

Percepção da dinâmica familiar por crianças antissociais: um estudo comparativo com o procedimento de desenhos de famílias com estórias

Lívia Maria de Araujo Cunha Bueno
Fernanda Kimie Tavares Mishima
Valéria Barbieri

Universidade de São Paulo
São Paulo, SP, Brasil

RESUMO

A Tendência Antissocial é caracterizada por comportamentos como desobediência, agressividade, etc. É um diagnóstico infantil, pois a permanência dos sintomas após os 18 anos altera o diagnóstico para Transtorno de Personalidade Antissocial. Sua etiologia é atribuída a fatores genéticos associados a desencadeadores ambientais, particularmente o relacionamento familiar. A pesquisa investigou se 10 meninos de 7 a 12 anos, apresentando a tendência antissocial, demonstravam particularidades na percepção da dinâmica familiar (avaliada através da realização de desenhos de famílias com estórias) em comparação a 10 meninos sem dificuldades psicológicas, todos selecionados através do Strength and Difficulties Questionnaire. Foi observado que há diferenças na qualidade da percepção das figuras materna e paterna. As principais características passíveis de diferenciá-los referem-se à natureza das necessidades e angústias (mais primitivas no grupo clínico) e das defesas (de ordem neurótica no grupo contraste). A forma como os pais atendem as necessidades das crianças não diferenciou os grupos.

Palavras-chave: Técnicas projetivas; tendência antissocial; crianças.

ABSTRACT

familiar dynamic perception analysis, using the family and history draw procedure, in children with anti-social tendency, comparing to children without these difficulties

The Antisocial Trend is characterized by behaviors as disobedience, aggressiveness, etc. It is an infantile diagnosis, therefore the permanence of the symptoms after the 18 years modifies the diagnosis for Upheaval of Antisocial Personality. Its etiology is attributed to the genetic factors associates the ambient desencadeadores, particularly the familiar relationship. The research investigated if 10 boys of 7 the 12 years, presenting the antisocial trend, demonstrated to particularities in the perception of the familiar dynamics (evaluated through the accomplishment of drawings of families with estórias) in comparison the 10 boys without psychological difficulties, all chosen teams through the Strength and Difficulties Questionnaire. It was observed that it has differences in the quality of the perception of the figures materna and paternal. The main passíveis characteristics to differentiate mention them to it the nature of the necessities and distress (more primitive in the clinical group) and of the defenses (of order neurotic in the group it has contrasted). The form as the parents takes care of the necessities of the children did not differentiate the groups.

Keywords: Projective techniques; antisocial trend; children.

RESUMEN

Análisis dinámico de la opinión, usando la familia y el procedimiento del drenaje de la historia, en niños con la tendencia antisocial, comparando a los niños sin estas dificultades

La tendencia antisocial se caracteriza por comportamientos tales como desobediencia, agresividad, etc. Es un diagnóstico infantil, ya que los síntomas persisten después de 18 años alteran el diagnóstico para trastorno antisocial de la personalidad. Su etiología se atribuye a factores genéticos asociados a desencadenantes ambientales, en particular la relación familiar. El estudio investigó si 10 niños 7 a 12 años, presentando tendencia anti-social, mostró las peculiaridades de la percepción de la dinámica familiar (según lo evaluado por hacer dibujos con las historias de las familias) en comparación con 10 niños sin dificultades psicológicas, todos seleccionados por el cuestionario Strength and Difficulties Questionnaire. Se observó que existen diferencias en la percepción de la calidad de las figuras materna y paterna. Las principales características que diferencian ellos se refieren a la naturaleza de las necesidades y ansiedades (más temprano en el grupo clínico) y defensas (contraste Orden grupo neurótico). La manera como los padres satisfacer las necesidades de los niños no diferencian los grupos.

Palabras clave: Técnicas proyectivas; tendencia antisocial; niños.

INTRODUÇÃO

O termo *antissocial* é utilizado na literatura científica fazendo referência às características de vários transtornos mentais, como o Transtorno de Conduta, o Desafiador Opositivo e o de Personalidade Antissocial (APA, 1994). Segundo Patterson, Reid e Dishon (1992), indivíduos classificados como antissociais apresentam comportamentos como oposicionismo, desobediência, agressividade, temperamento exaltado, baixo controle de impulsos, roubos, fugas, entre outros. De acordo com o DSM-IV (APA, 1994), esses diagnósticos são classificados na categoria Transtornos de Comportamentos Disruptivos (TCDs), que abrangem também o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade.

O Transtorno Desafiador Opositivo é caracterizado por atitudes e comportamentos negativistas, opositivos, desafiadores e hostis contra figuras de autoridade como pais, familiares e professores (Teixeira, 2006). Segundo o DSM-IV (APA, 1994), os sintomas devem estar presentes por no mínimo seis meses com evidência de prejuízo no funcionamento social, acadêmico ou ocupacional do indivíduo. Sua prevalência varia de 2% a 16%, sendo duas vezes mais frequente em meninos. Esse distúrbio apresenta-se, na maioria dos casos, como um precursor ou antecedente evolutivo para o Transtorno de Conduta e este para o Transtorno de Personalidade Antissocial (Teixeira, 2006).

A etiologia dos Transtornos Antissociais não está bem estabelecida, mas supõe-se que fatores genéticos associados a desencadeadores ambientais estejam envolvidos (Teixeira, 2006). As desvantagens socioeconômicas têm sido apontadas como fatores de risco ao seu desenvolvimento, associado a variáveis como vizinhança de risco, depressão parental e instabilidade familiar (Ferreira e Marturano, 2002). Várias pesquisas propõem que o padrão de comportamento antissocial é adquirido na infância e enfatizam o papel da interação da criança com os membros da família e com os grupos de pares (Capaldi e Patterson, 1991). Os pais transmitem a seus filhos um conjunto de valores e concepções através de suas expressões verbais e de suas atitudes e manifestações de conduta, que são assimiladas pelas crianças e contribuem de forma decisiva com sua estabilidade e saúde afetiva (Segundo, Morales, Bonitez e Sorroche, 2002).

Kim e Kim (2008) realizaram um estudo na Coreia para investigar os fatores familiares relacionados à delinquência juvenil e examinar os efeitos do funcionamento e violência familiar, dinâmica parental e personalidade do adolescente no comportamento delinquente de jovens coreanos. Os

resultados revelaram que, comparados a adolescentes estudantes, os adolescentes delinquentes percebem e experienciam mais disfunções familiares, violência familiar e uma dinâmica parental deficiente. Também ficou demonstrado que uma aproximação familiar de qualidade para prevenir e intervir na delinquência juvenil pode ter um impacto mais duradouro nos adolescentes delinquentes.

A relação entre o desenvolvimento de comportamentos antissociais e do Transtorno de Conduta com a dinâmica familiar da criança pode ser mais bem entendida à luz de conceitos e teorias psicanalíticas. Freud (1933/1976) afirmou que o desenvolvimento de códigos morais e modelos de conduta na criança estão relacionados ao superego. Ele afirma que o superego de uma criança é construído segundo o modelo do superego de seus pais e torna-se um depósito dos códigos morais e modelos de conduta que constituem as inibições da personalidade. Assim, a criança irá se desenvolver e usar como modelo as condutas e ações de seus familiares, principalmente seus pais.

Winnicott (1950/1993), por sua vez, acreditava que a agressão estaria vinculada à motilidade pré-natal do bebê, àquilo que contribui para o movimento. A partir da agressividade, o bebê entraria em contato com o mundo real, vendo-a como derivada do processo natural da procura pela independência. Portanto, a agressão seria o meio de estabelecer uma distinção entre o eu e não-eu, fazendo parte da expressão primitiva do amor.

Winnicott definiu o conceito de *self* como o potencial herdado do indivíduo, que, junto com o ambiente, permitiria a sensação de continuidade de uma existência idiossincrática, com corpo e psique próprios (Barbieri, 2002). Para que o *self* do bebê se constitua e se desenvolva, é imprescindível um ambiente que atenda às suas necessidades. Quando o ambiente não se adapta ao bebê existe o risco de morte física, desenvolvimento de uma psicose ou surgimento de uma organização de defesa chamada falso *self*. Surge, então, o conceito de “mãe suficientemente boa”. As identificações e adaptações dessa mãe com seu filho permitem o atendimento a suas reivindicações. Essas adaptações devem ser ativas, diminuindo gradativamente de acordo com a capacidade da criança de assimilar os fracassos maternos e de tolerar a frustração (Barbieri, 2002).

Para Winnicott (1956/1993), a tendência antissocial está ligada a uma privação importante no passado do indivíduo, mesmo que ela passe despercebida pelo meio. Faz parte da caracterização da tendência antissocial o fato de que essa mudança, falha ou retirada repentina nos cuidados fornecidos para a criança, aconteça em um momento do amadurecimento no qual ela já tem noção de que a falha foi ambiental. Diferentemente da

psicose, onde não há essa noção, a criança não se sente aniquilada pela mudança. Se o padrão de cuidado inicial, que continha confiabilidade, retorna, a esperança da criança também retorna. É exatamente aí que aparecem os atos antissociais (Garcia, 2007). Segundo Winnicott (1987), é como se a criança estivesse compelindo a sociedade a retroceder com ela à época primordial (em que possuía o objeto), a testemunhar e a reconhecer suas grandes perdas. A privação não distorceu a organização do ego, mas forneceu à criança uma pulsão para forçar o meio a reconhecer tal privação, o que tem um valor positivo na cura da tendência antissocial.

Assim, Winnicott (1983/1987) fala do ambiente indestrutível, que sobrevive aos ataques agressivos da criança, destacando o papel do pai na sua relação com a mãe para a constituição desse meio suficientemente bom e seguro para a criança. É a sobrevivência desse ambiente que possibilita ao bebê a passagem da relação de objeto para o uso de objeto, dentro do espaço potencial, onde experimenta o viver criativo. Desse modo, esse meio deverá ser testado repetidamente pela criança em sua capacidade de suportar a agressão, impedir ou reparar a destruição, tolerar o incômodo, reconhecer o elemento positivo da tendência antissocial e de fornecer e preservar o objeto que é procurado e encontrado.

Dessa forma, a partir da participação adequada da mãe e da boa orientação dos pais a criança alcança a saúde, a capacidade de deixar de lado o controle e a destruição mágica, podendo desfrutar das gratificações e ricas relações pessoais íntimas que compõem a vida da infância. Se os atos antissociais forem compreendidos e atendidos tão logo se tornem manifestos, poderão ser tratados, de um modo mais fácil e, provavelmente, não se cristalizarão em delinquência, que já é uma defesa antissocial organizada (Garcia, 2007).

As considerações teóricas apresentadas revelam que a literatura é quase unânime em admitir a influência da família no desenvolvimento dos transtornos antissociais infantis. Nesse contexto, seria de grande valia investigar em profundidade a qualidade do meio familiar dessas crianças para a realização de um diagnóstico mais completo e abrangente, bem como formas de intervenção mais eficazes.

OBJETIVOS

A presente pesquisa objetiva investigar se crianças apresentando tendência antissocial, conforme identificadas pelo questionário SDQ, apresentariam, de fato, uma percepção da estrutura e dinâmica de sua família diferenciada em comparação a crianças sem dificuldades psicológicas, de acordo com o mesmo instrumento.

MÉTODOS

Neste trabalho foi utilizado o enfoque qualitativo. Neste, o início da investigação não é o momento decisivo, mas apenas mais uma tarefa, passível também de questionamento (Barbieri, 2005). É uma abordagem apropriada quando o fenômeno em estudo é complexo, de natureza social e não tende à quantificação, quando o entendimento do contexto social e cultural é um elemento importante para a pesquisa (Patton, 1980; Glazier e Powell, 1992). O referencial teórico utilizado na interpretação dos dados consistiu na teoria psicanalítica de abordagem winnicottiana.

Participantes

A amostra foi composta por 20 crianças de 7 a 12 anos de idade, do sexo masculino, em função da maior prevalência dos Transtornos Antissociais nesse gênero (APA, 1994), e seus pais, que responderam a uma entrevista de anamnese. As crianças estavam matriculadas em três escolas particulares de Ensino Fundamental de Ribeirão Preto. Todas as crianças eram procedentes de famílias com pai e mãe vivendo na mesma casa e de nível socioeconômico médio e médio alto, com o objetivo de suprimir a influência do fator socioeconômico nos comportamentos antissociais (Ferreira e Marturano, 2002). Nenhuma criança apresentou comprometimento cognitivo, neurológico ou psiquiátrico, ou ainda dificuldades de articulação verbal, variáveis passíveis de comprometer suas produções no Procedimento de Desenhos de Família com Estórias (DF-E). Foram excluídos os pais com histórico de comportamento heteroagressivo, uso de drogas ou comprometimento psiquiátrico passíveis de conduzir à vitimização dos filhos. Tais informações foram obtidas a partir do relato das mães, a fim de não comprometer o estudo, pois essas variáveis poderiam ter efeitos intensificadores no desenvolvimento dos comportamentos antissociais das crianças (Segundo et al., 2002; Patterson, DeBaryshe e Ramsey, 1989).

Instrumentos

Entrevista de Anamnese: Entrevista semiestruturada com perguntas relacionadas à concepção, gravidez, nascimento, desenvolvimento, saúde, interações sociais e vida escolar da criança.

SDQ: Strengths and Difficulties Questionnaire (Questionário de Capacidades e Dificuldades) é um questionário aplicável à população de crianças de 4 a 16 anos, respondido pelos pais ou professores, foi elaborado por Goodman em 1997 e padronizado para o Brasil por Golfeto e Cury em 2003. Ele rastreia problemas de saúde mental infantil, contém um total de 25 itens divididos em cinco subescalas:

problemas emocionais, hiperatividade, problemas de relacionamento, conduta e comportamento pró-social, com cinco itens em cada subescala. Um estudo realizado por Goodman, Meltzes e Bailey (1998) utilizou a versão de autorrelato do questionário SDQ em duas amostras de jovens de 11 a 16 anos: 83 jovens da comunidade e 116 jovens que frequentavam uma clínica de saúde mental. O questionário demonstrou discriminar satisfatoriamente as duas amostras. Como exemplo, os casos clínicos apresentaram seis vezes maior propensão a ter pontuação na escala anormal. As correlações entre os escores da versão autorrelato e da versão de relato dos pais/professores do SDQ tiveram comparações favoráveis com a média de correlações de informações cruzadas em estudos anteriores de uma série de medidas.

DF-E (Procedimento de Desenhos da Família com Estórias): desenvolvido por Trinca (1997), é um instrumento que revela a experiência da criança sobre a vida familiar. Solicita-se ao examinando quatro desenhos de família e uma estória referente a cada um deles, esse instrumento constitui-se na reunião de processos expressivo-motores (entre os quais se inclui o desenho livre) e processos aperceptivos-dinâmicos (verbalizações temáticas).

Procedimento

Foram contatadas três diretoras de escolas que autorizaram a realização da pesquisa nas dependências do seu estabelecimento. Após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto (FFCLRP-USP) e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), foi solicitada a elas a intermediação para o contato com os pais. A partir disso, foram encaminhados aos pais de todas as crianças do sexo masculino entre 7 e 12 anos, um envelope com o questionário SDQ, uma carta explicativa sobre a pesquisa e o TCLE.

A pesquisadora, de posse dos questionários, dividiu a amostra em dois grupos: clínico e contraste. As crianças componentes do grupo clínico foram aquelas que obtiveram pontuações entre 4 e 10 pontos na Escala de Problemas de Conduta do SDQ (limítrofe e anormal), tal como preenchido pelos pais. Já as crianças do grupo contraste apresentaram pontuação dentro da faixa de normalidade em todas as Escalas do SDQ.

As mães dessas vinte crianças foram, então, contatadas e convidadas a participar da segunda etapa da pesquisa, mediante assinatura do TCLE referente à aplicação dos demais instrumentos. Após sua concordância, elas responderam a uma entrevista de anamnese e seu filho pôde participar da aplicação do Procedimento de Desenhos da Família com Estórias.

Ao final, as famílias que expressaram interesse receberam entrevista devolutiva dos resultados da avaliação; neste caso, oito famílias solicitaram a devolução e foram prontamente atendidas pela pesquisadora. Logo no início do contato foi dito que, caso os instrumentos revelassem a necessidade de atendimento psicológico para a criança, os pais seriam informados e, se desejassem, o filho seria encaminhado para atendimento na clínica-escola da FFCLRP-USP.

Análise/tratamento dos resultados

Os dados obtidos a partir de cada entrevista com os pais foram submetidos a uma interpretação de base psicanalítica, sob supervisão da orientadora, que não tinha conhecimento sobre a pertinência das crianças quanto aos grupos. Em seguida, foi realizada uma síntese para cada grupo, referente ao relato manifesto e latente das entrevistas com os pais. A mesma conduta quanto à interpretação e supervisão foi seguida em relação às informações procedentes do DF-E da criança, conferindo especial ênfase à análise das características das figuras materna, paterna e fraternas, natureza de seus vínculos com a criança, principais conflitos e necessidades do filho, dificuldades e recursos da família, modos de lidar com a angústia e sua eficácia. Em seguida, foi realizada uma síntese do DF-E para cada grupo e também uma síntese final englobando as duas técnicas. A partir dessa síntese foi feita uma tabela comparativa referente às principais características que diferenciaram os dois grupos e uma discussão sobre elas (Tabela 1).

RESULTADOS

Síntese da Análise de Conteúdo das Entrevistas do Grupo Clínico

A partir da análise das entrevistas do grupo clínico foi possível observar que as crianças eram consideradas por seus pais como agitadas e ansiosas desde a primeira infância. Algumas mães relataram períodos de sofrimento e depressão durante a gravidez, predominando sintomas emocionais em detrimento de patologias de natureza física. A maior parte das mães afirmou sentir dificuldade na imposição de regras e limites para o filho. Além disso, houve relatos de dificuldades da criança em seu relacionamento interpessoal, apresentando sinais de agressividade, inibição, exclusão e solidão. Esses comprometimentos parecem se estender ao ambiente escolar, de acordo com a fala das mães acerca de dificuldades de aprendizagem da criança, como falta de concentração, excesso de agitação e necessidade de cobrança para realizar tarefas propostas.

TABELA 1
Síntese das principais características passíveis de diferenciação dos dois grupos estudados (clínico e contraste)

<i>Grupos</i>	<i>Clínico</i>	<i>Contraste</i>
Figura Paterna	Ambivalente	Ambivalente
– Desempenho da função	Não desempenha função satisfatoriamente	Desempenha função satisfatoriamente
Figura Materna	Positiva	Positiva/Ambivalente
– Desempenho da função	Desempenha função satisfatoriamente	Desempenha função satisfatoriamente
Autoimagem da Criança	Positiva	Positiva
Necessidades Expressas	Auxílio no controle dos impulsos	Ser amado e acolhido em sua espontaneidade
	Afeto integral e exclusivo	Integração na família/Afiliação
	Proteção	União familiar
	Diversão	Independência e proteção
	Inclusão e aceitação na família	Proximidade com a mãe
– Atendidas ou não	Atendidas parcialmente	Atendidas parcialmente
Angústia da Criança	Castração	Castração
	Perda do objeto	Ter sua existência espontânea acolhida
	Exclusão	Desunião Familiar
		Punição
		Crescimento expõe a riscos
		Abandono e Solidão
Defesas utilizadas	Negação	Reparação
	Desvalorização de si	Idealização
	Identificação com o agressor	Repressão
	Retorno das hostilidades contra si	Isolamento
	Onipotência	Formação reativa
	Deslocamento	Racionalização

Quanto ao relacionamento com os pais e mães os relatos das entrevistas sugeriram que as crianças buscavam proximidade afetiva para com eles, mas tal proximidade era prejudicada em razão da falta de confiança nos pais e sentimento de que eles se afastavam dos filhos. Algumas mães relataram dificuldades de se relacionar com a criança, apresentando sentimentos semelhantes como medo, insegurança, culpa em relação a eles, que se estendiam ao relacionamento com o marido. Em suma, pode-se pensar na existência de um *holding* materno deficiente, ligado ao relato de sentimento de solidão, insegurança, culpa e medo em relação aos filhos. A insegurança materna poderia estar ligada à dificuldade de impor limites à criança (o que é reforçado pelo pai), levando a prejuízos na relação interpessoal do filho com os demais (agressividade).

Síntese da Análise de Conteúdo das Entrevistas do Grupo Contraste

De acordo com a análise de conteúdo das entrevistas do grupo contraste foi possível observar relatos de sofrimento e depressão por parte de algumas mães durante a gravidez, tais sentimentos estavam relacionados a fatores físicos, como problemas de saúde (envelhecimento da placenta, pressão alta). As mães consideraram seus filhos como tranquilos desde a primeira infância, sem dificuldades na imposição

de limites, mesmo necessitando cobrá-los, às vezes, para realizar algo. De maneira geral, demonstraram possuir continência afetiva, o que lhes permite tolerar melhor as excitações emocionais das crianças, apesar de relatarem insegurança e medo de perder o filho, que, na medida em que cresce, torna-se mais independente. O relacionamento com eles foi permeado por alto nível de exigência e sinais de introspecção e insegurança das crianças. Em relação à vivência escolar, não foram relatados problemas de aprendizagem nem de comportamento dos filhos na escola.

Síntese comparativa das entrevistas de ambos os grupos

Há relatos de depressão materna durante a gravidez em ambos os grupos, contudo, no grupo contraste, a forma de sua expressão parece ocorrer por meio do surgimento de sintomas psicossomáticos. Nesse contexto, ao que tudo indica, as mães lidaram com suas angústias de perda do objeto de um modo diferente daquele das mães do grupo clínico. Neste último, as dificuldades maternas relacionadas à satisfação das próprias necessidades geravam conflitos na imposição de limites aos filhos, pois confundiam suas necessidades com as deles. No grupo contraste as mães se mostravam superexigentes em relação a eles, como modo de assegurar-se da própria bondade, criando filhos que alcançassem altos padrões em termos

comportamentais e educacionais. De qualquer modo, o alto nível de exigência dessas mães consigo mesmas parece ter contribuído para a manutenção de um *holding* preservado, já que eram capazes de perceber as necessidades do filho.

Síntese da Análise dos Desenhos de Família com Estórias dos dois grupos

Por meio da análise dos Desenhos de Famílias com Estórias realizados com as crianças do grupo clínico observou-se que a figura paterna foi vista de forma ambivalente, não desempenhando sua função satisfatoriamente, com atributos tanto positivos quanto negativos (ao mesmo tempo em que eram alegres e afetuosos também eram percebidos como repressores e não confiáveis). Já a figura materna foi vista como positiva, desempenhando sua função de forma satisfatória e apresentando características como amorosa, feliz, cuidadora. As figuras fraternas apareceram com características tanto positivas quanto negativas, sendo vistas ora como provocadoras e agressivas, ora como alegres e legais.

As crianças apresentaram uma autoimagem preservada, com características positivas, como feliz, alegre, amorosa, cuidadora (como suas mães). Suas necessidades predominantes referiam-se à busca por auxílio no controle dos impulsos, afeto integral e exclusivo (por parte dos pais), proteção, diversão, inclusão e aceitação na família. Estas necessidades eram atendidas de maneira parcial, o que confirma a presença de conflitos entre a criança e os pais, cujos desfechos variavam em favor dela ou deles.

As principais angústias apresentadas foram de castração, exclusão e perda do objeto; como forma de combatê-las, as crianças fizeram uso de defesas mais primitivas (comparadas às do grupo contraste) como negação, deslocamento, identificação com o agressor, repressão, formação reativa, anulação, onipotência e isolamento.

Com relação ao grupo contraste a figura paterna foi vista de forma ambivalente, porém, desempenhando sua função de maneira satisfatória; apresentava características tanto positivas quanto negativas (companheiros, amorosos, cuidadosos, mas, também, bravos, rígidos e repressores). A figura materna foi vista por metade das crianças como positiva e pela outra metade como ambivalente, também com desempenho satisfatório de sua função. Suas características principais foram positivas (feliz, cuidadora), apesar da existência de alguns atributos negativos (brava, intolerante, ausente). As figuras fraternas tiveram características positivas, como inteligente, companheira, divertida, assim como outras figuras representadas nos desenhos (avó, avô etc.).

De maneira geral, a autoimagem das crianças desse grupo foi positiva, atribuindo-se características como harmonioso, feliz, amoroso, legal, concomitante a atributos negativos, como solitário, rígido, arrependido. Em relação às necessidades expressas pelos meninos, as mais prementes foram a de ser amado e acolhido em sua espontaneidade, a de integração na família, união familiar, independência protegida e proximidade com a mãe, que eram atendidas de forma parcial. Tais necessidades confirmam a presença de conflitos familiares demonstrados pelas crianças por meio dos desenhos. As principais angústias manifestadas foram de castração, punição e exposição a riscos devido ao crescimento, combatidas por defesas como repressão, isolamento, formação reativa, reparação e racionalização.

DISCUSSÃO

Os resultados obtidos na pesquisa vão ao encontro dos estudos realizados acerca da importância da interação da criança com os membros da família e com os grupos de pares no desenvolvimento de comportamentos antissociais (Patterson et al., 1989; Capaldi e Patterson, 1991; DeBaryshe, Patterson e Capaldi, 1993).

Muitas crianças do grupo clínico manifestaram sentimento de rejeição e desejo de inclusão e aceitação, tanto em relação à família quanto ao ambiente social. Houve relato dos pais indicando dificuldades no aprendizado e concentração do filho na escola que, por consequência, gerava rejeição e exclusão dentro do ambiente escolar. O relacionamento dessas crianças com seus pais pareceu permeado por ausência de confiança, assim, o afastamento tornou-se mais presente que a proximidade afetiva. Segundo Winnicott (1967/1975), a ausência de confiança nos pais dificulta o surgimento de um espaço potencial adequado, no qual a criança pode entrar em contato com aquilo que é subjetivamente concebido e com o que é objetivamente percebido. O surgimento desse espaço é necessário para que ela possa vivenciar a transicionalidade e adquirir a capacidade de distinguir entre as realidades interna e externa, diferenciando suas próprias necessidades das de outras pessoas. Sem a vivência desse espaço essa mudança de percepção fica bastante prejudicada, dificultando o desenvolvimento emocional da criança e gerando sentimento de insegurança.

Os pais das crianças do grupo contraste demonstraram maior continência afetiva para com seus filhos, comparados aos do grupo clínico. Além das dificuldades em auxiliar os filhos na elaboração das angústias e das exigências pulsionais, a pouca continência dos pais do grupo clínico também é demonstrada por meio do incômodo e pouca tolerância que possuem em

relação às dificuldades de aprendizagem e problemas de comportamento dos filhos. Essa dificuldade dos pais é percebida pelas crianças (que já puderam reconhecer que a causa da falha é externa) e manifestada por meio da expressão de necessidades de continência pulsional e integração na família, encontradas nos Desenhos de Família com Estórias.

A característica organizada das produções do DF-E revela que as frustrações e as falhas familiares vivenciadas pelas crianças do grupo clínico foram importantes, mas não a ponto de comprometer a evolução afetiva em termos estruturais, pois a maioria apresentou organização neurótica de personalidade. Nesse período de desenvolvimento os processos que permitem a introjeção dos objetos no ego estão ainda em fase de finalização e, portanto, não totalmente desenvolvidos, assim, essas falhas podem ter comprometido a aquisição da autonomia, o trabalho do luto e a capacidade plena de simbolização (Barbieri, 2008).

As crianças do grupo contraste não apresentaram dificuldades no aprendizado escolar, nem nas interações sociais com os pares, porém, o relacionamento com seus pais se mostrou permeado por grande exigência e cobrança por parte dos mesmos, além do excesso de cuidados e insegurança relacionados ao vínculo com a figura materna. Se a mãe tem receio de perder seu *status* de provedora e “dona” de seu filho, ela transmitirá a ele esse sentimento, fazendo-o sentir-se culpado por estar se tornando independente do ambiente familiar e de seus cuidados maternos (Mishima e Barbieri, 2006). O excesso de preocupação e insegurança, relatado pelas mães, pode ter prejudicado a capacidade das mesmas em perceber que, para o bebê se desenvolver emocionalmente, é preciso que elas cometam falhas graduais, pois isso permitirá a ele desenvolver a capacidade de tolerar as frustrações e de manter viva a experiência positiva vivenciada com a mãe, por meio da fantasia e do pensamento. É a partir dessas falhas maternas graduais e necessárias que o bebê torna-se capaz de identificar-se com sua mãe e de enxergá-la como separada de seu próprio corpo. Se a mãe não comete falhas, há prejuízos no desenvolvimento da criança rumo à independência (Abram, 1996/2000). O alto nível de exigência para com essas crianças e o indício de relacionamento com características controladoras de algumas mães para com seus filhos vão ao encontro das necessidades expressas pelas crianças de acolhimento em sua espontaneidade e independência protegida.

Uma mãe desempenhando bem sua função, mas com características ambivalentes (como é o caso das mães do grupo contraste), gera na criança a sensação de que será excluída do ambiente familiar caso se expresse livremente, causando angústia. Assim, além da repressão

das próprias iniciativas e desejos, a criança precisa lançar mão de mecanismos de defesas mais poderosos e desenvolvidos, como a formação reativa. Assim, ela vive e mostra o contrário do que gostaria de viver e mostrar, por medo de perder o amor dos pais, chegando a acreditar que ela realmente é assim, visto que é uma defesa de ordem inconsciente. Esse mecanismo garante uma adaptação ao ambiente externo, mas às custas de restrições à expressão criativa do *self*.

As crianças do grupo contraste mostraram-se mais resistentes a fazer desenhos e a contar estórias, quando comparadas às do grupo clínico, o que sugere indícios de certa inibição e dificuldade em entrar em contato com o mundo subjetivo por meio do brincar. É a partir da agressividade que a criança entra em contato com o mundo externo e se torna capaz de brincar, fazendo o interjogo entre sua realidade psíquica e os objetos do meio. Em um ambiente suficientemente bom, a agressão se integra à personalidade com uma energia proveitosa que pode ser usada no brincar e no trabalho, ao passo que em um ambiente de privação ela pode se tornar carregada de violência (Abram, 1996/2000). Se a agressividade não for bem tolerada pelo ambiente familiar, que constantemente se sente ferido pelos comportamentos agressivos infantis, a criança passa a ser vista pelos pais como se fosse muito destrutiva, o que gera angústia que pode chegar ao ponto de comprometer a capacidade de reparação e, em consequência, a capacidade simbólica. Sendo assim, o prejuízo no contato com a agressividade faz com que haja dificuldades na integração entre o “bom” e o “mau”. Essa agressividade, então, pode tomar dois caminhos: o caminho da inibição ou o caminho da atuação (*acting out*). Na atuação a criança apresenta comportamentos agressivos não “matizados” pelo amor, visto que teve dificuldades em integrá-lo (como constatado no grupo clínico). Na inibição a criança tem dificuldades em usar a agressividade numa apreensão criativa e pessoal do mundo gerando, assim, uma dificuldade no brincar (Winnicott, 1967/1975). No caso do grupo contraste as defesas relacionadas à inibição apresentaram uma natureza neurótica de tipo obsessivo, como repressão, formação reativa, racionalização, anulação. Já no caso do grupo clínico, as dificuldades relacionadas ao trânsito no espaço potencial são expressas de outra maneira, principalmente por meio dos mecanismos de atuação. Nesse sentido, parece haver uma postura mais ativa da criança antissocial para mobilizar o seu ambiente familiar e obter a experiência que faltou, o que indica esperança.

Segundo relato das mães do grupo clínico, durante a gravidez houve algum tipo de sofrimento ou depressão relacionado a fatores emocionais, como insegurança quanto à própria capacidade de gerar e cuidar de um filho.

O fato de os bebês do grupo clínico serem descritos, pelas mães, como agitados e irrequietos poderia sinalizar que eles eram percebidos por elas como insatisfeitos, em função de uma possível sensação de despreparo para lidar com eles. Nesse sentido, parecem ter existido dificuldades reais de continência da angústia e de tolerância do amor cruel, que se iniciaram no relacionamento com a mãe e parecem ter persistido na relação com o pai. A despeito disso, a figura materna dessas crianças é predominantemente positiva, o que pode explicar a presença da esperança que leva à manifestação do sintoma.

Vinculado a essas dificuldades iniciais de continência, as crianças do grupo clínico foram descritas pelas mães como possuindo dificuldade na aceitação de limites, dependendo bastante da imposição externa deles. Tal aspecto vai ao encontro dos resultados obtidos no DF-E, que revelam que essas crianças possuem angústias e mecanismos de defesa primitivos, mostrando a insuficiência de expedientes mais elaborados para o controle pulsional e a fragilidade da introjeção de limites. Já as crianças do grupo contraste, que foram descritas como tranquilas e geralmente obedientes às regras e limites impostos pelos pais, demonstraram aparente eficácia dos mecanismos inibitórios no controle da angústia.

Embora no DF-E a qualidade da figura materna tenha sido positiva para o grupo clínico, e positiva e ambivalente para o grupo contraste, a qualidade da figura paterna mostrou-se ambivalente em ambos os grupos. A autoimagem das crianças foi positiva nos dois grupos. O modo de assistência às necessidades dos filhos também foi visto de maneira semelhante pelas crianças dos dois grupos, com atendimento predominantemente parcial das necessidades. Já em relação à figura paterna, as crianças do grupo clínico não a consideraram desempenhando sua função satisfatoriamente, característica oposta a do grupo contraste. Esse desempenho insatisfatório da função paterna prejudica a integração da agressividade primária na personalidade da criança e o seu manejo ao longo da vida, pois isso depende da capacidade do pai de impor limites (oferecer imposição) realistas e de se apresentar como um modelo de integração de personalidade para o filho ao oferecer um ambiente seguro e indestrutível. A construção e manutenção desse ambiente são extremamente necessárias para que a criança possa testá-lo repetidamente em sua capacidade de suportar a agressão, oferecer continência a ela, impedir ou reparar a destruição, tolerar o incômodo, reconhecer o elemento positivo desse comportamento antissocial e de fornecer e proteger o objeto que é procurado e encontrado. Se o ambiente não oferece continência e não reconhece os comportamentos antissociais da criança, esta passa a não confiar mais nele, solicitando,

por meio dos comportamentos antissociais, um pedido de ajuda, na busca por aceitação e auxílio no controle das pulsões.

Como os comportamentos antissociais surgem em decorrência de uma privação ou carência de algo bom que foi perdido por um tempo maior do que a criança pudesse manter viva a lembrança e são interpretados como um pedido ao ambiente para reconhecer a falha e realizar a reparação, é necessário destacar o papel do terapeuta numa possível intervenção psicológica a pacientes com esse diagnóstico. Para o sucesso da intervenção é importante que o terapeuta ofereça um ambiente em que a criança possa re-experimentar os impulsos do id, testando-o repetidamente. Nesse ambiente suficientemente bom, que entende a agressividade expressa e continua estável, a criança tem a possibilidade de vivenciar a transicionalidade, contribuindo, assim, para seu crescimento e desenvolvimento emocional.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por meio deste estudo foi possível concluir que a forma como os pais criam um ambiente acolhedor ou não para o filho, ou seja, o modo como oferecem ou não continência pulsional a seus comportamentos agressivos, a maneira como percebem e lidam com suas dificuldades comportamentais e emocionais, são fatores importantes no desenvolvimento, manutenção e moderação da tendência antissocial das crianças. A manifestação de comportamentos antissociais implica em um pedido de ajuda por parte da criança, na intenção de que o meio reconheça a privação. Cabe ao psicólogo auxiliar os pais a compreender essa manifestação e realizar a reparação tão logo perceberem as dificuldades da criança.

O procedimento de DF-E permitiu ter acesso às angústias, mecanismos de defesas, receios e desejos das crianças relacionados a seu ambiente familiar. Os resultados sugerem que há diferenças na percepção da figura materna dos grupos (positiva no grupo clínico e positiva ou ambivalente no grupo contraste). A figura paterna mostrou-se ambivalente e a autoimagem da criança mostra-se positiva em ambos os grupos. Contudo, os pais (masculinos) das crianças do grupo clínico foram percebidos por seus filhos como não desempenhando sua função satisfatoriamente, o que pode ter prejudicado o oferecimento de um ambiente suficientemente bom para a criança. As crianças do grupo clínico demonstraram possuir necessidades e mecanismos de defesas mais primitivos do que as do grupo contraste, o que implica em maiores dificuldades no seu controle pulsional e da agressividade. Em contrapartida, as crianças do grupo contraste

apresentaram necessidades e mecanismos de defesa de ordem mais neurótica, possuindo maior facilidade em introjetar e aceitar limites.

Apesar de as crianças do grupo contraste não apresentarem dificuldades emocionais evidentes, segundo o questionário SDQ, isso não significa que elas não existam, visto que esse questionário é um procedimento de avaliação mais superficial e periférico do que o Procedimento projetivo de Desenhos de Famílias com Estórias. Portanto, vale ressaltar a importância da utilização de instrumentos projetivos para uso em triagem psicológica.

Uma forma de atuação junto aos pais das crianças do grupo clínico inclui investigar as razões pelas quais eles não puderam atender as necessidades do filho, e se a privação que impuseram está ligada a algo esporádico ou a um comprometimento estrutural de personalidade dos pais. Se estiver ligada a algo mais circunstancial, é muito possível que o ambiente consiga reparar essa falha, mas se estiver ligada a algo estrutural surge, então, a necessidade de um atendimento psicológico mais prolongado com a criança, no qual ela possa, por meio da transferência, reviver com o terapeuta a experiência de um ambiente suficientemente bom. Portanto, destacando o papel do terapeuta em uma intervenção psicológica com a criança, cabe a ele criar dentro do atendimento psicoterápico um ambiente que possa acolher a espontaneidade e agressividade da criança, sem que ele se sinta demasiadamente ferido ou prejudicado por ela. Sendo assim, a criança poderá sentir-se segura e confiante para expressar sua agressividade, podendo integrá-la em sua personalidade e reconhecer sua própria capacidade de realizar a reparação.

REFERÊNCIAS

- Abram, J. (2000). *A linguagem de Winnicott: dicionário de palavras e expressões utilizadas por Donald W. Winnicott*. Rio de Janeiro: Revinter. (Originalmente publicado em 1996)
- American Psychiatric Association. (1994). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais – DSM IV* (4ª ed.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Barbieri, V. (2002). *A família e o psicodiagnóstico como recursos terapêuticos no tratamento dos transtornos de conduta infantis*. Tese de Doutorado – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Barbieri, V. (2005). *O procedimento de desenhos-estórias no psicodiagnóstico interventivo: Um estudo com crianças asmáticas e anti-sociais*. Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.
- Barbieri, V. (2008). *O Teste de Rorschach na tendência anti-social*. Ribeirão Preto, SP. 45 p. [não publicado]
- Capaldi, D., & Patterson, G. (1991). Relation of parental transitions to boy's adjustment problems. I. Lienar hypothesis. II Mothers at risk for transitions and unskilled parenting. *Developmental Psychology*, 27, 489-504.
- Debaryshe, B. D., Patterson, G., & Capaldi, G. (1993) A performance model for academic achievement in early adolescent boys. *Developmental Psychology*, 29, 795-804.
- Ferreira, M. de C. T., & Marturano, E. M. (2002). Ambiente familiar e os problemas do comportamento apresentados por crianças com baixo desempenho escolar. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 15, 1, 35-44.
- Freud, S. (1976). Novas conferências introdutórias sobre psicanálise. Conferência XXXI. – A dissecação da personalidade psíquica. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, (Vol. 22: pp. 75-102). Rio de Janeiro: Imago. (Originalmente publicado em 1933)
- Garcia, R. M. (2007). O uso da consulta terapêutica na clínica da tendência anti-social. *Natureza Humana*, 7, 1, 209-234.
- Glazier, J. D., & Powell, R. R. (1992). *Qualitative research in information management*. Englewood, CO: Libraries Unlimited, 238p.
- Golfeto, J. H., & Cury, C. R. (2003). Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ): a study of school children in Ribeirão Preto. *Rev. Bras. Psiquiatria*, 25, 3, 139-45.
- Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: A research note. *Journal of Child Psychology, Psychiatry, and Allied Disciplines*, 38, 5, 581-586.
- Goodman, R., Meltzer H., & Bailey V. (1998). The Strengths and Difficulties Questionnaire: A pilot study on the validity of the self-report version. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 7, 3, 125-130.
- Goodman, R. (1999). The extended version of the Strengths and Difficulties Questionnaire as a guide to child psychiatric caseness and consequent burden. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40, 5, 791-801.
- Kim, H. S., & Kim, H. S. (2008). The impact of family violence, family functioning and parental partner dynamics on Korean juvenile delinquency. *Child Psychiatry Human Development*, 39, 439-453.
- Mishima, F. K. T., & Barbieri, V. (2006). A participação familiar na intervenção da obesidade da criança. In N. A. S. Neto, & D. M. Amparo. *Métodos projetivos: instrumentos atuais para a investigação psicológica e da cultura* (pp. 587-598). Brasília: ASBRo.
- Patterson, G., Debaryshe, B. D., & Ramsey, E. (1989). A developmental perspective on antisocial behavior. *American Psychologist*, 44, 329-335.
- Patterson, G., Reid, J., & Dishon, T. (1992). *Antisocial boys*. Eugene: Castalia.
- Patton, M. Q. (1980). *Qualitative evaluation methods*. Beverly Hills, CA: Sage.
- Segundo, R. C., Morales, N. V. N., Bonitez, L. O. F., & Sorroche, L. R. C. (2002). Intervención educativa para la disminución de la agresividad en la conducta infantil. *Revista Cubana Pediatría*, 74, 3, 189-94.
- Teixeira, G. (2006). Terapêutica medicamentosa no transtorno desafiador opositivo: Revisão da literatura. *Arquivos Brasileiros de Psiquiatria e Medicina Legal*, 100, 2, 55-58.
- Trinca, W. (1997). *Formas de investigação clínica em Psicologia: Procedimento de desenhos-estória e procedimento de desenho de família com estória*. São Paulo: Vetor.
- Winnicott, D. W. (1993). A agressividade em relação ao desenvolvimento emocional. In D. W. Winnicott. *Textos selecionados: Da pediatria à psicanálise* (pp. 355-374). Trad. Jane Russo. Rio de Janeiro: Francisco Alves. (Originalmente publicado em 1950)
- Winnicott, D. W. (1975). Objetos transicionais e fenômenos transicionais. In D. W. Winnicott. *Textos selecionados: Da*

- pediatria à psicanálise* (pp. 316-331). Trad. Jane Russo. Rio de Janeiro: Francisco Alves. (Originalmente publicado em 1951)
- Winnicott, D. W. (1993). A tendência anti-social. In D. W. Winnicott. *Textos selecionados: Da pediatria à psicanálise* (pp. 499-511). Trad. Jane Russo. Rio de Janeiro: Francisco Alves. (Originalmente publicado em 1956)
- Winnicott, D. W. (1975). *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago. (Originalmente publicado em 1967)
- Winnicott, D. W. (1987). *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre: Artmed. (Originalmente publicado em 1983)
- Winnicott, D. W. (1987). *Privação e delinquência*. Trad. Álvaro Cabral. São Paulo: Martins Fontes.

Recebido em: 31/03/2009. Aceito em: 15/12/2009.

Autores:

Livia Maria de Araujo Cunha Bueno – Graduada em Psicologia pelo Departamento de Psicologia e Educação da Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP. <liviabueno.psicologia@gmail.com>.

Fernanda Kimie Tavares Mishima – Psicóloga clínica do Departamento de Psicologia e Educação da Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP. <ferkimie@yahoo.com.br>.

Valéria Barbieri – Docente do Departamento de Psicologia e Educação da Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP. <valeriab@ffclrp.usp.br>.

Enviar correspondência para:

Fernanda Kimie Tavares Mishima
Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da
Universidade de São Paulo – FFCLRP-USP
Av. Bandeirantes, 3900 – Monte Alegre – Campus Universitário
CEP 14040-901, Ribeirão Preto, SP, Brasil
E-mail: <ferkimie@yahoo.com.br>