

# A RESILIÊNCIA

Trabalho de Mestrado: Vitimização da Criança e do Adolescente

2007

**Mónica Sofia Costa**

Licenciada em Psicologia Clínica pelo Instituto Superior de Psicologia Aplicada (ISPA). Mestre em Vitimização da Criança e do Adolescente, pela Faculdade de

Medicina de Lisboa, Portugal

[monica.sofi.costa@gmail.com](mailto:monica.sofi.costa@gmail.com)

---

## RESUMO

O objectivo deste estudo será abordar conceitos como a Resiliência, Vulnerabilidade e Trauma, em crianças vítimas de maus-tratos, tendo como base o pensamento de Wilfred Bion. Relacionar o conceito da Resiliência com os factores de Risco e de Protecção e pensar no Psicoterapeuta como uma espécie de “tutor de resiliência”, que através da relação terapêutica estabelecida com estas crianças (relação vincular e transformadora) poderá ser um novo objecto, promotor de crescimento e neste sentido, um objecto sanígeno, que promova o pensamento, o grande impulsionador da vida mental.

**Palavras-chave:** Resiliência, maus-tratos infantis, vulnerabilidade, trauma, factores de risco e de protecção.

---

“Tal como a felicidade, a infelicidade nunca é pura (...) Aprendi a transformar a infelicidade numa prova. Se a primeira nos faz baixar a cabeça, a segunda obriga-nos a erguê-la.”<sup>1</sup>

Nos últimos 20 anos, a resiliência tem evoluído como conceito operativo no campo da saúde, especialmente nas áreas da infância e adolescência. A importância crescente, bem como a urgência no aceleramento de novas investigações sobre esta temática parece ser consensual por parte dos investigadores. Por um lado, devido ao crescente número de crianças em risco, por outro lado, devido ao crescente interesse não só em compreender e operacionalizar os factores de

---

<sup>1</sup> Cyrulnik, B. (2001). Uma Infelicidade Maravilhosa – Vencer os fracassos da infância. Âmbar Editores. P.10.

risco e os de protecção, mas em fazer aumentar conhecimentos que permitam a todos os técnicos de saúde melhorar as suas intervenções clínicas, bem como ajudar a promover o crescimento psicoafectivo dos seus pacientes.

Este conceito tem sido alvo de inúmeras investigações, debates e reflexões em vários países estrangeiros, em Portugal este conceito ainda não apresentou a visibilidade científica que merece. Os primeiros estudos sobre a resiliência abrangem mais a psicologia comportamental e do desenvolvimento, posteriormente, este tema foi-se alargando, também à psicologia clínica e à psicopatologia, propondo uma nova abordagem que responda a preocupações relativas às transformações da prática clínica contemporânea. Os primeiros trabalhos com base neste conceito surgiram nos países anglo-saxónicos e norte-americanos. Podemos citar, entre os percursores desta abordagem, investigadores anglo-saxónicos como Werner (1982; 1992), Rutter (1983; 1992), Garmezy (1983; 1996), Fonagy (1994; 2001); Haggerty, Sherrod e colaboradores (1996), mas também francófonos como Cyrulnik (1999; 2001) ou Lemay (1999) no Quebeque.

É sobretudo no início da década de 80 que este conceito emerge e se expande. No entanto, alguns autores situados na linha psicanalítica, consideram que as bases deste conceito são mais antigas, surgindo numa base epistemológica com Freud (1949; 1909; 1926) nomeadamente em torno do conceito de sublimação e de trauma (Moisés e o Monoteísmo, 1939). A segunda guerra mundial constituiu uma verdadeira revolução cultural para a observação das crianças. Anna Freud, já observara que certas crianças, muito perturbadas quando foram recolhidas pelo infantário de Hampstead, se tinham tornado adultos aparentemente bem adaptados e realizados. Françoise Dolto confirmou esta observação: “E, no entanto, existem seres humanos que, devido ao seu destino ou a acidentes ocorridos na infância, foram privados da presença da mãe ou ambos os pais. Embora com características diferentes, o seu desenvolvimento pôde efectuar-se de um modo tão são e tão sólido (...) quanto o das crianças que conheceram uma estrutura familiar íntegra.”<sup>2</sup>

Na psicologia do desenvolvimento e na psicopatologia foram Garmezy e Rutter que lançaram as bases teóricas, e os métodos de investigação nesta área (em particular com a obra *Stress Coping and Development in Children*, 1983)<sup>3</sup>.

A partir dos anos 90, o problema da resiliência orientou-se mais para o estudo dos factores de protecção, começou-se a dar cada vez mais importância aos mecanismos internos do sujeito para fazer face a uma situação traumática, “ A denegação permite ocultar uma realidade perigosa ou balizar uma ferida dolorosa (...) Assim, se imaginam refúgios maravilhosos, sacrificando as relações demasiado difíceis (...) A intelectualização permite evitar o confronto que nos implicaria pessoalmente (...) A abstracção obriga-nos a encontrar as leis gerais que nos permitem

---

<sup>2</sup> Cyrulnik, B. (2001). Uma Infelicidade Maravilhosa – Vencer os fracassos da infância. Âmbar Edições. P.11.

<sup>3</sup> Anaut, M. (2005). A Resiliência – Ultrapassar os traumatismos. Lisboa: Climepsi Editores. P.48.

dominar ou evitar o adversário, enquanto a ausência de perigo autoriza o entorpecimento intelectual”<sup>4</sup>.

Também John Bowlby, um dos fundadores da teoria da vinculação, nos seus trabalhos de investigação refere-se ao termo resiliência para designar “ a força moral, a qualidade de uma pessoa que não se desencoraja, que não se deixa abater”<sup>5</sup>.

Surgem várias abordagens ao fenómeno “resiliência”, sendo que umas tocam mais na temática da vulnerabilidade, outras apelam mais para os factores de risco, e começaram a surgir algumas que apelam para a importância dos recursos internos e factores de protecção.

As investigações sobre resiliência têm demonstrado as suas falhas quando tentam aliar-se a um pólo extremista, isto é, quando apenas centram a sua atenção apenas no aspecto da vulnerabilidade do indivíduo ou nos factores de risco, ignorando as suas competências e os factores de protecção, tidos cada vez mais em consideração.

Nos últimos anos tem-se assistido a uma passagem de uma abordagem essencialmente centrada em torno da fragilidade, vulnerabilidade e factores de risco, para a importância dos factores de protecção e os recursos internos individuais, que ao serem mobilizados ajudam a amparar o trauma.

De acordo com Anaut (2005)<sup>6</sup>, a resiliência constitui um “modelo teórico original” e complexo, que permite promover uma clínica baseada numa abordagem multifactorial, uma vez que, considera tanto os factores de vulnerabilização como os factores de protecção quer das crianças, quer das suas famílias e da própria comunidade.

Do ponto de vista clínico a abordagem do funcionamento de resiliência é complexo, porque aparece associado a múltiplos parâmetros onde convergem um conjunto de variáveis. Assim, a resiliência pode ser entendida como o próprio processo de transformação psíquica e o resultado deste trabalho mental, em termos de adaptabilidade e de interacção com o meio psicoafectivo. Surgem frequentemente casos de crianças ou adolescentes consideradas em situações de risco e de perigo, que conseguem reunir esforços no sentido de se auto protegerem e com uma notável capacidade para se adaptarem e transformarem uma situação ou sucessivas situações de vida adversa, com uma força renovada.

## **Pensando sobre a Resiliência**

Se pensarmos no aparelho psíquico como um corpo, envolvido por uma pele - a pele psíquica - que sofre um impacto provocado pela intensa carga emocional do trauma, podemos

---

<sup>4</sup> Cyrulnik, B. (2001). Uma Infelicidade Maravilhosa – Vencer os fracassos da infância. Âmbar Edições. P.12.

<sup>5</sup> Anaut, M. (2005). A Resiliência – Ultrapassar os traumatismos. Lisboa: Climepsi Editores. P.48.

<sup>6</sup> Anaut, M. (2005). A Resiliência – Ultrapassar os traumatismos. Lisboa Climepsi Editores. P.13.

pensar na resiliência como a flexibilidade dessa mesma pele-psíquica para resistir e amparar, esse forte impacto (intensa carga emocional) de forma a que essa pele não rasgue, não se rompa. De acordo, com a construção teórica de Wilfred Bion, sobre a construção da mente humana, os pensamentos estão ligados à experiência emocional. Inicialmente, as primeiras e mais ricas experiências emocionais, dão-se entre a díade mãe-bebé. Bion parte assim, de um estado de desamparo inicial, em que o bebé necessita de um objecto cuidador, mãe. A carência desse objecto cuidador, será sentida pelo bebé, sempre que este sinta a ausência do mesmo, sempre que a mãe não esteja lá só para ele, como o bebé a fantasia na sua onnipotência, enquanto objecto de satisfação imediata. Bion, parte do pressuposto de que a ausência do seio (“nada e o negativo”)<sup>7</sup> estão na base do pensamento, isto é, a experiência de privação – a ausência do seio – será a condição da formação de um pensamento, uma vez que permite o desenvolvimento do aparelho para pensar, devido à necessidade de modificar essa mesma carência, permitindo deste modo adiar e suportar a ausência de seio, de mãe.

Para Bion, existe uma estreita ligação entre as impressões sensoriais e as experiências emocionais<sup>8</sup>, que chegam à consciência do bebé como “coisas em si”, o que apelida de elementos  $\beta$  (coisas sem nome, coisas em si, dotadas de uma componente emocional) que precisam de ser digeridas e transformadas pela mãe em elementos  $\alpha$  (elementos digeridos e transformados pela mãe, que são inicialmente imagens visuais), que podem por isso mesmo, ser armazenados e utilizados pelo aparelho de pensar. Esta transformação é essencial para a construção do aparelho de pensar, uma vez que, operando sobre a experiência emocional, vai agir sobre a percepção da experiência sensorial ligada à emoção (os elementos  $\beta$ ). Ou seja, Inicialmente tudo o que o bebé sente são impressões sensoriais difusas, que não entende e por isso mesmo, não lhes sabe dar nome, e porque estão dotadas de uma carga emocional, o bebé sente-as como aquilo que Bion apelida de “terror sem nome”, será esta transformação de elementos  $\beta$  em elementos  $\alpha$  (elementos que sofreram uma transformação, graças à função  $\alpha$  materna e que por isso podem ser digeridos e articulados e intervirem nas operações do pensamento em geral), que está na base da transformação de impressões sensoriais ligadas às experiências emocionais, como percepções olfactivas, tácteis e visuais que podem ser utilizadas pelo aparelho de pensar, de forma a formarem pensamentos. Deste modo, podemos dizer que a função  $\alpha$  será a tradutora dos nossos sentidos para a apreensão da realidade psíquica.

Para Bion, a origem do pensamento está na Identificação Projectiva, ou seja, na actividade mental que permite à mente do bebé desintoxicar-se de estimulações excessivas e nocivas, lançando-as para o outro mãe. Esta actividade é limitada e rudimentar, uma vez que, permite apenas a evacuação de experiências e sensações emocionais que frustram, quando a mãe não consegue ser um continente, e não as devolve digeridas, transmitindo ao seu bebé a sensação de que o seu medo, “terror sem nome” pode voltar de uma forma intolerável, (pela incapacidade da

---

<sup>7</sup> Gueniche, K. (2005). Psicopatologia Descritiva e Interpretativa da Criança. Climepsi Editores. P.29.

<sup>8</sup> Symington, J. ; Symington, N. (1999). O Pensamento Cínico de Wilfred Bion. Lisboa: Climepsi.

função  $\alpha$  e capacidade de Rêverie maternas). Este excesso de “coisas em si” (elementos  $\beta$ ), provocam um sentimento de desamparo e vão sucessivamente enfraquecendo a capacidade de tolerância à frustração, tornando a mente pouco resistente à frustração. E pouco capaz de transformar as coisas sensoriais em elementos digeridos e com nome, isto é, é incapaz de ela própria transformar os elementos  $\beta$  em elementos  $\alpha$ , sem ser pela via da identificação projectiva. Será esta capacidade para tolerar a dor mental associada ao sentimento de desamparo, ligada a uma experiência emocional sem nome que estará na origem da textura do próprio aparelho de pensar (mais ou menos flexível, de acordo com a sua capacidade para tolerar a frustração, e a carga emocional excessiva o tempo necessário até que esta acabe por ser envolvida pela função  $\alpha$  (adquirida através da função  $\alpha$  materna, internalizada), passando a existir, as condições para que outros processos mentais mais elaborados possam ser desencadeados.

Posteriormente iremos abordar as temáticas “trauma” e “vulnerabilidade”, para dar continuidade à passagem mencionada anteriormente (de uma abordagem centrada na vulnerabilidade e nos factores de risco, para uma abordagem que foca o seu interesse na capacidade de transformação da mente humana, através dos recursos internos e factores de protecção), focando-nos sobretudo nos factores de protecção que podem funcionar como motores de carburação de recursos internos, mais elaborados em crianças vítimas de maus-tratos.

## Trauma

A noção do conceito de trauma, foi introduzida por Freud (1939), com a obra “Moisés e o Monoteísmo” e com a obra “Para Além do Princípio do Prazer” (1920), na qual afirma que a “experiência traumática põe fora de combate “ o princípio do prazer. Define como traumáticas todas as “excitações que sendo suficientemente fortes rompem a barreira de protecção” e que “imobilizam todos os meios de defesa”<sup>9</sup>. Segundo Fleming, a dor mental é comparada quantitativamente à experiência traumática (Fleming, cit. Freud): “Uma excitação excessiva que não pode fluir pelas vias motoras, nem ser integrada através de associações, nem elaborada pelo trabalho da memória”<sup>10</sup>.

Neste sentido Freud põe em evidência o carácter paralisante da dor e o empobrecimento dos mecanismos internos de defesa, mas também enfatiza a noção de carga excessiva, como qualquer coisa que o aparelho psíquico não estaria preparado para receber.

A maioria dos autores considera o trauma psíquico como uma espécie de ferida, uma cissão na pela psíquica. Esta ferida ocorre quando os mecanismos de defesa internos não conseguem, devido ao impacto provocado pela carga emocional excessiva do trauma, assegurar o equilíbrio

---

<sup>9</sup> Fleming, M. (2003). Dor Sem Nome – Pensar o Sofrimento. Edições Afrontamento. P.48.

<sup>10</sup> Fleming, M. (2003). Dor Sem Nome – Pensar o Sofrimento. Edições Afrontamento. P. 48.

psíquico anterior, deixando o sujeito com uma cisão aberta, que pode levar o Ego do sujeito a desfragmentar-se. Esta desorganização do Ego é provocada pela intensa carga emocional, quer pela sua acumulação, que o acontecimento e/ou acontecimentos bruscos e provações provocam, e depende sempre do momento de vida em que ocorrem, bem como do nível estrutural psíquico do sujeito.

Segundo Cyrulnik (2001), os traumas são sempre desiguais, uma vez que podem ocorrer em diferentes momentos da vida, sobre construções e estruturas psíquicas diferentes. Um mesmo acontecimento nem sempre terá as mesmas consequências, uma vez que, durante toda a nossa vida crescemos e envelhecemos. Assim, “perder uma mãe aos seis meses, é cair no vazio, no deserto sensorial, enquanto não houver alguém para a substituir. É um risco vital. Perder a mãe aos seis anos, é tornar-se um órfão e transformar-se numa “criança a quem falta algo”. É um risco psico-afectivo, uma perturbação da identidade. Perder a mãe aos sessenta é tomar consciência que, mais cedo ou mais tarde, temos sempre que enfrentar essa prova. É um risco metafísico”<sup>11</sup>.

É importante referir que muitas vezes as crianças em idades muito precoces têm “medos”, “pesadelos”, e na maior parte das vezes o que as invade não é tanto a realidade desses medos mas a sua falta de preparação, pela imaturidade do seu aparelho psíquico, para pensar sobre esses medos mais internos. Esta noção de pensar a dor, pensar a dor sem nome, liga-se ao terror do desconhecido, ao medo do que ainda não tem nome, e que ainda não pode ser por elas pensado, elaborado e transformado.

O ser humano está em constante evolução, o seu aparelho para pensar sofre inúmeras alterações e transformações ao longo da vida de um sujeito. Neste sentido também Bion, ao construir o seu modelo de construção de vida psíquica chama a atenção para a importância de um meio afectivo acolhedor e continente, que contribua para o crescimento psíquico do pequeno ser humano. Bion constrói o seu modelo para a vida psíquica e para o pensamento simbólico assente na concepção de que a formação dos pensamentos e do aparelho para os pensar fortalece a mente humana. Se pensarmos que a mente humana está envolvida pela tal pele-psíquica, que pode ter uma textura mais ou menos flexível de acordo com a sua própria capacidade de operar transformações (Função  $\alpha$ ) e de se pensar, permitindo desta forma conter e amparar a dor mental da frustração provocada pela ausência. O trauma aparece como um sinal revelador da falha da Função  $\alpha$ , bem como da Função Continente. Isto é a função continente de que Bion nos fala tem a ver com a capacidade da mãe (o continente) para acolher e receber os elementos  $\beta$  (os conteúdos não transformados) lançados através Identificação Projectiva (pelo bebé), o tempo suficiente até estarem devidamente desintoxicados e digeridos para que o bebé os consiga assimilar, conferindo-lhes uma representação, dando-lhes significado. Esta transformação implica um correcto funcionamento da Função  $\alpha$  e Rêverie Materna, que serão posteriormente internalizadas pelo bebé, assim como a Função continente. O que se passa no trauma é que, parece haver um excesso de elementos  $\beta$ , que ao não serem contidos pela Identificação

---

<sup>11</sup> Cyrulnik, B. (2001). Uma Infelicidade Maravilhosa – Vencer os fracassos da infância. Âmbar Edições. P.14.

Projectiva, terão de ser acolhidos pela Função Contínente. Esta Função Contínente passará a existir como um recipiente que terá que se dilatar para poder acolher o maior número possível de elementos  $\beta$ . Que serão posteriormente digeridos, pensados e transformados em elementos  $\alpha$ , através da Função  $\alpha$  Materna internalizada. Assim, se houver uma boa dinâmica continente-contéudo, flexível, e geradora de trocas, existirá o meio ambiente propício para que a mente humana consiga transformar a carga emocional excessiva (elementos  $\beta$ ) em elementos  $\alpha$ , de forma a conseguir operar a transformação de um evento traumático potencialmente destrutivo para o Ego, em qualquer coisa, que ao ser metabolizada evita a ferida, a rasgadura da pele-psíquica. Será portanto o bom funcionamento da Identificação Projectiva e dos aparelhos para pensar, a Função  $\alpha$  e a Função Contínente, que estarão responsáveis pelo evitamento da rasgadura da pele-psíquica, impedindo que o acontecimento potencialmente traumatizando se torne efectivamente num trauma.

Actualmente, o traumatismo é tido como é um acontecimento brutal que desvia o indivíduo de um desenvolvimento estável previsível, devido ao carácter paralisante da dor. De acordo com Cyrulnik, “a metáfora que abala já não é orgânica, é cada vez mais narrativa”<sup>12</sup>. Uma vez que a identidade humana se constrói como uma malha onde se tecem várias narrativas, compete ao sujeito contar o que se passou, ao outro num tempo passado. Acontece que, para que isto seja possível, é também necessário que o sujeito tenha um apporto linguístico e psíquico evoluído, necessário para dar nome às coisas que viveu, ou pelo menos que sentiu, da forma como as sentiu. Aqui surge uma outra questão, também ela importante e a qual não podemos escamotear, que é o facto das crianças muitas vezes em idades muito precoces não saberem ainda dar nomes às coisas que as afligem, e que podem ser sentidas como um traumatismo, pela incapacidade de elaboração, pois o significado que uma criança dá a um acontecimento depende, do nível de construção do seu aparelho psíquico da sua capacidade para pensar a dor, dor esta, muitas vezes sem nome, que ataca, paralisa e empobrece as funções psíquicas. São o acolhimento da parte dos técnicos, da família, e da própria sociedade que vão ajudar a orientar as suas narrativas, em direcção a uma “integração da ferida quando a imagem traumática se tiver tornado um simples capítulo passado da história pessoal”<sup>13</sup>.

“Já não é possível afirmar que um trauma provoca um efeito previsível. Mais vale adquirir o hábito de pensar que um acontecimento brutal abala e desvia o devir de uma personalidade. A narração deste acontecimento, ponto principal da identidade, conhecerá destinos diferentes, conforme os circuitos afectivos, historizados e institucionais que o contexto social dispuser em redor do traumatizado”<sup>14</sup>.

Também Antonino Ferro dá importância ao carácter terapêutico e transformador daquilo que se narra ao outro, numa relação em que o “par analítico” se descobre no “aqui e no agora” do

<sup>12</sup> Cyrulnik, B. (2003). A Resiliência – Essa inaudita capacidade de construção humana. Instituto Piaget. P.137.

<sup>13</sup> Cyrulnik, B. (2003). A Resiliência – Essa inaudita capacidade de construção humana. Instituto Piaget. P.138.

<sup>14</sup> Cyrulnik, B. (2003). A Resiliência – Essa inaudita capacidade de construção humana. Instituto Piaget. P.138.

“campo relacional”. Nesta relação, o analista assume-se como parte integrante do “para analítico”, que contém, transforma e digere aquelas experiências emocionais ainda não metabolizadas pela criança. Aparecendo como um novo objecto, promotor de um novo estilo relacional, mais saudável, visando o crescimento, não só da criança mas também do próprio analista. Assim, a narrativa funciona como uma forma de expressão para o que acontece no seio do para analítico. E será a capacidade do analista para ser continente, “sem memória e sem desejo”<sup>15</sup>, “descodificando o que vem do paciente”<sup>16</sup> (muitas vezes sob a forma de identificações projectivas) colocando em imagens à procura de alguém que as possa alfabetizar, a capacidade transformadora. Ou seja dar sentido ao que não se conhece, de forma, a poder integrá-las na memória, para poderem fazer parte da identidade do paciente, e não serem sentidas como elementos estranhos que a ameaçam constantemente.

## **Vulnerabilidade**

### “A Princesa e a ervilha”

O Conto de Hans Christian Anderson (1835-1872), A Princesa e a Ervilha, relata a história de uma princesa que ficou reconhecida entre as outras raparigas por ter dormido mal, pois conseguiu sentir a ervilha colocada pela rainha entre uma pilha de colchões e cobertores. Esta metáfora ilustra claramente a vulnerabilidade pessoal da princesa e retrata aquilo que Boris Cyrulnik (1999) descreve como um “acontecimento minúsculo que desperta na criança a parte dolorosa da sua memória”<sup>17</sup>.

A vulnerabilidade tem a ver com um estado de menor resistência a um fenómeno vivenciado como traumático e dá conta da variabilidade interindividual. A vulnerabilidade evoca as sensibilidades e as fraquezas patentes ou latentes reactivas ou posteriores ao trauma e pode ser compreendida como uma capacidade ou incapacidade de resistência aos acontecimentos exteriores adversos. A abordagem da vulnerabilidade, tem os seus alicerces teóricos na tradicional psiquiatria que caracterizava o sujeito saudável com base nos critérios psicopatológicos do sujeito com uma doença mental.

Ultimamente este modelo de compreensão exclusivamente centrado nos efeitos psicopatológicos tem sido posto de parte devido à referida variabilidade interindividual.

---

<sup>15</sup> Zimerman, D. E. (2004). Bion. Da Teoria à Prática. Uma Leitura Didática. Artmed Editora.

<sup>16</sup> Antonino, F. (1998). Na Sala de Análise – Emoções, Relatos e Transformações. Imago Editora. P.47.

<sup>17</sup> Anaut, M. (2005). A Resiliência – Ultrapassar os Traumatismos. Lisboa: Climepsi Editores. P. 22.

Seguindo uma abordagem clínico-psicopatológica, e de acordo com a definição de Marcelli (1996), para se compreender o conceito de vulnerabilidade é preciso “ estudar as diversas situações que surgem, pela sua existência e natureza específica ou não na criança”<sup>18</sup>. Esta abordagem centra-se sobretudo no estudo do desenvolvimento da criança e como esta consegue com maior ou menor dificuldade, ultrapassar os impactos que o seu crescimento psíquico acarreta. As novas aquisições, descobertas, as separações e os lutos de muitas idealizações construídas. Assim, para esta concepção teórica a “ vida psíquica é concebida como um trabalho de auto-elaboração sempre renovado”, e os traumatismos psíquicos podem surgir em qualquer fase da vida, e não são exclusivos da infância.

Por outro lado, outro Psicanalista, Humberto Nagera (1978)<sup>19</sup>, afirma que todas as crianças são vulneráveis, “existe de facto um conjunto de situações desfavoráveis que promovem o aparecimento da vulnerabilidade, por exemplo, a negligência, a hiper estimulação, bem como a falta de estimulação, o mau-trato, a adopção, a desorganização familiar, a morte de um dos pais, etc.” Para o mesmo autor, a saúde mental, implica não apenas uma boa sanidade psíquica, mas também um bom desenvolvimento intelectual, afectivo e psicológico. Assim, considera que existem três tipos de variáveis num processo de crescimento psíquico saudável: A primeira diz respeito à própria criança, determinada pela parte genética, e são essenciais para o desenvolvimento específico do cérebro humano. O segundo tipo de variáveis diz respeito ao meio relacional que o acolhe, e está relacionado com a capacidade destas figuras parentais para exercerem a sua função de pais. O terceiro tipo de variáveis, resulta da interacção entre o equipamento biológico exclusivo da espécie humana, a constituição genética e o meio relacional, povoado ou não, de objectos humanos, disponíveis para o estabelecimento de relações. Refere também que, diferentes formas de estimulação externa (que habitualmente residem nas múltiplas interacções entre o bebé e a mãe) influenciam seriamente os processos internos de maturação anatómica, ao nível de uma progressiva arborização dendrítica, a um aumento da vascularização de certas estruturas anatómicas cerebrais e favorecem o processo de mielinização do cérebro. Para Nagera (1978) existe uma estreita ligação entre os factores biológicos e psicopatológicos, sendo que, para que de facto, o aparelho biológico anatómico se possa desenvolver adequadamente é necessário uma adequada estimulação e constância do objecto parental. É nesta mútua dependência que encontramos, segundo o mesmo autor, a superioridade da criança, bem como a sua vulnerabilidade<sup>20</sup>.

Outro Psicanalista, Lemay (1999)<sup>21</sup>, criticou sobretudo as concepções teóricas que insistem sobretudo na fragilidade do pequeno ser humano, sublinhando a importância em se começar a pensar também nos seus imensos recursos internos e competências para a transformação.

---

<sup>18</sup> Anaut, M. (2005). A Resiliência – Ultrapassar os Traumatismos. Lisboa: Climepsi Editores. P.17.

<sup>19</sup> Anthony, E. J. (1978). L' enfant vulnérable. Le fil rouge. Presses Universitaires de France. P.119.

<sup>20</sup> Anthony, E. J. (1978). L'enfant vulnérable. Le fil rouge. Presses Universitaires de France. P.127.

<sup>21</sup> Anaut, M. (2005). A resiliência – Ultrapassar os traumatismos. Lisboa: Climepsi Editores. P. 18.

No sentido Bioniano, a Vulnerabilidade pode ser pensada como a incapacidade do aparelho psíquico para a flexibilidade. Isto relaciona-se com a oscilação entre a Posição Esquizo-paranóide e a Posição Depressiva. A partir do pensamento de Melanie Klein, que concebe as posições Esquizo-paranóide e Depressiva a partir de uma evolução no bebé, da posição Esquizo-paranóide para a Posição Depressiva, Bion, postula que estas estão em constante intercambio no sentido da expansão da mente e que ambas estão em permanente sincronia desde o início até ao fim da vida da mente humana. Neste processo em constante oscilação a mente tem que estar preparada para a passagem de movimentos de desintegração (oriundos da Posição Esquizo-paranóide) em movimentos de integração (oriundos da Posição Depressiva). Assim, segundo o mesmo autor, a vida de todos os dias está relacionada com vividos e experiências emocionais de falta, de carência. Esta tomada de consciência da ausência/carência só é possível através da capacidade para tolerar a frustração (narcisismo primário) perante essa tomada de consciência que é inerente à dor mental, que a ausência provoca, ao reactivar o sentimento de desamparo inicial. Será portanto a capacidade para operar a transformação dando coerência ao que está disperso, ordenando o que está em desordem (fragmentado e disperso), provocado pelo desamparo inicial, que permitirá a elaboração progressiva da oscilação entre estas duas posições (Posição Esquizo-paranóide - Posição Depressiva), permitindo elaborar o sentimento de “negatividade”, provocado pela ausência, pela falta incapacidade de aceitar a imprevisibilidade da vida.

Esta passagem depende também da Função Vinculadora, que é constituída por três vínculos: L (amor), K (conhecimento) e O (ódio). Bion, constitui estes três vínculos a partir da pulsão de vida para o amor e da pulsão de morte para o ódio, e a existência de um terceiro vínculo, o do conhecimento, como a capacidade da criança que manifesta interesse pela curiosidade e descoberta, do meio que a envolve, que inicialmente começa por ser o interior do corpo da mãe. Este terceiro vínculo, o vínculo do conhecimento (K), está permanentemente ligado ao pensamento porque permite a passagem da experiência sensorial à representação da coisa dentro de si, isto é, permite guardar o bom objecto dentro de si, e construí-lo no seu mundo interno. Ao longo da vida os vínculos, ou seja, as experiências emocionais, da relação da pessoa consigo ou com partes suas e com as outras pessoas, vão ser guardadas na memória e vão originar sentimentos que por sua vez vão dar consistência a estes vínculos. Se a criança numa fase muito precoce da sua existência só tiver tido acesso, e por isso, recordado e guardado vínculos negativos e destruidores (H- e K-), terá muita dificuldade em fazer operar a transformação dos mesmos, no seu positivo (K+ e O+) e por isso mesmo ligados à pulsão de vida, uma vez que tem pouca capacidade em reconhecer e se aproximar do vivido traumático, pois isso pode implicar que desmorone.

Muitas vezes, a vulnerabilidade aparece associada aos factores de risco, estes factores não devem ser confundidos pois são bem distintos. No entanto, na criança a vulnerabilidade pode

revelar-se mediante os factores de risco, que são muitas vezes acontecimentos dolorosos, internos ou externos que perturbam o normal desenvolvimento da criança.

### **Factores de risco**

Segundo Anaut (2005), (baseada nos trabalhos de Anthony e Chiland, 1980; de Garmey e col., 1996) <sup>22</sup> os factores de risco podem ser agrupados em três categorias:

*Os factores centrados na criança:* a prematuridade, o sofrimento neonatal, a gemelaridade, a patologia somática precoce (baixo peso à nascença, danos cerebrais, handicaps...), os défices cognitivos, as separações maternas precoces.

*Os factores ligados à configuração familiar:* a separação dos pais, o desentendimento crónico, a violência, o alcoolismo, a doença crónica de um dos pais (somática ou psíquica), o casal incompleto (mãe solteira), a mãe adolescente e/ou imatura, o falecimento de um familiar.

*Os factores socioambientais:* a pobreza e a fragilidade socioeconómica, o desemprego, a habitação sobrelotada, a situação de migração, e o isolamento relacional, o internamento da criança numa instituição...

O sofrimento psicológico e concomitantemente as perturbações do comportamento e, eventualmente as psicopatologias surgem muitas vezes como resultado das histórias de crianças maltratadas, das relações familiares gravemente carenciadas, pobres de afecto, ou do confronto com acontecimentos sentidos como traumáticos. O clínico e os diferentes intervenientes humanos e sociais, confrontados com realidades muitas vezes caóticas e de uma violência extrema, tentam compreender os factores de risco e de vulnerabilidade, a fim de ajudar a ultrapassar os danos ocorridos.

Todavia, muitas vezes somos confrontados com imagens de crianças que perante determinados acontecimentos catastróficos têm uma enorme apetência para minorar o dano e transformar o trauma em algo que parece ser vivido como uma mais valia no seu processo de crescimento e de facto tornam-se adultos “resilientes”, porque escaparam ao trauma.

Emerge então a necessidade de se falar também em *factores de protecção*. Segundo Ruther (1990) <sup>23</sup>, os factores de protecção modificam a reacção face a situação traumática ou que apresente risco, ao reduzir o efeito de risco e as reacções negativas em cadeia.

---

<sup>22</sup> Anaut, M. (2005). A Resiliência – Ultrapassar os Traumatismos. Lisboa: Climepsi Editores. P. 33.

<sup>23</sup> Anaut, M. (2005). A Resiliência – Ultrapassar os Traumatismos. Lisboa: Climepsi Editores. P. 51.

## **Factores de Protecção**

Segundo Garmezy (1991) <sup>24</sup>, a “tríade da força psicológica da resiliência” assenta em três tipos de factores de protecção:

Os *factores de protecção individuais*: o temperamento activo e afável, a reflexão, a capacidade de juízo crítico e as capacidades cognitivas associadas, sentimento de auto eficácia e auto estima, competências sociais, consciência das relações interpessoais, sentimentos de empatia, humor, charme e carisma...

Os *factores de protecção familiares*: pais calorosos e afectuosos, apoio materno e paterno, boas relações pais/filhos, relações estabelecidas baseadas no amor, harmonia e na compreensão parental.

Os *factores de protecção extrafamiliares*: rede de apoio social activo (avós, pares, vizinhos, professores...), experiências de sucesso escolar, ajuda terapêutica.

Aqui, a ajuda terapêutica é fundada numa relação de confiança e intimidade para um trabalho de libertação e construção, no qual o indivíduo se desprende de medos e amarras que o impedem de “Ser”, ele próprio. É neste sentido, que o terapeuta poderá ser entendido como parte integrante dos factores de protecção, convertido naquilo a que Cyrulnik apelida de “tutores de resiliência”, na medida em que baseados numa relação vivida, mas também observada, compreendida e explicada, abrem ou reabrem a capacidade especificamente humana de se conhecer e pensar e de conhecer e pensar o outro, nos seus recíprocos ou divergentes desejos, afectos, medos, fantasias...num caminho que ao ser percorrido pelos dois se torna menos penoso e ameaçador.

---

<sup>24</sup> Anaut, M. (2005). A Resiliência – Ultrapassar os Traumatismos. Lisboa: Climepsi Editores. P. 51.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Almeida, Ana. (2005). Pensando o trauma com a ajuda de Wilfred Bion. Comunicação apresentada no XVIII Simpósio da Sociedade de Psicanálise – Trauma e Violência, realizado nos dias 25 e 26 de Novembro de 2005.

Amaral, Carlos Dias. (2000). Volto Já - Ensaio sobre o real. Fim de Século Edições, Lisboa.

Anaut, M. (2005). A Resiliência – Ultrapassar os traumatismos. Lisboa: Climepsi Editores.

Anthony, E. J. (1978). L' enfant vulnerable. Le fil rouge. Press Universitaires de France.

Antonino, Ferro. (1998). Na Sala de análise – Emoções, Relatos e Transformações. Imago Editora.

Cyrulnik, B. (2001). Uma Infelicidade Maravilhosa – Vencer os fracassos da infância. Âmbar Editores.

Cyrulnik, B. (2003a). A Resiliência – Essa inaudita capacidade de construção humana. Instituto Piaget.

Cyrulnik, B. (2003b). O Murmúrio dos Fantasmas. Temas e Debates Editora.

Fleming, M. (2003). Dor Sem Nome – Pensar o Sofrimento. Edições Afrontamento.

Gueniche, K. (2005). Psicopatologia Descritiva e Interpretativa da Criança. Climepsi Editores.

Matos, A. C. (2002). Psicanálise e Psicoterapia Psicanalítica. Climepsi Editores.

Symington, J. ; Symington, N. (1999). O Pensamento Clínico de Wilfred Bion. Lisboa: Climepsi.

Zimerman, D. E. (2004). Bion. Da teoria à prática. Uma leitura Didática. Artmed Editora.