

4. O Apego como Processo

4.1 Bases Teóricas

No século XIX pensava-se que as experiências precoces fossem irrelevantes. Psicólogos e médicos pressupunham que a vida social e emocional dos bebês e das crianças era vazia ou, então, imediatamente esquecida. Até muito pouco tempo atrás, os psicólogos ainda viam as crianças como versões menores ou inacabadas dos adultos. Hoje sabe-se que bebês e crianças pequenas percebem o mundo de forma muito diferente do que os adultos, elas se movimentam, olham, pegam, falam, pensam e até experienciam as emoções de acordo com regras infantis. (Winnicott, 2006)

A idéia de que a vinculação formada entre adulto e criança tinha como base a alimentação foi descartada (Zuanon, 2007) graças aos trabalhos de Lorenz sobre estampagem. Pôde-se provar que o comportamento de apego pode desenvolver-se, sem que tenha havido alimentação ou qualquer outra recompensa adicional por parte da figura de apego. Lorenz demonstrou que nas horas seguintes após a eclosão dos ovos, patos e gansos tendem a seguir qualquer objeto que vejam em movimento, e que após certo período, passam a preferi-lo a qualquer outro e a seguir somente ele. Os dados de Lorenz foram replicados e constatou-se que isto acontece também nos mamíferos de modo comparável. (Bowlby, 1957)

Da mesma forma experimentos com macacos *rhesus*, feitos por Harry Harlow na década de 50, mostraram que o apego não surgia por causa das satisfações alimentares (num modelo de macaco confeccionado com arame), mas sim em razão do aconchego que eles encontravam num modelo de tecido. Quando esses macacos (criados por modelos de arame e/ou pano) eram colocados em contato com outros animais da mesma espécie, mostravam-se socialmente inaptos. Assim, Harlow concluiu que o vínculo mãe-filhote é essencial para a saúde mental e para o desenvolvimento normal em primatas,

pois é com base nesse vínculo inicial, que todos os outros laços afetivos são construídos.

As observações sobre o cuidado inadequado na primeira infância e o desconforto e a ansiedade de crianças pequenas relativos à separação dos cuidadores levaram o especialista em psiquiatria infantil e psicanalista inglês John Bowlby (1907-1990) a estudar os efeitos do cuidado materno sobre as crianças, em seus primeiros anos de vida. Bowlby (1940) impressionou-se com as evidências de efeitos adversos ao desenvolvimento, atribuídos ao rompimento da interação com a figura materna, na primeira infância. (Ainsworth; Bowlby, 1991) Seus estudos iniciais deram origem às primeiras formulações e aos pressupostos formais da Teoria do Apego (TA). Os conceitos de Bowlby foram construídos com base nos campos da Psicanálise, Biologia Evolucionária, Etologia, Psicologia do Desenvolvimento, Ciências Cognitivas e Teoria dos Sistemas de Controle. (Bowlby, 1989a; Bretherton, 1992a)

Foi ele um dos primeiros a reconhecer que o ser humano chega ao mundo predisposto a participar na interação social. Influenciado pela etologia, postulou que pressões evolutivas levaram os filhotes, particularmente os mamíferos, a desenvolverem estratégias comportamentais peculiares em sua relação com o cuidador, tal como manter-se próximo à figura de apego¹. A visão evolucionária do apego propõe que os bebês da maioria das espécies animais nascem pré-programados para o estabelecimento de uma ligação próxima e forte ao agente principal de cuidados com o qual tal relação se estabelece. Assim, a função básica do apego nas diferentes espécies e, com destaque para a relação mãe-bebê primata, seria a proteção contra os predadores. (Bowlby, 1957)

¹ “Neste ponto, é importante se fazer a distinção entre os termos: apego, comportamento de apego, e sistema de comportamento de apego. Apego refere-se à qualidade dos padrões de vínculo afetivo do indivíduo: se seguro ou inseguro. Comportamento de apego refere-se a qualquer comportamento que resulta na proximidade com a figura de apego. Tal comportamento é ativado diante de ameaças de separação e desativado no reencontro com a figura de apego. Já o sistema de comportamento de apego, engloba tanto apego quanto comportamento de apego e se refere ao modelo de mundo pelo qual são representados o *self* (si mesmo), os outros significativos e os seus inter-relacionamentos. Geralmente, estas representações são filtradas pelos padrões de apego do indivíduo.” (Gomes, 2007, p.14)

Considera-se o apego como um mecanismo básico dos seres humanos, ou seja, um comportamento biologicamente programado, como o mecanismo de alimentação e da sexualidade, e é considerado como um sistema de controle homeostático, que funciona dentro de um contexto de outros sistemas de controle comportamentais. O papel do apego na vida dos seres humanos envolve o conhecimento de que uma figura de apego está disponível e oferece respostas, proporcionando um sentimento de segurança que é fortificador da relação. A criança possui necessidade de uma forte (segura) ligação com a mãe (cuidador primário) e, caso isto não aconteça, há probabilidade da criança apresentar sinais de privação parcial² ou privação completa³. (Bowlby, 1989a)

“(...) crianças com apego seguro apresentam maior autoconfiança, auto-estima e sociabilidade. Ao contrário, crianças com apego inseguro tendem a apresentar maiores dificuldades nas áreas de independência, resiliência, competência social e saúde emocional.” (Gomes, 2007, p.11)

O comportamento de apego será eliciado quando o bebê estiver assustado, cansado, com fome ou sob estresse, levando-o a emitir sinais que podem desencadear a aproximação e a motivação do cuidador. O comportamento de apego traz segurança e o conforto e possibilita o desenvolvimento - a partir da principal figura de apego - do comportamento de exploração. Quando uma pessoa está apegada ela tem um sentimento especial de segurança e conforto na presença do outro e pode usar o outro como uma “base segura” a partir da qual explora o resto do mundo. (Bowlby, 1989a)

Dentro de sua teoria, Bowlby (2002) enfatiza sete características:

1. Especificidade – O comportamento de apego é dirigido para um ou alguns indivíduos específicos, geralmente em ordem clara de preferência.
2. Duração – O apego persiste, geralmente, por grande parte do ciclo vital.

² Necessidade excessiva de amor; vingança; culpa ou depressão.

³ Irresponsividade; retardo no desenvolvimento; superficialidade; falta de concentração; decepção ou roubo compulsivo.

3. Envolvimento emocional – Muitas das emoções mais intensas surgem durante a formação, manutenção, rompimento e renovação de relações de apego.

4. Ontogenia – O comportamento de apego desenvolve-se durante os primeiros nove meses de idade de vida dos bebês humanos. Quanto mais experiências de interação social um bebê tiver com uma pessoa, maior são as probabilidades de que ele se apegue a essa pessoa. Por essa razão, torna-se a principal figura de apego de um bebê aquela pessoa que lhe dispensar a maior parte dos cuidados maternos. O comportamento de apego mantém-se ativado até o final do terceiro ano de vida. No desenvolvimento saudável, torna-se, daí por diante, cada vez menos ativado.

5. Aprendizagem – Recompensas e punições desempenham apenas um papel secundário. De fato, o apego pode desenvolver-se apesar de repetidas punições por uma figura de apego.

6. Organização – O comportamento de apego é organizado segundo linhas bastante simples. Mediado por sistemas comportamentais cada vez mais complexos, ativados por certas condições e terminados por outras. Entre as condições ativadoras estão o estranhamento, a fome, o cansaço e qualquer coisa assustadora. As condições terminais incluem a visão ou som da figura materna e a interação com ela. Quando o comportamento de apego é fortemente despertado, o término poderá requerer o contato físico ou o agarramento à figura materna e (ou) ser acariciado por ela.

7. Função biológica – O comportamento de apego ocorre nos jovens de quase todas as espécies de mamíferos e, em certas espécies, persiste durante toda a vida adulta. A manutenção da proximidade com um adulto preferido por um animal imaturo é a regra geral, o que sugere que tal comportamento possui valor de sobrevivência. Assim, a função do comportamento de apego é a proteção, principalmente contra predadores.

Segundo Bowlby (1957), o relacionamento da criança com os pais é instaurado por um conjunto de sinais inatos do bebê que demandam proximidade. Tem sido evidenciado que a criança, desde o nascimento, possui uma estrutura capaz de responder a estímulos sociais e organização comportamental para iniciar e continuar uma interação social. A proximidade física era tida como objetivo principal do sistema de apego, porém, atualmente, considera-se também a disponibilidade materna⁴ como foco do processo. (Weber, 2004)

Cabe aqui estabelecer uma distinção entre vínculo afetivo e apego. O vínculo, segundo Bowlby (2002), é um laço relativamente duradouro que se estabelece com um parceiro. O apego é uma disposição para buscar proximidade e contato com uma figura específica, e seu aspecto central é o estabelecimento do senso de segurança, mas tanto o vínculo afetivo como o apego são estados internos. Os comportamentos de apego, por sua vez, são observáveis e organizados nas interações das crianças com seus cuidadores, permitindo que a criança consiga ter e manter a proximidade. Tais comportamentos podem ser muito variados, sendo alguns dos mais comuns chorar, chamar, balbuciar, sorrir e agarrar-se. A ativação destes comportamentos é produto da informação processada por sistemas reguladores de segurança, também chamados sistemas de controle. Bowlby (2002) afirma que, no caso dos sistemas de controle de comportamento de apego, os sensores indicam os seguintes eventos: aqueles que mostram a presença de perigo potencial ou estresse e aqueles relacionados à localização e acessibilidade da figura de apego. A função destes sistemas seria a de garantir que as crianças tenham acesso às pessoas com as quais elas podem obter cuidado e proteção.

Ainda de acordo com Bowlby (2002), existem boas provas de que, num contexto familiar, a maioria dos bebês de cerca de três meses de idade já responde à mãe de um modo diferente em comparação com outras pessoas. Quando vê sua mãe, um bebê desta idade sorrirá e vocalizará mais prontamente e a seguirá com os olhos por mais tempo do que quando vê qualquer outra

⁴ Diz respeito não só à acessibilidade, mas também a responsividade emocional.

pessoa. Portanto, a discriminação perceptual está presente. Entretanto, será difícil afirmar que existe comportamento de apego enquanto não houver provas evidentes de que o bebê não só reconhece a mãe, mas também tende a se comportar de modo a manter a proximidade com ela.

O comportamento de apego manifesta-se por volta dos três meses, tornando-se nitidamente presente por volta dos seis meses de idade da criança e, em regra, prossegue até a puberdade. Autores e pesquisadores contemporâneos como Brazelton (1988), Schermann; Bohlin; Hagekull (1994), Schaffer (1996), Wendland-Carro, Piccinini; Millar (1999), Klaus e Kennell (2000), Claussen e Crittenden (2000) e Schermann (2001), abordam o quanto os bebês recém-nascidos apresentam uma impressionante capacidade de responder às interações já nos primeiros minutos. Iniciam a vida capazes de fazer discriminações importantes e de localizar objetos por meio de várias indicações perceptivas. São capazes de realizá-las pelo olhar e de identificar a voz do pai e da mãe. Pelo sexto dia de vida, um bebê já é capaz de identificar o cheiro da mãe. O paladar também é altamente desenvolvido em bebês após o nascimento. Eles gostam do conforto, da proximidade, e irão com frequência moldar-se ao corpo de seus pais. Os citados pesquisadores corroboram ao que postulam Ainsworth e Bowlby (1991) sobre a existência de uma relação vincular estreita entre o bebê e sua mãe já nas primeiras horas de vida, enfatizando as capacidades do recém-nascido para a interação.

Schaffer (1996) diz que a criança com quatro semanas já se comporta diferentemente com sua mãe, seu pai e com estranhos. Expressões emocionais, rapidez de movimentos, responsividade, tensões e brincadeiras são estes e muitos outros atributos que diferenciam as pessoas e ajudam a produzir estilos distintos de interações. Complementa que as características temperamentais da criança, que são inatas, até mesmo em crianças muito novas, ajudarão a determinar o curso da interação e influenciarão o comportamento da outra pessoa. Nesse sentido, Bee (1997) afirma que, mesmo sendo tão importante, esse programa inato das capacidades da criança depende da presença de um ambiente mínimo esperado, sendo essencial a formação do elo afetivo e da

oportunidade de pais e bebês desenvolverem um padrão mútuo de entrosamento de comportamento de apego. Winnicott (2006) afirma que a princípio todos os bebês nascem em ambientes humanos adequados, apropriados as suas necessidades.

As interações precoces satisfatórias entre mãe e criança estariam mediadas por um sentimento mútuo de eficácia. Baseada nessa mutualidade, a criança mostra-se apta a prover experiências contingentes à mãe, evidenciando comportamentos preditivos e sendo responsiva. Numa situação de sincronia, a mãe interpreta os sinais da criança e intervém sensitivamente, gerando um ciclo de interações produtivas. A habilidade materna em perceber, interpretar e responder às necessidades comunicativas da criança adquire posição central na construção de uma relação de mutualidade. Para Winnicott (2006) as mães, na maioria das vezes, sabem instintivamente daquilo que o bebê precisa naquele momento.

Para isso contribuem as respostas seletivas dos bebês e seu potencial de atenção, pronto para a fixação do olhar em padrões semelhantes ao da face humana, forma e tamanho e seus padrões de reatividade próprios. O contato olho a olho é considerado como uma das redes de comunicação mais potentes, sendo um iniciador inato de respostas maternas e potente facilitador de interação. A sinalização de estados pelo bebê (choro, sorriso, vocalização) promove o começo da interação, sendo seguido (idealmente) pela resposta da mãe, prontificando-se a atendê-los com satisfação. (Winnicott, 2006)

Estilos de comportamento exibidos pelo bebê desempenham papel importante no tipo e quantidade de estimulação que ele poderá receber desses agentes. As diferenças individuais entre infantes presentes desde o nascimento, afetam características maternas e a experiência infantil em cada etapa de seu desenvolvimento posterior. Além disso, pais que possuam conceitos negativos sobre si mesmos tendem a avaliar mais negativamente o temperamento dos filhos; pais que apresentam altos níveis de ansiedade e depressão também avaliam o temperamento de seus filhos como sendo mais difícil. (Zeanah;

Keener; Anders, 2006) Com o passar do tempo, um verdadeiro vínculo afetivo se desenvolve, garantido pelas capacidades cognitivas e emocionais da criança, assim como pela consistência dos procedimentos de cuidado, pela sensibilidade e responsividade dos cuidadores. Por isso, um dos pressupostos básicos da TA é de que as primeiras relações de apego, estabelecidas na infância, afetam o estilo de apego do indivíduo ao longo de sua vida. (Bowlby, 1989b)

Apesar de originalmente haver focado o comportamento de apego em bebês e crianças pequenas, Bowlby (1991) passou a afirmar que as manifestações (biologicamente orientadas) da necessidade de apegar-se são significativas ao longo de todo o ciclo vital. Quanto maior a ameaça maior o desejo por conexão. A proximidade física, essencial para a sobrevivência do bebê, passa a ser vista como uma necessidade emocional para crianças maiores e adultos, mas

“(...) naturalmente não teríamos sobrevivido biologicamente – nenhum de nós – se não tivéssemos sido profundamente amados e bem cuidados nos primeiros anos de vida.” (Sacks apud Kayser, W. 1998, p. 13)

Apego a outros seres humanos é o centro em torno do qual a vida de uma pessoa se constrói, não somente quando ela é uma criança ou um bebê, mas através da adolescência, dos seus anos de maturidade e da sua idade avançada. (Bowlby, 1991).

Outro aspecto importante dentro da TA foi formulado por Ainsworth (1978), que considerou estar o padrão de apego diretamente ligado à qualidade da relação estabelecida entre a mãe e a criança. Ela descobriu que no recém-nascido sistema de apego é maleável e que as diferenças qualitativas entre os padrões de apego dos indivíduos dependem das diferenças comportamentais dos cuidadores. Para verificar tal relação, a autora construiu um instrumento para coleta de aspectos mais qualitativos do padrão de apego infantil, a “Situação do Estranho”. Com base nos dados obtidos, Ainsworth (1978) classificou as crianças em seguramente apegadas e inseguramente apegadas.

Bebês seguramente apegados constroem um modelo de mãe disponível mesmo quando não podem vê-la, e é por isso que protestam menos na separação e são mais receptivos no reencontro. Por outro lado, bebês inseguramente apegados choram muito na ausência e mesmo na presença da mãe. De acordo com Ainsworth (1978), o padrão seguro corresponderia ao relacionamento cuidador-criança provido de uma base segura, sobre a qual a criança pode explorar seu ambiente de forma entusiasmada e motivada e, quando estressada, mostra confiança em obter cuidado e proteção das figuras de apego, que agem com responsividade. As crianças seguras incomodam-se quando separadas de seus cuidadores, mas não se abatem de forma exagerada.

Para Ainsworth (1978) o choro é indicativo da ansiedade que está por trás de toda insegurança e classifica os bebês inseguros em ansiosos/esquivos e ansiosos/ambivalentes (ou resistentes):

1. Os ansiosos/esquivos comportam-se de modo semelhante na presença da mãe e do estranho. Na separação são indiferentes a suas mães e no reencontro não buscam conforto nestas, colocando-se em posição contrária a elas ou movendo-se em direção oposta. As crianças deste grupo brincam de forma tranqüila, interagem pouco com os cuidadores, mostram-se pouco inibidas com estranhos e chegam a se engajar em brincadeiras com pessoas desconhecidas durante a separação dos cuidadores. Quando são reunidas aos cuidadores, essas crianças mantêm distância e não os procuram para obter conforto. Ainsworth (1978) apontou que são crianças menos propensas a procurar o cuidado e a proteção das figuras de apego quando vivenciam estresse. A partir de suas observações, a pesquisadora também sugeriu que essas crianças deixam de procurar os cuidadores após terem sido rejeitadas, de alguma maneira, por eles. Apesar de os cuidadores demonstrarem preocupação, não correspondem aos sinais de necessidade quando a criança os indica. A hipótese sugerida para a compreensão dessas crianças é a de que tenham sido rejeitadas quando revelaram suas necessidades, aprendendo a ocultá-las em momentos relevantes.

2. Os ansiosos/ambivalentes, ou resistentes, mostram limitado comportamento exploratório, sempre demonstram aflição e choro diante da separação, e no reencontro, exibem uma mistura de raiva e busca de proximidade, além do fato de suas mães não conseguirem confortá-los ou acalmá-los. Seu estudo sobre o apego investigou fatores determinantes da proximidade-intimidade expressa no comportamento de interação de crianças com suas mães. Estas crianças, antes de serem separadas dos cuidadores, apresentam comportamento imaturo para sua idade e pouco interesse em explorar o ambiente, voltando sua atenção aos cuidadores de maneira preocupada. Após a separação, ficam bastante incomodadas, sem se aproximar de pessoas estranhas. Quando os cuidadores retornam, elas não se aproximam facilmente e alternam seus comportamentos entre a procura por contato e a raiva. Ainsworth (1978) assinala que, em alguns momentos, essa criança recebeu cuidados de acordo com suas demandas e, em outros, não obteve uma resposta de apoio, o que pode ter provocado falta de confiança nos cuidadores, em relação aos cuidados, à disponibilidade e à responsividade.

Um outro grupo identificado por Main e Hesse (1990) foi categorizado como de padrão desorganizado ou desorientado. É composto por crianças que tiveram experiências negativas durante o desenvolvimento infantil. Esse padrão refere-se a crianças que, na “Situação Estranha”, apresentavam comportamento contraditório e/ou estratégias de *coping* incoerentes para lidarem com a situação de separação. Na presença dos cuidadores, antes da separação, essas crianças exibem um comportamento constante de impulsividade, que envolve apreensão durante a interação, manifesta por raiva ou confusão facial, ou expressões de transe e perturbações. No entendimento de ambos os pesquisadores, elas vivenciam um conflito, sem terem condições de manter uma estratégia adequada para lidar com o que as assusta. Esses casos aparecem em situações de abuso, nas quais o cuidador pode significar uma fonte amedrontadora quando o abusador é externo e faz ameaças à criança ou quando o próprio cuidador é o abusador. Assim, o padrão desorganizado é associado a fatores de risco e a maus-tratos infantis, sendo que fatores adicionais podem ser incluídos na manifestação desse padrão, como, por exemplo, transtorno bipolar nos pais ou uso parental de álcool.

Após ter publicado seu estudo, realizado em Uganda, Ainsworth obteve grande colaboração intelectual de Bowlby. Tal colaboração permitiu que os trabalhos de Ainsworth sobre o desenvolvimento sócio-emocional durante os primeiros anos de vida, evidenciassem que o modelo de apego que um indivíduo desenvolve durante a primeira infância é profundamente influenciado pela maneira como os cuidadores primários (pais ou pessoas substitutas) o tratam, além de estar ligado a fatores temperamentais e genéticos.

Outro conceito fundamental da TA é o do comportamento que se refere a ações de uma pessoa para alcançar ou manter proximidade com outro indivíduo, claramente identificado e considerado como mais apto para lidar com o mundo. Golse (1998) ressalta que o comportamento de apego é instintivo, evolui ao longo do ciclo da vida, e não é herdado. O que se herda é o seu potencial ou o tipo de código genético que permite à espécie desenvolver melhores resultados adaptativos, caracterizando sua Evolução e preservação. Evidências de que as crianças também se apegam a figuras abusivas sugerem que o sistema do comportamento de apego não é conduzido apenas por simples associações de prazer. As crianças desenvolvem o comportamento quando seus cuidadores respondem às suas necessidades fisiológicas, mas também quando não o fazem. Adicionalmente, Ainsworth sugeriu que a figura de apego funcionaria, também, como uma base segura que permitiria à criança explorar o ambiente. O apego pode, deste modo, ser compreendido como o conjunto de comportamentos do bebê que se caracteriza não somente pela busca de proximidade física da mãe, mas também pela exploração do ambiente. (1978)

A contraparte do comportamento de apego é o comportamento parental. A Teoria do Apego propõe o sistema do cuidador como um sistema normativo e provedor de segurança. Cuidar é definido como uma ampla ordem de comportamentos complementares ao comportamento de apego e inclui um larga gama de responsabilidades, tais como prover ajuda ou auxílio, conforto e confiança, fornecendo uma base segura, e encorajando autonomia do bebê (Bowlby, 2002). O cuidador deve ser capaz de responder de forma flexível a uma ampla margem de necessidades que surgirem, deve ter conhecimento

adequado de como prover cuidado apropriado e estar disponível quando necessário. Precisa ter recursos emocionais e materiais: habilidade de empatizar e de se colocar no lugar do indivíduo em sofrimento. Finalmente, precisa ser motivado a oferecer cuidado. (Feeney; Collins, 2001)

O papel do cuidador frequentemente envolve uma boa porção de responsabilidade, assim como uma quantidade substancial de recursos cognitivos, emocionais, e materiais. Deve, portanto, estar motivado a aceitar a responsabilidade (que frequentemente envolve algum grau de sacrifício) e dispor de tempo e esforço necessários para prover apoio efetivo. Se o cuidador não estiver suficientemente motivado, pode não desempenhar seu papel adequadamente (Feeney; Collins, 2001).

Para garantir o cuidado parental, o processo evolutivo munuiu o filhote com características físicas e comportamentais que eliciam a vinculação e a motivação por cuidar. De acordo com Bee (1997),

“(...) pode-se acrescentar que: na presença de um bebê pequeno, a maioria dos adultos automaticamente apresentará um padrão inconfundível de comportamentos interativos, incluindo sorrir, levantar as sobrancelhas e abrir muito os olhos (p.315).”

Lorenz (1995) sugere que os traços juvenis desencadeiam o que ele denomina de mecanismos liberadores inatos de afeto e cuidado em humanos adultos. Assim os comportamentos associados à provisão de cuidados não se restringiriam aos bebês humanos, mas também a todos aqueles que fossem identificados como necessitando de proteção.

As relações estabelecidas nestes contextos darão base à organização de modelos de funcionamento psicológico (*working models*) e a estilos de regulação de emoções, os quais, posteriormente, poderão ser generalizados para situações similares. Bowlby (2002) conceitua os modelos de funcionamento como regras aprendidas que governam os processos externos e internos de

informação sobre as relações. Os modelos de funcionamento são mecanismos cognitivos de quatro tipos de sistemas representacionais:

1. sistema de expectativas de atributos dos cuidadores primários;
2. sistema de representações de eventos: memórias gerais e específicas de experiências relativas ao apego são codificadas e armazenadas;
3. sistema de memórias autobiográficas: eventos específicos são conceitualmente conectados através de suas relações com a continuidade da narrativa pessoal e o desenvolvimento do self; e
4. sistema de entendimento das características psicológicas dos outros, diferenciando-as das próprias.

Segundo a Teoria do Apego, a busca de proximidade física da mãe e a exploração do ambiente surgem no decorrer do primeiro ano de vida e permanecem intensas durante a primeira infância. Aos três ou quatro anos, esses comportamentos vão diminuindo e sua forma de expressão se modifica. (Ainsworth, 1985) Em um primeiro momento, as crianças são predispostas a formar vínculos afetivos com um pequeno número de cuidadores, procurando-os como uma fonte de conforto quando as condições são ótimas, e como fonte de segurança em momentos estressantes. Posteriormente, os modelos internos de funcionamento e os estilos de regulação de emoções, desenvolvidos com as relações iniciais, darão base para o estabelecimento de relações com outras pessoas, inclusive com parceiros de brincadeiras. (Ainsworth; Bowlby, 1991)

A TA entende os estilos de regulação de emoções como processos intrínsecos e extrínsecos, responsáveis pelo monitoramento, avaliação e modificação das reações emocionais. As relações de apego seguro colaboram com o desenvolvimento de modelos internos caracterizados por valorização e apoio. Nessas relações, as crianças aprendem expectativas sociais positivas e

um entendimento rudimentar de trocas recíprocas. (Bowlby, 2002) Por outro lado, nas relações de apego inseguro não há predomínio de sentimento de segurança e valorização. Em função de interações aversivas, a criança pode desenvolver expectativas negativas, especialmente, em torno da disponibilidade dos outros em momentos de necessidade e estresse, evidenciando, posteriormente, insensibilidade, raiva, agressão e falta de empatia nas relações subseqüentes. Contudo, durante todo o ciclo vital, o comportamento de apego está presente em variadas intensidades e formas. Pode ter formas ativas, como procurar ou seguir o cuidador; formas aversivas, como chorar; ou pode ainda aparecer sob forma e sinais comportamentais que alertam o cuidador para o interesse de interação da criança, como sorrir e verbalizar de modos diversos. Todas essas formas são observadas em crianças, adolescentes e adultos ao buscarem a aproximação com outras pessoas. É o padrão desses comportamentos, e não sua freqüência, que revela algo acerca da força ou qualidade do apego. (Ainsworth, 1989)

Bowlby (2004) distinguiu dois tipos de fatores que podem interferir na ativação do sistema de comportamento do apego: aqueles relacionados às condições físicas e temperamentais da criança, e os relacionados às condições do ambiente. A interação desses dois fatores é complexa e depende, de certa forma, da estimulação do sistema de apego. Além disso, esse sistema tem função direta nas respostas afetivas e no desenvolvimento cognitivo, já que envolve uma representação mental das figuras de apego, de si mesmo e do ambiente, sendo estas baseadas na experiência.

Pelo fato de contemplar os processos normais de desenvolvimento e a psicopatologia humana⁵, essa abordagem teórica oferece uma base para estudos sobre os afetos e as emoções dos seres humanos, proporcionando um suporte empírico coerente para a compreensão dos processos de desenvolvimento normal e patológico, ao integrar aspectos da biologia moderna ao embasamento de seus estudos.

⁵ “(...) acho que uma das coisas interessantes sobre patologia e sobre alguns distúrbios clínicos é que, pelo menos às vezes, eles despem o que foi acrescentado mais recentemente, permitindo que se veja com mais clareza algo do primitivo.” (Sacks apud Kayser, W., 1998, p. 16)

4.2 O desenvolvimento do apego no indivíduo

As noções propostas na TA pressupõem que os modelos internos desenvolvidos nas relações com as figuras de apego primárias tendem, de maneira geral, a serem estáveis e a se generalizarem para relações futuras. Para Bowlby (2004), disrupturas na fase inicial do relacionamento mãe-bebê devem ser vistas como precursoras de transtorno mental. Durante a primeira infância, o apego caracteriza-se como:

1. um interesse insistente em manter proximidade com uma ou algumas pessoas selecionadas;
2. uma tendência a usar esses indivíduos como base segura de referência para a exploração do desconhecido;
3. refúgio, na figura de apego, para busca de segurança em momentos de medo.

Assim, na infância, o apego é considerado seguro ou inseguro com relação à figura de apego. Já a segurança em adolescentes e adultos não se identifica com nenhuma relação em particular, ou seja, com nenhuma figura de apego específica, nem do passado, nem do presente. O que se investiga são as diferenças individuais do estado mental com respeito à história global do apego. Diferentes padrões de apego refletem diferenças nos níveis de acesso dos indivíduos a certos tipos de sentimentos, pensamentos e memórias. Para ele tanto o acesso cognitivo quanto o emocional das informações relevantes sobre o processo de apego emergem como funções da natureza do relacionamento passado entre a mãe e o bebê. (Bowlby, 2004) De acordo com Donald Winnicott (1983)

“Essa função materna essencial possibilita a mãe pressentir as expectativas e necessidades mais precoces de seu bebê (...). É por causa desta identificação com o bebê que ela sabe como protegê-lo, de modo que ele comece por existir e não por reagir.” (p.135)

Na adolescência, as relações com as figuras de apego sofrem mudanças que habilitam o adolescente para relacionamentos fora do seu círculo familiar, sendo que todos os novos movimentos interpessoais são influenciados pela forma de interação moldada com os cuidadores na infância. Assim, o relacionamento com os cuidadores pode ser contingente de todas as ansiedades provenientes dessas modificações, ou ser um fator de complicação para o desenvolvimento dessas mudanças. Foi observada (Allen; Land, 1999) uma tendência dos adolescentes para demonstrar maior rejeição aos pais, nos primeiros quatro anos iniciais da adolescência, dos 12 aos 15 anos, o que sugere um maior uso de estratégias de apego evitativo em relação às figuras de apego primário, nessa fase. Isso foi compreendido como uma necessidade de manter distância das figuras parentais, para que a aquisição de uma identidade pessoal seja alcançada.

De acordo com Allen e Land (1999), na percepção de adolescentes o apego aos cuidadores primários é tratado como um vínculo de contenção e moderação, e não exatamente como uma base de apoio e segurança, já que a tarefa principal da adolescência é o desenvolvimento da autonomia. Como as atividades dos adolescentes, geralmente, são distantes das figuras de apego, há uma necessidade menor de dependência e respaldo dos cuidadores, no que se refere à formação de uma concepção própria do mundo. Nesse sentido, o sistema de apego passa a ter um papel integrador para os desafios dessa fase, havendo, ainda, uma chance de reformulações sobre a organização primária do apego. Embora os adolescentes não consigam distinguir e reconhecer, claramente, as qualidades e defeitos implícitos nas suas relações primárias de apego, esses aspectos parecem ser elucidados e moldados na adolescência. Considerando-se que as relações de apego são o resultado da interação entre uma base genética, processos inatos e experiência, modificados ao longo do tempo, essas relações também se modificam. (Allen; Hauser, 1996) Ou seja, pessoas mais velhas formam relações mais complexas do que as da infância. Por esta razão, as relações na adolescência marcam um período de transição para a idade adulta, quando as relações com os melhores amigos e as primeiras relações românticas, por exemplo, serão preditivas dos estilos de relacionamentos na idade adulta.

Adolescentes caracterizados pelo padrão de apego seguro são confiantes em seus relacionamentos, generosos e tolerantes em relação a si mesmos e às suas figuras de apego, e considerados como mais estáveis em suas relações românticas. As relações com as figuras de apego são marcadas por uma interação de confiança e poucas dificuldades para o estabelecimento de autonomia emocional. Já os adolescentes caracterizados como do estilo evitativo demonstram não ter necessidade de confiar em outras pessoas e parecem realmente desapegados ou não influenciados pelas experiências de apego precoces. Existe uma forte associação da predominância desse estilo de apego com índices elevados de transtornos alimentares. (Kobak; Cole, 1994) O padrão evitativo de adolescentes referiu-se àqueles que se consideram pouco interessados nas relações familiares e apresentam sentimentos negativos em relação à família e ao seu funcionamento. Por outro lado, o padrão preocupado/ansioso é caracterizado por adolescentes que têm, geralmente, relacionamentos frustrantes ou insatisfatórios, além de demonstrarem-se angustiados ou confusos quanto a essas relações. Além disso, esses adolescentes sentem que a independência é desencorajada e evitam confrontos, mantendo estratégias de *coping* passivas.

A categoria segura/autônoma equivale, na infância, ao grupo de crianças de apego seguro. Nos adultos, esse grupo apresenta um relato espontâneo e vívido das experiências de infância, com lembranças positivas e uma descrição equilibrada de ocorrências infantis difíceis. Estudos longitudinais demonstram que adultos com história de apego seguro são classificados como mais resilientes, autoconfiantes, orientados socialmente, com relacionamento mais profundos e auto-estima mais elevada. (Mikulincer; Orbach; Iavnieli, 1998) Os adultos que se enquadram na categoria de apego evitativo apresentam um relato idealizado da infância, falha na reconstrução das memórias infantis e, se dificuldades nessas experiências são relatadas, seus efeitos são negados ou minimizados. A categoria preocupado/ansioso caracteriza-se por um relato que envolve experiências que podem ter sido confusas, vagas ou tempestuosas e conflitantes, apresentando inabilidade para se colocar nas situações infantis e apresentar um roteiro coerente dessas experiências. Isso também acontece no relato de experiências difíceis da infância, o que demonstra dificuldade de

compreender as origens de suas emoções preocupantes. A categoria de apego adulto desorganizado/desorientado está relacionada a relatos com sinais graves de desorientação e desorganização, principalmente quando os entrevistados são questionados sobre eventos traumáticos ou perdas importantes. (Mikulincer; Schaver, 2003)

Para Crittenden (2000), os estilos de apego são estratégias para identificar o perigo e proteger-se, cumprindo uma função adaptativa cujo objetivo é, portanto, a sobrevivência da espécie. No nível psicológico, estas estratégias corresponderiam a modelos de processamento que integram ou cegam a informação afetiva e cognitiva, guiando a construção de modelos operantes e a resposta comportamental em distintos contextos relacionais.

Os trabalhos sobre a continuidade dos processos de apego durante o desenvolvimento estão baseados em dois supostos: 1. Os graus de estilos de apego das crianças representam os estilos de apego que se apresentarão em anos posteriores com algumas mudanças que serão próprias da idade; 2. Existe uma continuidade dos estilos de apego entre todo o ciclo vital. A perspectiva do modelo de Crittenden (2000) sugere que existe uma dinâmica maturacional através das relações de apego que conduzem a mudanças na continuidade do apego. Desde este modelo são possíveis três mudanças:

1. Mudança de um estilo de apego a outro.
2. Mudança no nível de estratégias possíveis.
3. Mudança desde uma subestratégia a outra subestratégia mais complexa e sofisticada dentro de um estilo de apego dominante.

Apesar de as condutas de apego observadas na infância também poderem ser observadas na idade adulta, existe uma grande variedade de detalhes que são omitidos pelos investigadores e teóricos. Neste sentido é importante observar que muito dos teóricos e investigadores do apego consideram que este

permanece como uma função proeminente em todas as idades a partir dos estilos de apego estabelecidos na infância precoce. (Crittenden, 2000)

Apesar de existirem controvérsias sobre o aspecto da generalização dos padrões de interação primários para relações futuras durante o ciclo vital, estudos longitudinais diversos (Fonagy, 1999) têm demonstrado a estabilidade do apego, tanto na adolescência como na vida adulta. A organização do apego ao longo da infância tem um papel direto no desenvolvimento da consciência pessoal, na auto-observação, na consistência do self em relações de apego, assim como nos resultados sociais. No entanto, todas as pessoas são suscetíveis às influências variadas de experiências favoráveis ou desfavoráveis que podem alterar o desenvolvimento evolutivo e, portanto, os estados mentais ligados ao apego.

A experiência emocional pode ser adquirida, armazenada e evocada na ausência de qualquer processo consciente, através de uma circuitaria neural específica. O complexo amigdalóide tem fundamental participação nesse processo de aprendizado emocional, apoiando-se principalmente na memória implícita. Ele é responsável pela aquisição e armazenamento de informações da natureza emocional associadas a pessoas, situações ou objetos. Memórias implícitas ou não-declarativas são aquelas relacionadas a habilidades motoras e perceptuais, sendo expressas por meio de alterações comportamentais ou através de novas formas de reação emocional. Essa expressão independe de qualquer evocação consciente das experiências que a produziram, sua manifestação é automática e dificilmente pode ser traduzida em palavras. Isto se deve ao fato da memória implícita ser um sistema essencialmente pré-lingüístico e, portanto, não disponível à consciência. Também é possível que os estímulos ativem o sistema da memória implícita, passando pela amígdala, sem ter necessariamente uma representação na consciência, como já falado anteriormente. Nos casos em que o sistema de memória emocional implícita permanecer conservado e o de memória explícita não realizar mais nenhuma associação com o estímulo, a reação emocional será desencadeada da mesma maneira. (LeDoux 2001)

A relação mãe-bebê está diretamente envolvida no desenvolvimento da criança. Ao se estudar os fenômenos psicopatológicos na infância torna-se imprescindível a investigação desta relação, especialmente quando se trata de estágios precoces do desenvolvimento, pois nota-se que a maioria das expressões sintomáticas verificadas na primeira infância são desencadeadas por perturbações de caráter relacional.

4.3 Patologias

“Um fenômeno é sempre biológico em suas raízes e social em sua extensão final. Mas nós não devemos esquecer, também, de que, entre esses dois, ele é mental.”
(Piaget apud Dalgalarrondo, 2000, p.22)

A palavra psicopatologia é composta de três palavras gregas: *psyche*, que produziu "psique", "psiquismo", "psíquico", "alma"; *pathos*, que resultou em "paixão", "excesso", "passagem", "passividade", "sofrimento", "assujeitamento", "patológico" e *logos*, que resultou em "lógica", "discurso", "narrativa", "conhecimento". Psicopatologia seria, então, um discurso, um saber, (*logos*) sobre a paixão, (*pathos*) da mente, da alma (*psique*). Ou seja, um discurso representativo a respeito do *pathos* psíquico; um discurso sobre o sofrimento psíquico; sobre o padecer psíquico. (Dalgalarrondo, 2000) A psicopatologia é o ramo da ciência que trata da natureza essencial dos transtornos mentais, suas causas, manifestações e as mudanças estruturais e funcionais associadas. (Dalgalarrondo, 2000)

Etimologicamente, o termo significa estudo do sofrimento psíquico. Trata-se, portanto, de um modo moderno de focalizar uma questão absolutamente antiga e essencial, a do sofrimento que parece inerente à condição humana. Entretanto, sendo, de fato uma ciência humana, a Psicopatologia não é um campo unificado de saber, mas abrange, antes, uma grande diversidade de hipóteses, explicações e teorias, que se vinculam a diferentes referenciais teóricos. Cada referencial, por sua vez, não se limita às suas afirmações manifestas, mas assenta-se sobre determinadas visões do que é o homem, do

que é o mundo, do que é o processo de produção de conhecimento. O aparecimento da psicopatologia como disciplina organizada se dá com a publicação da Psicopatologia Geral de Karl Jaspers (1987), psiquiatra e filósofo, no início do século XX, que visava descrever e classificar, de forma minuciosa e sistemática, as doenças mentais. (Calderoni, s.d.)

Hoje, o termo "psicopatologia" encontra-se associado a um grande número de disciplinas que se interessam pelo sofrimento psíquico. Dentre as inúmeras tentativas de superar os impasses criados pela pluralidade de leituras pode-se citar o DSMIV (Manual de Diagnóstico e Estatística da Associação Psiquiátrica Americana) e o CID-10 (Classificação Internacional de Doenças). Tentou-se criar uma nomenclatura única que fornecesse uma linguagem comum a pesquisadores e clínicos de diferentes orientações teóricas, uma abordagem feita unicamente a partir da observação direta dos fenômenos em questão; um sistema de classificação independente de qualquer embasamento teórico. A grande crítica que se faz a esta tentativa é o fato de não levar em conta a subjetividade tanto daquele que está sendo "classificado" quanto daquele que classifica: o olhar de quem olha não é imune à sua própria organização subjetiva. (Ceccarelli, 2005) O fato de existirem determinantes orgânicos não anula a importância das condições da vida social no surgimento de manifestações psicopatológicas. Podemos definir Psicopatologia como o ramo da ciência que trata da natureza essencial da doença mental, suas causas, mudanças estruturais e funcionais associadas a ela e suas formas de manifestações.

“Mais do que qualquer coisa, o que me ensinou de maneira mais intensa foi que você nunca pode examinar uma doença, ou um sintoma, ou um fenômeno, isoladamente. Você tem sempre de vê-lo num contexto mais amplo, como parte da pessoa, parte do padrão da vida, parte do contexto social.” (Sacks apud Kayser, 1998, p.18)

No entanto, a fim de explicar simplificadamente o conceito de psicopatologia poderíamos propor o conceito de normalidade alegando que o verdadeiro sadio não é simplesmente alguém que se declare como tal, nem sobretudo um doente que se ignora, mas um sujeito que conserve em si tantas

fixações conflituais como tantas outras pessoas, e que não tenha encontrado em seu caminho dificuldades para suplantá-las. Ao contrário, na “anormalidade” o sujeito, não sendo flexível em suas necessidades apresenta, comportamentos anormais até mesmo em circunstâncias normais. (Ceccarelli, 2005)

Estrutura, em psicopatologia, corresponde àquilo que, em um estado psíquico mórbido ou não, é constituído por elementos profundos e fundamentais da personalidade, fixados em um conjunto estável e definitivo. O conceito de normalidade em psicopatologia é uma questão de grande controvérsia. Obviamente quando se trata de casos extremos, cujas alterações comportamentais e mentais são de intensidade acentuada e longa duração, o delineamento das fronteiras entre o normal e o patológico não é tão problemático. Entretanto há muitos casos limítrofes nos quais a delimitação entre comportamentos e formas de sentir normais e patológicas é bastante difícil. (Dagalarrondo, 2000)

Socialmente, certos acontecimentos na vida do sujeito podem desencadear psicopatologias, desde a morte de uma pessoa querida, até mesmo um fato considerado o mais banal possível, mas que para o sujeito terá grande relevância para desenvolver seus sintomas. Sabemos também que o núcleo de toda atividade social, a família, tem grande importância na formação do caráter e da estrutura mental do sujeito, e que dela pode resultar uma série de eventos psíquicos a partir de um histórico familiar mal sucedido. Uma família, por exemplo, que não tenha proporcionado ambiente para que os estágios do desenvolvimento humano fossem bem desenvolvidos, com certeza contribuirá em grande parcela para que o sujeito desenvolva uma personalidade desestruturada. (Winnicott, 2005)

“Muita coisa acontece no primeiro ano de vida da criança: o desenvolvimento emocional tem lugar desde o princípio; num estudo da evolução da personalidade e do caráter é impossível ignorar as ocorrências dos primeiros dias e horas de vida (e mesmo do último estágio da vida pré-natal, no caso de crianças pós-maduras); e até a experiência do nascimento pode ser significativa.” (Winnicott, 2005, p.3)

Spitz apresentou um trabalho que descrevia uma síndrome denominada por ele de "Depressão Anaclítica", cuja sintomatologia é desencadeada pela privação afetiva da figura materna. Essa síndrome é um exemplo clássico de como a privação afetiva pode comprometer o desenvolvimento do bebê, é o quadro mais precoce e mais grave da depressão no bebê, cuja etiologia é de caráter relacional, sendo desencadeada pela ruptura da relação com a mãe. Para Spitz (1991) a díade mãe-bebê é uma relação que está diretamente implicada com o desenvolvimento da criança.

Em segundo lugar, há um tipo de necessidade muito sutil, que só o contato humano pode satisfazer, especialmente o contato com a mãe. O bebê precisa deixar-se envolver pelo ritmo respiratório da mãe ou mesmo ouvir seus batimentos cardíacos, sentir seu cheiro, ouvir sons que transmitam vivacidade, esse envolvimento social proporciona um ambiente seguro (Stern, 1991; Winnicott, 2006). A função materna somada a outras condições ambientais favoráveis, é crucial para o desenvolvimento saudável do bebê, tanto na esfera física quanto psíquica. Nesse contexto, a mãe deve exercer o que Stern (1997) denomina matriz de apoio, que se refere à necessidade da mãe de criar, permitir, aceitar e regular uma rede de apoio protetora, benigna, para que ela possa realizar plenamente as tarefas de manter o bebê vivo e promover o seu desenvolvimento psíquico-afetivo.

Foi no decorrer de um estudo sobre o comportamento infantil, realizado em 1946 com 123 crianças de uma creche, que René Spitz (1991) observou um quadro sindrômico que denominou Depressão Anaclítica. Segundo Spitz (1991), excluindo-se algumas poucas diferenças individuais, essas crianças apresentavam a seguinte sintomatologia:

1. Primeiro mês: as crianças tornam-se chorosas, exigentes e tendem a apegar-se ao observador quando este consegue estabelecer contato com elas;
2. Segundo mês: o choro transforma-se em gemido. Começa a perda de peso. Há uma parada no quociente de desenvolvimento;

3. Terceiro mês: As crianças recusam o contato. Permanecem a maior parte do tempo de braços na cama, um sintoma patognomônico. Começa a insônia, a perda de peso continua. Há a tendência para contrair moléstias; o atraso motor torna-se generalizado. Início da rigidez facial;

4. Após o terceiro mês: a rigidez facial consolida-se. O choro cessa e é substituído por lamúria. O atraso motor cessa e é substituído por letargia. O quociente de desenvolvimento começa a diminuir.

Observou-se que todas as crianças da amostra de Spitz tinham uma experiência em comum: em dado momento, entre o sexto e o oitavo mês de vida, todas elas ficaram privadas da mãe por um período praticamente ininterrupto de três meses. Trata-se, pois, de um estado de privação materna, de um estado reacional ligado à perda de um laço privilegiado com a mãe e do suporte que esta representava para ela. Nesse caso, assim como na depressão do adulto, a perda do objeto de amor é o fator determinante (Spitz, 1991). Uma condição necessária para o desenvolvimento da depressão anaclítica é que, antes da separação, a criança tenha estado em boas relações com a mãe, pois foi observado que crianças que tinham história de negligências, maus-tratos, descuido, com suas mães não apresentavam essa síndrome (Spitz, 1991).

Em se tratando do curso desse quadro clínico, vale ressaltar se a mãe ou um substituto aceitável retornar ao bebê, a depressão desaparece rapidamente. Senão, pode evoluir para um estado de marasmo cada vez mais inquietante, tanto no plano físico (com possível morte, principalmente por infecções) como psíquico (agravamento do atraso psicomotor, da apatia) deixando seqüelas indeléveis. Esse quadro foi descrito por Spitz (1991) sob o nome Hospitalismo.

Bowlby (1952) também sistematizaram as reações depressivas do lactente à separação de sua mãe em três fases: uma primeira fase de luta ativa, de protesto, de busca do objeto, da mãe (isto pode durar alguns dias ou algumas horas) onde se misturam cólera, choro, comportamento de busca da mãe; uma segunda fase de desespero, com diminuição do choro; a criança se torna inativa, não procura nada,

não pede nada; a tristeza e a aflição manifestadas de início tornam-se pouco a pouco menos evidentes, para dar lugar a uma aparente indiferença; uma terceira fase de desapego: a criança se abandona aos circunstantes, se interessa por eles, torna-se sociável.

A psicopatologia do desenvolvimento há mais de duas décadas tem recebido crescente reconhecimento no estudo sobre os transtornos de desenvolvimento. (Luthar; Burack; Cicchetti; Weisz, 1997) Ela incorpora os parâmetros do desenvolvimento à compreensão das psicopatologias, entendendo as desordens de adaptação do indivíduo sob a ótica do processo e do contexto. (Rutter; Sroufe, 2000) Investiga a natureza do processo de desenvolvimento, as origens e os cursos de padrões individuais de adaptação comportamental, assim como os fatores e mecanismos que influenciam positiva ou negativamente estas diferentes trajetórias de vida. (Achenbach, 1992; Garber, 1984; Sameroff, 2000) Segundo Bowlby (2004), na história da medicina o que se nota primeiro é o resultado, o final da seqüência patológica, e depois as fases preliminares.

Esta perspectiva prioriza as relações entre as dinâmicas individuais e os contextos ambientais que compreendem o comportamento humano, em oposição a relações lineares de causa-efeito. Desta forma, verifica-se um avanço em comparação aos modelos tradicionais de compreensão da doença mental, ao incorporar funcionamentos biológicos e comportamentais na perspectiva de sistemas de regulação desenvolvimental (Sameroff, 2000).

Segundo Klein e Linhares (2007), além disso, ela integra o conhecimento inter e intradisciplinar, teorias, contextos e domínios de pesquisa, transcendendo de um nível descritivo de sintomas isolados para um de compreensão de processos presentes em trajetórias de desenvolvimento típico ou atípico. Dada a importância do estudo de múltiplas influências, alguns conceitos nesta perspectiva são fundamentais para a compreensão das trajetórias de desenvolvimento das crianças:

1. O primeiro é o de “fator de risco”, definido como um elemento que, quando presente, determina um aumento da probabilidade de surgimento

de problemas (Gutman; Sameroff; Cole, 2003) físicos, psicológicos ou sociais. (Yunes, Szymanski, 2001) Pode também ser definido como um fator que aumenta a vulnerabilidade de uma pessoa ou grupo em desenvolver determinada doença ou agravo à saúde. Os fatores de risco podem ser identificados na pessoa ou no ambiente e de forma combinada em ambos (Kopp; Kaler, 1989), e devem ser entendidos como um indicador potencial que aumenta a probabilidade da ocorrência de efeitos negativos no desenvolvimento, não sendo considerado uma variável fixa.

2. O segundo conceito é o de “fator de promoção”, que é uma variável positivamente relacionada a um resultado desenvolvimental positivo, independente da exposição do indivíduo a riscos. (Gutman; Sameroff; Cole, 2003)

3. O terceiro conceito é o de “mecanismo de proteção”, que consiste em uma variável positivamente relacionada a um resultado desenvolvimental positivo em um grupo de alto risco. (Gutman; Sameroff; Cole, 2003) Os mecanismos de proteção podem ser atributos do indivíduo, aspectos do meio ambiente ou da interação entre esses, que modificam, melhoraram ou alteraram respostas pessoais a determinados riscos de desadaptação (Rutter, 1987; Werner, 1986); desta forma, neutralizando os efeitos adversos provocados por uma condição de risco.

4. O quarto conceito é o de “vulnerabilidade”, uma variável negativamente relacionada a um resultado desenvolvimental positivo em um grupo de baixo risco, porém não em um de alto risco. (Gutman; Sameroff; Cole, 2003)

5. O quinto conceito é o de “resiliência”, que se refere a processos que explicam a superação de crises e adversidades. A “resiliência” envolve a interação entre atributos e características do indivíduo e recursos ambientais em um processo que resulta em superação e retorno ao padrão adaptativo inicial é um conjunto de traços de personalidade e capacidades

que tornavam mais resistentes as pessoas que passavam por experiências traumáticas e não desenvolviam doenças psíquicas, caracterizando assim, a qualidade de serem resistentes. (Gutman; Sameroff; Cole, 2003)

O diagnóstico (Bergeret, 1988) deve lidar com uma concepção de estrutura de personalidade como "história transformada em estrutura psíquica". Neste contexto, não significa descolado da história, mas, ao contrário, aquilo que se cristaliza a partir da história emocional infantil. Uma das mais valiosas contribuições da Psicanálise é o fato de enfatizar a importância do ambiente, mais precisamente as experiências emocionais em tenra idade para a formação da personalidade do ser humano. O sujeito humano não se reduz, de modo algum, à estrutura de sua personalidade. (Bowlby, 2006)

É inegável a existência de diferenças entre homens e mulheres na maneira pela qual ambos podem experienciar os diferentes acontecimentos durante toda uma vida, principalmente se consideradas as distintas formas de socialização. Uma característica cuja influência determina esta variação é a experiência de vinculação. Os homens que correspondem ao típico modelo (de gênero) masculino, parecerão mais evitativos (sob o ponto de vista da vinculação), ao passo que as mulheres mais em consonância com os estereótipo de gênero feminino parecerão mais inseguras e preocupadas. Assim, Pietromonaco e Carneley (1994) descobriram que homens e mulheres que carregavam modelos de trabalho congruentes aos estereótipos de gênero expressavam menor satisfação em seus relacionamentos. Estas diferenças de gênero são percebidas não somente nas distintas orientações sociais, mas também na maneira pela qual se estabelecem os relacionamentos afetivos (românticos). Uma mulher segura pode ser mais inclinada a se envolver com um homem seguro, pois este confirmará suas crenças de ser ela digna de amor e de sentir-se confortável nos relacionamentos afetivos. Na outra ponta, a mulher insegura (e preocupada, por exemplo) se envolverá mais, provavelmente, com um homem evitativo que confirme suas crenças de não poder tornar-se tão íntima dos outros quanto na realidade ela gostaria. Assim, decorrentes dos primeiros relacionamentos estabelecidos entre pais e filhos, os estilos de apego ou vinculação na idade

adulta são, via de regra, guiados também por uma identificação histórica, pessoal e de gênero.

Condizente com a teoria e estudos realizados sobre o estilo de vinculação insegura e suas conseqüências no desenvolvimento da infância até a adolescência (Pianta, Egeland; Adam, 1996), as crianças classificadas com o critério de apego inseguro/ambivalente demonstraram maior desespero e ansiedade e mostram-se vulneráveis. Essas investigações indicam claramente que a insegurança de apego prevalece de forma extrema entre os indivíduos diagnosticados com doença mental. Os dados relatados nesse estudo observam a relação entre psicopatologia e apego a partir de uma direção alternada e indicam que, os níveis de sintomas relatados pelo próprio indivíduo são altos e condizem com um diagnóstico de doença mental. Não somente indicativo de psicopatologia, mas a constatação dos estilos inseguros, também, sugeriu que as expectativas negativas de si mesmo ou dos outros, em relacionamentos sociais, criam padrões distorcidos de processamento de informação, refletindo um discurso incoerente e uma narrativa desconectada e empobrecida sobre a história pessoal, além de um baixo manejo emocional (*coping*) (Allen; Hauser; Borman-Spurrel, 1996).

Bowlby (1989a) salienta que, mesmo quando criados em lares insatisfatórios quanto às necessidades básicas, os bebês se desenvolvem melhor e apresentam ajustamento emocional mais adequado do que aqueles criados em instituições. Rutter (1987) questiona as proposições de Bowlby e afirma que a privação materna não necessariamente levaria a quadros psicopatológicos, desde que fossem oferecidos à criança os cuidados de que necessita. Desse modo, variáveis ambientais ou institucionais devem ser relativizadas e fatores como idade, gênero, temperamento, natureza da relação anterior com a mãe, experiências prévias e posteriores à separação devem ser consideradas ao analisar o comportamento de uma dada criança ou adolescente que sofreu privação materna. Apesar de muitas crianças vivenciarem situações de estresse e risco em seu cotidiano, podendo apresentar distúrbios emocionais e problemas de conduta, nem todas apresentam estes comportamentos. Pelo

contrário, algumas delas conseguem adaptar-se e superar essas situações, demonstrando, entre outras habilidades, competência social, manifestando o que se denominou resiliência, isto é, uma capacidade de se sair bem frente a fatores potencialmente estressores.