

Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria

Nº 27

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA
DE PSIQUIATRIA DA INFÂNCIA E DA ADOLESCÊNCIA

DIRECTOR

Maria Luís Borges de Castro

COMISSÃO REDACTORIAL

Augusto Carreira

Fernando Santos

Mónica Salgado

Pedro Pires

Raquel Quelhas Lima

CONSELHO DE REDACÇÃO

Beatriz Pena

Celeste Malpique

Emílio Salgueiro

José Ferronha

Luís Simões Ferreira

Lurdes Carvalho Santos

Maria Alfredina Guerra e Paz

Maria José Gonçalves

Maria José Vidigal

Orlando Fialho

EDITOR

Associação Portuguesa de Psiquiatria da
Infância e da Adolescência (APPIA)

CORRESPONDÊNCIA

Secretariado

Margarida Matos Moura

Av. do Brasil, 53 – 1700 Lisboa

Clínica Infantil – Pavilhão 25

Tel./Fax: 21 793 43 41

E-mail: appia@sapo.pt

FOTOCOMPOSIÇÃO E PAGINAÇÃO

ISPA – Instituto Superior de Psicologia Aplicada

Editorial

Maria Luís Borges de Castro p. 5

ARTIGOS

Vinculação, vulnerabilidade e resiliência

Sara Almeida p. 7

Psicoterapias mãe-bebé

Contribuições clínicas

Maria José Gonçalves p. 17

Maus-tratos e negligência na infância:

Relações com a insegurança
e desorganização da vinculação

Renata Benavente & João Justo p. 35

DC: 0-3R. Que vínculos?

*Silvia Tavares, Lara Vilela,
Graça Fernandes, Goretti Dias,
Cláudia Pires de Lima, Cláudia Falco,
& Camila Gesta* p. 53

Ajustamento familiar e padrões de
vinculação de bebés concebidos por
reprodução medicamente assistida

*Sofia Gameiro, Maria Cristina
Canavarro & Isabel Soares* p. 67

Normas de Publicação p. 87

A propósito deste número da revista, que tem 4 artigos sobre vinculação e um sobre a relação precoce, pareceu-me oportuno tecer algumas considerações sobre a psicose infantil na sua vertente produtiva/evolucionista da esquizofrenia:

O fenómeno intra psíquico rege a nossa relação com o outro e, reciprocamente, a alteridade permite a estruturação do “eu”. Do entendimento deste facto/vivência resulta a possibilidade da compreensão do sofrimento pela incompletude relacional, que gera o sofrimento mental.

Este sofrimento, como aqui é implícito, passa por um processo inorganizativo, ou pseudo-desorganizativo – uma vez que a organização foi resultado de uma fuga para a frente relacional – com tempo para criar, ou não, fenómenos cognitivos defensivos, com a função de preenchimento lacunar do vazio afectivo.

Desde a criança ao adulto, que isto nos é evidente. Para a frente vão os factos; atrás vão ficando os afectos a eles ligados. Esta separação com o tempo vai aumentando, acentuando-se cada vez mais, dando a possibilidade de se organizar um processo intrapsíquico patológico, que culmina numa defesa relacional rígida e monolítica.

Mas esta defesa é altamente mórbida. A sua acentuação por ausência de plasticidade vai despersonalizando, criando hiatos rudes e grotescos, levando até ao estado de confusão mental com possibilidade de, se cada vez mais arcaica, desaguar na fusão psicossomática, traduzida na postura catatónica. Este estado de confusão é compreensível que seja percebido, como a perda da mente, ou seja a morte psíquica. Este estado representa então, a total perda da existência intrapsíquica, o que leva à não representação do sujeito de si mesmo.

Mas este percurso, como é evidente, terá necessariamente de ser longo e extremamente doloroso. Assim, haverá ao longo do desenvolvimento infantil toda uma busca incessante de colmatar este processo, ou pelo seu arrastamento denegado, ou permitindo surtos, aqui e além de disrupção, tendo por vezes, como consequência, a pseudo construção do “eu” não contínua e por justaposição. Seria o caso da esquizofrenia de aparecimento no jovem e não na infância.

Com a criança, com a qual acompanhamos este processo, infelizmente a maior parte das vezes durante anos, é evidente a maneira misteriosa como este processo se desenrola. O mistério advém da sua relação connosco; esta pode passar do movimento de colagem, à rejeição tempestuosa e maciça a nós terapeutas, traduzindo a situação relacional simbiótica. A dor do nosso paciente tornada nossa, por vezes invade-nos de forma insustentável. São nestes momentos que, se for acessível ao nosso funcionamento mental (do terapeuta), este *nos empresta a ambos* (terapeuta e doente) alguma coerência perdida. Compreende-se, assim, a dificuldade de seguimento psicoterapêutico destes doentes psicóticos, sobretudo quando crianças. Algo de nós, muito arcaico, terá de sobreviver, quase de forma urgente e compulsiva.

Sob o ponto de vista semiológico é fácil fazer o diagnóstico seguro de esquizofrenia no adulto. É evidente, que mesmo neste caso há quadros nosológicos imbricados e portanto sujeitos a discussão. Mas, como na criança a semiologia é raramente presente, a questão da existência ou não de esquizofrenia, nesta franja etária, raramente se põe. No entanto, sob o ponto de vista psicanalítico e analisando o funcionamento psíquico, no que diz respeito ao tipo de relação objectal e aos seus mecanismos de defesa, veremos a proximidade da dinâmica da criança do adulto. Em ambos os casos se verifica: a fragmentação do “self”, com a conseqüente falta de construção de objecto interno e a desorganização do aparelho psíquico sob o ponto de vista cognitivo, resultado da emergência do processo primário. Quanto aos processos defensivos, os que são mais evidentes na criança são a onipotência e a retirada. No adulto são mais evidentes a projecção, a identificação projectiva e a denegação. Em ambos a defesa maior é a clivagem.

Assim sendo, sob o ponto de vista dinâmico, estaremos na mesma patologia que evoluiria, ou não, da infância para a adultícia, para um quadro de esquizofrenia, ou para um quadro deficitário. Acresce ainda que, o termo *dementia praecox* (*E. Kraepelin*) na terminologia psiquiátrica foi uma das primeiras designações da esquizofrenia. Há uns anos, no adulto sem tratamento, era frequente, no início da doença e na evolução posterior, reconhecer-se a demência. Na criança a evolução da psicose infantil, entregue a si mesma, pode ser a de um estado deficitário.

(Parte do posfácio, por mim escrito, no livro da Maria José Vidigal:
Pensar a esquizofrenia na criança.)

VINCULAÇÃO, VULNERABILIDADE E RESILIÊNCIA

Sara Almeida *

RESUMO

As autoras partem da concepção de que a figura de vinculação integra as experiências pessoais com a criança no seu modelo mental de relações íntimas, sendo este formado, a partir das suas relações com a família de origem. Assim, reconhecendo a importância da transmissão transgeracional dos padrões de vinculação na clínica infantil, propõem-se, a partir da discussão de dois casos clínicos, reflectir acerca da relação entre a vulnerabilidade/resiliência da criança e o padrão de vinculação materno. Recorrendo à utilização da Adult Attachment Interview tentarão caracterizar o padrão de vinculação materno e discutir o seu papel, enquanto vector de fortalecimento da aliança terapêutica e a sua importância no tratamento da criança.

Palavras chave: Comportamento interactivo da criança. Resiliência. Vinculação.

Já em 1933 Ferenczi sugeria a natureza potencialmente traumática, da falha do adulto em compreender os significados do mundo psicológico da criança, antecipando assim riscos associados à falta de sensibilidade por parte dos objectos primários da criança.

Em 1938 Freud descreve o vínculo da criança à mãe como “único, sem paralelo, estabelecido de forma inalterável, o primeiro e mais poderoso objecto de amor”.

Esta ênfase na qualidade do prestador de cuidados e na relação precoce, é também encontrada nos trabalhos de Spitz em 1945 e 65, Erikson em 1950, Winnicott em 1962 e Anna Freud entre 1941 e 1945, entre muitos outros autores de referência da teoria psicanalítica.

* Psicóloga Clínica, Unidade de Pedopsiquiatria, Serviço de Pediatria do Hospital Garcia de Orta.

Com o trabalho de Bowlby, acerca das consequências psicológicas da privação precoce, e a partir dos quais se desenvolve a Teoria da Vinculação, os campos da psicanálise, etologia e psicologia do desenvolvimento cruzam-se. Desta forma, emerge entre os muitos achados obtidos, um aspecto que para a nossa linha de pensamento, nos parece particularmente relevante, e que é a ênfase nas competências precoces do bebé, na tendência inata do mesmo para entrar em comunicação, bem como na observação dos seus comportamentos interactivos. Tomasello em 2003 na sua obra “Origens Culturais da aquisição do conhecimento humano” referia que as pesquisas da psicologia do desenvolvimento permitiram-nos perceber que os bebés não são apenas seres sociais, como os outros primatas, mas seres “ultra-sociais” desde o nascimento. Sendo disso exemplo a imitação neonatal (imitação dos movimentos da língua em bebés de seis semanas) e as protoconversações.

No entanto para se revelarem, as competências do bebé necessitam de um parceiro adulto atento e disponível, remetendo-nos novamente para as contribuições do adulto à interacção.

Na intervenção clínica em primeira infância, aspectos como o funcionamento mental do bebé e o seu impacto na qualidade das interacções precoces assim como a importância da comunicação precoce mãe/bebé para o desenvolvimento da vida psíquica da criança, tornam-se pedras basilares da intervenção terapêutica.

Partindo deste pressuposto, as interacções precoces são entendidas como a matriz constitutiva da subjectividade e a unidade elementar da vida psíquica.

Daniel Stern, mostrou-nos nos anos oitenta como o reportório do bebé e da mãe se encaixam, com o objectivo de obter a regulação afectiva ou a comunicação, e como, através da internalização de sequências interactivas, com bons ou maus momentos, diferentes aproximações ou retiradas, situações específicas se transformam em relação. Mais tarde, em 1995 o mesmo autor introduz os factores subscientes do comportamento materno nesta dinâmica da interacção, fazendo emergir o conceito de transgeracionalidade.

Acerca deste conceito, em 1997, Maria José Gonçalves referia que “é o significado atribuído pelos pais aos comportamentos interactivos dos filhos que dá sentido à relação e que orienta os seus próprios comportamentos, de protecção, conforto e a comunicação e, não é menos verdade que as interpretações subjectivas dos pais em relação ao seu bebé, são indispensáveis à construção da identidade da criança.” Fonagy (1999), referia também que “a figura de vinculação integra as experiências pessoais com a criança no seu modelo mental de relações íntimas, sendo este formado, a partir das suas relações com a família de origem”.

Quer pensemos do ponto de vista da Teoria da Vinculação, com a ocorrência de uma internalização pela criança dos padrões comportamentais maternos, e daqui o estabelecimento dos seus modelos de funcionamento interno – “internal working models”, quer do ponto de vista das correntes psicanalíticas, cuja organização da interacção e conseqüentemente a relação se centram à volta do conflito psíquico e dos imagos parentais, ambos encerram em si o importante conceito de transgeracionalidade.

Neste sentido, ao pensarmos no tema – vicissitudes da vinculação, pensamos em partilhar convosco alguns aspectos que nos têm surgido na clínica com crianças pequenas, e que dizem respeito à relação entre vulnerabilidade e resiliência da criança, características maternas e a intervenção terapêutica.

Passaremos de seguida a exemplificar com duas vinhetas clínicas:

O Tomás tinha catorze meses quando foi observado, a pedido da equipa de pediatria que o acompanhava, por apresentar má progressão ponderal, irritabilidade e vômitos frequentes. É o único filho de um casal jovem, saudável. A mãe referia o aparecimento de dificuldades em ser alimentado aos quatro meses, altura em que deixou de ser amamentado à mama. Por volta dos seis meses iniciou um quadro de vômitos, inicialmente após as refeições, e posteriormente ao longo do dia. A mãe refere que estes primeiros meses de vida foram vividos por si de forma muito ansiosa, já que o Tomás não a procurava ou olhava, nem se interessava pelos brinquedos ou pessoas. Aos sete meses é detectado um défice visual grave, incapacitante, que é corrigido com o uso de óculos, e é descrita pela mãe uma grande mudança no seu comportamento. Passando a interessar-se pelo que o rodeava e a relacionar-se com os outros de forma diferente. Diz a mãe: “passou a reconhecer-me”. Aos dezoito meses é diagnosticada uma malformação cardíaca, com recurso a intervenção cirúrgica.

Na nossa primeira observação, o Tomás apresenta-se como um bebé com uma grande irritabilidade, que está permanentemente a chorar ou refugiado no colo da mãe. Tem um desenvolvimento estado-ponderal abaixo do esperado para a idade e uma acentuada palidez cutânea. É difícil de envolver, quer pela incapacidade em se separar da mãe, quer pela dificuldade em envolver-se na interacção social. Não mantinha o olhar e a sua expressão facial era pouco variada, sendo a tonalidade afectiva de desconforto e insatisfação permanente. Apesar destas dificuldades apresentava vocalizações melódicas de forma expressiva, com um reportório de algumas palavras e procurava constantemente a atenção e envolvimento da mãe, procurando estimulação corporal próxima. Nesta fase a avaliação clínica levou-nos a pensar num padrão de vinculação inseguro-resistente, tal era a necessidade que apresentava de dominar a interacção com a mãe e manter-se próximo desta.

A mãe manifestava do ponto de vista da qualidade comportamental da interacção uma grande preocupação relativamente à dificuldade em alimentar o filho, sentindo-se exausta e sem estratégias para o conseguir fazer. A tonalidade afectiva da interacção era ansiosa, apresentando a mãe humor também ansioso e grande tensão motora. Na situação alimentar era visível grande tensão e paralelamente observávamos a ansiedade da mãe ser agida através da introdução de inúmeros objectos e brinquedos entre ela e o filho quer enquanto o alimentava, quer na situação de jogo.

Após visionamento do vídeo e discussão do caso foi colocada como hipótese diagnóstica, recorrendo à Classificação DC 0-3, no Eixo I uma Perturbação do Comportamento Alimentar e no Eixo II uma Perturbação da Relação Ansiosa-Tensa.

Como intervenção terapêutica recorremos a uma psicoterapia mãe-bebé. Tendo em conta que consideramos existir algum grau de reciprocidade entre o comportamento interactivo da mãe e o do bebé, tomamos os comportamentos interactivos manifestos como o elemento chave a ser terapeuticamente alterado. Para tal, este modelo, baseado na orientação da interacção do grupo de Ann Arbor, foi aqui adaptado à situação alimentar. Onde, tendo como alvo real a alimentação, trabalhamos também outros aspectos da relação e das características maternas que interferiam na interacção. Assim, num primeiro momento recorremos à gravação em vídeo da situação alimentar, e posteriormente recorremos ao visionamento do mesmo com a mãe, com vista a serem trabalhados comportamentos e descobertas estratégias mais eficazes de intervenção. O reforço positivo dos comportamentos maternos que eram bons, apropriados ou apenas adequados era realizado. Tentávamos conhecer melhor as características da criança, e os comportamentos maternos mais apropriados e fazê-los emergir. Sempre com recurso da nossa parte à supervisão do caso por um terapeuta sénior.

A cirurgia que realizou aos dezoito meses, deveu-se, como referimos anteriormente, a uma malformação, congénita, que foi detectada só nesta idade, devido entre outros aspectos, ao facto do Tomás apresentar uma irritabilidade com choro permanente tão exuberante, que interferia na auscultação. Com o início do acompanhamento terapêutico, a primeira mudança visível que se observou, foi a diminuição da irritabilidade e choro frequente. Esta nova disponibilidade permitiu-lhe envolver-se com o meio e com a mãe de forma mais prazerosa e também a correcção desta fragilidade física.

O estabelecimento e manutenção de uma aliança terapêutica é a prioridade deste tipo de intervenção e tal foi conseguido neste caso.

O Tomás evoluiu muito favoravelmente encontrando-se actualmente com dois anos e quatro meses. Está integrado na creche, com boa adaptação, apre-

senta um bom desenvolvimento psicoafectivo e o nível de irritabilidade que apresentava diminuiu. O reconhecimento das características do Tomás, a melhoria da sua condição física e a adaptação da mãe às suas características, parece ter permitido que a situação fosse invertida e que a qualidade das novas experiências relacionais favorecessem um desenvolvimento mais coeso do self. No entanto mantém-se uma criança com importantes vulnerabilidades, sobretudo físicas.

O segundo caso que queremos partilhar é o do Sebastião. Ia fazer três anos quando veio à nossa consulta. As queixas eram de hetero-agressividade e birras frequentes. Os pais referiam que “tudo gira à volta das birras dele”. Já havia realizado avaliação de desenvolvimento aos dois anos de idade, sendo referido nessa fase um bom desenvolvimento cognitivo associado a dificuldades de auto-regulação.

Da sua história pessoal destacamos: bebé descrito como muito difícil desde sempre, com choro paroxístico nos primeiros meses de vida. Foi amamentado à mama até aos cinco meses, com boa adaptação à diversificação alimentar. Posteriormente passaram a existir dificuldades alimentares, que se mantêm, caracterizadas por recusa de alimentos novos e particularidades alimentares, quer em casa quer no ambiente escolar. Os marcos do desenvolvimento psicomotor foram adquiridos nos parâmetros esperados para a idade, tendo ocorrido um retrocesso no controle dos esfíncteres há uns meses atrás. Actualmente dorme na cama dos pais, porque se recusa a ficar no seu próprio quarto, mantendo também dificuldades de adormecimento no jardim infantil. Foi integrado na creche com dezoito meses, com má adaptação e à data da primeira consulta mantinha importantes dificuldades de separação e adaptação ao ambiente escolar. A mãe considera-o uma criança difícil, especialmente quando comparado com o seu outro filho. É descrito como tendo um comportamento de oposição, muito difícil de vestir, sem noção do perigo, “arrisca” e nas palavras da mãe “nem olha para trás”.

Na nossa primeira observação o Sebastião apresentou-se como um rapaz bonito, bem cuidado, com fâcies harmonioso e um bom desenvolvimento estato-ponderal. Interessa-se pelos brinquedos, mas investe pouco nos mesmos, mudando rapidamente a actividade. Tem um bom nível de linguagem, que desenvolve na situação de jogo com o observador, contudo, mostra-se obstinado e perfeccionista, tendo dificuldade em desenvolver a actividade simbólica, por se centrar em determinadas características dos objectos, como seja as funções da casa de animais. A interacção com a mãe era caracterizada por uma dominância da sua parte, demonstrando uma ansiedade de separação, que gerava na mãe grande angústia.

Após discussão do caso em reunião de equipa, foi diagnosticado no Eixo I uma Perturbação Regulatória de Tipo I-Hipersensível, com um padrão comportamental negativo e desafiador. Como intervenção terapêutica, foram propostas consultas terapêuticas com os pais (com o objectivo de os apoiar na elaboração de estratégias para fazer face às birras e dificuldades de separação do filho) e uma Psicoterapia individual à criança, na vertente do modelo DIR- Modelo baseado no desenvolvimento, nas diferenças individuais e na relação. Pensamos neste tipo de intervenção, por termos constatado dificuldades ao nível do desenvolvimento emocional, com necessidade de alargar a gama de experiências interactivas, motoras e de processamento do Sebastião. A psicoterapia ainda se mantém, encontrando-se contudo a situação do Sebastião mais estável no ambiente familiar e sem dificuldades no equipamento escolar. Contudo, tal como no Tomás as vulnerabilidades que apresenta são importantes e ainda se mantém em acompanhamento psicoterapêutico.

Não sendo objectivo deste trabalho centrarmo-nos sobre a etiopatogenia da psicopatologia do bebé, ambos os casos nos mostram contudo a interdependência entre as características maternas e as competências e capacidades do bebé para receber, agir e influenciar os cuidados da mãe e a representação desta enquanto mãe. Num estudo de caso realizado na UPI em 2002 acerca da representação mental materna em caso de trigémeos, o aspecto que referimos anteriormente foi por nós constatado quando observamos que a mãe mudava a sua própria representação mental da maternidade conforme se referia ao filho com temperamento difícil, ou ao filho com temperamento fácil. Sentindo-se com este último uma mãe melhor e mais competente. Este aspecto é paralelo ao que surge na história da mãe do Sebastião quando referia as grandes diferenças entre o temperamento do Sebastião e o do irmão. Pensando sobre a influência do temperamento da criança na interacção, pensamos no impacto deste na qualidade das interacções. Relativamente à Teoria da Vinculação, a maioria dos resultados que encontramos, vão no sentido dos de Srouf (2005), Voughn e Bost(1999) assumindo que apenas os bebés com temperamento difícil, cujas mães são provenientes de amostras de risco (mães com psicopatologia ou de ambientes carenciados) poderão tornar-se bebés com uma vinculação insegura, devido à falha na sensibilidade da figura do cuidador. O outro aspecto que gostávamos de nos debruçar, diz respeito à relação entre a vinculação materna e o estabelecimento da aliança terapêutica.

De facto, do ponto de vista clínico temos com frequência a percepção de que alguns dos casos que evoluem favoravelmente, apresentam a particula-

ridade de ter sido estabelecida com a mãe ou o cuidador que nos trás a criança, uma relação segura. Esta aliança terapêutica que a Teoria da Vinculação teoriza como “base de segurança”, tendo sido facilitada pelas competências e características maternas, era até no primeiro caso que apresentamos, um factor crucial do ponto de vista técnico para a realização de uma intervenção mãe/criança na vertente utilizada. Esta questão, quando discutimos os casos, e pensamos em partilhá-los convosco, levou-nos a pensar nas questões da transgeracionalidade e a aplicar a AAI (*Adult Attachment Interview*) a ambas as mães, quer para tentar perceber a eventual relação com o padrão de vinculação das mesmas na psicopatologia dos filhos, quer no estabelecimento da aliança terapêutica com o técnico.

Utilizando o método do Q-Sort de Kobak para pontuar a transcrição da AAI, foi obtido um padrão de vinculação seguro em ambas as mães. Esta segurança foi definida pela coerência e cooperação e também pela representação de uma figura de vinculação de suporte, que ambos os cotadores consideraram existir. As narrativas destas mulheres coincidiam no facto de ambas apresentarem facilidade na integração dos aspectos positivos e negativos das expressões e dos afectos e as experiências desfavoráveis da sua própria vinculação, serem consideradas e integradas no seu processo mental.

Sendo ambas crianças com psicopatologia, foi visível na clínica que as mães se envolveram activamente no tratamento dos filhos, possuindo instrumentos para estabelecer uma aliança terapêutica forte. Foi esta aliança que nos permitiu ajudá-las e aos seus filhos em detrimento de tantos casos onde não conseguimos intervir ou, em caso de intervenção, sem conseguir mobilizar e alterar ciclos de relação perturbados e geradores de psicopatologia. Ao constatar os padrões de vinculação destas mães e tentando especular acerca da influência dos mesmos, quer na interacção mãe-filho, quer no estabelecimento da aliança terapêutica, pensamos no conceito de função reflexiva. Tal como referem Fonagy e Target (1997) esta, “está intimamente associada à vinculação. A frequência com que ao relatarem as próprias histórias de vinculação na infância os pais referem os seus estados mentais, poderá predizer a probabilidade da criança se vincular a estes de forma segura”.

A relação na clínica entre os padrões de vinculação dos pais, e a aliança terapêutica com o técnico, poderá ajudar-nos a compreender os casos em que os desfechos não pareceram tão positivos, quanto os dos casos apresentados. Lembramo-nos do caso do João, que frequenta a nossa Unidade deste os três anos de idade. Actualmente tem sete. A adesão da família (considerada de risco) foi sempre ambivalente, com inúmeras rupturas, mudanças de técnico, etc... nunca tendo sido possível o estabelecimento de uma verdadeira aliança

terapêutica com a mãe. Actualmente, apresenta uma perturbação na linha da externalização, com graves alterações de comportamento, e pensamos que com uma vinculação desorganizada, que se faz acompanhar de uma visão caótica e ameaçadora do mundo. Este caso, como outros temos, levam-nos a pensar que não existirá uma fonte única de resiliência ou vulnerabilidade. Parecendo estar em jogo factores interactivos que incluem não só predisposições genéticas do individuo (temperamento, personalidade, inteligência), mas também qualidades como as capacidades sociais e auto-estima, oriundas da variabilidade de influências do meio e das relações precoces.

Assim, como referem os investigadores da Teoria da Vinculação, a influência da vinculação no desenvolvimento da criança poderá ser compreendida à luz da noção de modelos internos dinâmicos da vinculação, construídos a partir das experiências de vinculação. E como refere Stern, (1985) “o sentimento do self, sentimento do próprio” é o princípio organizador da experiência subjectiva do bebé, sendo que as experiências precoces do bebé com a mãe são percurso- ras do sentido de self e indispensáveis para a sua formação e desenvolvimento saudável. No pólo oposto, em relação às vicissitudes da vinculação, a investiga- ção e a clínica, encontram-se:

Por um lado a investigação, com os diversos trabalhos que vão sendo desen- volvidos, e dos quais destacámos em Portugal, os de Soares (2000) e Figueiredo (2000; 2003), que fomos consultando quando pensávamos nos nos- sos casos. Por outro lado a clínica, com as particularidades e dificuldades que nos surgem a cada passo, sobretudo quando nos confrontamos com a inexistên- cia ou dificuldade, em muitos pais, da capacidade de se ligarem ao técnico e participarem activamente no processo terapêutico. Verificando-se assim a impossibilidade de alterarem o curso da sua própria história.

BIBLIOGRAFIA

- Almeida, S. Pires, P. Ataíde, A., & Caldeira, P.(2001). Representações mentais maternas: um caso de trigémeos. *Análise Psicológica – 20 anos da Unidade da Primeira Infância*, XXI(1).
- Bowlby, J. (1988). *A secure base. Clinical applications of attachment theory*. London: Routledge.
- Bretherton, K., & Munholland, K.A. (1999). Internal working models in attachment relations- hips: A construct revisited. In J. Cassidy & P.R. Shaver (Eds.), *Handbook of Attachment: Theory, Research and Clinical Applications* (pp. 89-114). New York: Guilford.
- Cordeiro, M.J., & Caldeira da Silva, P. (1998). La classification diagnostique des troubles de la santé mentale du nourrisson. Une expérience clinique. *Devenir*, 10(1).

- Cordeiro, M. (1999). Clinical assessment of infant psychopathology: Challenges and methods. In J. Osofsky & H. Fitzgerald (Eds.), *WAIMH Handbook of Infant Mental Health* (2nd ed., pp. 242-269). New York: Wiley.
- Costa, R., Pacheco, A., & Figueiredo, B. (2002). Memórias de cuidados parentais na infância, estilo de vinculação, qualidade da relação com pessoas significativas, perturbação psicopatológica e aliança terapêutica (estudo exploratório). *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 7(1), 87-108.
- Ferenczi, S. (1933). *Confusão de língua entre adultos e a criança*. Obras. Completas IV. São Paulo: Martins Fontes.
- Figueiredo, B. (2000). Maternidade na adolescência: Consequências e trajetórias desenvolvimentais. *Análise Psicológica*, 18(4), 485-499.
- Fonagy, P., & Target, M. (1997). Attachment and reflective function: Their role in self-organization. *Development and Psychopathology*, 9, 679-700.
- Fonagy, P. (1998). Prevention, the appropriate target of infant psychotherapy. *Infant Mental Health Journal*, 14, 116-130.
- Gonçalves, M. (1997). *A transgeracionalidade, um novo conceito. Da teoria à prática*. Trabalho não publicado. Comunicação oral. Colóquio da Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria: «Família e Transgeracionalidade». APPIA: Lisboa.
- Guedeney, N., & Guedeney, A. (2003). *Vinculação. Conceitos e aplicações*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Kobak, R. (1993). *The attachment Q-Sort*. Manuscrito não publicado, University of Delaware.
- Lebovici, S., & Lamour, M. (1991). Les interactions du nourrisson avec ces partenaires: évaluation et modes d'abord préventives et thérapeutiques. *Psychiatrie de l'Enfant*, XXXIV, 171-275. Paris: Presses universitaires de France.
- Pacheco, A., Costa, R., & Figueiredo, B. (2003) Estilo de vinculação, qualidade da relação com figuras significativas e da aliança terapêutica e sintomatologia psicopatológica: estudo exploratório com mães adolescentes. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 3 (1).
- Soares, I. (2000). Psicopatologia do desenvolvimento e contexto familiar: teoria e investigação das relações de vinculação. In I. Soares (Ed.), *Psicopatologia do desenvolvimento: trajetórias (in)adaptativas ao longo da vida* (pp. 381-434). Coimbra: Quarteto.
- Sroufe, A. (2005). Attachment and development: A prospective, longitudinal study from birth to adulthood. *Attachment & Human Development*, 7, 349-367.
- Stern, D. (1985). *The interpersonal world of the infant: a view from psychoanalysis and developmental psychology*. New York: Basic Books.
- Stern, D. (1995). *Motherhood constellation*. New York: Basic Books.
- Tomasello, M. (2003). *Origens culturais do conhecimento humano*. São Paulo: Martins Fontes.
- Vaughn, B.E., & Bost, K.K. (1999). Attachment and temperament: Redundant, independent, or interacting influences on interpersonal adaptation and personality development? In J. Cassidy & P.R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (pp. 198-225). New York: Guilford.

ABSTRACT

The authors start from the conception that attachment figure includes the linking of personal experiences with the child in their mental model of intimate relationships. And this is formed, from their relationships with family of origin. Thus, recognizing the importance of transgenerational transmission of attachment patterns in children's clinic, it is proposed, based on the discussion of two clinical cases, reflect on the relationship between vulnerability/resilience of children and the pattern of maternal attachment. Through the use of the Adult Attachment Interview will try to define the pattern linking breast and discuss its role as a vehicle for strengthening the therapeutic alliance and its importance in treating children.

Key words: Attachment. Infant's interactive competencies. Resilience.

PSICOTERAPIAS MÃE-BEBÉ

Contribuições clínicas *

Maria José Gonçalves **

RESUMO

São abordados os pressupostos teóricos das psicoterapias mãe-bebé bem como as suas diferentes abordagens clínicas e descritas as duas formas de abordagem terapêutica desenvolvidas na Unidade da Primeira Infância.

Em seguida, a autora descreve as especificidades inerentes ao trabalho do terapeuta e às técnicas neste tipo de intervenção, e que a distinguem de formas mais clássicas das terapias psicanalíticas, com uma referência especial aos mecanismos de identificação e contra-identificação, a partir dos quais se constroem as relações de transferência e de contra-transferência. Estes mecanismos são exemplificados com um caso clínico.

Palavras chave: Identificação. Identificação projectiva. Interação fantasmática. Psicoterapias mãe-bebé.

A prática das psicoterapias mãe-bebé começou a ser usada de uma forma sistemática a partir dos anos 80, em consequência do que se pode considerar uma verdadeira explosão de conhecimentos sobre o bebé, sobre o desenvolvimento das suas competências e sobre as suas relações afectivas. Cabe aqui uma referência ao 1º Congresso de Saúde Mental do Bebé, em 1980, organizado pela então chamada “Associação Mundial de Psiquiatria da primeira Infância e Disciplinas Aliadas” (WAIPAD) hoje, “World Association of Infant Mental Health” (WAIMH), que se realizou no Estoril. Este congresso, de homenagem a M. Mahler, foi histórico, porque, pela primeira vez, clínicos, investigadores do desenvolvimento e psicanalistas, especialistas da 1ª infância, reuniram-se, vindos de vários cantos dos Estados Unidos e da Europa. Aqui se juntaram pela primeira vez, para além de Mahler, entra muitos outros, B. Brazelton, E. Erickson, S. Fraiberg D. Stern, então em iní-

* A partir duma conferência apresentada na XXIII Jornada de Psicoterapia Psicanalítica da Criança e do Adolescente, 25 de Maio de 2007, Lisboa.

** Pedopsiquiatra e Psicanalista. Presidente da Associação “Ser Bebé”.

cio de carreira, e do lado da Europa, S. Lebovici, M. Soulé, B. Cramer, M. Papousek, para citar alguns. Foi uma verdadeira revelação para os europeus que vieram posteriormente a dar um enorme contributo para a disciplina, nomeadamente em Paris, com Lebovici, e em Genebra, com Cramer.

Em Portugal, graças ao impacto que este congresso teve e com o apoio de Coimbra de Matos, foi possível criar no, então Centro de Saúde Mental Infantil de Lisboa, uma unidade especializada na clínica da 1ª infância, a Unidade da Primeira Infância (UPI). A UPI foi na altura, a nível europeu, uma unidade pioneira no tratamento das perturbações da relação precoce mãe-bebé.

Desde então desenvolveram-se em Portugal várias consultas especializadas e foi fundada a “Ser Bebê – Associação Portuguesa para a Saúde Mental da Primeira Infância”, filiada na WAIMH.

Começarei por referir o trabalho de M. Mahler, cuja contribuição tem sido muito injustamente esquecida, e de S. Fraiberg, ambos decisivos para o desenvolvimento das psicoterapias mãe-bebé.

M. Mahler foi uma incansável observadora dos comportamentos interactivos do bebé com a mãe e desse trabalho resultou a sua teoria sobre as fases do desenvolvimento do *self* infantil. Embora fortemente contestada por J. Bowlby e mais tarde por D. Stern e pelos “interaccionistas”, a verdade é que o trabalho de Mahler, iniciado nos anos 50 foi pioneiro e foi o ponto de partida para muitas outras investigações. Mahler e os seus colaboradores observaram e filmaram de forma sistemática crianças entre os 4 e os 20 meses com as mães e caracterizaram diferentes padrões interactivos. Para além da descrição semiológica dos comportamentos que se observaram no interior da relação diádica, esses comportamentos foram interpretados à luz das diferentes vivências psíquicas da criança com a mãe e com o mundo exterior, tendo sido estabelecida uma sequência do processo de desenvolvimento psicológico.

Baseada no seu trabalho, Mahler descreveu uma fase de autismo normal, uma fase simbiótica e uma fase de separação-individuação, esta última com várias sub-fases, que considerou períodos-chave no caminho que leva à diferenciação do *self* infantil. Com a sua contribuição, Mahler chamou a atenção para os movimentos de aproximação e de afastamento da criança em relação a mãe, o que, pouco tempo depois, foi retomado por Bowlby e tornado uma pedra angular da sua teoria da vinculação.

Se a fase de autismo normal, muito contestada, perdeu relevância em consequência dos resultados dos estudos posteriores, já a descrição das vivências da criança durante a fase simbiótica e das suas experiências de separação-individuação adquirem sentido, quer em termos de desenvolvimento, quer em termos clínicos.

A patologia da simbiose, como estando na origem etiopatogénica das psicoses foi outro dos motores de todo o seu trabalho de investigação e levou-a a desenvolver uma técnica terapêutica chamada “tripartida” que incluía a mãe no “setting” terapêutico, nos casos das crianças com as chamadas “psicoses simbióticas”, que foi inovadora, pois em geral o tratamento aconselhado era a psicoterapia psicanalítica individual da criança.

Mahler é uma referência importante a todos os títulos: foi pioneira na observação psicanalítica da díada, contribuiu fortemente para a ideia que o desenvolvimento do *self* infantil é influenciado pelas vicissitudes da relação precoce e criou as bases teóricas e clínicas para o desenvolvimento das psicoterapias conjuntas mãe-criança.

Selma Fraiberg foi outra psicanalista cuja contribuição nesta área foi decisiva para o desenvolvimento das psicoterapias mãe-criança, graças ao seu trabalho clínico e de investigação.

Esta autora desenvolveu programas de intervenção terapêutica com bebés dos 0 aos 3 anos de idade, vítimas de abuso e negligência graves, num contexto familiar caótico, em que os pais, muito jovens, tinham tido experiências de vida desastrosas e eram oriundos de famílias muito carenciadas e desorganizadas. As intervenções nestas famílias levaram-na a constatar que, em certas circunstâncias patológicas, os pais projectam nos filhos os seus maus objectos internos, passando os bebés, a representar psiquicamente e corporalmente os imagos parentais, actualizando e agudizando os conflitos do passado infantil dos pais.

No seu livro “Clinical Studies in Infant Mental Health. The First Year of Life”, S. Fraiberg descreveu 3 tipos de psicoterapia mãe-bebé: (1) as psicoterapias breves, em situação de crise; (2) as psicoterapias de apoio ao desenvolvimento e de orientação interactiva e (3) as psicoterapias pais-bebé, de orientação psicanalítica.

Cada uma destas modalidades psicoterapêuticas foi posteriormente desenvolvida por diferentes autores, dando lugar a uma grande variedade de intervenções na primeira infância:

- As psicoterapias breves destinadas ao tratamento da relação mãe-bebé, nos casos de sintomas funcionais dos bebés foram principalmente desenvolvidas pela escola de Genève, liderada por B. Cramer.
- As psicoterapias de apoio ao desenvolvimento e orientação interactiva deram lugar às terapias de orientação interactivas desenvolvidas por Susan Mc Dougall.
- As psicoterapias psicanalíticas pais-bebé foram desenvolvidas, sobretudo por autores francófonos, de que S. Lebovici foi o principal representante e o teórico que mais marcou a prática clínica da primeira infância.

Lebovici chamou a atenção, em simultâneo com Fraiberg, para a importância da transmissão transgeracional dos fantasmas associados aos ímagos parentais no aparecimento dos sintomas precoces, criou uma fenomenologia psicanalítica da interação, que pôs em prática nas suas consultas terapêuticas pais-criança, continuando a ser fonte de inspiração dos terapeutas, psicanalistas ou não. São dele os conceitos de “bebé fantasmático” e “imaginário”.

Este autor atraiu sobre si críticas, mais ou menos violentas, dos seus colegas psicanalistas mais ortodoxos que consideravam uma heresia a observação comportamental ser considerada material analisável ou a interação ser vista como uma das dimensões do funcionamento psíquico do bebé. Consideravam, e consideram ainda, embora com menos vigor, que à clínica psicanalítica do bebé faltam conceitos como pulsão, conflito interno, defesa e sobretudo a dimensão do “après-coup”, indispensáveis ao modelo psicanalítico, rejeitando a ideia do poder haver uma intervenção psicanalítica na diáda.

Tem-se verificado, no entanto, alguma evolução das ideias, pois, no último Congresso de Línguas Românicas em Lisboa, em 2006, Bernard Brusset, com base nos conhecimentos sobre as interações precoces, defendeu a definição duma 3ª tópica do funcionamento psíquico que incluísse a metapsicologia das relações sujeito/objecto.

Ao invés das posições mais ortodoxas dentro da comunidade psicanalítica, as observações sistemáticas da interação precoce deram origem, dentro da psicanálise, a uma corrente inter-subjectivista e inter-relacional. Esta corrente aproveita as observações e formulações de autores como D. Stern, B. Bebee e C. Trevarthen e aplica-as ao processo da cura analítica, dando uma importância muito especial à pessoa do analista, ao estilo relacional do par analítico e aos momentos de empatia analista-analisando.

AS PSICOTERAPIAS MÃE-BEBÉ – PORQUÊ, QUANDO E COMO?

Porquê?

Vejamos, agora de uma forma mais concreta, porque tratar conjuntamente as mães e os seus bebés.

Na criança, o processo de construção do *self* e de diferenciação das representações do “self” e do outro está intimamente associado às representações mentais dos pais. O significado atribuído pelos pais às manifestações da criança, baseia-se nas representações que têm dos bebés, mas também em parte nas representações de si próprios, das suas expectativas, dos seus medos e também das suas fantasias e conflitos inconscientes, forjados no interior das suas pró-

prias relações infantis.

Lebovici fala de um *mandato transgeracional* do bebé, em que este é o depositário da cultura familiar e está encarregado de cumprir o destino da família. Para este autor, na relação que se estabelece entre pais e filhos verifica-se um “deslocamento transferencial” dos investimentos narcísicos, libidinais e agressivos dos pais para os filhos, e a repetição dos modelos relacionais e dos conflitos infantis inconscientes que viveram com os seus próprios pais. É o que ele chama “interacções fantasmáticas”. Se na “sucessão das transacções entre o bebé e os seus pais se instala o regime das interacções fantasmáticas” pode verificar-se aquilo que se chama uma verdadeira “parentalização do bebé” (Lebovici), ou seja um bebé pode ser objecto do investimento parental do próprio pai.

Sendo assim, o conflito dos pais com os seus próprios pais, ao repetir-se na relação com os filhos, tende a distorcer a percepção que a mãe ou o pai tem da criança.

Em última análise, os conteúdos fantasmáticos inconscientes dos pais impregnam o significado que atribuem aos comportamentos dos filhos e reflectem-se nos seus comportamentos interactivos e na qualidade das suas respostas.

Os mecanismos que estão na base do significado que os pais atribuem ao comportamento dos bebés e que determinam as suas respostas são essencialmente mecanismos de projecção e identificação projectiva/introjecção e de identificação. É a qualidade e a intensidade das projecções e das identificações projectivas parentais que faz a diferença entre as interacções normais e patológicas.

Um certo grau de identificação projectiva ajuda à construção da relação pais-bebé, na medida em que, não só, o bebé se torna um “objecto familiar” para os pais, como também as experiências emocionais precoces do bebé, vividas por este ainda de forma muito fragmentada, adquirem coesão e sentido. São as chamadas identificações projectivas “*estruturantes*” (Cramer). Tem a dupla função de estabelecer laços com os objectos do passado infantil dos pais e de transmitir ao bebé a herança afectiva parental, por um lado, e de desenvolver o sentimento de empatia e de pertença, por outro lado.

Em contrapartida, as identificações projectivas quando são excessivas e predominam na relação precoce limitam a capacidade parental de dar um significado empático aos sinais do bebé, a quem é imposta uma identidade que lhe é estranha. São as identificações projectivas “*limitantes e deformantes*” (Cramer) e correspondem ao mecanismo descrito por S. Fraiberg em que o bebé passa a materializar uma personagem do passado parental, ao qual é identificado, e deixa de ser visto na sua individualidade própria.

O efeito tóxico deste tipo de identificação projectiva manifesta-se na inadequação das interacções, que adquirem um valor sintomático e que levam a roturas frequentes e prolongadas na comunicação mãe-criança, com a consequente descontinuidade da experiência subjectiva da criança e o aparecimento de sintomas. Cramer chamou-lhes “*sequências interactivas sintomáticas*”, ou seja, interacções que reproduzem o conflito inconsciente e recalcado dos pais e que pelo seu carácter agido e repetitivo se opõem à rememoração e à elaboração psíquica desse mesmo conflito.

Nesta mesma linha de pensamento, este autor distinguiu 3 tipos de representações parentais, projectadas na criança.

São elas:

- o “bebé objecto” que representa uma pessoa importante no passado dos pais, correspondente ao “bebé fantasma” de S. Fraiberg.
- o “bebé estrutura” que representa uma instância psíquica parental, seja o super-eu exigente, o ideal do eu gratificante ou o *id* incontrolável.
- o “bebé extensão do psiquismo parental” que representa o “self” infantil dos pais externalizado.

Fraiberg descreveu as consequências deste tipo de interacções para o desenvolvimento psíquico do bebé, nomeadamente, a instalação precoce de mecanismos de defesa contra o desprazer interactivo, lesivos da construção das relações objectais tais como o evitamento do olhar, com desinvestimento do objecto frustrante; o congelamento das reacções afectivas do bebé em situação de desprazer; a inversão dos afectos e a hiperactividade, como fuga contra a ansiedade.

Outra consequência possível é a identificação forjada e alienante da criança às identificações projectivas das mães/pais, que, de forma evacuativa, se tornam violadoras do aparelho psíquico da criança, dificultando o processo de diferenciação self/objecto e da construção da identidade, num processo de verdadeira des-subjectivação.

As psicoterapias mãe-bebé partem, então, da ideia central de que a relação mãe/criança é a matriz na qual o aparelho psíquico do bebé se desenvolve e que as interacções precoces são um meio facilitador para, pôr em cena e em acto, os “cenários” imaginários e fantasmáticos das relações precoces dos pais.

Sendo assim, as psicoterapias conjuntas mãe-criança constituem o contexto ideal para a emergência destes “cenários” escondidos e revelam-nos a forma como a relação com o bebé fantasmático interfere na percepção que a mãe tem do bebé real. Durante as sessões, a compreensão dos comportamentos interactivos e do significado atribuído aos comportamentos do bebé, no contexto his-

tórico materno e na relação transferencial, permite à mãe atribuir um novo significado, uma “re-significação”, às manifestações do bebé com a consequente diminuição das suas identificações projectivas, abrindo-se uma nova via para a construção do *self* e da identidade própria da criança.

A presença física do bebé é um forte agente mobilizador e facilitador da mudança terapêutica e os bebés tendem a repetir com os terapeutas os modelos relacionais a que estão habituados. As diferentes respostas dos terapeutas, ou seja, a resposta do novo objecto, pode também ser transferido para a relação com a figura materna, durante a sessão, e assim ser potenciador do efeito terapêutico da intervenção, junto das mães.

Quando?

As psicoterapias mãe-criança são especialmente indicadas nos casos em que as disfunções interactivas se caracterizam pela perturbação da comunicação mãe-criança e pelo aparecimento das sequências interactivas sintomáticas.

Quando existe psicopatologia parental grave, hostilidade maciça para com o bebé ou patologia grave da criança, deverão encarar-se outras formas de tratamento, nomeadamente psicoterapias individuais separadas, quer da mãe, quer da criança.

Como?

O modo como o terapeuta intervém na díada é conceptualizado de forma diferente consoante os autores e quase se pode dizer que cada terapeuta tem a sua própria teoria.

Cramer e colegas consideram muito importante que, durante as sessões, as intervenções dos terapeutas se centrem na clarificação das identificações projectivas maternas, assumindo que essa clarificação facilita o processo de re-internalização das projecções que a mãe evacua na pessoa do bebé e alivia o bebé e a relação do peso da conflitualidade materna.

Para Lebovici, o importante é libertar o bebé dos mandatos transgeracionais patológicos que os amarram ao passado infantil dos pais. Lebovici, numa perspectiva muito pessoal, estava particularmente atento à relação que o bebé estabelecia com ele, como fonte de inspiração para as suas intervenções junto dos pais. Diz Lebovici que as palavras do terapeuta e a sua elaboração interpretativa têm um efeito mutativo. Explica que, ao dar um sentido ao comportamento interactivo, quer se trate do comportamento dos pais, quer se trate do comportamento do bebé, e ao enunciá-lo na sessão, o terapeuta, usando como instrumen-

to as suas próprias associações livres e a sua contra-transferência, revela o conteúdo latente da comunicação, através de intervenções que em geral tinham um carácter metafórico e que agindo sobre o inconsciente dos pais provocam a mudança. Lebovici usava mesmo o termo “empatia metaforizante” para o trabalho que desenvolvia nas suas consultas terapêuticas com mães e bebés.

S. Fraiberg que preferia intervenções domiciliárias, associava ao trabalho interpretativo junto da mãe, uma função “reparadora” e activa junto do bebé, baseada na constatação da capacidade mobilizadora e terapêutica do bebé para com a mãe.

Na *Unidade da Primeira Infância*, consideramos que o terapeuta tem um papel de *mediador* da comunicação mãe-criança, intervindo como um 3º elemento separador, que induz diferenciação da díada dificultada pela imbricação fusional provocada, nestes casos, pela intensidade das identificações projectivas maternas.

O terapeuta como mediador da comunicação mãe-bebé

Neste tipo de psicoterapias, a tarefa do terapeuta não é fácil, na medida em que se situa numa área de ligação entre o intra-psíquico materno, o inter-psíquico e o interagido.

Ao traduzir em palavras as suas impressões, que dirige ora à mãe, ora ao bebé, o terapeuta precisa de se manter simultaneamente atento a ambos e aceitar, os seus diferentes movimentos transferenciais, ao mesmo tempo que identifica a sua própria contra-transferência, usando-a como guia das suas intervenções. É uma situação complexa porque os níveis de funcionamento de cada um dos parceiros são diferentes. Com a mãe, através do conteúdo latente do seu discurso, trata-se de compreender qual o papel do bebé no seu imaginário transgeracional e conflitual e como essa representação se traduz no seu padrão interactivo. Com o bebé, trata-se de observar o seu comportamento e daí inferir os seus estados emocionais e os movimentos de apropriação e rejeição não só do objecto materno, mas também do terapeuta que funciona como terceiro elemento. Há portanto que manter um duplo registo: a escuta e o olhar. O terapeuta escuta o discurso da mãe, ao mesmo tempo que observa o comportamento interactivo de ambos os parceiros da díada, da mãe e do bebé, tentando fazer a ligação entre os conteúdos latentes (a interacção fantasmática) e a interacção real que se desenrola sob o seu olhar.

As intervenções do terapeuta dirigem-se simultaneamente à mãe e ao bebé e as suas palavras funcionam tal como a sua presença como elementos separadores da díada. À mãe é deixado um espaço livre de actuação com o bebé, no qual

o terapeuta intervém sempre que a comunicação da díada aparece em crise. Nesses momentos põe em palavras o desconforto do bebé, o seu isolamento, a sua zanga, noutros pontua o estado de espírito da mãe em relação ao bebé, facilitando as suas recordações infantis que se associam às experiências dela própria ou que ela atribui à criança.

Em certos casos, o terapeuta pode mesmo substituir a mãe no jogo com a criança, facilitando os movimentos de afastamento e re-aproximação da díada. O interesse do terapeuta pelo jogo do bebé e a sua proximidade emocional facilitam a aproximação deste com o terapeuta, observando-se frequentemente padrões comportamentais do bebé reparadores da relação materna (o bebé usa o terapeuta como uma figura parental), levando certos autores, como Lebovici e Golse, a falarem na existência da capacidade de transferência dos bebés ou pelo menos numa pré-transferência. Esta transferência do bebé torna-se muito evidente nos casos em que o trabalho do terapeuta se aproxima mais da criança, fornecendo-lhe um suporte relacional que frequentemente a mãe não está em condições de fornecer.

O uso da contra-transferência do terapeuta como orientador das intervenções põe problemas técnicos importantes porque exige um trabalho de auto-elaboração e a distinção entre a empatia e a projecção dos sentimentos, conflitos ou convicções do terapeuta nas pessoas de quem se ocupa.

A partir destes princípios gerais aplicados às intervenções psicoterapêuticas na UPI, desenvolvemos 2 formas diferentes de abordagem: uma mais centrada na mãe e cujo modelo seria o da Escola de Genève e outra mais centrada na criança e reparadora das relações de objecto.

Na modalidade terapêutica mais centrada na criança são identificadas perturbações de comunicação mãe-criança, nas quais, à falha de empatia materna se soma uma manifesta incapacidade da criança em dar respostas interactivas, sendo frequentes os comportamentos de retirada e de regressão por parte da criança e os comportamentos de evitamento e rejeição por parte da mãe. Nestes casos, com Margarida Fornelos desenvolvemos uma estratégia terapêutica de duplo registo.

A terapeuta privilegia a relação com a criança, colocando-se ao seu nível de funcionamento e dando significado aos seus comportamentos quase sempre repetitivos e sem aparente conteúdo relacional. Este trabalho permite à criança viver uma relação empática e estruturante e progressivamente interessar-se pela terapeuta, o novo objecto relacional que lhe propõe um mundo impregnado de afecto e de sentido.

Com a mãe, a terapeuta funciona de uma forma mais discreta. Proporciona-lhe um espaço de observação do seu filho, através dum novo olhar que ao mesmo tempo se oferece como um novo modelo maternal. Nesta forma de terapia, as

intervenções são dirigidas à criança, ao mesmo tempo que se tenta que sejam clarificadoras para a mãe, nomeadamente sobre o funcionamento real e potencial da criança. À mãe é deixada a decisão de interagir, ou não, com a criança, respeitando, em cada sessão, o seu estado de espírito e a sua disponibilidade psíquica para a criança.

Em geral, verificámos que as mães progressivamente se tornam mais activas na sessão e reportam as melhorias que iam observando nos filhos em casa. As crianças tornam-se mais interactivas e retomam o seu desenvolvimento.

A outra modalidade psicoterapêutica mais centrada na mãe tem um cariz interpretativo e aplica-se nos casos em que, na perturbação relacional, predominam as identificações projectivas maternas limitantes ou deformantes. As sequências interactivas sintomáticas tornam-se evidentes, bem como o aparecimento de sintomas na criança.

Uma curta vinheta clínica exemplifica este tipo de intervenção: trata-se de uma bebé de 1 mês com dificuldades de sono. Desde as primeiras sessões tornou-se claro que a mãe mantinha uma relação com o filho mais velho de 2 anos de grande proximidade e intimidade, suportando mal a interferência de terceiros, inclusivamente do pai a quem parecia vedar o acesso a esta criança. O nascimento da 2ª filha introduziu uma ruptura nesta relação simbiótica, e foi vivida pela mãe com grande ansiedade e zanga contra a bebé.

Numa sessão, a mãe fala comigo da sua relação com o filho mais velho, nunca dirigindo o olhar para a filha. A bebé começa a agitar-se. A mãe, aproxima-se e dirige-se-lhe, de uma forma brusca e mesmo agressiva: “é a hora de comeres, mas vais ter de esperar porque agora é a minha vez” (de ser atendida). A bebé, surpreendentemente aquieta-se. Questiono-a sobre como se teriam passado as coisas com ela quando era criança. Recordo o nascimento duma das irmãs mais novas, com quem a filha seria muito parecida, acontecimento que mudou a sua vida de criança. Constatamos nesta pequena sequência, que configura uma sequência interactiva sintomática, como a relação da mãe com esta filha re-edita o cenário infantil da sua própria rivalidade fraterna, no contexto de uma transferência de tipo materno.

Este momento do tratamento abriu caminho a uma re-construção das vivências precoces maternas e apoiada na relação transferencial, a mãe “aceitou” abdicar da relação fusional com o filho e re-equilibrar melhor os seus investimentos com uma franca melhoria na relação mãe-criança e o desaparecimento do sintoma.

O TRABALHO DO TERAPEUTA E OS MECANISMOS DE MUDANÇA

As psicoterapias psicanalíticas mãe-bebé obrigam a re-ajustamentos do “setting” e da técnica, mas não deixa de ser possível manter a compreensão psicanalítica do que se desenrola diante de nós e intervir como psicanalista.

Vejamus então algumas **particularidades** inerentes ao próprio “setting” destas psicoterapias e ao trabalho do terapeuta e que diferem substancialmente do que se considera como requisitos de uma psicanálise:

- a atenção dada ao comportamento da mãe e do bebé como agido do inconsciente materno,
- o olhar em simultâneo com o escutar,
- a corporalização dos imagos parentais através da presença física do bebé,
- o bebé observado no seu processo de construção relacional como paradigma do “avant-coup” e por oposição ao bebé co-criado e “inventado” na relação analítica, paradigma do “après-coup”,
- a flexibilidade do “setting”,
- a relação triádica por oposição a relação analítica dual arrastando consigo uma complexidade transferencial/contra-transferencial que, quase sempre, abala a chamada neutralidade do terapeuta. Um psicanalista de adulto poderá mesmo olhar as psicoterapias mãe-bebé como o avesso da psicanálise.

Na realidade, as psicoterapias mãe-bebé aproximam-se mais facilmente daquilo que é a prática do tratamento psicanalítico das crianças.

Assim:

O contacto com os pais é inevitável e a qualidade dos seus movimentos transferenciais não pode ser sub-avaliada.

No caso das crianças mais velhas, embora os seus objectos tenham qualidades internas, que são reproduzidas com o terapeuta no interior dos gabinetes e elaboradas na transferência, o analista não pode ignorar a qualidade externa desses mesmos objectos, nem que ao “aqui e agora” analíticos se contrapõe o “aqui e agora” da relação pais-criança. Também com as crianças a palavra não è o único meio de expressão. Privilegia-se o jogo, o desenho, como produtos do mundo fantasmático da criança, sujeitos ao processo de simbolização, tal coma a palavra.

O analista de crianças vê-se envolvido no jogo, no movimento, nas interpeleções da criança, que o questionam, que o provocam, de forma directa e sem subterfúgios. Assim, muito mais que no caso dos adultos, é o imediatismo da resposta do analista que está em causa e é a elaboração contra-transferencial que está na linha da frente do trabalho interpretativo e que vai permitir a clarificação dos conflitos e da angústia, tornar as defesas mais flexíveis e ajudar a

retomada do desenvolvimento.

Apesar das diferenças no enquadramento destas psicoterapias, é necessário ter presente, alguns princípios e ensinamentos básicos da psicanálise, aplicados à psicoterapia.

A psicoterapia, de forma geral tem como base a relação de empatia que se estabelece entre o psicoterapeuta e o seu doente. Cito Coimbra de Matos que diz que a relação psicoterapêutica se define pela concordância emocional do terapeuta com o estado afectivo do doente a que ele chama “afinação afectiva” e que eu considero (não sei se abusivamente) uma óptima definição de empatia. Diz, ainda, que esta afinação afectiva ou empatia é necessária ao processo terapêutico, mas não é suficiente, porque é a “resposta afectiva complementar” do terapeuta que introduz a transformação na experiência subjectiva do sujeito tornando possível o processo mutativo de cura e no caso das crianças e dos jovens a retomada do desenvolvimento. Citando ainda CM o “terapeuta empático é o que percebe, mas é o terapeuta responsivo que cura”.

Em meu entender, as palavras do terapeuta traduzem a sua resposta afectiva ao material que lhe é proposto pelo doente. Para essa resposta contribui muitíssimo o facto dos psicanalistas e dos psicoterapeutas desenvolverem uma atitude particular em relação à sua própria subjectividade e à subjectividade do outro, uma atitude interna de compreensão e de aceitação, o que os predispõe a identificarem-se ao paciente e também a identificar e reconhecer as suas próprias identificações, como diz Racker, um psicanalista que muito trabalhou sobre a contra-transferência. Isto é totalmente distinto dos analistas que despejam sobre o paciente as suas projecções e o tratam como deles próprios se tratasse, ou seja, tratam-se através dos seus doentes. Esta situação acontece com alguma frequência na área da infância, dada a complexidade e o entrecruzamento dos movimentos transferenciais e contra-transferenciais.

Também nas psicoterapias mãe-bebé se coloca ao terapeuta uma situação complexa, que se traduz na necessidade de manter um nível de atenção simultaneamente focada e flutuante, para se deixar impressionar (em termos fotográficos) pelo que acontece diante de si e que lhe permitirá fazer diferentes movimentos identificatórios.

Num artigo anterior¹ descrevi 4 movimentos identificatórios distintos e todos eles indispensáveis ao bom desenrolar do processo:

- identificação ao estado emocional da mãe e ao seu sistema de referências culturais e históricas,

¹ Gonçalves, M.J. (1994). Identification et contre-transfert dans les psychotherapies mère-enfant. *Revue Française de Psychanalyse*, 5, 1669-1673.

- identificação ao bebé imaginário da mãe e ao *self* infantil materno, projectado no bebé real,
- identificação ao bebé real e as suas necessidades (emocionais e relacionais, físicas e de aprendizagem),
- identificação ao “projecto de mãe”, termo de H. Segal, que todo o bebé traz consigo e que designa o desejo de mãe do bebé, de uma certa mãe e não de outra e que pode variar segundo os momentos (às vezes uma mãe calmante, outra excitante, outras ainda expectante ,etc.) e que se traduz por um processo, que eu designo, de apropriação e rejeição do objecto maternal.

O terapeuta é assim levado a desenvolver um trabalho de elaboração psicológica que permite a “afinação afectiva”, de que fala C. Matos, quase milimétrica e organizadora da intervenção verbal do terapeuta. Esta intervenção verbal inclui inquestionavelmente o estado afectivo do terapeuta e vai provocar, por seu lado, movimentos de identificação da mãe e do bebé. Ou seja, os movimentos transferenciais da mãe e do bebé que se instalam desde o início das terapias são muito precocemente influenciados e reforçados pelas posições do terapeuta, que também ele será influenciado pela transferência da díada. Os movimentos transferenciais da mãe e do bebé são influenciados pelos próprios movimentos identificatórios do terapeuta à mãe e ao bebé, num movimento circular.

Há nas psicoterapias mãe-criança um jogo de identificação e contra-identificação ou de identificação projectiva que funciona nos 2 sentidos e que permite na mãe uma modificação das representações maternas de si própria, da sua história e do próprio bebé e uma re-orientação dos investimentos. Verifica-se então uma maior adequação das respostas interactivas maternas e em geral uma melhoria sintomática.

Mas também este jogo identificatório provoca inevitavelmente, no terapeuta, embora nem sempre da forma consciente, emoções ligadas à sua infância precoce. É na sua identificação que “começa” o trabalho de elaboração do terapeuta indispensável ao sucesso da intervenção. Os movimentos transferenciais são indissociáveis da contra-transferência, mas será a análise da contra-transferência que vai constituir o fio condutor da intervenção.

Para percebermos um pouco melhor o que se passa, voltemos a Racker. Este autor identificou 2 tipos de identificações na posição contra-transferencial do psicanalista e que na minha opinião ajudam a compreender o trabalho do psicoterapeuta nas psicoterapias precoces. São elas: as identificações concordantes, em que o terapeuta se identifica à mãe por um lado e ao bebé por outro; e as identificações complementares que correspondem à identificação dos objectos do

paciente, neste caso ao bebé enquanto objecto da mãe, ou, a mãe enquanto objecto do bebé. Vejamos o caso duma mãe muito próxima fisicamente dum bebé que não pára de se agitar ao seu colo e que mantém o olhar desviado. O terapeuta identificar-se-á à mãe decepcionada na sua relação com o bebé concordante e a mãe intrusiva vivida pelo bebé (complementar). Identificar-se-á ao bebé desconfortado (concordante) e ao bebé rejeitante (complementar). Estes 2 tipos de identificação co-existem e potenciam-se na presença da mãe e do bebé, aumentando a intensidade emocional das reacções do terapeuta.

Nas psicoterapias mãe-criança, se a associação dos 2 tipos de identificações, complementares e concordantes não é contrabalançada pelas identificações ao outro elemento da díada, pode levar ao que Racker chama as posições contra-transferenciais do terapeuta, que se caracterizam pelo facto do analista estar completamente envolvido na experiência emocional do doente e vivê-la com grande intensidade e carácter de verdade.

Por oposição, quando existe equilíbrio entre as identificações concordantes e complementares a ambos os parceiros, existem os pensamentos contra-transferenciais que surgem espontaneamente no espírito do terapeuta durante a sessão, sob a forma de fantasias, associação livre e sem carga emocional, por vezes mesmo, com carácter de estranheza.

No caso das psicoterapias mãe-criança, o predomínio das posições contra-transferenciais, em que a intensidade emocional é vivida em relação a um dos parceiros da díada, distorce a percepção e a compreensão que o terapeuta tem da situação. Nestes casos o terapeuta corre o risco de “agir” durante a sessão, aliando-se ou à mãe ou ao bebé (que é o caso mais frequente e rejeitando ou criticando a mãe), e assim perpetuar a disfunção interactiva.

Ao contrário das posições contra-transferenciais, os pensamentos contra-transferenciais podem ser de grande utilidade para a compreensão do material, como a seguir ilustraremos. O risco está em o terapeuta deixá-las fugir e não lhes dar suficiente crédito.

Exemplo clínico

Alice de 10 meses está hospitalizada num serviço de pediatria, por anorexia grave e perda de peso. Alice é uma bebé muito frágil e deprimida, pouco interactiva socialmente. Os pais não parecem inquietos e revelam uma ausência de empatia e de intimidade com a filha, que impressiona o pessoal hospitalar. Desvalorizam os cuidados médicos e parecem “surdos” a qualquer intervenção psicoterapêutica, agindo repetidamente de forma desadequada e hostil para com a filha.

Na terapeuta, a identificação ao bebé doente e deprimido, a quem não são prestados os “bons cuidados”, associa-se a identificação ao bebé, objecto da agressividade da mãe. Estamos pois perante uma posição contra-transferencial, e que é a seguinte: “é preciso substituir esta mãe e encontrar uma verdadeira mãe para esta bebé, que lhe dê os cuidados de que ela precisa e que nos deixe trabalhar”.

Os pais recusaram a proposta de psicoterapia mãe-bebé e, Alice, ligeiramente melhorada, tem alta do hospital, sem que se tenha verificado qualquer mudança no investimento parental. Três meses depois, Alice é novamente hospitalizada, com uma situação clínica considerada grave e as visitas dos pais são limitadas a 45 minutos diários.

É nesse momento que, tomando consciência da posição contra-transferencial para com a mãe, a terapeuta decide intervir junto desta, de uma forma mais empática, aceitando a sua própria identificação à hostilidade materna para com Alice. Não foi uma tarefa fácil, porque a tranquilidade com que esta mãe aceitava a caquexia da filha remetia para um desejo de morte, difícil de suportar. Como diz L. Urtubey é difícil aceitar as identificações concordantes quando “o que o *id* deseja é a destruição”.

Na terceira sessão, a mãe diz: “Alice está bem e é bem tratada pelas enfermeiras, nunca chora, nem quando a deixamos” e pergunta: “Será que eu lhe dou mimo a mais? O meu marido censura-me. Ele acha que devíamos obrigá-la comer, bater-lhe mesmo e teríamos evitado tudo isto”. Um pensamento contra-transferencial atravessa-me o espírito: “a senhora não é a mãe desta bebé”. A mãe continua: “ há uma coisa que nunca disse a ninguém. Logo a seguir ao parto, a enfermeira deu-me a Alice, lavada e vestida, e disse: Fique com ela, para que não digam que se trocam os bebés no hospital”.

Este foi um momento intenso vivido pela terapeuta, que viu confirmada a sua fantasia, e que constituiu o ponto de viragem da terapia e o início dum movimento de maior compreensão e empatia da terapeuta para com a mãe e da mãe para com a filha, que teve uma melhoria física e psíquica significativa.

O fantasma comum à mãe e à terapeuta, de que ela poderia não ser a mãe deste bebé, só pôde ser pensado no contexto contra-transferencial, em que a identificação concordante às partes agressivas inconscientes da mãe foi aceite e compreendida pela terapeuta. Em nosso entender, a contra-transferência precedeu e abriu caminho à transferência materna e ao aparecimento da ambivalência recalcada em relação à filha e à maternidade, dando oportunidade ao trabalho psicoterapêutico.

CONCLUSÃO

Concluimos, salientando a importância dos seguintes pontos na prática das psicoterapias mãe-bebê:

- a transgeracionalidade do conflito,
- a interação como contexto para os cenários fantasmáticos parentais,
- as psicoterapias mãe-criança como um instrumento terapêutico que aproveita o efeito mobilizador da presença do bebê,
- a dupla identificação do terapeuta,
- a contra-transferência como fio condutor do trabalho terapêutico.

BIBLIOGRAFIA

- Brusset, B. (2006). *Metapsychologie du lien et "troisième topique"*. Rapport au 66ème Congrès des Psychanalystes de Langue Française. Lisbonne.
- Cramer, B., & Palácio, E.F. (1993). *La pratique des psychothérapies mères-bébé*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Fraiberg, S., Adelson, E., & Shapiro, V. (1980). Ghosts in nursery: A psychoanalytic approach to the problems of impaired infant-mothers. In S. Fraiberg & L. Fraiberg (Eds.), *Clinical studies in infant mental health: First year of life* (pp. 164-196). New York: Basic Books
- Gonçalves, M.J. (1994). Identification et contre-transfert dans les psychothérapies mère-enfant. *Revue Française de Psychanalyse*, 5, 1669-1673.
- Gonçalves, M.J., & Fornelos, M. (1990). Modalités d'interaction précoce et développement infantile. *Annales Medico-Psychologiques*, 148, 818-823
- Lebovici, S. (1983). Les interactions vues par un psychanalyste. Le nourrisson, la mère et le psychanalyste (pp. 239-362). Paris: Le Centurion.
- Lebovici, S. (1989). Les liens intergénérationnels (transmission, conflits). Les interactions fantasmatiques. In S. Lebovici & F. Weil-Halpem (Eds.), *Psychopathologie du bébé* (pp. 141-146). Paris: Le Centurion.
- Mahler, M., Pine, & Bergman, A. (1985). *The psychological birth of the human infant. Symbiosis and individuation*. London: Maresfield Library.
- Palacio-Espasa, F., & Manzano, J. (2003). *Les scénarios narcissiques de la parentalité*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Racker, T. (1988). *Transference and counter-transference* (3rd ed.). London: Karnac.
- Urtubey, L. (1994). *Le travail du contre-transfert*. Rapport au 54ème Congrès de Langues Romanes. Lisbonne.

RESUME

Dans cet article l'auteur énonce les bases théoriques des psychothérapies mère-bébé, aussi bien que ses différentes approches cliniques et elle décrit les deux différentes modalités de ce type d'intervention développées dans l'Unité de la Première Enfance.

L'auteur décrit ensuite les spécificités de la technique et du travail du thérapeute qui la distinguent d'autres formes de thérapie psychanalytique, avec une référence spéciale aux mécanisme d'identification et contre-identification, à partir desquels se construisent les relations transférentielle et contre-transférentielle. Un exemple clinique est présenté.

Mots clé: Identification. Identification projective. Interaction phantasmatique. Psychothérapies mère-bébé.

MAUS-TRATOS E NEGLIGÊNCIA NA INFÂNCIA: RELAÇÕES COM A INSEGURANÇA E DESORGANIZAÇÃO DA VINCULAÇÃO

Renata Benavente*
João Justo **

RESUMO

O objectivo deste estudo é avaliar a influência de situações maus tratos ou de negligência, durante a infância, sobre as representações da vinculação em crianças de idade pré-escolar (3 a 6 anos). As crianças vítimas de maus tratos e/ou de negligência (N=60) foram identificadas através de Comissões de Protecção de Crianças e Jovens (CPCJ). As crianças do grupo “controlo” foram recrutadas numa Instituição Particular de Solidariedade Social e estavam integradas no ensino pré-escolar ou em Actividades de Tempos Livres (ATL). As amostras foram emparelhadas das em relação ao nível socio-económico, às competências verbais, ao género e à idade. A categorização do abuso sofrido foi feita com o Questionário de Maus-tratos e de Negligência (Calheiros, 1996) adaptado para este estudo. Como forma de garantir a homogeneidade das amostras ao nível das competências verbais foi usada a Escala de Audição e Fala da Prova de Desenvolvimento de Griffiths (1970). A avaliação das representações da vinculação foi obtida com a Tarefa de Completamento de Histórias (ASCT) concebida por Bretherton, Ridgeway, e Cassidy (1990). As histórias produzidas foram classificadas segundo uma versão adaptada da metodologia desenvolvida por Granot e Mayselless (2001). Os resultados indicam que as crianças vítimas de maus tratos ou de negligência tendem a adoptar estratégias inseguras (evitantes e ambivalentes) e desorganizadas de vinculação, recorrendo menos à estratégia segura, quando comparadas com crianças que não foram vítimas de maus tratos ou de negligência. Os resultados são discutidos com base na Teoria da Vinculação e nas metodologias de intervenção com famílias maltratantes/negligentes, sendo também feitas algumas propostas de investigação futura.

Palavras chave: Infância. Maus tratos. Negligência. Vinculação.

* Doutoranda em Psicologia Clínica na Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa, Bolseira pela Fundação para a Ciência e Tecnologia SFRH/BD/23178/2005.

** Professor Auxiliar, Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa.

INTRODUÇÃO

A teoria da vinculação constitui a abordagem teórica dominante no âmbito da compreensão do desenvolvimento humano tendo lançado desafios conceptuais e empíricos decisivos para o aprofundamento dos processos normativos e atípicos associados ao percurso dos indivíduos ao longo de todo o ciclo de vida. Para além disso, os pressupostos desta teoria têm contribuído para o enriquecimento das metodologias de intervenção com famílias em situação de vulnerabilidade e para a compreensão da mudança em contexto de intervenção terapêutica individual. Esta teoria surge do interesse de Bowlby (1940) acerca dos efeitos da separação ou da perda da figura materna e da investigação acerca da natureza e qualidade da relação com a mãe. Para Bowlby as consequências das interações entre a mãe e a criança, nos primeiros meses de vida, irão desempenhar um papel fundamental na formação da personalidade do futuro adulto (Ainsworth, Bell, & Stayton, 1979; Bowlby, 1994). De facto, o modelo proposto pelo autor pode ser descrito como interactivo (Ainsworth, 1976) uma vez que o equipamento inicial do bebé, geneticamente programado, irá desenvolver-se através da interacção com o ambiente. O indivíduo é sempre visto num contexto social com os seus comportamentos de vinculação, que vão sendo influenciados pelos comportamentos recíprocos dos outros (Waters & Cummings, 2000). Nos primeiros tempos de vida, os comportamentos da criança estão em interacção inevitável com os comportamentos da figura materna e esta primeira vinculação marca o início da sua história individual (Grossmann, Grossmann, & Zimmermann, 1999). Numa perspectiva mais abrangente, a mãe e a criança, estão associadas por sistemas comportamentais que interagem mutuamente, havendo um equilíbrio dinâmico entre os comportamentos que as reúnem e as afastam.

A metodologia inovadora desenvolvida por Mary Ainsworth – *Situação Estranha* – veio, posteriormente, viabilizar a confirmação empírica de alguns dos pressupostos teóricos formulados por Bowlby e ajudar a desenvolver a própria teoria para novas direcções (Bretherton, 1992). Para além da relevância do papel da vinculação, Ainsworth, Blehar, Waters, e Wall (1978), realçaram a importância dos comportamentos de exploração, considerando que estes dois sistemas comportamentais exercem funções relacionadas com a sobrevivência da espécie e que estabelecem, entre si, um equilíbrio dinâmico (Ainsworth & Bell, 1970; Ainsworth et al., 1979).

Com base nesta dualidade comportamental que oscila entre a necessidade de proximidade da mãe e de exploração do que a rodeia, a criança adquire conhecimentos sobre o ambiente e adaptando-se às alterações que nele ocor-

rem. A criação do procedimento laboratorial – *Situação Estranha* – teve em conta estas duas dimensões, prevendo momentos de separação e de reunião entre a criança e a figura de vinculação. Para além disso pressupõe que a criança contacte com um adulto não familiar. Este método, destinado a crianças com idades compreendidas entre os 12 e os 18 meses de idade, permite avaliar o equilíbrio entre os comportamentos exploratórios e de vinculação em condições de elevado stresse. A observação dos comportamentos da criança permite a sua categorização relativamente ao padrão de vinculação (Ainsworth et al., 1978). A proposta inicial de Ainsworth e colaboradores (1978) sugeria a existência de 3 padrões de vinculação: vinculação insegura-evitante (A), vinculação segura (B) e vinculação insegura-ambivalente/resistente (C). Posteriormente, em 1986, Main e Solomon propuseram a conceptualização de um quarto padrão de vinculação – a vinculação desorganizada – categoria em que enquadraram as crianças descritas como “não classificáveis” no contexto da Situação Estranha.

No que concerne às características comportamentais típicas das crianças dos diferentes padrões verifica-se que nas crianças com um padrão de vinculação insegura-evitante predomina o comportamento exploratório sobre o comportamento de vinculação. Em vez de procurar de modo activo a proximidade com a figura de vinculação, a criança ignora-a e afasta-se dela. Por outro lado, não há uma diferenciação clara entre o modo como a criança reage à figura de vinculação e ao estranho, podendo até haver um menor evitamento face ao desconhecido. Observa-se também a inexistência de uma comunicação clara e franca de sentimentos entre a criança e a figura de vinculação: a comunicação directa tende a estar centrada apenas em expressões positivas e as emoções negativas são dirigidas para os objectos. A tendência para minimizar a expressão das emoções negativas, que se observa nestas crianças, parece decorrer das experiências com o prestador de cuidados que rejeita ou ignora aquele tipo de emoções (van IJzendoorn, Schuengel, & Bakermans-Kranenburg, 1999). As crianças evitantes exibem reduzidos comportamentos de agressividade durante a Situação Estranha. A resposta de evitamento, observada durante o procedimento experimental, parece ser uma forma de minimizar a expressão da agressividade e impedir que a mãe, em relação à qual a criança tem uma necessidade desesperada de proximidade, se torne rejeitante (Main et al., 1982). Este tipo de interacção evitante pode, também, ser compreendido com base na história da relação criança/figura de vinculação. As observações conduzidas por Ainsworth e colaboradores (1978) ao longo do primeiro ano de vida das crianças em contexto familiar, revelam que estas experienciaram respostas rejeitantes e insensíveis por parte da figura de vinculação face aos comportamentos de vinculação, particularmente nos momentos em que o sistema de vinculação estava mais

intensamente activado. A análise dos comportamentos das crianças evitantes em casa e durante Situação Estranha permite concluir que desenvolveram um conflito entre a necessidade de aproximação e de evitamento. De facto, o comportamento de vinculação não atinge o objectivo, desencadeando, por isso, frustração, raiva e irritação na criança. Para além dos comportamentos de vinculação, também os sentimentos negativos tendem a ser inibidos pelo conflito inibição-evitamento, o que leva, durante a Situação Estranha, ao direccionamento destes sentimentos para os objectos. Os resultados das observações, efectuadas em casa destas crianças, parecem corroborar empiricamente esta ideia. Ainsworth e colaboradores (1978) concluíram que as mães das crianças evitantes são mais rejeitantes, na medida em que revelam mais sentimentos negativos, ressentimentos para com a criança e oposição perante as suas manifestações de vinculação. Estas mulheres são ainda pouco afectuosas no contacto corporal e apresentam comportamentos intrusivos e excessivamente estimulantes (Isabella & Belsky, 1991). Para crianças com um padrão evitante o contacto corporal tende a ter associações desagradáveis o que poderá contribuir para experienciarem um conflito entre aproximação e evitamento. A estratégia de procura de contacto poderá ter como consequência uma experiência de rejeição e causar um conflito doloroso. Por isso, em vez dessa procura de contacto a criança exhibe comportamentos de evitamento através dos quais é afastada a atenção das condições que, em princípio, activariam o sistema de vinculação. Assim, o evitamento da figura de vinculação pode ser interpretado como uma estratégia de desactivação do comportamento de vinculação por medo de rejeição.

As crianças com uma organização segura da vinculação, também conhecida por padrão B, exibem uma alternância equilibrada entre os comportamentos de vinculação e de exploração. Na Situação Estranha, quando a figura de vinculação está presente, a criança revela-se capaz e interessada na exploração do meio. Pelo contrário, quando a figura de vinculação se ausenta, há um declínio claro dos comportamentos exploratórios, a criança protesta e dificilmente se deixa confortar pelo estranho. No entanto, quando a figura de vinculação regressa, a criança procura activamente a proximidade de contacto e de interacção com essa figura. Após o restabelecimento desse contacto, a criança retoma rapidamente a exploração do ambiente. A comunicação entre o bebé e a figura de vinculação é caracterizada por uma sintonia clara e aberta e pela integração dos afectos positivos e negativos. A vinculação destas crianças é segura uma vez que a figura de vinculação constitui uma base segura a partir da qual a criança é capaz de retomar a exploração do meio (Ainsworth & Wittig, 1969; Ainsworth et al., 1978; Dozier & Kobak, 1992). A história relacional destas crianças com a figura de vinculação mostra que estas mães eram as que, desde

os primeiros tempos de vida dos bebés, se mostraram mais atentas aos sinais emocionais dos seus filhos e responderam com regularidade e adequação. Foram também capazes, através dos seus comportamentos, de contribuir para reduzir a perturbação ou o desconforto e para aumentar o bem-estar dos seus filhos. A sensibilidade e a responsividade materna aos sinais e comunicações do bebé durante as situações de alimentação, de jogo e de perturbação ao longo do primeiro ano de vida estavam significativamente relacionadas com a segurança da vinculação da criança avaliada através da Situação Estranha aos 12 meses de idade (Ainsworth et al., 1978).

O terceiro padrão de vinculação proposto por Ainsworth e colaboradores (1978) recebeu a designação de inseguro-ambivalente/resistente ou padrão C. Este padrão caracteriza-se pelo predomínio do comportamento de vinculação sobre o de exploração. As crianças ambivalentes apresentam-se hipervigilantes face à acessibilidade da figura de vinculação, monitorizando constantemente a sua localização o que as inibe ou limita na exploração do ambiente. Revelam também ambivalência nos momentos de reunião com a mãe, procurando o contacto e resistindo-lhe em simultâneo. A comunicação com a figura de vinculação é pautada pela tonalidade negativa. Estas crianças manifestam irritação, exprimem protestos e mostram-se incapazes de serem tranquilizadas pela figura de vinculação. A intensa expressão de sentimentos negativos leva ao chamado emaranhamento emocional que impede o prazer de explorar e o bem-estar. O facto de as crianças ambivalentes/resistentes apresentarem comportamentos de agressividade em relação à mãe, durante a Situação Estranha, parece indiciar sentimentos de frustração e zanga na sequência das separações. A aproximação excessiva em relação à figura de vinculação mostra a necessidade que a criança tem de garantir que as separações não voltarão a verificar-se, pois sabe que tal irá provavelmente voltar a acontecer (Holmes, 1993). As observações das crianças ambivalentes/resistentes no ambiente familiar revelam que estes bebés vivenciaram experiências de inconsistência e imprevisibilidade dos cuidados maternos, sobretudo nos momentos em que o sistema de vinculação estava activado. As mães destas crianças são menos responsivas ao choro e menos sensíveis aos sinais e comunicações da criança, apesar de serem menos rejeitantes que as mães dos bebés evitantes. O estudo acerca da sincronia durante a interacção em díades mãe-criança, realizado por Isabella e colaboradores (1991), mostrou que a resistência da criança está associada a interacções pouco coordenadas em que as mães se mostram pouco envolvidas e consistentes. De acordo com Ainsworth e colaboradores (1978) as crianças resistentes caracterizam-se pela hiper-activação do sistema de vinculação, que se manifesta na preocupação com a acessibilidade da figura de vinculação. As crianças

vinculadas de modo ambivalente tendem a maximizar a expressão das emoções negativas e a exibir comportamentos de vinculação de modo a captar a atenção do prestador de cuidados inconsistentemente responsivo (van IJzendoorn et al., 1999). Por isso, estas crianças permanecem centradas de um modo passivo ou zangado no progenitor, mesmo quando o ambiente sugere comportamentos de exploração e de brincar (Main, 1990).

As crianças classificadas como desorganizadas durante a Situação Estranha apresentam um fracasso em exibir estratégias coerentes para lidar com o stress desencadeado pelo procedimento. Apresentam comportamentos inexplicáveis, bizarros e de conflito tais como: sequência ou simultaneidade de padrões de comportamento contraditório, movimentos e expressões de estupefacção ou medo, desorientação, imobilização ou apreensão quando a figura de vinculação se aproxima, movimentos assimétricos, movimentos incompletos ou não dirigidos, mudanças súbitas de afecto, estereotípias e posturas anómalas (Main et al., 1990). Os comportamentos de vinculação desorganizada não são apenas bizarros e incoerentes caracterizam-se, também, pelo facto de indicarem que a criança vivencia ansiedades com as quais é incapaz de lidar porque a figura de vinculação é fonte de medo e, em simultâneo, o único adulto potencialmente protector (van IJzendoorn et al., 1999). Ou seja, a única base segura a partir da qual poderá explorar o ambiente é, ao mesmo tempo, a fonte de uma ameaça imprevisível (van IJzendoorn & Bakermans-Kranenburg, 2003). Perante esta situação paradoxal, o desenvolvimento de estratégias organizadas para lidar com o stress é inviabilizado (Main et al., 1990). A vinculação desorganizada parece revelar que a criança se sente insegura (do ponto de vista físico e psicológico), abandonada e extremamente vulnerável (Goodman & Pfeffer, 1998). O cerne da vinculação desorganizada parece estar no medo sem solução (Hesse e Main, 1999) e o principal indicador de desorganização ao nível da vinculação é a inexistência de uma estratégia organizada e consistente de regulação das emoções (van IJzendoorn et al., 1999).

Este tipo de padrão surge mais frequência em amostras de risco, compostas por crianças maltratadas ou mães com doença mental ou alcoólicas (Carlson, Cicchetti, Barnett, & Braunwald, 1989; Crittenden, 1988; DeMulder & Radke-Yarrow, 1991; Jacobsen & Miller, 1999; Lyons-Ruth, Connell, Grunebaum, & Botein, 1990; O'Connor, Sigman, & Brill, 1987; Radke-Yarrow, Cummings, Kuczynski, & Chapman, 1985; Spieker & Booth, 1988), ou onde se observava um elevado conflito conjugal (Owen & Cox, 1997; Solomon & George, 1999). O elevado número de vinculações desorganizadas em amostras de crianças maltratadas e de baixo estatuto socioeconómico (Carlson et al., 1989) é compatível com o que Main e colaboradores (1990) designam por paradoxo entre a garantia

de prestação de cuidados e os comportamentos maltratantes. Esta situação inviabiliza a consolidação de estratégias comportamentais de vinculação com um nível de organização adequado. A criança percebe o prestador de cuidados como fonte de perigo e, em simultâneo, como aquele que lhe poderá proporcionar algum conforto em momentos de ansiedade. Surgem, assim, os comportamentos incompatíveis e instala-se a desorganização.

A investigação acerca da relação entre as experiências de maus tratos ou de negligência e a vinculação centra-se sobretudo em amostras de crianças com idades entre os 12 e os 18 meses de idade através da *Situação Estranha*. Existem poucos dados acerca das representações da vinculação de crianças sujeitas a este tipo de vivências em idades posteriores, nomeadamente no período pré-escolar. Este estudo pretende contribuir para a avaliação dos efeitos deste tipo de situações de perigo na vinculação da criança e apresentar uma metodologia de avaliação da vinculação adequada para esta faixa etária.

OBJECTIVOS

Os objectivos deste estudo foram: (1) Comparar as representações da vinculação de crianças maltratadas ou negligenciadas com as representações da vinculação de crianças que não estiveram sujeitas a este tipo de perigos e, (2) testar a adequação de uma versão adaptada para idade pré-escolar da metodologia de classificação das histórias produzidas no decurso da Attachment Story Completion Task (Bretherton, Ridgeway, & Cassidy, 1990) desenvolvida por Granot e Mayselless (2001).

Metodologia

Neste estudo participaram 90 crianças com idades compreendidas entre os 33 e os 82 meses. A média de idades era de 57,54 meses (desvio-padrão 12,73). Trinta e nove crianças estudadas (43,33%) eram do sexo feminino e 51 (56,7%) do sexo masculino. O recrutamento dos participantes foi efectuado através de uma abordagem combinada em que se considerou a existência de Processo de Promoção e Protecção instaurados nas Comissões de Protecção de Crianças e Jovens que acederam colaborar com a investigação e a classificação obtida através do Questionário de Avaliação de Maus-Tratos e Negligência (Calheiros, 1996, 1998) adaptado para este estudo (Benavente, 2005). As crianças não sujeitas a maus tratos ou negligência foram recrutadas em Instituições Particulares de Solidariedade e apresentavam características semelhantes às

vítimas de maus tratos ou negligência no que concerne a: idade, sexo, classe social e competências verbais.

Instrumentos

Questionário de Avaliação De Maus-Tratos e Negligência Adaptado (QMN; adaptação do instrumento original de Calheiros, 1996)

O Questionário de Avaliação de Maus-Tratos e Negligência (Calheiros, 1996) foi concebido para a avaliação global das tipologias de maus tratos a que uma criança pode estar sujeita. O instrumento foi concebido tendo em conta os valores culturais predominantes na nossa sociedade sobre o que é considerado aceitável nas relações pais-filhos e os princípios orientadores do Código Civil Português (1990) e do Código Penal Português (1982). Este questionário tem por base a validação dos constructos mau trato e negligência e avalia a ocorrência deste tipo de situações. O seu preenchimento deve ser efectuado por técnicos que conheçam a criança e a sua dinâmica familiar. É uma medida válida das situações associadas aos actos parentais abusivos e às suas consequências para as crianças (Calheiros, 1998).

O QMN é composto por 18 itens organizados em 6 categorias: mau trato psicológico, mau trato físico, negligência psicológica, negligência física, abuso sexual e trabalho infantil. Para cada item são efectuadas três afirmações relativas a factos observáveis que dizem respeito à criança ou aos comportamentos parentais, ou dos adultos substitutos (ex.: a criança sofreu acidentes provocados por falta de segurança, os adultos não tratam da criança quando está doente; os utilizam, como técnica disciplinar, castigos violentos, etc.). Em relação a cada afirmação deverá ser indicada a presença, ausência, desconhecimento ou suspeita dos factos descritos.

Este questionário pode ser utilizado como instrumento de despiste de situações de risco favorecendo um diagnóstico mais preciso em circunstâncias de suspeita de vitimização. Constitui, por outro lado, uma ferramenta de sistematização de informação e de avaliação da intervenção desenvolvida com as crianças e suas famílias.

As alterações realizadas ao questionário prenderam-se com a introdução de questões relativas à caracterização sócio-demográfica das crianças e suas famílias pertinentes para o estudo e com alterações ao nível da redacção de alguns itens de modo a facilitar a sua compreensão.

Attachment Story Completion Task (ASCT, Bretherton et al., 1990)

A Attachment Story Completion Task (ASCT), foi apresentada em 1990 por Bretherton e colaboradores. A prova consiste numa tarefa de completamento de histórias (com recurso a pequenas figuras representativas da família e outros objectos) e permite aceder aos modelos internos de funcionamento em crianças com idades compreendidas entre os 3 e os 6 anos de idade. Trata-se de uma técnica que avalia as representações da vinculação da criança (Main, Kaplan, & Cassidy, 1985; Waters, Rodrigues, & Ridgeway, 1998). As histórias que compõem a tarefa foram concebidas para fazer realçar as diferenças individuais acerca de temas relacionados com a vinculação.

A aplicação da prova começa com uma história neutra (festa de aniversário) cujo objectivo é familiarizar a criança com a metodologia. Seguidamente, apresentam-se 5 inícios de histórias (o sumo entornado, o joelho magoado, o monstro no quarto, a partida e o reencontro) sugerindo-se que a criança lhes dê continuidade verbalmente, ou encenando pela manipulação dos objectos disponibilizados e dos bonecos representativos da família. A classificação das histórias produzidas pelas crianças tem em conta não apenas as verbalizações mas também o comportamento não verbal, designadamente a manipulação dos materiais.

O sistema de classificação original incluía critérios independentes para as respostas seguras e inseguras, baseados na análise de conteúdo de cada história. As crianças que continuavam as 5 histórias de uma forma fluente e apropriada (de acordo com os critérios) eram classificadas como muito seguras. Se as crianças exibiam respostas inseguras em 1 ou 2 histórias eram classificadas como moderadamente seguras. As crianças que apresentavam respostas inseguras em 3 ou mais histórias eram classificadas como inseguras de tipo evitante ou desorganizado. Originalmente os autores não indicaram critérios para a classificação ambivalente. A concordância entre o sistema de classificação de Bretherton e colaboradores (1990) e o procedimento de separação-reunião desenvolvido por Cassidy (1988) para crianças de 37 meses foi significativo ($p < .01$), com 21 casos de concordância e 7 de discordância. Em 1995 Solomon e colaboradores apresentaram critérios de classificação do padrão ambivalente para crianças de 6 anos, recorrendo para tal apenas aos conteúdos das 2 últimas histórias da tarefa. Este novo método foi usado para prever os comportamentos de reunião da criança com a mãe em laboratório (Main & Cassidy, 1988). Globalmente observou-se uma concordância de 79% entre as duas classificações (Cohen's Kappa=.74; $t=8.23$; $p < .001$).

No estudo com crianças em idade escolar acerca da vinculação e ajustamento à escola, Granot e colaboradora (2001) introduziram algumas alterações no procedimento de administração e de classificação das histórias produzidas. Numa primeira fase é a criança é enquadrada num de 3 grupos: muito segura, moderadamente segura e insegura. Num segundo momento, a criança é compa-

rada com os 4 protótipos da vinculação (segura, evitante, ambivalente e desorganizada). A conceptualização destes protótipos baseou-se na integração de três modelos de classificação propostos por Cassidy (1988), Bretherton et al. (1990) e Solomon et al. (1995). No que concerne à categoria ambivalente, foi integrada a concepção de Crittenden (1992) que prevê o recurso a estratégias coercivas por parte da criança como forma de promover a disponibilidade de uma figura de vinculação emocionalmente distante e de Cassidy (1994) que sugere a existência de estratégias de exagero emocional usadas, pela criança, como modo de chamar a atenção de uma figura de vinculação pouco disponível.

A avaliação das narrativas e dos comportamentos não verbais tem em conta: (1) expressão emocional, (2) relação com o cuidador, (3) a visão do protagonista acerca do mundo e (4) narrativa. Os 4 protótipos são descritos do seguinte modo: (1) seguro – a expressão emocional da criança na história é espontânea e adequada à situação; a relação com os cuidadores é descrita como afectuosa, acessível, estável, apoiante, de confiança e recíproca; a criança é apresentada como um sujeito importante e amado; o protagonista tem uma visão do mundo globalmente positiva (apesar de poderem surgir situações ameaçadoras); as situações ameaçadoras são resolvidas de uma forma positiva através da intervenção responsável e fiável dos adultos; (2) evitante – a expressão emocional da criança é fraca ou inexistente, predominando a estratégia de evitamento; as relações com os cuidadores são geralmente distantes e não se verifica acessibilidade emocional; o significado emocional da relação está diminuído e é, geralmente, acompanhado por uma convencionalidade e por uma instrumentalidade exageradas; o protagonista apresenta uma tendência acentuada para negar ou assumir uma postura de neutralidade perante as situações ameaçadoras; a narrativa tende a ser convencional, uni-dimensional e superficial; perante os conflitos, a criança apresenta uma solução neutra e a sua resolução pode ser conseguida através do distanciamento; (3) ambivalente – há um uso exagerado, desadequado e inconsistente da expressão emocional, predominando a estratégia de exagero; as relações com o prestador de cuidados são instáveis; o cuidador tende a confrontar o protagonista em vez de compreender a sua perspectiva e agir de acordo com ela; o protagonista pode intensificar os comportamentos relacionados com a vinculação de modo desadequado; relação do protagonista com a mãe é caracterizada por um envolvimento emocional excessivo que pode oscilar entre a intimidade e o afastamento; o protagonista tenta dar a impressão de que está inseguro face aos seus sentimentos em relação à mãe (raiva/procura de intimidade); a visão do mundo do protagonista aponta para a necessidade constante de encetar acções para captar a atenção do prestador de cuidados, em situações percebidas como ameaçadoras; a narrativa é caracterizada pela excessiva atenção dada à relação entre o protagonista e o prestador de cuidados que é descrita como passiva em relação às dificuldades

e problemas da criança; (4) desorganizado – há um uso incoerente da expressão emocional ou a acumulação de características dos protótipos descritos anteriormente, sendo predominante a estratégia caótica; observa-se o uso inconsistente de expressões negativas e positivas; as relações com o prestador de cuidados são caracterizadas pela diferença ao nível da hierarquia normativa (mãe – cuida, trata, protege; criança – é tratada e protegida; a mãe pode ser descrita como alguém que compreende que é a criança quem está por trás da sua capacidade para controlar as coisas; a mãe pode não desempenhar adequadamente as suas funções parentais, ela pode não ser capaz de resolver os problemas da criança, nas relações mãe-protagonista, podem observar-se comportamentos extremamente abusivos, humilhantes e insultuosos em relação ao protagonista; o protagonista pode ser descrito como sendo magoado, explorado ou negligenciado e o seu comportamento pode incluir sinais de manipulação destinada a organizar as reacções maternas.

No que concerne às propriedades psicométricas do instrumento, os autores descrevem altos níveis de concordância inter-observadores (85%), elevada estabilidade teste-reteste num período de três meses (93.8%) e a inexistência de relação significativa entre o padrão de vinculação e as competências linguísticas e as aptidões lógicas gerais avaliadas pelo Hukok Logical Thinking Matrices Test (Daryn, 1977).

No presente estudo foram usados os critérios de classificação das histórias produzidas pelas crianças após a aplicação da ASCT (Bretherton et al., 1990) definidos por Granot e colaboradora (2001).

Escala de Audição e Fala da Prova de Desenvolvimento de Ruth Griffiths (Griffiths, 1970)

Para garantir a comparabilidade dos vários grupos da nossa investigação, em termos de competências linguísticas, foi usada uma das escalas da prova de desenvolvimento concebida por Griffiths (1970) – a “Escala de Audição e Fala”. De todas as escalas que compõem a prova, esta é, segundo Griffiths (1970), a mais intelectual por apelar à diversificação do vocabulário, à utilização de diferentes componentes do discurso e ao uso de frases para descrever as relações entre imagens.

Procedimento

Neste estudo foi constituído um grupo “experimental” (crianças vítimas de maus tratos e/ou de negligência) e um grupo “controlo” (crianças sem suspeita de maus tratos ou negligência) atendendo ao delineamento “quasi-experimental” adoptado.

A composição dos grupos foi feita com base numa abordagem combinada em

que se conciliaram as classificações de maus tratos e de negligência usadas pelas instituições que colaboraram connosco (Comissões de Protecção de Crianças e Jovens) com critérios específicos para a investigação e os resultados da versão modificada do QMN (Calheiros, 1996), de acordo com a proposta de Crittenden, Claussen, e Sugarman (1994). O primeiro grupo estudado era composto por crianças com história de maus tratos e/ou de negligência com processo instaurado nas Comissões de Protecção de Crianças e Jovens, situação confirmada e tipificada através da versão modificada do QMN (Calheiros, 1996). O segundo grupo incluiu crianças utentes de Instituição Particular de Solidariedade Social, integradas no ensino pré-escolar ou em ATL (Actividades de tempos livres) que não apresentavam indicadores de vitimização. O recrutamento dos participantes visou a comparabilidade das amostras relativamente às variáveis: idade, género, competências verbais e estatuto sócio-económico.

Após o contacto com as CPCJ's foi efectuado o preenchimento do QMN (Calheiros, 1996) em conjunto com os técnicos gestores de caso e com base nos registos existentes nos processos individuais das crianças. Em seguida, agendaram-se os momentos de contacto com os pais de modo a prestarem o consentimento para que os seus filhos pudessem participar no estudo e, havendo concordância, marcaram-se os momentos de avaliação das crianças, preferencialmente nas instalações das CPCJ's. Em alternativa, por indisponibilidade das famílias, as crianças foram avaliadas nos equipamentos de infância que frequentavam.

A aplicação das provas de avaliação psicológica teve a duração média de 45 minutos por criança e foi sempre efectuada em gabinete fechado, com as dimensões e as condições de conforto adequadas. A ASCT (Bretherton et al., 1990) foi gravada em áudio e o registo dos comportamentos não-verbais efectuado por escrito pela entrevistadora.

RESULTADOS

A testagem das hipóteses de investigação foi realizada através do software de análise estatística SPSS (versão 15.). No Quadro 1 apresentamos a relação observada entre o estatuto de vitimização e o sexo das crianças, no Quadro 2 a relação entre as representações da vinculação e o sexo e no Quadro 3 a relação entre o estatuto de vitimização e as representações da vinculação

Quadro I
Tipo de vitimização e sexo

Sexo	Vítimas de mau trato ou negligência	Sem suspeita de vitimização	Total
Feminino	25	14	39
Masculino	35	16	51
Total	60	30	90

Quadro II
Representação da vinculação e sexo

Sexo	Segura	Evitante	Ambivalente	Desorganizada
Feminino	22	7	3	7
Masculino	29	16	1	5
Total	51	23	4	12

Quadro III
Representação da vinculação e vitimização

	Segura	Evitante	Ambivalente	Desorganizada
Vítima de mau trato ou negligência	22	23	4	11
Sem suspeita de vitimização	29	0	0	1
Total	51	23	4	12

Para avaliar se a incidência de vinculações inseguras e desorganizadas depende do estatuto de vitimização, recorreu-se ao Teste do Qui-Quadrado de independência. Considerou-se uma probabilidade de erro de 0.05 em todas as análises inferenciais. Observou-se um maior número de casos de vinculações inseguras nas crianças vítimas de maus tratos e/ou negligência ($n=24$; 30%) e um maior número de vinculações desorganizadas neste mesmo grupo ($n=11$; 12,2%). A análise estatística inferencial permite afirmar que a insegurança e a desorganização da vinculação estão associadas à situação de vitimização da criança ($\chi^2(2)=29.581$; $p=0.000$; $N=90$).

DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo confirmam a hipótese de que as experiências de vitimização (quer seja por maus tratos, negligência ou ambas) estão associadas a representações inseguras (evitantes e ambivalentes) e desorganizadas da vinculação em crianças de idade pré-escolar. À semelhança do que se constatou noutros estudos com amostras de crianças com idades compreendidas entre os 12 e os 18 meses em que se utilizou a Situação Estranha (Ainsworth et al., 1978) como metodologia de

avaliação dos padrões de vinculação (Carlson et al., 1989), também nas crianças de idade pré-escolar as experiências de vitimização parecem impedir a consolidação de estratégias seguras de vinculação. Para estas crianças as experiências relacionais com a figura de vinculação são de tal modo caóticas que o desenvolvimento de uma organização de tipo seguro se torna muito improvável.

Esta investigação mostrou também que a metodologia de classificação da Attachment Story Completion Task (Bretherton et al., 1990) desenvolvida por Granot e colaboradora (2001), devidamente ajustada à idade pré-escolar, constitui um instrumento adequado ao estudo da vinculação.

No que concerne a estudos futuros, será importante aprofundar o conhecimento acerca da técnica de avaliação da vinculação utilizada, bem como das experiências de maus tratos e/ou negligência como factores de risco para a insegurança e desorganização da vinculação. Outra dimensão importante, do ponto de vista da intervenção com famílias de risco, será a identificação de factores protectores que contribuam para a minimização dos efeitos negativos da vitimização nas representações da vinculação ao longo do percurso de desenvolvimento dos indivíduos. Apesar de sabermos que o desenvolvimento de metodologias de formação parental baseadas nos princípios da Teoria da Vinculação e em programas de intervenção direccionados para as díades de alto-risco tem contribuído para melhorar as relações entre a figura de vinculação e a criança (Benavente, 2008; Benavente, Moreira, & Justo, 2009), o aprofundamento dos mecanismos de interacção entre os factores de risco e de protecção envolvidos neste tipo de situações é fundamental para adequar aquele tipo de intervenções às necessidades das famílias.

BIBLIOGRAFIA

- Ainsworth, M. (1976). Relações objectais, dependência e vinculação: Uma análise teórica das relações da criança com a mãe. In L. Soczka (Ed.), *As ligações infantis*. Amadora: Livraria Bertrand.
- Ainsworth, M., & Bell, S. (1970). Attachment, exploration, and separation: Illustrated by the behavior of one-year-olds in a strange situation. *Child Development*, 41, 49-67.
- Ainsworth, M., & Wittig, B. (1969). Attachment and exploratory behavior of one-year-olds in a Strange Situation. In B. Foss (Ed.), *Determinants of Infant Behavior* (vol. 4). London: Methuen.
- Ainsworth, M., Bell, S., & Stayton, D. (1979). L'attachement de l'enfant à sa mère. *La Recherche*, 25, 519-522.
- Ainsworth, M., Blehar, M., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum.
- Benavente, R. (2008). Formação parental – Interrupção do mau trato e da negligência. *Pretextos*, 32, 4-6.

- Benavente, R. (2005). *Maus tratos e negligência na infância: Efeitos sobre as representações da vinculação em crianças de idade pré-escolar*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica na Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação. Lisboa: Universidade de Lisboa.
- Benavente, R., Moreira, J. & Justo, J. (2009). *School for parents: Development and preliminary results of a community-based parent training programme for high-risk families*. Comunicação apresentada no 11th European Congress of Psychology, Oslo, Norway.
- Bowlby, J. (1940). The influence of early environment in the development of neurosis and neurotic character. *The International Journal of Psycho-Analysis*, 21, 154-178.
- Bowlby, J. (1994). Pathological mourning and childhood mourning. In R. Frankiel (Ed.), *Essential papers on object loss*. New York: University Press.
- Bretherton, I. (1992). The origins of attachment theory: John Bowlby and Mary Ainsworth. *Developmental Psychology*, 28, 759-775.
- Bretherton, I., Ridgeway, D., & Cassidy, J. (1990). Assessing internal working models of the attachment relationship: An attachment story completion task for 3 year-olds. In M. Greenberg, D. Cicchetti, & E. Cummings (Eds.), *Attachment in the preschool years: theory, research, and intervention* (pp. 273-308). Chicago: The Chicago University Press.
- Calheiros, M. (1996). *Definição, avaliação e factores psico-sociais do mau trato e negligência a crianças na família*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Social e das Organizações no Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa. Lisboa: ISCTE.
- Calheiros, M. (1998). Elaboração e Estudo de um Questionário de Avaliação de Maus Tratos e Negligência a Crianças. *Revista Portuguesa de Psicologia*, 33, 91-121.
- Carlson, V., Cicchetti, D., Barnett, D. & Braunwald, K. (1989). Disorganized/Disoriented attachment relationships in maltreated infants. *Developmental Psychology*, 25, 525-531.
- Cassidy, J. (1988). The self as related to mother-child attachment at six. *Child Development*, 59, 121-134.
- Cassidy, J. (1994). Emotion regulation: Influences of attachment relations. In N. Fox (Ed.), *The development of emotion regulation: Biological and behavioral considerations. Monographs of the Society for Research in Child development*, 59(2-3, Serial n°. 240), 228-249.
- Código Penal Português. (1982). Coimbra: Almedina.
- Código Civil Português. (1990). Coimbra: Almedina.
- Crittenden, P. (1988). Maltreated infants: Vulnerability and resilience. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 26, 85-96.
- Crittenden, P., Claussen, A., & Sugarman, D. (1994). Physical and psychological maltreatment in middle childhood and adolescence. *Development and Psychopathology*, 6, 145-164.
- Daryn, E. (1977). Hukok Logical Thinking Matrices Test. Tel Aviv: Eked.
- DeMulder, E., & Radke-Yarrow, M. (1991). Attachment with affectively ill and well mothers: Current behavioral correlates. *Development and Psychopathology*, 3, 227-242.
- Dozier, M., & Kobak, R. (1992). Psychophysiology in attachment interviews: Converging evidence for deactivating strategies. *Child Development*, 63, 1473-1480.
- Goodman, G., & Pfeffer, C. (1998). Attachment disorganization in prepubertal children with severe emotional disturbance. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 62, 490-525.

- Granot, D., & Maysel, O. (2001). Attachment security and adjustment to school in middle childhood. *International Journal of Behavioral Development, 25*, 530-541.
- Griffiths, R. (1970). *The abilities of young children*. London: Child development research centre.
- Grossmann, K., Grossmann, K., & Zimmermann, P. (1999). A wider view of attachment and exploration: Stability and change during the years of immaturity. In J. Cassidy & P. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research and clinical implications* (pp. 760-786). New York: The Guilford Press.
- Hesse, E., & Main, M. (1999). Second-generation effects of trauma in non-maltreating parents: Previously unexamined risk factor for anxiety. *Psychoanalytic Inquiry, 19*, 30-61.
- Holmes, J. (1993). *John Bowlby attachment theory*. New York: Routledge.
- Isabella, R., & Belsky, J. (1991). Interactional synchrony and the origins of infant-mother attachment: A replication study. *Child Development, 62*, 373-384.
- Jacobsen, T., & Miller, L. (1999). Attachment quality in young children of mentally ill mothers: Contribution of maternal caregiving abilities and foster care context. In J. Solomon & C. George (Eds.), *Attachment disorganization* (pp. 374-378). New York: Guilford Press.
- Lyons-Ruth, K., Connell, D., Grunebaum, H., & Botein, S. (1990). Infants at social risk: Maternal depression and family support services as mediators of infant development and security of attachment. *Child Development, 61*, 85-98.
- Main, M. (1990). Cross-cultural studies of attachment organization: Recent studies, changing methodologies, and the concept of conditional strategies, *Human Development, 33*, 48-61.
- Main, M., & Cassidy, J. (1988). Categories of response to reunion with parent at age 6: Predictable from infant attachment classifications and stable over a 1-month period. *Developmental Psychology, 24*, 415-426.
- Main, M., & Hesse, E. (1990). Parents unresolved traumatic experiences are related to infant disorganized attachment status: Is frightened and/or frightening parental behavior the linking mechanism? In M. Greenberg, D. Cicchetti & E. Cummings (Eds.), *Attachment in the preschool years: Theory, research, and intervention* (pp. 161-182). Chicago: The University Chicago Press.
- Main, M., & Solomon, J. (1986). Discovery of an insecure-disorganized/disoriented pattern. In: Brazelton, T.B., and Yogman, M., eds. *Affective Development in Infancy*. Norwood, NJ: Ablex Publishing.
- Main, M., & Weston, D. (1982). Avoidance of the attachment figure in infancy: Descriptions and interpretations. In M. Parker & J. Stevenson-Hinde (Org.). *The place of attachment in human behavior* (pp. 19-31). New York: Baist Books.
- Main, M., Kaplan, N., & Cassidy, J. (1985). Security in infancy, childhood and adulthood: A move to the level of representation. In I. Bretherton & E. Waters (Eds.), *Growing points of attachment theory and research. Monographs for the Society in Child Development 50*(1-2, Serial n°. 209), 66-104.
- O'Connor, M., Sigman, M., & Brill, N. (1987). Disorganization of attachment in relation to maternal alcohol consumption. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 55*, 831-836.
- Owen, M., & Cox, M. (1997). Marital conflict and the development of infant-parent attachment relationships. *Journal of Family Psychology, 11*, 152-164.
- Radke-Yarrow, M., Cummings, E., Kuczynski, L., & Chapman, M. (1985). Patterns of attachment in two- and three-year-olds in normal families and in families with parental

- depression. *Child Development*, 56, 884-893.
- Solomon, J., & George, C. (1999). The measurement of attachment security in infancy and childhood. In J. Cassidy & P. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research and clinical implications* (pp. 287-318). New York: The Guilford Press.
- Spieker, S., & Booth, C. (1988). Maternal antecedents of attachment quality. In J. Belsky & T. Nezworski (Eds.), *Clinical implications of attachment* (pp. 95-135). Hillsdale: Lawrence Erlbaum.
- van IJzendoorn, M., & Bakermans-Kranenburg, M. (2003). Attachment disorders and disorganized attachment: Similar and different. *Attachment & Human Development* 5, 313-320.
- van IJzendoorn, M., Schuengel, C., & Bakermans-Kranenburg, M. (1999). Disorganized attachment in early childhood: Meta-analysis of precursors, concomitants, and sequelae. *Development and Psychopathology*, 11, 225-249.
- Waters, E., & Cummings, M. (2000). A secure base from which to explore close relationships. *Child Development*, 71, 164-172.
- Waters, H., Rodrigues, L., & Ridgeway, D. (1998). Cognitive underpinnings of narrative attachment assessment. *Journal of Experimental Child Psychology*, 71, 211-234.

ABSTRACT

This study assessed the influence of maltreatment or neglect during childhood on preschoolers' (3 to 6 years of age) attachment representations. Maltreated and/or neglect children (N=60) were recruited from Portuguese Child Protective Services (Children and Youth Protective Commissions). The non-maltreated and non-neglected children (n=30) were recruited from a Private Preschool Institution (they attend Kindergarten or Leisure Activities). Groups were similar in Socio-Economic Status (SES), age, gender and verbal abilities. Abuse status was assessed with an adapted version of the Maltreatment and Neglect Questionnaire (Calheiros, 1996). Verbal abilities of children were assessed with the "Hearing and Language" Scale of the Griffiths scales of mental development (Griffiths, 1970). Attachment representations were assessed with the Attachment Story Completion Task (ASCT; Bretherton, Ridgeway, & Cassidy, 1990). The stories were coded according to an adapted version of the methodology developed by Granot and Mayseless (2001). Results show that maltreat and/or neglected preschool children have more insecure (avoidant and ambivalent) and disorganized attachment representations, and less secure strategies when compared to controls. Results are discussed according to Attachment Theory and High-risk families intervention programmes and future investigation proposals are made.

Silvia Tavares *
Lara Vilela *
Graça Fernandes **
Goretti Dias **
Cláudia Pires de Lima ***
Cláudia Falco ****
Camila Gesta *****

RESUMO

Este trabalho faz uma breve introdução teórica acerca dos contributos de Bowlby, Ainsworth e Main para a teoria da vinculação e uma revisão bibliográfica de publicações sobre vinculação e psicopatologia no bebé e criança pequena.

As autoras procuram correlacionar a vinculação da criança com o diagnóstico pela DC: 0-3R no eixo I e II e respectiva vinculação do principal cuidador. Com este propósito seleccionaram uma amostra clínica, constituída por 18 díadas (cuidador principal/criança), sendo 16 rapazes e 2 raparigas, com idades compreendidas entre os 11 e os 27 meses. A esta amostra aplicou-se o Paradigma da UPI (Lisboa) com registo de vídeo e a DC:0-3R nos eixos I e II. As mães das crianças preencheram a escala de auto-avaliação da EVA, para posterior avaliação da vinculação.

Apesar dos resultados encontrados não serem estatisticamente significativos, dado o tamanho a amostra, estão de acordo com a literatura: crianças com vinculação segura parecem estar mais protegidas de desenvolver psicopatologia. A PIR-GAS parece ser um instrumento sensível, dado valores acima de 40 surgirem sobretudo associados a vinculação segura, enquanto que valores abaixo de 40 estão mais associados a vinculação não-segura.

Palavras chave: Classificação diagnóstica DC 0-3R. Situação estranha. Vinculação. Vinculação do principal cuidador.

* Interna Complementar de Pedopsiquiatria, Unidade de 1ª Infância – Centro Hospitalar do Porto.

** Pedopsiquiatra, Unidade de 1ª Infância – Centro Hospitalar do Porto.

*** Psicóloga, Unidade de 1ª Infância – Centro Hospitalar do Porto.

**** Psicóloga Clínica, Unidade de 1ª Infância – Centro Hospitalar do Porto.

***** Assessora de Psicologia Clínica, Unidade de 1ª Infância – Centro Hospitalar do Porto.

INTRODUÇÃO

Proposta por John Bowlby nos finais dos anos 50, a teoria de vinculação surge como uma alternativa à teoria psicanalítica da relação de objecto, baseando-se na etologia e nas ciências cognitivas, referindo-se aos comportamentos inatos que promovem a proximidade da criança ao seu cuidador.

Na década de 70 Mary Ainsworth deu o seu contributo à teoria da vinculação introduzindo o conceito de base de segurança e o procedimento laboratorial estandardizado “Situação Estranha”, utilizado na avaliação do padrão de vinculação. De acordo com os comportamentos da criança observados durante este procedimento, Ainsworth definiu três padrões distintos de vinculação: Seguro, Inseguro Evitante e Inseguro Ambivalente/Resistente (Tabela 1). A Situação Estranha de Ainsworth tem sido validada como método de avaliação da vinculação até aos 2 anos (Boris et al., 2000). O’Conner e Masten (1984) defendem mesmo a sua aplicação após os dois anos, como elemento adicional para esclarecimento de alguns quadros clínicos.

Na década de 80 Main introduz um quarto padrão, Inseguro Desorganizado (Tabela 1).

Tabela 1

Características dos vários tipos de vinculação segundo Ainsworth (segura, insegura evitante e insegura resistente) e Main (insegura desorganizada)

Tipos de Vinculação	Características
Segura	Explora o meio na presença do cuidador Protesta na separação Recebe o cuidador com prazer (riso, vocalização, gestos) ou procura aproximar-se dele Reorganiza-se e volta a brincar após reconfortado
Insegura Evitante	A criança mostra pouco afecto ou comportamentos de base de segurança na presença do cuidador Parece pouco afectado pela separação Evita proximidade e contacto com o cuidador no reencontro Centra-se nos objectos; zanga-se ou afasta-se quando o objecto é retirado
Insegura Resistente / Ambivalente	A criança fica aflita na separação, com comportamentos que são um misto de rejeição encolerizada e de busca de contacto Tem dificuldade em ser reconfortada no reencontro
Insegura Desorganizada	A criança apresenta comportamentos cujas intenções não são compreensíveis. Tem comportamentos desorganizados, bizarros, com estereotípias aquando do reencontro com o cuidador Não apresenta estratégias coerentes.

As prevalências aproximadas dos vários padrões de vinculação em populações não-clínicas são: 60% para o padrão seguro; 15% para as inseguras evitantes, 10% para as inseguras resistentes e 15% para as desorganizadas (Goodman e Scott, 2005).

À medida que a criança se vai desenvolvendo cognitivamente, formam-se esquemas internos a partir da experiência cumulativa dos seus relacionamentos, esquemas esses que vão influenciar as suas estratégias de comportamento relacional. As estratégias relacionais disfuncionais predis põem por sua vez ao desenvolvimento de psicopatologia (Crittenden, 1995). A vinculação segura parece funcionar como factor protector, ao contrário das vinculações inseguras que se têm mostrado factores de risco (Zeanah et al., 2003). Belsky e Fearon (2002), no entanto, salientam que a vinculação segura, apesar de funcionar como factor protector em ambientes de baixo risco, não é suficiente para impedir por si só o desenvolvimento de psicopatologia.

O único padrão de vinculação que tem sido associado a psicopatologia é o Inseguro Desorganizado, nomeadamente a distúrbios relacionais, e tem-se revelado um factor preditivo tanto de problemática externalizante como internalizante na infância e adolescência (Zeanah et al., 2003). Alguns estudos de follow-up de crianças com vinculação insegura evitante e insegura resistente referem anomalias desenvolvimentais consequentes destes tipos de vinculação, principalmente a nível relacional e ao nível da expressão dos afectos (Crittenden, 1995): as crianças em idade pré-escolar, com vinculações inseguras resistentes são frequentemente mais agressivas, conflituosas, ansiosas e agitadas (Zeanah et al., 2003) sendo muitas vezes rotuladas com o diagnóstico de perturbação da conduta e PHDA (Crittenden, 1995). Este padrão tem vindo a ser associado a afastamento social da criança e depressão em idade escolar e distúrbios de ansiedade na adolescência.

Alguns estudos apontam para uma associação entre vinculação Insegura Evitante e problemas antissociais, de externalização e comportamentos dissociativos (Green et al., 2002). No entanto, outros estudos apontam para uma maior incidência de inibição e risco de depressão nas crianças com este padrão de vinculação (Crittenden, 1995).

Crianças com vinculações desorganizadas apresentam aos 5 anos baixa auto-estima, problemas de internalização e dificuldades na interacção social, nomeadamente com os pares. Têm dificuldades escolares aos 8 anos, diminuição nas capacidades operacionais formais e de auto-regulação aos 17 anos. Encontram-se também associações com Perturbação de Oposição/Desafio (Green et al., 2002).

Não se encontram estudos que relacionem o padrão de vinculação com o diagnóstico no Eixo II da DC:0-3R (perturbação da relação cuidador/criança).

Sabe-se contudo que o desenvolvimento de padrões de vinculação da criança depende da natureza das suas interações com o seu cuidador. Estas interações são primariamente influenciadas pelas características deste; no entanto o temperamento da criança também interfere com a forma como o cuidador se comporta. Alguns estudos associam a vinculação de tipo seguro a cuidadores sensíveis às necessidades da criança, que dão respostas adequadas e previsíveis às suas solicitações (Crittenden, 1995; O'Conner et al., 1984). Os padrões inseguros evitantes têm vindo a ser associados a cuidadores negligentes que reagem em retirada física ou emocional quando muito solicitados, e a pais intrusivos e controladores. Também tem vindo a ser associado a pais maltratantes. Os padrões inseguros resistentes têm sido associados a pais ambivalentes, subenvolvidos que respondem apenas a comportamentos de escalada (Crittenden, 1995; O'Conner et al., 1984). Os padrões desorganizados parecem resultar de estilos parentais hostis, assustadores/assustados, com várias formas de desregulação do afecto, ameaças constantes de abandono e atitudes rejeitantes.

Existem poucos estudos na literatura que abordem a relação entre a vinculação do principal cuidador e a vinculação da criança. Fonagy (2001) refere que a AAI de cada progenitor é preditiva do padrão de vinculação da criança aos 12 e 18 meses. Van IJzendoorn (1995) e Main (2005) encontraram também associação entre a representação da vinculação parental, avaliada através da AAI e o padrão de vinculação da criança. Em contraste com estes achados, um estudo realizado na população portuguesa (Jongenelen, 2006) não revelou uma concordância significativa entre a vinculação das mães e a das crianças.

Mães com vinculações seguras apresentam relações mãe-bebé mais coerentes, com maior prazer na relação, quando comparadas com mães demitidas e preocupadas (Slade et al., 1999).

A questão da transmissão intergeracional da vinculação continua a ser controversa.

OBJECTIVO

Estudar numa amostra clínica a correlação da vinculação da criança e o diagnóstico pela DC: 0-3 R nos eixos I e II; comparar o padrão de vinculação da criança e os resultados obtidos pelos principais cuidadores na EVA (escala de vinculação do adulto) (Canavarro, 1995).

MATERIAL E MÉTODOS

Na selecção da amostra, procedeu-se à inclusão de todas as díadas observadas de Fevereiro de 2007 a Setembro de 2008, na consulta de primeira infância, às quais tinha sido aplicada o Paradigma da UPI (Situação Estranha da Mary Ainsworth adaptada à clínica) com filmagem associada.

Para a cotação dos 18 vídeos foi utilizada uma grelha de cotação, já usada anteriormente noutros trabalhos clínicos na UPI (Lisboa) e utilizando as classificações de Mary Ainsworth e de Main para a vinculação.

Os vídeos foram visionados por dois observadores com experiência sem contacto prévio com a amostra. Nos casos em que houve discordância, o vídeo foi analisado por um terceiro observador, que não tinha tido contacto prévio com a amostra, e atribuída a classificação de acordo com um dos observadores iniciais.

Tivemos três casos em que não observamos padrões interactivos, cuidador-criança, que nos permitissem incluí-los nos padrões de vinculação, pese termos dados indirectos que nos levassem a poder dizer que existia vinculação. A estes passamos a designá-los por Outros.

A todas as crianças foram aplicados os critérios de diagnóstico da DC: 0-3R nos eixos I e II, após discussão em reunião de equipa.

A DC: 0-3 R é a classificação diagnóstica que utilizamos na consulta de Primeira Infância. É constituída por cinco eixos, o que nos permite fazer uma diferenciação mais clara entre a perturbação da criança (Eixo I) e a perturbação da relação cuidador/criança (Eixo II), bem como, identificar e classificar outros factores relevantes nos restantes 3 eixos (Eixo III, Eixo IV, Eixo V).

O Eixo I permite classificar a perturbação da criança como sendo uma dificuldade constitucional ou maturativa (Perturbação da Regulação do Processamento Sensorial ou Perturbação da Relação e Comunicação), dependente de factores do meio (Perturbação Pós-Stress Traumático, Perturbação Adaptação ou Perturbação Carência/ Maus tratos), ou como uma alteração da experiência subjectiva da criança (Perturbação do Afecto, Perturbação do Sono/Alimentação).

A classificação da Perturbação da relação no Eixo II identifica o distúrbio específico daquela relação. Nesta avaliação devem ser considerados múltiplos aspectos da díade, tais como: nível de funcionamento global de ambos os pais e criança, nível de stress nos pais e criança, capacidade de adaptação, nível de conflito e capacidade de resolução entre a díade e implicações da qualidade da relação no desenvolvimento da criança. Este eixo apresenta dois instrumentos para avaliar e classificar as Perturbações da relação: a PIR-GAS (Parent-Infant

Relationship Global Assessment Scale) e a RPCL (The Relationship Problems Checklist). Com a PIR-GAS avalia-se a qualidade da relação cuidador-criança atribuindo-se valores que variam de 0 a 100. Os valores no intervalo de 81 a 100 correspondem a uma relação adaptada; de 41 a 80 podem existir características de tendência para uma relação perturbada; no intervalo de 0 a 40 existe necessariamente uma perturbação da relação. Com a RPCL podemos diagnosticar diferentes tipos de perturbação da relação: sobre-envolvida, sub-envolvida, ansiosa-tensa, zangada/hóstil e a abusiva verbal, física e sexualmente.

Para avaliar a vinculação do cuidador, utilizou-se a Escala de Vinculação do Adulto, versão portuguesa de Canavarro (1995) da *Adult Attachment Scale-R* (Collins & Read, 1990). Trata-se de uma escala de auto-relato, com 18 itens, que avalia três dimensões: Confiança no Outro (grau de confiança que os sujeitos têm nos outros, bem como na disponibilidade destes quando sentida como necessária), Conforto com a Proximidade (grau em que o indivíduo se sente confortável com a proximidade e a intimidade) e Ansiedade (grau de ansiedade sentida pelo indivíduo, relacionada com questões interpessoais de receio de abandono ou de não ser bem querido). Com o *Software* SPSS (versão 15, 2006) realizou-se uma análise de *clusters*, recorrendo ao método não hierárquico *K-means* (Johnson & Wichern, 2002, in Maroco, 2003) e seguindo os procedimentos recomendados por Collins e Read (1990, in Canavarro, Dias, & Lima, 2006), resultando na opção por uma divisão em 3 perfis ($k=3$). Os *clusters* encontrados correspondem à descrição teórica dos três estilos de vinculação de Hazan e Shaver (1987, in Canavarro, Dias, & Lima, 2006): temos um grupo correspondente ao perfil *Seguro*, caracterizado por conforto com a proximidade, capacidade de confiar nos outros e que não sente especial receio de ser abandonado (ansiedade baixa); o grupo que corresponde a um perfil *Evitante* não se sente confortável com a proximidade, não confia nos outros e não sente receio especial em ser abandonado; e por último o grupo com um perfil *Preocupado* não se sente confortável com a proximidade, não confia nos outros e sente um grande receio com a possibilidade de ser abandonado, com níveis altos de ansiedade.

Foi também utilizada a escala de Graffar para caracterização do nível sócio-económico das famílias.

Assim esta amostra ficou constituída por 18 díadas (cuidador principal/bebé), sendo 16 rapazes e 2 raparigas, com a idade média de 21 meses, cujas famílias maioritariamente pertenciam à classe sócio-económica média e média baixa.

RESULTADOS

Vinculação na criança/Vinculação no principal cuidador

As distribuições aproximadas dos vários padrões de vinculação na nossa amostra foram: 66,7% para o padrão seguro; 11,1% para as inseguras evitantes, 5,6% para as inseguras resistentes, 0% para as desorganizadas e 16,7% para a sub-classe Outros (Figura 1). Estes valores não diferem muito dos encontrados em amostras normativas da população.

As distribuições aproximadas dos vários padrões de vinculação no principal cuidador, segundo a EVA foram: 20% para o padrão seguro, 47% para o preocupado; 33% para o evitante (Figura 2).

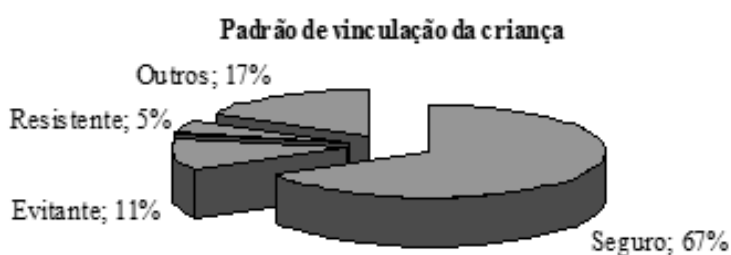


Figura 1. Padrão de vinculação da criança

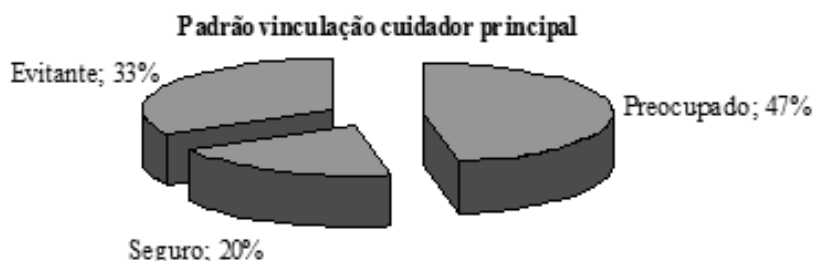


Figura 2. Padrão de vinculação do principal cuidador (E.V.A.)

Não se verifica concordância entre o padrão de vinculação da criança e do cuidador.

Analisando os resultados das dimensões da EVA encontramos diferenças nas mães das crianças seguras, quando comparadas com as mães das crianças inseguras. Assim, as mães das crianças com vinculação segura apresentam níveis menores de ansiedade e maior confiança no outro (Figura 3).

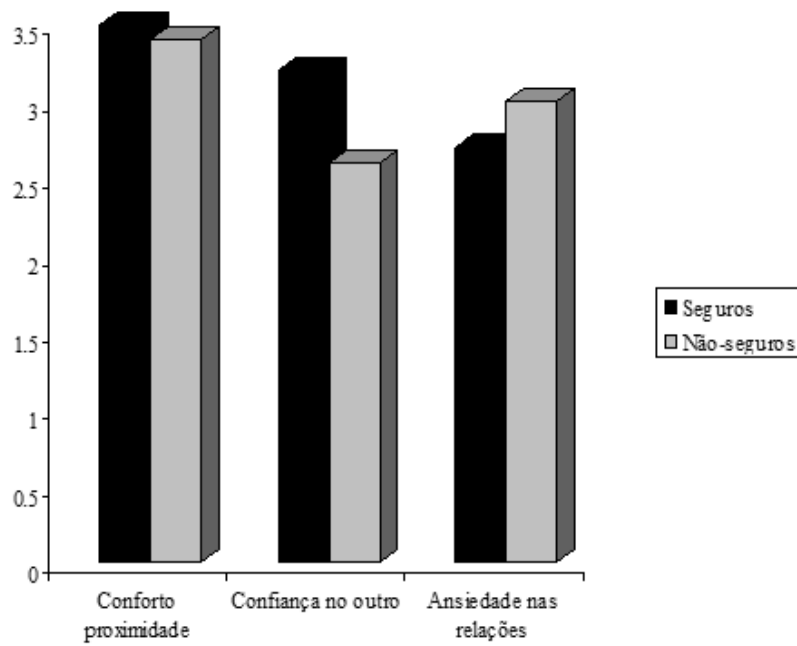


Figura 3. Relação entre padrão de vinculação da criança e resultados das dimensões da EVA

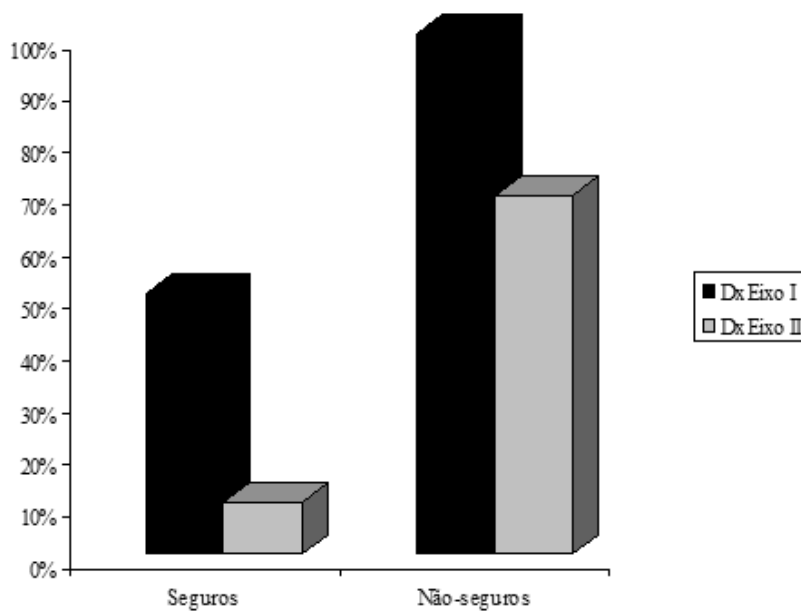


Figura 4. Relação entre padrão de vinculação da criança e diagnóstico no Eixo I e II da DC:0-3R

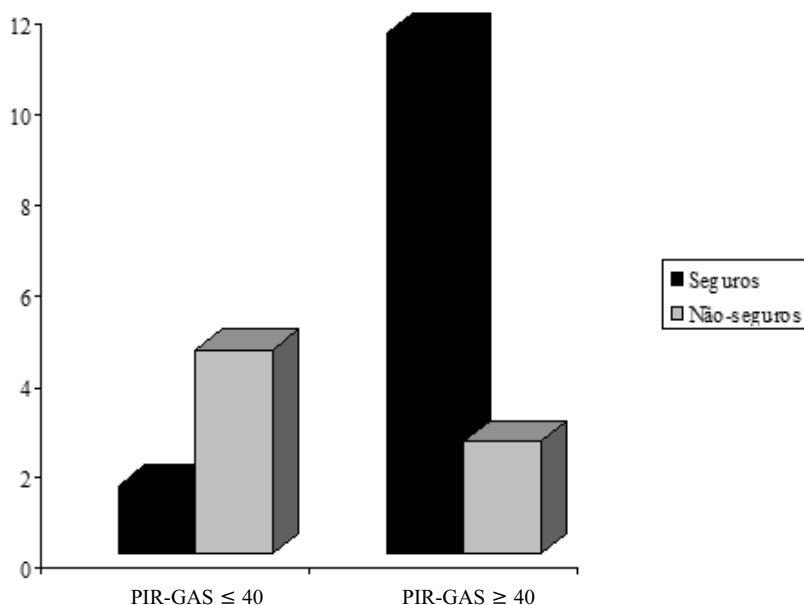


Figura 5. Relação entre padrão de vinculação da criança e PIR-GAS

Vinculação/Diagnóstico DC: 0-3R

No grupo de crianças com vinculação segura, 50% tem psicopatologia, isto é tem diagnóstico no eixo I (Figura 4). Das crianças com vinculação segura, apenas 8,3% apresenta diagnóstico no eixo II.

Relativamente às crianças com vinculação não segura (vinculação insegura + outros), todas têm diagnóstico pela DC: 0-3R no eixo I e 66,7% no eixo II (Figura 4).

No eixo II, os valores de PIR-GAS acima de 40 associaram-se maioritariamente a crianças com vinculação segura, enquanto que valores abaixo de 41 estão ligados sobretudo à vinculação não segura (Figura 5).

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

Nesta amostra não encontramos coincidência do padrão de vinculação da criança com o do cuidador, à semelhança dos trabalhos efectuados na população portuguesa por Jongenelen (2006).

A vinculação segura parece funcionar nesta amostra como factor protector, uma vez que metade das crianças com este padrão não apresenta diagnóstico no

eixo I da DC: 0-3R, em contraste com os padrões não seguros, em que todas as crianças têm diagnóstico no eixo I.

No eixo II, a PIR-GAS pareceu-nos uma escala de avaliação da relação cuidador-criança sensível, pois valores superiores a 40 associaram-se maioritariamente a crianças com vinculação segura, enquanto que valores inferiores a 41 estão ligados sobretudo a vinculação não segura.

O facto de metade das crianças com vinculação segura ter diagnóstico no Eixo I, está de acordo com os resultados de autores como Belsky e Fearon (2002) que defendem que a vinculação segura não impede o desenvolvimento de psicopatologia, pese funcionar como factor protector em ambientes de baixo risco.

Verificou-se também que maioritariamente as crianças que compõem esta amostra apresentam vinculações seguras, apesar deste padrão de vinculação só ser encontrado numa minoria dos cuidadores. Isto faz-nos reflectir acerca da importância de outros factores determinantes na vinculação, que podem ser protectores para estas crianças, como os factores individuais da criança (temperamento, desenvolvimento cognitivo, resiliência, etc.), questões sociais e contextuais (nível sócio-económico, stressores psico-sociais, etc.), e outras características do cuidador que influenciem a qualidade das suas interacções com a criança (sensibilidade e disponibilidade emocional). Não podemos, também, deixar de ter em conta as recentes alterações na organização da vida familiar, sendo a figura materna mais activa profissionalmente, recorrendo a outras figuras para prestar cuidados à criança (avós, irmãos, amas, educadores de infância, etc.). Estas figuras de vinculação “alternativas” podem proporcionar relações estáveis e válidas do ponto de vista qualitativo, permitindo o desenvolvimento de uma vinculação segura.

Relativamente as dimensões analisadas na EVA, verificámos que as mães com vinculação insegura apresentam maiores níveis de ansiedade e menor confiança no outro. Mães ansiosas podem transmitir o seu estado mental ao bebé, tendo dificuldade em ajudá-lo a transformar os afectos negativos. Mães pouco confiantes no outro promovem a dependência e mostram-se pouco sensíveis na leitura dos sinais da criança. Assim, estas são características que parecem contribuir para o estabelecimento de uma vinculação insegura.

Como principais limitações deste trabalho, salientamos o tamanho reduzido da amostra, a adesão incompleta por parte dos cuidadores, no que diz respeito ao preenchimento da EVA e o facto de se tratar de um estudo descritivo, portanto sem grupo de controlo.

BIBLIOGRAFIA

- Belsky, J., & Fearon, M.P. (2002). Early attachment security, subsequent maternal sensitivity, and later child development: Does continuity in development depend upon continuity of caregiving? *Attachment & Human Development*, 4(3),361-387.
- Boris, N.W., Wheeler, E.E., Heller, S.S., & Zeanah, C.H. (2000). Attachment and developmental psychopathology. *Psychiatry*, 63(1), 75-84.
- Canavarro, M.C., Dias, P., & Lima, V.S. (2006). A avaliação da vinculação do adulto: uma revisão crítica a propósito da aplicação da Adult Attachment Scale-R (AAS-R) na população portuguesa. *Revista de Psicologia*, 10(1).
- Crinttenden, P.M. (1995). Attachment and risk for psychopathology: the early years. *Developmental and Behavioral Pediatrics*, 16(3), S12-S16.
- Egger, H.L., Fenichel, E., Guedeney, A., Wise, B.K., Wright, H.H., & Emde, R.N. (2005). *Diagnostic Classification of Mental Health and Development Disorders of Infancy and Early Childhood: Revised Edition (DC: 0-3R)*. Washington, DC: Zero to Three Press.
- Fonagy, P. (2001). *Attachment theory and psychoanalysis*. New York: Other Press.
- Gonçalves, M.J., Caldeira da Silva, P. (2003). A classificação diagnóstica das perturbações da saúde mental da primeira infância: Uma experiência clínica. *Análise Psicológica*, 1(21), 13-21.
- Goodman, R., & Scott, S. (2005). *Child Psychiatry* (2nd ed.). Blackwell Publishing.
- Graffar, M. (1956). Une méthode de classification sociale – Echantillons de la Population. *Courrier*, 6, 455-459.
- Green, J., & Goldwyn, R. (2002). Annotation: Attachment disorganisation and psychopathology: new findings in attachment research and their potential implications for developmental psychopathology in childhood. *J. Child Psychology and Psychiatry*, 43(7), 835-846.
- Jongenelen, I., Soares, I., Grossmann, K., & Martins, C. (2006). Vinculação em mães adolescentes e seus bebês. *Psicologia*, 20(1), 11-36.
- Main, M., Hesse, E., & Kaplan, N. (2005). Predictability of attachment behavior and representational processes at 1, 6 and 19 years of age: The Berkeley longitudinal study. In K.E. Grossmann, K. Grossmann, & E. Waters (Eds.), *Attachment from infancy to adulthood: The major longitudinal studies* (pp. 245-304). New York: Guilford.
- O'Connor, M.J., & Masten, A.S. (1984). Use of the Strange Situation procedure in the diagnosis of attachment disorder. *Child Psychiatry and Human Development*, 14(3), 64-71.
- Slade, A., Belsky, J., Aber, J.L., & Phelps, J.L. (1999). Mother's representation of their relationships with their toddlers links to adult attachment and observed mothering. *Developmental Psychology*, 35, 611-619.
- van IJzendoorn, M.H. (1995). Adult attachment representations, parental responsiveness, and infant attachment: a meta-analysis on the predictive validity of the adult attachment interview. *Psychological Bulletin*, 117, 387-403.
- Zeanah, C.H., Keyes, A., & Settles, L. (2003). Attachment relationship experiences and childhood psychopathology. *Ann. N.Y. Acad. Sci.*, 1008, 22-30.

Anexo I
Grelha utilizada para avaliação da vinculação

Criança	A	B	C
Idade			
Sintomas			
Diagnóstico	I-II	I-II	I-II
Vinculação			
Antes da saída	Afecto		
	Interesse		
	Atenção		
	Actividade		
	Ao que/A quem recorreu		
	Relação discriminada		
Durante a saída			
	Afecto		
	Interesse		
	Atenção		
	Actividade		
	Ansiedade de Separação		
	Ao que/A quem recorreu		
	Estratégias		
Depois da saída	Afecto		
	Interesse		
	Atenção		
	Actividade		
	Tempo para reorganizar		
	Ao que/A quem recorreu		
Comportamentos de vinculação			
Padrão de Vinculação			

ABSTRACT

This study starts with a brief theoretic introduction on the contribution of Bowlby, Ainsworth and Main to the attachment theory and a literature review of the papers published under the theme attachment and psychopathology in infants and toddlers.

The authors try to find a correlation between attachment and: axis I and II of the Diagnostic Classification 0-3R; caregiver's attachment. With this purpose they studied a clinical sample composed by 18 children (16 males and 2 females) aged 11-27 months. Ainsworth's Strange Situation was adapted to clinical practice ("Paradigma da UPI") with video registration and then applied to the whole sample. All children were classified according to the DC 0-3R. The authors also used the EVA scale to assess caregiver's attachment.

Although not statistically significant, the results found supported previous findings reported in literature: children with secure attachment seem more protected from psychopathology. PIR-GAS appears to be a very sensitive instrument, as scores over 40 are mainly associated to children with secure attachment, while scores below 40 are especially associated to non-secure attachment.

Key words: Attachment. Caregiver's attachment. Diagnostic classification DC: 0-3R. Strange situation.