



ARTIGO ORIGINAL

Teoria do Apego: conceitos básicos e implicações para a psicoterapia de orientação analítica*

Lorena Sena Teixeira Mendes^a

Neusa Sica da Rocha^b

^a Psiquiatra. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria e Ciências do Comportamento da UFRGS. Porto Alegre, Brasil.

^b Psiquiatra. Doutora pelo Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria e Ciências do comportamento da UFRGS. Professora do Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da UFRGS. Porto Alegre, Brasil.

Instituição: Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da UFRGS

Resumo

A Teoria do Apego (TA) descreve como os primeiros vínculos de um indivíduo podem moldar as expectativas futuras dele sobre si e sobre o mundo e descreve também formas com as quais a terapia pode remodelar essas expectativas. Apesar de possuir alguns pontos de divergência com ideias freudianas e kleinianas, essa teoria apresenta também muitas convergências com ideias de psicanalistas como Fairbairn e Winnicott. Assim, o objetivo deste artigo é discorrer sobre os preceitos básicos da TA, sobre suas semelhanças e diferenças com outras escolas da psicodinâmica e sobre suas implicações para a psicoterapia de orientação analítica. Nessa última parte, será apresentado um caso que ilustra conceitos dessa teoria.

* Este trabalho foi apresentado como Trabalho de Conclusão de Curso como requisito para conclusão da Residência Médica em Psiquiatria no Hospital de Clínicas de Porto Alegre no dia 14/1/16.

Palavras-chave: Psicoterapia; Apego ao objeto; Relações mãe e filho.

Abstract

Attachment Theory (AT) describes how an individual's first relationships can shape his/her future expectations about his/herself and about others and it also describes how these expectations can be remodeled through psychotherapy. Despite AT may differ from Freudian and Kleinian ideas, this theory also holds similarities with ideas from psychoanalysts as Fairbairn and Winnicott. Therefore, this study aims to discuss basic concepts about AT, similarities and differences regarding AT and other psychodynamic schools and its implications for psychodynamic psychotherapy. During this last part, a clinical case that illustrates AT concepts will be described.

Keywords: Psychotherapy; Object attachment; Mother-child relations.

Introdução

A Teoria do Apego (TA), desenvolvida pelo trabalho de John Bowlby e contribuições de Mary Ainsworth, baseia-se de modo geral no pressuposto de que o apego é biologicamente motivado como uma busca por conforto e segurança^{1,2} e que ele é estruturado por meio da formação dos modelos operantes internos, representações mentais da pessoa e de suas figuras de apego, que nortearão as expectativas futuras do sujeito sobre si e sobre o mundo².

As primeiras publicações de Bowlby sobre TA receberam certa oposição dos demais psicanalistas da época, que a acusavam de ser excessivamente mecanicista e de desconsiderar a sexualidade e agressividade como motivações primárias³⁻⁵. Assim, Bowlby ficou afastado do círculo psicanalítico por 20 anos, até sua reaproximação, em 1980, quando recebeu o título de *Freud Memorial Professor of Psychoanalysis*^{3,4}. Apesar dessa comoção inicial, a TA claramente tem convergências como movimento psicanalítico⁶ e possui várias semelhanças com ideias propostas por outros psicanalistas, como Fairbairn e Winnicott, para citar alguns³. Esse trabalho tem como objetivo apresentar os principais pontos da Teoria do Apego, suas semelhanças e diferenças com outras teorias psicodinâmicas, e relatar algumas formas de como essa teoria pode ser utilizada em psicoterapia de orientação analítica. Nessa última parte, um caso clínico que ilustra aspectos da TA será descrito.

Desenvolvimento

Uma descrição da TA

Segundo Main⁷, o estudo da TA pode ser organizado em três fases principais: a primeira decorre dos estudos de Bowlby com crianças com história de algum tipo de separação de suas figuras parentais; a segunda

decorre dos estudos observacionais de Ainsworth, realizados com crianças e suas mães tanto nos lares das díades mãe-bebê quanto em laboratório; e a terceira decorre de um deslocamento do foco da TA para um nível mais representacional, o que foi iniciado pelo estudo de Main, Kaplan & Cassidy⁸.

Primeira fase: Bowlby e conceitos iniciais

O **apego** corresponde a uma ligação com uma pessoa em especial, chamada de figura de apego, que é procurada pela criança durante uma situação de sofrimento e é vista por ela como sendo mais apta a lidar com o mundo¹. O **sistema de apego** identifica situações de risco, avalia a disponibilidade da figura de apego^{2,9} e gera comportamentos emocionais: chorar, sugar, agarrar, sorrir e seguir, que se destinam a induzir respostas no cuidador². Tal sistema tem como objetivo principal fazer a figura apegada se sentir segura². Quando isso ocorre, esse sistema classifica o ambiente como não ameaçador e assim a criança se sente apta a explorar o ambiente. Entretanto, caso alguma ameaça seja detectada, ela volta a buscar a segurança da figura de apego, que nesse caso estará sendo usada como uma **base segura**¹⁰.

Segundo Bowlby,^{2,10,11} ao longo das interações com a figura de apego, a criança utiliza sua avaliação sobre a disponibilidade e responsividade dessa figura para elaborar representações internas do *self*, das pessoas significativas e do mundo. Tais representações são chamadas de **modelos operantes internos**, que guiarão as futuras percepções de mundo, comportamentos e relações pessoais^{2,10,11}. Se as experiências da criança a levarem a construir um modelo de figura de apego como alguém que lhe proverá apoio quando necessário, a criança necessitará de menos proximidade dessa figura para explorar o meio quando comparada a uma criança que não formou uma representação de figura de apoio responsiva e disponível às suas demandas⁹. Além disso, Bowlby¹⁰ postula que, nos modelos operantes internos do mundo de um indivíduo, os modelos referentes às suas figuras de apego e ao *self* são especialmente importantes, complementares e formados por meio de sucessivos padrões de interações interpessoais. Assim, se a figura de apego esteve disponível às necessidades da criança de segurança e conforto e ao mesmo tempo às necessidades de autonomia para explorar o mundo, possivelmente a criança desenvolverá um modelo operante de *self* como alguém valorizado e digno de amor¹⁰. De modo oposto, se a figura de apego frequentemente rejeita as necessidades de proteção e de autonomia da criança, ela construirá um modelo operante interno de si como alguém sem valor, incompetente¹⁰. A construção desse mundo interno com seus modelos operantes é muito importante, porque também auxiliará a criança a prever como será o comportamento de sua figura de apego atual e o que deve esperar de suas futuras relações interpessoais.

Em Luto, Bowlby¹¹ postula que os modelos operantes internos tendem a se manter estáveis, tornando-se menos acessíveis à consciência e mais automáticos e habituais no decorrer do tempo. Além disso, os padrões de vinculação são mais resistentes do que padrões individuais, por causa de expectativas recíprocas dos padrões de cada uma das pessoas envolvidas no apego.

Segunda fase: Ainsworth e os tipos de vinculação

Ainsworth teve contato com a TA quando participou do grupo de pesquisa de Bowlby na Clínica Tavistock. Posteriormente, devido a demandas do trabalho do esposo, morou por um tempo em Uganda e, com auxílio do Instituto de Pesquisa Social do Leste Africano, realizou um estudo observacional em 26 lares de bebês não desmamados (1 a 24 meses de idade) onde a interação mãe-bebê era avaliada a cada duas semanas durante duas horas por visita em um período de até nove meses^{12,13}. Outro estudo observacional¹⁴ com estrutura similar também foi realizado por ela em Baltimore nos lares das díades mãe-bebê. Ela também avaliou as interações mãe-bebê em laboratório com o **experimento situação estranha**^{14,15}. Esse experimento controverso avalia o equilíbrio entre comportamento de apego e comportamento exploratório de bebês de um ano em situação de baixo ou alto estresse durante 20 minutos. Primeiramente, mãe e bebê são recebidos em uma sala de brinquedos, onde posteriormente recebem a companhia de uma mulher desconhecida. Enquanto a desconhecida brinca com a criança, a mãe sai brevemente da sala e depois retorna. Posteriormente, tanto a mãe quanto a desconhecida saem da sala e depois retornam. Como esperado, Ainsworth concluiu que as crianças exploravam mais a sala na presença materna do que na presença da desconhecida ou do que quando sozinhas¹⁵.

Baseado em seus estudos, Ainsworth dividiu o comportamento de apego em três grupos:

I) *apego seguro (grupo B)*: a criança explora livremente o ambiente enquanto a mãe está presente, porém explora menos o ambiente na ausência materna e, quando a mãe retorna, ela fica feliz ou, se chora, busca a mãe, lhe abraça e lhe segura, acalmando-se. Ela é confortada por sua mãe e, quando se sente novamente segura, reassume sua posição de explorar o ambiente. Ela sabe que sua mãe responde as suas demandas e que ela pode contar com a presença materna quando em situações de estresse. Esse tipo de vinculação é altamente correlacionado às mães sensíveis ao comportamento dos filhos, que conseguem perceber as nuances do comportamento infantil e do estado emocional da criança^{12,14,15}.

II) *apego evitativo (grupo A)*: a criança não explora muito o ambiente e não mostra muita emoção quando a mãe sai ou, quando ela retorna, ela a ignora ou a evita. Algumas delas apresentam comportamento mais amistoso para com um estranho do que para com a própria mãe. As mães de crianças desse grupo mostraram-se emocionalmente rígidas e não disponíveis à procura da criança.^{12,14,15}. Inicialmente, Ainsworth acreditava que estas crianças seriam indiferentes; entretanto, posteriormente foi demonstrado que esse comportamento era somente o mais visível, porém estas crianças apresentavam respostas fisiológicas compatíveis com um sofrimento diante da separação da mãe, como o aumento da frequência cardíaca¹⁶.

III) *apego ambivalente (grupo C)*: a criança explora pouco o ambiente, apresenta grande ansiedade na ausência materna e sentimento de medo a pessoas estranhas, porém este grupo mostra-se ambivalente quando a mãe retorna: deseja reestabelecer contato com a mãe ao seu retorno, porém mostra-se ressentida e às vezes até com raiva desta por sua ausência¹⁴. As mães deste grupo não apresentam respostas consistentes e esperadas diante das demandas da criança, não apresentando sintonia com as necessidades emocionais desta.

Mary Main complementou o trabalho de sua mentora Ainsworth ao propor a existência de um quarto grupo¹⁷:

IV) *apego desorganizado (grupo D)*: a criança pode apresentar diversos padrões contraditórios de comportamento, por exemplo: expressão de forte apego com uma busca por contato associada com demonstração de raiva; movimentos estereotipados ou sem sentido ou incompletos; expressão de apreensão diante da figura parental; paralização e desorientação. Este grupo costuma estar associado a história de trauma, perda ou abuso parental¹⁷.

Terceira fase: Dimensão representacional do apego mentalização

Main, Kaplan & Cassidy⁸ propuseram um deslocamento do foco da TA de um nível comportamental para um maior enfoque no nível da representação interna. Assim, o modelo operante interno reflete a história das respostas do cuidador às ações do bebê. Após a sua formação, essa narrativa/representação orienta pressupostos para a direção do comportamento, percepção do mundo externo e organização da atenção e memória. Da mesma forma, esses pressupostos limitarão o acesso do indivíduo a certas crenças a respeito do *self*, da figura de apego e do relacionamento entre eles e também nortearão a organização do pensamento e da linguagem do indivíduo. Neste estudo, as autoras avaliaram o vínculo das mães com seus filhos e o relato dos relacionamentos precoces da mãe com suas figuras de apego. Mães de filhos com vínculo seguro relatavam mais comumente terem tido uma infância relativamente feliz e mostravam-se mais aptas a falar prontamente e em detalhes desse assunto, conseguindo relatar de forma aberta também os momentos tristes de sua infância. Mães de crianças com vínculo inseguro costumavam responder à entrevista de duas possíveis formas. Aquelas com vínculo *ansioso-resistente* relatavam ter tido um relacionamento ruim e difícil com a própria mãe e mostravam claramente ainda sofrerem com esse relacionamento, de modo que as que ainda possuíam a mãe viva demonstravam estar emaranhadas mentalmente nesse relacionamento. Aquelas com *vínculo ansioso evitativo* relatavam de forma geral e inespecífica terem tido uma infância feliz, mas não conseguiam lembrar nenhum fato que embasasse essa visão e ainda faziam relatos que indicavam o oposto de uma infância feliz. Frequentemente, tais mães não conseguiam se lembrar de como havia sido sua infância ou de como tinham sido tratadas. Ricks¹⁸ também relatou outro padrão, o de mães de filhos com um *vínculo seguro* que relatavam uma infância com eventos muito tristes e presença de rejeição. A diferença que se observou nesse grupo foi que, apesar da presença das rejeições e dos momentos em que as mães se emocionavam com seu relato, elas conseguiam realizá-lo de uma forma coerente e fluente e demonstravam, ao falar dos aspectos positivos, que estes tinham muita importância e estavam integrados aos aspectos negativos. De alguma forma elas pareciam ter chegado a uma conciliação com suas experiências¹.

Esses estudos dão maior consistência à ideia proposta por Bowlby¹⁰ de como os tipos de apego podem ser passados de **forma transgeracional** e como os modelos operantes internos dos pais são importantes nessa transmissão.

Ao longo do desenvolvimento do indivíduo, a busca concreta pela figura de apego é substituída pela ativação de representações mentais dessa figura, que criam uma sensação de segurança. Essas representações introjetadas possibilitam que o indivíduo possa realizar uma regulação emocional de si¹⁹.

Além disso, para o desenvolvimento da capacidade de regulação do afeto, também é necessário o desenvolvimento da mentalização ou função reflexiva. Segundo Fonagy²⁰⁻²³, ela pode ser entendida como a capacidade de compreender o próprio estado mental e o estado mental dos outros. Para esse autor²¹, só pode mentalizar uma criança um cuidador que foi mentalizado ou compreendido em sua infância. Ele também expõe que as relações com apego seguro são ideais para o desenvolvimento da mentalização²², já que um cuidador sensível aos estados emocionais da criança é capaz de ensinar-lhe esse processo, que pode ser feito por meio de espelhamento²¹. Por exemplo, o cuidador, na forma de espelhamento, enfatiza suas expressões faciais e seu tom de voz de modo a refletir de volta para a criança a forma como esta está se sentindo²¹. Assim, o cuidador descreve o estado emocional da criança como ele está sendo sentido por ela, de modo a mostrar que é a emoção da criança que está sendo compreendida. O fato de o adulto entender a criança e agir de forma contingente a ela são pistas que eliciam na criança a **confiança epistêmica** – a disposição de um indivíduo de considerar conhecimento novo de outra pessoa como sendo confiável, generalizável e relevante para o *self*²¹. Ao contrário, nas alterações do apego pode ocorrer o surgimento patológico de uma *hipervigilância epistêmica* com uma incapacidade de confiar em outras pessoas²¹.

Diferenças e semelhanças com outras escolas psicodinâmicas

Após essa descrição da evolução da TA, abordaremos as diferenças com outros autores a partir dos seguintes tópicos:

a) Motivação

Para Freud²⁴, o homem é um ser movido primariamente pela pulsão de vida (sobrevivência, fome e sexo) e de morte, sendo sua principal motivação o prazer e o vínculo ao objeto algo secundário. A civilização poderia ser promotora da infelicidade do homem, uma vez que o força a abrir mão de seus instintos para permitir a convivência em sociedade e considera o amor entre pais e filhos um amor inibido em sua finalidade original, que seria plenamente sensual. Freud dava maior ênfase às complexidades dos impulsos envolvidos nas relações interpessoais, o que permite uma maior exploração da mente com suas fantasias, sonhos, sua irracionalidade e suas armadilhas²¹.

Por outro lado, para Bowlby²⁵ o vínculo da criança à sua figura de apego seria algo primário e separado da motivação de prazer ou fome. Além disso, o homem seria um ser biologicamente programado para formar vínculos.

Contraponto: para Gullestad³, a TA acaba reduzindo as figuras de apego a apoiadores de segurança, uma vez que considera a busca ao objeto como relacionada a sentimento de segurança e regulação emocional, deixando pouco espaço para o desejo e para o objeto de desejo. Assim, apesar de a TA acusar Freud de um reducionismo sexual, ela pode estimular um reducionismo relacional²⁶.

b) Superego

Enquanto para Freud a formação do superego seria resultado da resolução do complexo de Édipo, para Bowlby^{27,28} o desenvolvimento do ego e superego estaria intimamente relacionado aos primeiros relacionamentos da criança. Inicialmente, a mãe ajudaria a criança quanto à autorregulação, permitiria a satisfação de alguns impulsos e frearia outros, funcionando inicialmente como superego e ego da criança até ela desenvolver por si essas estruturas^{27,28}.

c) Ênfase no mundo interno

Bowlby discordava da visão kleiniana de que a psicopatologia infantil era resultado de fantasias infantis e conflitos internos secundários a impulsos agressivos¹⁰. Para ele, havia na época excessiva ênfase em fantasias internas, o que deixava de lado a realidade externa, como traumas ambientais ou privações afetivas, que estariam mais associados à gênese da psicopatologia³. Talvez a diferença de Bowlby e de Freud com relação à ênfase no mundo interno seja reflexo da forma de trabalho deles. Inicialmente, Freud trabalhava com pacientes adultos tentando traçar de forma retrospectiva a origem de sintomas psíquicos, e assim postulou a teoria da sedução, segundo a qual memórias reprimidas de abuso sexual infantil seriam as responsáveis pela gênese de sintomas histéricos e obsessivos, porém mais tarde revisou sua teoria e chegou à conclusão de que muitos dos relatos de suas pacientes eram na verdade fantasias. Isso contrasta com a dura realidade com que Bowlby lidava. Ele atendia pacientes crianças separadas dos pais e também alguns órfãos do período pós-Segunda Guerra Mundial e estudava de forma prospectiva como esses eventos repercutiriam no desenvolvimento infantil²⁸. É provável que o cenário diferente dos dois tenha contribuído para suas diferentes visões.

d) Psicopatologia

Para a teoria freudiana, a não resolução do triângulo edípico ocupava um importante espaço na gênese da psicopatologia, assim como as possíveis fixações secundárias a um conflito em fases específicas do desenvolvimento psicosssexual. Em contrapartida, Bowlby²⁹ deu maior ênfase à separação e à perda como fonte de vulnerabilidade para um posterior desenvolvimento patológico. Enquanto Freud delineou uma trajetória psicosssexual do desenvolvimento, Bowlby buscou uma explicação biológica, psicológica e social para a psicopatologia⁵.

e) Separação e Luto

Bowlby²⁹ questionou a visão de Anna Freud de que as crianças que sofriam perda não vivenciavam o luto, por causa de um ego insuficientemente desenvolvido, e assim experimentavam nada mais do que crises de ansiedade de separação quando um cuidador substituto não estava disponível²⁸. Como contraponto, Bowlby acreditava que tanto crianças quanto adultos vivenciavam o luto quando sentiam necessidade da figura de apego, mas essa figura continuava indisponível²⁹. Para Klein³⁰, a ausência materna é vista pela criança como resultado de seus impulsos destrutivos e da própria agressão. A criança aprende que a mãe que ama e é amada foi destruída por seu sadismo. Assim, a ansiedade de separação seria entendida em termos da agressão primária da criança, o que diverge da visão de Bowlby¹⁰ de que a própria separação em si e ausência do objeto poderia ser uma fonte de ansiedade.

f) Agressividade

Para Bowlby, a agressividade podia ser vista em algumas crianças quando estas voltam ao encontro dos pais após um longo período de separação. Nestas situações, é possível que a intensa depressão que estas crianças apresentam seja resultado de experimentar odiar a mesma pessoa que tanto amam e precisam²⁷. Apesar de Klein também abordar a agressividade, para ela este comportamento seria algo primário, enquanto que para Bowlby seria algo secundário à frustração e à rejeição.

Em vários pontos em que a TA se desvia do pensamento freudiano ou kleiniano, há convergência com ideias de outros psicanalistas, desenvolvidas nas décadas de cinquenta e sessenta, como, por exemplo, alguns teóricos das relações de objeto e da psicologia do *self*. Esses pontos estão sumarizados abaixo:

a) Importância do vínculo

Fairbairn³¹ definiu libido como a busca pelo objeto, e não como uma busca simplesmente por prazer, e protestou contra a excessiva ênfase na oralidade e contra a visão de que o homem não é por natureza um ser social³². Winnicott³³ postulou o conceito de mãe suficientemente boa, mostrando que ele também não enfatizava tanto a oralidade do princípio da relação entre mãe e filho em detrimento do vínculo. Para Michael Balint³⁴, uma relação de objeto primitiva estaria presente também desde o início, não sendo dependente de outras zonas erógenas³⁵.

b) Base segura

Ainsworth postula que a segurança familiar é necessária para a criança formar uma base segura de onde possa explorar o ambiente. Sem essa segurança, a criança apresenta necessidade constante de monitorar os pais e não consegue desbravar o mundo²⁸. Da mesma forma, esse conceito possui paralelos com o conceito de capacidade de ficar só de Winnicot³³, que depende da internalização do outro e semelhanças com o processo de separação/individuação de Mahler³⁶.

c) Função reflexiva ou mentalização

O desenvolvimento do conceito de função reflexiva a partir dos preceitos da TA possui convergências com as ideias de Winnicot³³ de espelhamento e contenção pela mãe como estabelecendo a base para o verdadeiro *self*. Da mesma forma, esse conceito se assemelha às ideias de Bion³⁷ sobre a função de *rêverie* materna referentes à transformação de elementos primitivos da experiência do bebê em representações toleráveis e pensáveis.

Implicações para a prática clínica

Para Bowlby¹, a TA poderia atuar na prática clínica auxiliando no entendimento das experiências afetivas precoces de um paciente e de como essas experiências podem moldar relacionamentos posteriores e a relação transferencial. Além disso, o objetivo terapêutico seria ajudar o paciente a reconstruir os modelos operantes internos de si e de suas figuras de apego, de modo a tornar o paciente menos sujeito a sucumbir aos padrões anteriores e mais apto a reconhecer suas figuras de apego do presente pelo que de fato elas são.

O terapeuta, para Bowlby¹, possui o papel de prover condições ao paciente para que seus modelos representacionais de si e de suas figuras de apego sejam explorados e posteriormente reapreciados e reestruturados à luz de um novo entendimento conquistado por meio da relação terapêutica. Esse processo pode ser descrito em termos de algumas tarefas principais.

A primeira seria prover ao paciente uma base segura de onde explorar os vários aspectos tristes e dolorosos de sua vida, tanto do passado como do presente, os quais, sem um companheiro que ofereça contenção, seriam difíceis de serem reconsiderados. A segunda seria de auxiliar o paciente a considerar os padrões que ele estabelece de relacionamento na sua vida atual e quais vieses inconscientes ele traz quando seleciona certos parceiros e se ele seleciona situações que acabam por prejudicá-lo. A terceira tarefa seria de explorar os padrões surgidos na relação transferencial para a qual provavelmente o paciente trará suas percepções, construções e expectativas de seus modelos operantes internos referentes a representações de si mesmo, de suas figuras de apego e de como ele acha que elas inevitavelmente se comportarão com ele¹.

A quarta tarefa seria encorajar o paciente a considerar como suas percepções atuais, emoções e ações podem ser resultado de eventos ocorridos em sua infância ou adolescência ou resultado do que suas figuras de apego precoce lhe disseram e o fizeram acreditar. A quinta tarefa do terapeuta é auxiliar o paciente a reconhecer que essas imagens e modelos dele mesmo e dos outros derivados de experiências emocionais dolorosas podem não ser apropriadas para ele em seu presente ou no seu futuro. Gradualmente, a partir do momento em que o paciente consegue traçar a origem dessas imagens de si mesmo e dos outros, assim como as emoções e ações envolvidas nesses padrões, ele se torna capaz de refletir a respeito da acurácia e adequabilidade desses padrões antigos e começa a se sentir livre para criar novos padrões que melhor se adequem a sua vida atual. Dessa forma, o terapeuta auxilia o paciente a deixar de ser um escravo de estereótipos antigos e inconscientes e a se sentir, pensar e agir de outras formas¹.

Fonagy & Campbell²¹ também propõem alternativas sobre como a TA pode auxiliar no processo de mudança em psicoterapia por meio de 3 etapas, que envolvem apego, mentalização e ambiente social de forma sinérgica. Primeiro, na **comunicação de conteúdo**, quando o terapeuta informa ao paciente de forma coerente e confiável a natureza de seu estado mental. Esse estágio é importante por fornecer maneiras para o paciente se mentalizar e mentalizar suas reações a outras pessoas por meio do terapeuta, levando a um relaxamento da sua desconfiança epistêmica. Segundo, na **reemergência da mentalização robusta**, o paciente começa a desenvolver as próprias capacidades de mentalização. Por último, na **reemergência do aprendizado social além da terapia**, a melhora na confiança epistêmica do paciente o leva a ter melhores relações e experiências sociais fora do consultório.

Ilustração clínica

A seguir, será brevemente descrito o caso de uma paciente em psicoterapia de orientação analítica há 13 meses com o objetivo de ilustrar as formas como a Teoria do Apego pode auxiliar na prática psicoterapêutica. Os dados referentes a este caso foram suficientemente alterados para impedir a identificação do paciente, mantendo assim seu anonimato e sigilo.

R, 35 anos, negra, casada. Procurou atendimento durante gestação da J devido à piora importante de suas crises de pânico, sintomas depressivos, incluindo pensamentos frequentes relacionados à morte: se imaginava diariamente dentro de um caixão. Além disso, qualquer evento que pudesse estar relacionado à insegurança ou à morte lhe gerava crises de ansiedade.

Era a terceira filha por parte de mãe e a única filha por parte de pai, que faleceu quando a paciente tinha 30 anos. R morou com os pais até seus 2 anos de idade. Não se recordava de sua relação com sua mãe nesse período, apesar de saber que sua mãe tentou abortá-la. Entretanto, sua mãe dizia a R que ela fora melhor mãe para R do que R era para J. Aos 2 anos de idade, seus pais se separaram. No período, o pai de R brigou pela guarda da filha e a escondeu da mãe, que teria tentado recuperar sua guarda por um tempo sem sucesso.

Dos 2 anos de idade até os 10, R foi criada pelo pai e pela tia paterna, que lhe agredia. Nesse período, não entendia o que havia acontecido com sua mãe: seu pai lhe dizia ora que a mãe a havia abandonado, ora que estava morta. Durante muito tempo, R não soube diferenciar o significado de abandonar e de morrer. Aos 10 anos de idade, sua mãe voltou a procurá-la, fazendo visitas frequentes, até que, aos 11 anos de idade, R decidiu morar com a mãe.

Aos 20 anos, no enterro de seu avô materno, R iniciou com crises de pânico que eram esparsas. Aos 22 anos, casou-se com seu primeiro namorado, que a traiu, motivando o término do relacionamento quando R tinha 28 anos. Conta que sentia certa dificuldade de ficar solteira, porque sentia que “sozinha não seria o suficiente”. Aos 30 anos, conheceu o atual companheiro, S, com quem começou a se relacionar. Alguns meses depois, descobriu que estava grávida de sua filha, J. As crises de pânico da paciente ficaram mais frequentes na gestação, que não foi programada, o que motivou o casal a morar junto na casa da mãe de R. Elas tinham um relacionamento muito difícil, com hostilizações frequentes por parte da mãe, quando, por exemplo, ela disse para R que a paciente “era um erro e fruto de um relacionamento com uma pessoa que ela nunca amou”.

No início do tratamento, R referia não conseguir contar com ninguém para ficar com J enquanto ela tinha sessões de psicoterapia. Entretanto, gradualmente, conseguiu auxílio de outras pessoas para cuidar de J no momento da terapia. Inicialmente, ela falava sobre sua mãe como sendo uma figura de apego zelosa, mas transparecia em seu relato a representação de uma figura de apego negligente. Progressivamente, começou a manifestar também os sentimentos de raiva que tinha para com sua mãe e com o companheiro, que não a ajudava com J. Ao longo do tratamento, também recomeçou a sair de casa sozinha e a buscar outro emprego. Para isso, tentou durante um bom tempo deixar J em uma creche, mas tanto J quanto R ficavam muito ansiosas diante dessa separação. J não conseguia ficar sem a mãe na creche. R temia que J achasse que R a estava abandonando na creche, como a mãe de R fizera com ela. Não apresentou novas crises de pânico, entretanto segue em psicoterapia.

Compreensão do caso à luz da TA

Em terapia, o medo da morte que R sentia foi entendido como uma representação de seu sentimento de desamparo, medo do abandono e reflexo de um **apego inseguro e ambivalente** com suas figuras de apego. Durante a gestação e no início do tratamento, R não saía de casa sozinha, o que foi entendido também como uma ausência de representação interna de **base segura** que protege, mas que estimula a autonomia e exploração do mundo.

R sofreu uma separação da mãe quando tinha apenas 2 anos de idade. No período, vivenciou a separação como um luto, internalizando a mãe como uma figura de apego morta. Passou os oito anos seguintes de sua infância sendo cuidada principalmente por sua tia paterna, que a agredia muito, o que provavelmente a fez internalizar uma figura de apego persecutória, que não a via como pessoa, e um modelo de *self* sem valor e

não digno de amor. Em seus relatos sobre o pai, era lacônica, dizendo apenas que ele não via seu sofrimento, reforçando seus modelos de figura de apego como pessoas não disponíveis e que não a enxergavam.

Com o tempo, foi possível ver que R tinha modelos operantes internos da figura de apego incompatíveis entre si: no início do tratamento fazia relatos da mãe como sendo uma ótima mãe, mas gradualmente elementos odiosos da mãe foram surgindo. Inicialmente, ela realizava uma exclusão defensiva desses aspectos maternos negativos. Para Bowlby¹⁰, esse tipo de defesa leva a uma **cisão nos modelos operantes internos**. Quando isso ocorre, uma parte dos modelos operantes internos acessíveis à consciência e baseados no que foi dito à criança representa a figura de apego como boa e seu comportamento como sendo secundário à maldade da criança. O outro modelo, baseado no que a criança experimentou, mas defensivamente excluiu da consciência, representa o lado odioso e decepcionante da figura de apego.

A paciente ora se identificava com uma mãe má e abandonadora e ora se identificava com J, uma filha desamparada e em quem ela via seus aspectos frágeis e desprotegidos. É sabido que, no momento de internalização da figura de apego, não só as figuras maternas e paternas são internalizadas, mas também é internalizado o modo de cuidar das outras pessoas. Assim, considerando a visão da TA de **transgeracionalidade**, é possível entender que o tipo de vínculo que R estabeleceu com suas figuras de apego na infância foi em parte reproduzido em sua relação com sua filha num tipo de vinculação insegura, o que dificultava a separação de R e J enquanto esta estava na creche. Além disso, a dificuldade que R tinha de **mentalização** pode ser decorrente do fato de ela não ter sido mentalizada e compreendida na infância.

Durante vários meses, R conseguiu contar com a ajuda de outras pessoas para cuidar de J enquanto vinha à consulta. É possível que isso seja secundário à **reconstrução da confiança epistêmica** da paciente, que passou a acreditar e confiar em mim e em outras pessoas fora do *setting* terapêutico.

Este caso poderia ter sido explicado com base em outras teorias, como, por exemplo, a dificuldade de separação/individuação de Mahler ou a capacidade de estar só e o constructo de mãe suficientemente boa de Winnicott, para citar alguns. Entretanto, foi apresentado aqui com o objetivo de ilustrar uma possibilidade de uso da Teoria do Apego na compreensão de conflitos psicodinâmicos.

Conclusão

Neste trabalho foram apresentados alguns preceitos básicos da Teoria do Apego, pontos semelhantes e diferentes dessa teoria com outras escolas da psicodinâmica, suas aplicações clínicas e por fim um caso clínico foi relatado com o objetivo de mostrar formas em que a TA auxilia a compreensão de conflitos psicodinâmicos. Por meio da TA, é possível entender como as primeiras relações de apego são importantes para o desenvolvimento de um indivíduo e de que forma a relação terapêutica pode remodelar os modelos operantes internos do paciente.

Referências

1. Bowlby J. A secure base. London: Routledge; 1988.
2. Bowlby J. Attachment and loss. Vol. 1, Attachment. New York: Basic Books; 1969.
3. Gullestad SE. Attachment theory and psychoanalysis: controversial issues. *Scand Psychoanal Rev.* 2001;24(1):3-16.
4. Holmes J. "Something there is that doesn't love a wall": John Bowlby, attachment theory, and psychoanalysis. 1995.
5. Ferreira F, Pinho P. Psicanálise e teoria da vinculação. *Portal Psicólogos.*
6. Shaver PR, Mikulincer M. Attachment theory and research: resurrection of the psychodynamic approach to personality. *J Res Personal.* 2005;39(1):22-45.
7. Main M. The organized categories of infant, child, and adult attachment: flexible vs. inflexible attention under attachment-related stress. *Inflexible Atten Attach-Relat Stress J Amer Psychoanal Assn.* 2000;48:1055-95.
8. Main M, Kaplan N, Cassidy J. Security in infancy, childhood, and adulthood: a move to the level of representation. *Monogr Soc Res Child Dev.* 1985;66-104.
9. Bretherton I. Attachment theory: retrospect and prospect. *Monogr Soc Res Child Dev.* 1985;3-35.
10. Bowlby J. Attachment and loss. Vol. 2, Separation. New York: Basic Books; 1973.
11. Bowlby J. Attachment and loss. Vol. 3, Loss, sadness and depression. New York: Basic Books; 1980.
12. Ainsworth MD. The development of infant-mother interaction among the Ganda. *Determinants Infant Behav.* 1963;2:67-112.
13. Ainsworth MDS. *Infancy in Uganda: infant care and the growth of love.* 1967.
14. Ainsworth MDS, Blehar MC, Waters E, Wall S. *Patterns of attachment: a psychological study of the strange situation.* 1978.
15. Ainsworth MDS, Bell SM, Stayton D. Individual differences in strange situation behavior of one-year-olds. *Orig Hum SocRelat.* 1971:17-57.
16. Parkes CM. *Love and loss: the roots of grief and its complications.* London: Routledge; 2013.
17. Greenberg MT, Cicchetti D, Cummings EM. *Attachment in the preschool years: theory, research, and intervention.* Chicago: University of Chicago Press; 1993.
18. Ricks MH. The social transmission of parental behavior: attachment across generations. *Monogr Soc Res Child Dev.* 1985:211-27.
19. Mikulincer M, Shaver PR. *Attachment in adulthood: structure, dynamics, and change.* Guilford Press; 2007.

20. Fonagy P, Gergely G, Jurist EL. Affect regulation, mentalization and the development of the self. Karnac books; 2004.
21. Fonagy P, Campbell C. Bad blood revisited: attachment and psychoanalysis. *Br J Psychother.* 2015;31(2):229-50.
22. Fonagy P, Steele M, Steele H, Moran GS, Higgitt AC. The capacity for understanding mental states: the reflective self in parent and child and its significance for security of attachment. *Infant Ment Health J.* 1991;12(3):201-18.
23. Fonagy P, Target M. Bridging the transmission gap: an end to an important mystery of attachment research? *Attach Hum Dev.* 2005 Sep;7(3):333-43.
24. Freud S. *Civilization and its discontents* (1930). London: Hogarth Press; 1946.
25. Bowlby J. The nature of the child's tie to his mother. *Int J Psychoanal.* 1958 Oct;39(5):350-73.
26. Eagle M. *The developmental perspectives of attachment and psychoanalytic theory.* 1995.
27. Bowlby J, et al. *Maternal care and mental health.* Vol. 2. 1951.
28. Bretherton I. The origins of attachment theory: John Bowlby and Mary Ainsworth. *Dev Psychol.* 1992;28(5):759.
29. Bowlby J. Grief and mourning in infancy and early childhood. *Psychoanal Study Child.* 1960;15(1):9-52.
30. Klein M. *The psycho-analysis of children.* 1932.
31. Fairbairn WRD. *An object-relations theory of the personality.* 1954.
32. Ainsworth MDS, Bell SMS, Stayton D. Individual differences in strange situation behavior of one-year-olds. *Orig Hum SocRelat.* 1971;86:17-57.
33. Winnicott DW, Khan MMR. *The maturational processes and the facilitating environment: studies in the theory of emotional development.* London: Hogarth Press; 1965.
34. Balint M. Early developmental states of the ego. Primary object love. *Int J Psychoanal.* 1949;30:265-73.
35. Ainsworth MDS. Object relations, dependency, and attachment: a theoretical review of the infant-mother relationship. *Child Dev.* 1969;969-1025.
36. Mahler M, Pine F, Bergman A. *The psychological birth of the human infant.* New York: Int. Univ. Press; 1975.
37. Bion R. *Elements of psycho-analysis.* In: *Elements of psycho-analysis.* London: Heinemann; 1963. p. 1-104.

Correspondência

Lorena Sena Teixeira Mendes

Rua Ramiro Barcelos 2350. Centro de Pesquisa Clínica 6ª andar, Bairro Rio Branco

90460-210 Porto Alegre, RS, Brasil

senatex@gmail.com

Submetido em: 20/10/2016

Aceito em: 18/12/2016