado(a) quando criança? Quantos anos você tinha? O que você fez?
(Se o entrevistado(a) se referir aos pais, perguntar: Por que você acha que seu pai/mãe fez essas coisas - você acha que ele/ela percebeu que ele/ela estava rejeitando você?)
9. Alguma vez você se sentiu ameaçado(a) por seus pais de alguma maneira - talvez por disciplina, ou mesmo brincando?
(Algumas pessoas dizem, por exemplo, que seus pais ameaçavam deixá-los ou mandá-los embora.)

(Algumas pessoas têm lembranças de ameaças ou de algum tipo de comportamento que era abusivo.)

Algo semelhante aconteceu com você ou em sua família?

Quantos anos você tinha na época? Isso acontecia com frequência?

Você sente esta experiência o afeta hoje em dia?

Você teve alguma dessas experiências que envolvesse pessoas de fora da sua família?

10. Em geral, como você acha que sua experiência global com os seus pais afeta a sua personalidade hoje em dia?

11. Porque você acha que seus pais se comportaram como o fizeram durante a sua infância?

12. Houve outros adultos de quem você se sentia próximo(a), como se fossem seus pais, quando criança? Ou qualquer outro adulto que tenha sido especialmente importante para você?

13. Você vivenciou a perda de alguém muito próximo quando criança (pais, irmãos, familiar próximo)?

Quais foram as circunstâncias, e quantos anos você tinha?

Como você reagiu?

Lembra dos seus sentimentos naquele momento?

Seus sentimentos sobre essa morte mudaram ao longo do tempo?

Essa perda teve um efeito sobre a sua personalidade?

13. Você perdeu quaisquer outras pessoas importantes durante a sua infância?

14. Você já teve alguma outra experiência que você considera traumática?

15. Houve mudanças no seu relacionamento com seus pais depois da infância?

16. Como é o seu relacionamento com seus pais hoje em dia?

Você tem alguma insatisfação no seu relacionamento atual com seus pais? E satisfação?

17. Você pode me falar como imagina que será seu relacionamento com seu filhos no futuro?

18. O que você deseja para o futuro de seus filhos?

19. O que você sente que aprendeu com suas experiências da infância?

20. No futuro, o que você imagina que seus filhos poderão ter aprendido com a experiência de ter tido você como pai/como mãe?

ANEXO E

Checklist para ser usado na avaliação clínica da mentalização

Nome:

Data:

Idade:

Temas da Mentalização		Forte Evidência (1) Alguma Evidência (0.5)	Categoria
Compreensão dos pensamentos e sentimentos de outras pessoas	Exemplo mais convincente		
Opacidade			
Ausência de paranóia			
Contemplação e reflexão			
Tomada de perspectiva			
Interesse genuíno			
Abertura para descoberta			
Perdão			
Previsibilidade			
PONTUAÇÃO			
Percepção do próprio funcionamento mental			
Instabilidade			
Perspectiva desenvolvimental			
Ceticismo realista			
Reconhecimento da função pré-consciente			
Conflito			
Postura auto-inquisitiva			
Interesse na diferença			
Consciência do impacto do afeto			

PONTUAÇÃO			
Representação do self			
Habilidades pedagógicas e de escuta avançadas			
Continuidade autobiográfica			
Vida interna rica			
PONTUAÇÃO			
Valores e atitudes gerais			
Hesitação			
Moderação			
PONTUAÇÃO			

1. Compreensão dos sentimentos e pensamentos de outras pessoas:

- a. *Opacidade* – pode ser reconhecida no comentário de que freqüentemente a pessoa não sabe o que as outras pessoas estão pensando, mesmo que não fique completamente desorientada pelo que acontece na mente de outros. (exemplo: “O que aconteceu com Chris me fez perceber que nós podemos freqüentemente não compreender até mesmo a reação dos nossos melhores amigos”).
- b. *Ausência de paranóia* – não considerar os pensamentos dos outros como uma ameaça significativa em si e ter em mente a possibilidade de que as mentes podem mudar (exemplo: “Eu não gosto quando ele está bravo mas geralmente você pode acalmá-lo, falando com ele sobre isso”).
- c. *Contemplação e reflexão* – desejo de refletir sobre como os outros pensam de uma maneira descontraída (espontânea) mais do que de maneira compulsiva (exemplo: durante a entrevista a pessoa ativamente contempla – pensa sobre- as razões por que alguém que ela conhece bem se comporta de determinada maneira).
- d. *Tomada de perspectiva* – aceitação de que a mesma coisa pode parecer muito diferente de diferentes perspectivas baseadas na história individual (exemplo: uma descrição de

- um evento que foi experimentado como rejeição por uma pessoa e uma tentativa genuína de identificar como ele aconteceu que a pessoa não o compreendeu).
- e. *Interesse genuíno nos pensamentos e sentimentos de outras pessoas* – não apenas pelo seu conteúdo, mas também pelo seu estilo - forma (exemplo: a pessoa aparenta apreciar falar sobre por que as pessoas fazem as coisas).
 - f. *Abertura para descoberta* – a pessoa é naturalmente relutante para fazer suposições sobre o que as outras pensam ou sentem.
 - g. *Perdão* – aceitação dos outros condicionada à compreensão dos seus estados mentais (exemplo: a raiva da pessoa sobre alguma coisa se dissipa uma vez que ela compreende porque a outra pessoa agiu da forma que ela agiu).
 - h. *Previsibilidade* – um senso geral de que, no conjunto, as reações dos outros são previsíveis, dado o conhecimento acerca do que eles pensam e sentem.

2. Percepção do próprio funcionamento mental

- a. *Instabilidade* – apreciação de que a visão e a compreensão dos outros pode mudar paralelamente às mudanças na própria pessoa.
- b. *Perspectiva desenvolvimental* – compreensão de que, com o desenvolvimento, a visão acerca dos outros se aprofunda e se torna mais sofisticada (exemplo: a pessoa reconhece que, na medida em que ela cresce, eles começa a entender melhor as ações de seus pais).
- c. *Ceticismo realístico* – reconhecimento de que os sentimentos da pessoa podem ser confusos.
- d. *Reconhecimento da função pré-consciente* – reconhecimento de que, a qualquer momento, alguém pode não estar consciente de tudo o que sente, particularmente no contexto do conflito.
- e. *Conflito* – consciência de ter ideias e sentimentos incompatíveis.
- f. *Postura auto-inquisitiva* – curiosidade genuína sobre os próprios sentimentos e pensamentos.
- g. *Interesse na diferença* - interesse nos modos de funcionamento das mentes que são diferentes do funcionamento da própria mente, tal como um interesse genuíno nas mentes das crianças.
- h. *Consciência do impacto do afeto* – insight sobre como os afetos podem distorcer a compreensão de si mesmo e dos outros.

3. Representação do self

- a. *Habilidades pedagógicas e de escuta avançadas* – o paciente sente que pode explicar coisas para os outros e que são experimentadas pelos outros, sendo paciente e capaz de ouvir.
- b. *Continuidade autobiográfica* – capacidade de lembrar de si mesmo como criança e evidencia a experiência de uma continuidade de ideias.
- c. *Vida interna rica* – a pessoa raramente experimenta sua mente como vazia ou sem conteúdo.

4. Valores e atitudes gerais:

- a. *Hesitação* - em geral uma falta de certeza absoluta sobre o que é certo e o que é errado, e uma preferência pela complexidade e pelo relativismo.
- b. *Moderação* – uma atitude equilibrada para a maioria das afirmações sobre estados mentais tanto em relação a si próprio como aos outros. Isso resulta de aceitar a possibilidade de que uma pessoa não está em posição privilegiada nem em relação ao seu próprio estado mental nem em relação ao de uma outra pessoa, e suficiente auto-monitoramento para reconhecer falhas (exemplo: “Eu tenho notado que às vezes eu reajo exageradamente às coisas”).

Extraído e traduzido de Bateman, A. & Fonagy, P. (2006). *Mentalization-Based Treatment for Borderline Personality Disorder*. New York: Oxford University Press.

ANEXO F

“AS CARTAS PARA NÃO ENVIAR”

PRÉ PSICOTERAPIA

“Mãe, em primeiro lugar eu queria dizer que te amo muito, muito mesmo e que o dia em que eu me ver sem a senhora eu não sei o que vai ser de mim. Estou escrevendo essa carta para dizer o quanto eu te amo e também para dizer que eu queria ser mais amada, ser tratada com mais carinho. Quando a gente briga eu fico tão mal, mas não deixo a senhora perceber, não sei por que a senhora tem sempre um motivo para brigar comigo, por menor que seja. E quando não tem motivos sempre acha um jeito de colocar a culpa em mim. Como eu queria que a senhora mudasse, porque eu gosta tanto da senhora. Já a senhora diz gostar de mim, mas não faz o mínimo esforço para mostrar isso. Como fico triste com tudo isso. To sempre me esforçando para fazer as tuas vontades, mas nunca ta bom, vindo de mim nunca é o suficiente. To cansada disso e é só comigo. Eu só gostaria que tu gostasse de mim, me transmitindo esse sentimento. Até hoje os poucos momentos que eu me lembro que a senhora veio me abraçar, me dar carinho são poucos, só lembro de quando eu choro pelo R. Não queria que fosse assim, só quando eu estou chorando. Tem vezes que preciso muito de carinho, mas quando eu mais preciso só vem pancada. Eu até acho que a senhora gosta de mim, mas eu queria perceber isso. Eu gostaria de ser tratada diferente ou igual as outras duas. Só queria entender porque a senhora me trata diferente. Tudo de errado é culpa minha, o que não ta feito fui eu que não fiz e quando eu não tenho nada a ver com a briga a senhora sempre acha um jeito de me colocar no meio. A senhora sabe que eu gosto muito da senhora e acho que das três filhas sou eu a que mais demonstra. Sempre que a senhora precisa sou eu quem to junto. Quando eu vejo uma coisa que a senhora quer, eu fico triste e as vezes até choro por não poder dar. E eu fico mais triste ainda quando a senhora chega do trabalho cansada, tem que trabalhar todo o dia, isso faz eu me sentir mal, pois eu fico pensando “ai a mãe lá forcejando e eu aqui parada” por isso eu quero muito arrumar um emprego pra senhora ficar em casa e não ter que se cansar. Bom, mas o objetivo dessa carta é dizer que eu quero um pouco mais carinho, mais atenção, que mude um pouco e que pare de me culpar por tudo. Eu te amo muito.”

PÓS PSICOTERAPIA

“Mãe, estou escrevendo essa carta para dizer o quanto eu te amo e para agradecer pela mudança. Desde aquela nossa briga tudo mudou. Consegui ver as coisas de outro modo, consegui ver o quanto a senhora gosta de mim, consegui mudar o meu modo de agir permitindo com isso que a gente se trate com carinho e respeito. Quero dizer que te amo muito, muito mesmo e que ainda não dou todo o valor que a senhora merece, mas todas as vezes que eu percebo que eu faço isso eu tento mudar. Eu queria também te agradecer por tudo que faz por nós. Eu não gosto de ver a senhora trabalhando só pra pagar as contas e contas que não são só da senhora. Queria que as coisas fossem diferentes, queria arrumar um bom emprego para poder ajudar a senhora e a senhora não ter que passar por essas coisas que passa. Desculpa por as vezes não dar valor ao seu esforço, desculpa, eu vou tentar mudar. Eu te amo demais”.

ANEXO G

OS ESCRITOS DE ALICE DURANTE A PSICOTERAPIA

Sessão 8

“Eu tava caminhando na rua, indo para o curso, daí eu comecei a pensar o que adianta eu me sensibilizar pelos outros, se eu só sofro ao invés de fazer alguma coisa? Penso que isso é um certo acomodo, um egoísmo da minha parte. Eu até gostaria de fazer alguma coisa, mas eu não sei explicar. Não é que eu não queira, mas me falta vontade...não é bem essa a palavra...”

“A morte

Eu queria que a morte fosse apenas mais um sonho,

Para amenizar o meu sofrimento (começa a chorar)

E deixar o meu rosto menos tristonho.

A morte é uma passagem que todos iremos passar,

E que Deus me dê coragem para poder superar.

Não queria que a morte existisse,

Mas o que posso fazer?

Ela já existe, e tento compreender.

Não queria o fim da vida,

Mas um dia irá chegar.

Queria outra saída, mas só me resta esperar.

E agora a morte chega, levando partes de mim,

Deixando um vazio infinito, um sofrimento sem fim”.

Sessão 15

Ontem eu briguei com a T. e a mãe chegou em casa e depois contou para o pai a versão dela e disse que ia embora de casa. Aí a mãe começou a brigar comigo e falar tanta coisa que eu já nem lembro, só que o que me marcou foi quando a T. falou que ia embora e ela disse que se a T. fosse embora ela ia me colocar na rua também (faz uma pausa e tenta controlar o choro). Isso ficou na minha cabeça e eu comecei a chorar sozinha na sala. Eu até pensei em ir embora mesmo, mas eu nem tinha pra onde ir. Aí eu fui na cozinha e peguei uma faca e fui para o quarto e fechei a porta. Eu não tinha a intenção de me matar, eu queria me machucar, mas eu não tive coragem de me machucar com a faca. Aí a mãe entrou no quarto e eu tava

chorando com a faca na mão. Ela foi lá tirou a faca de mim foi colocar na estante e voltou pro quarto chorando. Aí ela me tocou e eu tirei a mão dela de mim e falei não me toca, sai daqui. Daí eu falei que ela tava sempre do lado da T. e que ela disse que se a T. saísse de casa ela ia me colocar pra fora. Aí ela falou chorando que me amava, que amava todas as filhas do mesmo jeito e que ela tinha dito aquilo da boca pra fora. Que ela fala as coisas na hora, mas que não é verdade. Que eu acho que ela não me ama, mas que ela me ama muito e que se fosse preciso daria a vida dela por mim. Daí ela ficou me falando um monte de coisa e eu vi que ela tava realmente do meu lado. Daí eu disse pra ela que eu não conhecia só marginal como a T. tava falando e ela disse 'eu sei minha filha, eu sei que tu conhece pessoas boas', ela disse que não gostava dos marginais porque eles eram presos e saíam de lá pra fazer as mesmas coisas. Daí eu disse pra ela que não era esse tipo de pessoa que eu defendia, mas que eram aqueles que não tem chance que querem voltar pra uma vida normal e não conseguem. Eu só sei que ver a mãe chorando na minha frente, falando tudo isso que ela disse pra mim, me fez querer dar um abraço bem forte nela, mas eu não conseguia. Aí ela me disse 'filha, a mãe não quer mais te ver chorar' e me deu um abraço. Aí que eu chorei mais e fiquei abraçada nela. Eu adorei aquele abraço. Eu acho que a gente nunca se abraçou com tanto carinho, com tanta intensidade. Eu achei que foi o gesto mais verdadeiro de amor que eu tive até hoje.

Sessão 17

Eu tava deitada, mas não conseguia parar de pensar no filho de uma pessoa que eu conheço que morreu, que só tinha dois aninhos, fiquei imaginando como pode uma criança tão inocente, tão novinha morrer, fiquei imaginando a dor dos pais dele, se eu que não conhecia ele e fiquei chocada. Se a morte é como diz no livro que eu li, a pessoa quando morre ela vê toda a vida dela, o corpo dela, ela vê as pessoas. Como será que é com uma criança, que ela ta vendo que vai morrer, como será que ela reage, será que ela sente, pior que além disso não sair da minha cabeça ta chovendo e trovejando e a mãe foi viajar. Isso me dá uma insegurança, fico pensando no gurizinho de dois anos que morreu e também pode acontecer alguma coisa comigo agora. To com medo, queria que a mãe estivesse aqui em casa, acho que é porque ela me passa segurança. Aquela vez que a guria se matou eu posei três dias no quarto da mãe e agora, talvez seja medo e não tem ninguém pra me dar uma palavra de conforto. Se a mãe estivesse aqui com certeza ela estaria falando alguma coisa boa, pra mim tira isso da cabeça.

Sessão 20

Será que foi tu que apareceu para a Andressa? Quando tu tava vivo era mais com ela que tu se encontrava na rua, quando quem mais queria te ver era eu. As vezes quando ele sumia assim, eu sempre queria vê ele, ele sempre se encontrava com a Andressa eu quase nunca via ele. Como seria se tu tivesse vivo? Tenho certeza que a gente iria se encontrar, mas qual seria o desfecho dessa história? Será que a gente iria namora? Porque ele queria ir lá em casa. Eu só sei que eu queria que tu estivesse aqui, neste mundo, vivo. As vezes eu simplesmente não quero acreditar. Tava chovendo. Com essa chuva, eu fico imaginando onde tu ta agora, tem água aí? Como que ta o teu corpo hoje, eu tenho varias dúvidas e queria algumas respostas, mas acima de tudo o que eu quero é que tu esteja bem. Aí essa parte aqui é a parte que eu me sinto meio culpada. Desculpa por pensar que eu to me libertando, não é de ti, eu to me sentindo melhor, aquela dor ta passando e ta ficando a saudade. Talvez a saudade seja pior, porque sofrendo tu não aceita o nunca mais, daí a gente precisa se conformar, não aceitar a saudade, por não aceitar o fim, mas a partir do momento que começa a saudade é porque a gente já aceitou o nunca mais e isso é muito mais triste. Pensar que pra sempre eu vou sinto saudade e não vou poder matar ela. Só quero dizer que eu te amo pra sempre.

Sessão 24

“Meu Deus que horror, eu fiquei apavorada, de certa forma eu me sinto enganada. Eu to me sentindo triste por ele, não sei nem o que pensar. Eu prometi não julgar ele, mas to achando errado o que ele fez, por ter feito de novo. Eu não to com raiva, eu só não to acreditando que ele era tão diferente do que eu penso. Não queria saber disso, eu juro que não. Eu queria saber o que ele fez, talvez até confirmar o que eu já sabia, mas no fundo eu não esperava que fosse isso. Eu falei que não ia mudar o que eu sinto por ele e não vai mudar, mas agora eu to pensando que ele não era o Rô que ele era pra mim. Eu até cheguei a pensar que ele não merecia o que eu sofri por ele, mas eu acho que ele merece ser lembrado porque pra mim ele sempre foi bom e não quero julgar o que ele fez. Mas a minha cabeça fica pensando nisso e o que mais me deixa triste é saber que ele tinha intenções de fato de...(não sei se ele tinha intenções, mas ah se tu mata uma pessoa até tudo bem, mas duas...não que tudo bem matar uma, mas matar duas parece que foi algo que não foi sem querer). Só imagino o quanto ele deve tá sofrendo, como me deixa triste saber ou confirmar que ele era assim. Mas eu só peço que ele esteja bem.

(Aí eu escrevi sobre isso no outro dia também). Eu ainda estou pensando no que eu soube ontem, não queria acreditar. Eu sei que nada justifica a morte (assim no primeiro dia quando eu fiquei sabendo eu tava assim sentindo não é raiva, mas por saber que ele tinha feito tudo isso, mas daí no outro dia eu já estava sentindo diferente). Eu sei que nada justifica a morte, mas talvez ele tivesse bons motivos pra fazer, talvez fosse matar ou morrer (ai porque eu fico pensando assim, talvez, eu não sei, eu acho que PE melhor nem saber, mas eu não sei o tipo de pessoa que ele matou, talvez fosse pessoas assim como...como ele, tem certas pessoas que falam assim realmente que ou tu mata ou tu morre). Eu queria saber os motivos pra de certa forma inocentar ele, mas é melhor deixar assim, mexer no passado talvez só piore. Eu não consigo imaginar ele matando alguém. A imagem que eu tenho dele não permite que eu imagine isso. Mas o que importa é o que ele era pra mim. Mas fico imaginando que eu lamento a morte dele a mais de um ano e mais pessoas lamentam a morte dessas duas pessoas a muito mais tempo. Poderia ter sido eu ou alguém da minha família, mas tenho certeza que ele não faria isso, tenho certeza mesmo que ele jamais faria uma coisa dessas pra mim. Pra mim esse R. que falavam não é o meu Rô, não imagino. Ele sempre vai ser o que ele era pra mim. O pior é imaginar como ele deve ta agora. Será que ele ficou triste por eu ter descoberto o que ele não queria que eu soubesse. Mas o pior é que ele deve estar sofrendo, como diz no livro.

Sessão 26

“Tô indignada...eu to sozinha em casa (ai daí aqui, essa primeira frase aqui eu pensei que eu tinha visto alguma coisa, porque eu acho que tava meia louca (ri))...eu to sozinha em casa e to ficando louca, eu acho, eu vi uma sombra (sei lá eu tava olhando assim pro chão e daí eu vi uma sombra passar, mas daí eu nem dei muita bola)...nem sei dizer como eu estou me sentindo, com todos esses problemas, pra mim é essa casa. Eu to ficando com ódio dessa casa, eu me estresso só de pensar que tudo isso que tá acontecendo é culpa dessa casa. Nas outras que a gente morou, nunca aconteceu, nunca. A cada dia acontece algo novo. Quero sair daqui de uma vez, não agüento mais. Eu até já pensei em matar ele...((começa a rir))...claro que eu não vou fazer isso, eu só pensei porque ...é que assim se fosse só comigo assim, um problema só comigo eu não ia ficar assim, mas mexe com o pai, já xingou a A., é a minha família e isso ai...)...sou contra o que eu penso, mas já cheguei a pensar, não me importaria se eu ia ir presa, mas o meu jeito me impede, eu não teria coragem, mas tenho vontade. Se fosse só comigo tudo bem, mas tá mexendo com o pai, com a minha família. Se eu tivesse uma arma agora (é que assim eu tava com muito ódio aquela hora (sorri))...eu ia tirar

dando fosse coragem pra terminar com ele. Eu sei que tem outras formas e são essas outras formas que nós vamos tentar usar (é que assim, nós vamos por exemplo, tentar se mudar dali)...mas queria terminar com isso de uma vez porque talvez só mudar de casa não adiante. A casa que talvez a gente vá é duas quadras dali. E ele sabe onde o pai trabalha, tenho medo que ele faça alguma coisa com a minha família. Por isso eu queria resolver esse problema. Até pensei em conversar com ele, mas o que eu iria falar? Até nem teria o porquê. Mas o que eu mais quero agora é sair dessa casa, não resolveria tudo, mas grande parte”.

Sessão 30

“ Amor, eu ia parar de escrever, mas seria idiota da minha parte. Eu parei de sofrer como antes, mas jamais esquecerei de ti. Tu sabe disso e vou continuar escrevendo nesse caderno em agradecimento por tu ter aparecido na minha vida, por ter sido essa pessoa maravilhosa e carinhosa, e diferente de todos. Obrigada de coração. Tu me deixou sim uma mensagem, que pra gente amar não precisa de tempo, não precisa de muita coisa pra gente gostar de alguém e contigo foi assim, pequenas coisas fizeram com que tu te tornasse muito especial. Pra mim tu nunca vai ser aquele outro Rô, talvez pra muitos tu fosse, por não terem te dado a chance de mostrar o teu lado bom, este lado que eu conheço. Talvez eu seja uma das poucas pessoas que conheceu e mesmo sabendo do outro eu digo com todas as letras: valeu, eu faria tudo de novo. E tu, onde estiver, sabe que é verdade e que nada mudou, só o tempo passou. E eu sabia desde o começo que o tempo cura, que o tempo passa e ameniza as coisas. Talvez eu poderia ou até quisesse continuar sofrendo, mas o que iria adiantar? Chorei muito e nada mudou. Eu gostaria de lembrar de ti todos os dias, mas sei lá as vezes eu não lembro. Eu queria entender a tua partida, mas nunca tive resposta. Eu queria ter te conhecido melhor, mas talvez tenha sido melhor assim. Eu queria que tu estivesse aqui, mas eu sei que o mundo é assim: quando menos esperamos, pronto, morremos. É triste pensar assim, mas é a nossa verdade. Talvez uma das únicas verdades que sabemos. Só queria dizer que tu tá comigo, no meu coração, nos meus olhos, no meu pensamento e sei que vai chegar o dia em que eu não vou pensar em ti com frequência, mas jamais vou te esquecer. Tu já preenche um lugar muito especial no meu coração e esse lugar já é teu, ninguém vai te tirar daqui simplesmente porque eu te amo pra sempre.

Sessão 34

“Meu Deus, eu to com tanto ódio, tanto ódio, porque pra mim a coisa mais importante numa casa é o meu quarto. Eu até aceito que o quarto não seja só meu, terem tirado a minha mesa

do meu quarto que era algo muito importante pra mim, mas agora essa porcaria...além de não ser só meu, não tem nada, só a minha cama tá lá, que é o que menos importa pra mim. Eu odeio isso aqui e o que me dá mais ódio é de ser o que eu sou, de até hoje não ter o que é meu e ficar pulando de galho em galho por aí. Não to culpando os meus pais, eu me revolto por ter nascido nessas circunstâncias. E por isso fico com ódio”.

Sessão 37

“ Eu acho tão triste interpretar essas músicas porque com certeza são verdades e além de ser muito triste, eu lembro do Rô. As vezes não tem nada a ver, mas eu sempre acho uma frase pra encaixar com ele. Eu queria que ele estivesse vivo agora. Agora, já fazem 1 ano e 5 meses que ele morreu e eu sei que ele não vai mais voltar, e isso é o pior. É como diz numa frase: ‘a pior parte do luto é deixar a pessoa ir’...e eu acho que deixei. Porque agora não fico mais chorando e sofrendo toda a hora, mas sinto tristeza em lembrar que um dia ele esteve aqui e acho que essa é a pior parte. Antes eu chorava por não acreditar e por não aceitar o que aconteceu e hoje eu choro justamente porque eu acredito e porque eu sei que ele morreu. Eu deixei ele ir. Deixei ele ir e de certa forma eu deixei ele de lado, eu nunca mais fui visitar ele. As vezes eu penso assim, que eu não consigo imaginar que ele morreu, não consigo imaginar ele morto, eu sei que ele morreu, mas tem vezes que eu não consigo acreditar. Já estou me contradizendo, mas na maioria das vezes que eu penso nele, eu sei que ele morreu, mas não vi ele morto e isso pode fazer com que as vezes eu não acredite. Acho que a falta dessa imagem, faz com que eu fantasie, mas é melhor assim porque eu não iria suportar vê ele num caixão”.