

FUNDAÇÃO UNIVERSITÁRIA MÁRIO MARTINS
CENTRO DE ESTUDOS MÁRIO MARTINS
Grupo de Interconsulta & Grupo de Vínculos

Ana Caroline B. Pedó; Ana Júlia Schmidt dos Santos; André Botelho Oliveira; Caroline Mottin; Clarissa Marinsek de Castilhos; Cláudia Haetinger; Denise Bauer; Gabriela Lenzi de Oliveira; Gabriela Ribeiro Filipouski; Leticia Teixeira; Marney Paim Dias; Nicole Campagnolo; Renata Xavier da Silva; Vitoria Steffenello Avancini.

VINCULOS EM SITUAÇÕES DE VULNERABILIDADE

Da Anormalidade à Psicose: O que segurou o menino Leonardo?

Vínculo Protetor num Quarto do Tamanho do Mundo

Porto Alegre – Rio Grande do Sul
2018

Da Anormalidade a Psicose: O que segurou o menino Leonardo?

Autores: André Botelho Oliveira; Leticia Teixeira; Nicole Campagnolo; Vitoria Steffenello Avancini

Introdução

O que faz com que um indivíduo tenha um desenvolvimento psíquico satisfatório? O que impede um indivíduo exposto à um ambiente adverso de se desorganizar? Sabe-se que a falha nos cuidados à criança no início do seu desenvolvimento pode ser determinante para as doenças psíquicas, mesmo que fatores biológicos não possam ser desconsiderados.

O trabalho a seguir tem por objetivo, a partir do caso do menino L., abordar quais foram os fatores que protegeram a criança de apresentar desorganização grave do ego apesar de ter passado quase toda a infância sob circunstâncias desfavoráveis ao desenvolvimento íntegro do psiquismo. Pretende-se ainda explicar sobre os fatores protetores em saúde mental e as estratégias terapêuticas preventivas abrangendo desde a hereditariedade aos fatores ambientais.

Apresentação do Caso

Identificação

Leonardo, masculino, 8 anos, natural e procedente de uma cidade do interior do Rio Grande do Sul, nunca frequentou a escola e nem ensino regular, branco, pais casados há 16 anos.

História da Doença Atual

Paciente foi diagnosticado com Bronquiolite Obliterante Bilateral aos 1 anos e 8 meses. Em decorrência da necessidade de suporte respiratório e da gravidade foi internado na UTI a qual permanece até hoje hospitalizado. Em 2015, por progressão da doença, recebeu a indicação de transplante pulmonar bilateral que, após avaliação e busca de doador, foi feito em Abril de 2018. Três dias após o procedimento começou a apresentar crises de ansiedade e choro quando manipulado, agressividade e irritabilidade com todos da equipe. Chegava a morder as pessoas e corria risco de extubação e complicações clínicas. Nesse contexto foi solicitada avaliação e intervenção da psiquiatria.

História Pregressa

É o 3º filho de uma prole de 4. Seus pais são jovens, sua mãe, atualmente com 32 anos, é comerciante e seu pai, hoje com 30 anos, é motorista. Apesar de uma gravidez

não planejada e de conflitos na relação, a gestação ocorreu sem nenhuma complicação. Nasceu de parto normal, com APGAR 10, sem necessidade de cuidados especiais no pós-parto. Amamentou desde o nascimento até os 8 meses. Seu nome foi escolhido tendo por base um urso de pelúcia da mãe. Os marcos do desenvolvimento neuropsicomotor foram todos dentro do esperado até os 2 anos de idade. Sempre foi um bebê com bom temperamento e muito carinhoso.

Por volta de 20 meses de vida teve sua primeira crise de dispneia que progrediu de modo que, após extensa investigação e manejo em pronto socorro, o levou à um quadro de SEPSE e internação na UTI aonde ficou por 6 meses em coma induzido. Nesse período teve o diagnóstico da Bronquiolite Obliterante Bilateral. Após sair do coma ficou nítido para a família a mudança de comportamento e atitude dele. Começou a ter medo que as pessoas se aproximassem e a chorar quando manipulado. O comportamento se exacerbava e se externalizava diante de alguns profissionais e chegava a ter reações extremas de medo e desconfiança. Com os pais às vezes tinha algumas reações mas os mesmos se empenhavam em entendê-lo chegando até a desenvolver entre eles uma forma de se comunicar por sinais criados pelo menino e traduzido por eles.

Nesse período na UTI os pais perceberam, e foi confirmado, que L. vinha sofrendo violência física e psicológica por parte de alguns profissionais através de beliscões, arranhões, gritos, ameaças e punições. Paulatinamente se tornava mais agressivo e passou a ter crises severas de ansiedade em que tinha taquicardia, taquipneia, choros intermitentes e gritos que eram desencadeados pela proximidade de figuras específicas ou quando era feito algum movimento que remetesse aos gestos habituais dessas figuras agressoras. O comportamento ficou cada vez mais externalizado e objetivava, de fato, afastar e se defender das ameaças e agressões que sofria. Com o quadro instalado os profissionais passaram a reagir e retroalimentar as agressões. Chegou ao ponto de se interromper a fisioterapia, o que culminou na atual distrofia que tem nos membros inferiores. Passou também a agredir os pais principalmente quando eles precisavam ir embora e quando voltavam.

Mesmo diante de todo esse sofrimento, muitos profissionais se tornaram grandes figuras de apoio e cuidado que lhe protegiam e trabalhavam em prol de seu desenvolvimento adequado. Alguns lhe passavam segurança e carinho e era notável como sua reação era totalmente diferente. Em destaque teve um fisioterapeuta que chegou a levá-lo algumas vezes fora da UTI para ver o mundo e as psicopedagogas que se empenhavam em tentar estimular seu desenvolvimento cognitivo. Existiam, portanto,

dois L's : aquele que se defendia das ameaças de seu meio e aquele que tinha figuras de apoio e proteção em quem confiava suas vulnerabilidades e desenvolvimento.

Aos 7 anos sua doença chegou em um nível de progressão insustentável quando, em 2015, teve uma parada cardiorrespiratória. Após esse evento a família passou a se portar de forma mais ansiosa e descrente de sua situação. Em 2016 entrou em lista para o Transplante Pulmonar e em abril de 2018 foi chamado para o procedimento que, além de lhe dar uma nova chance de viver, também lhe traria a possibilidade de entrar em contato com novos ambientes, incluindo - pelo menos no início - um novo Hospital.

Exame do Estado Mental do Paciente

Lucido, hipervigil e hipotenaz, difícil avaliação da sensopercepção mas aparentemente sem alterações, orientado auto e alopsiquicamente, memória sem avaliação formal e difícil de avaliar, porém sabe quais são as medicações que serão administradas e sabe do horário que passa o jogo, cognição abaixo da média clínica mas sem avaliação formal, humor disforico, hipertimico, afeto exaltado, labil, pensamento de difícil avaliação pela dificuldade de comunicação, juízo crítico não avaliado, a consciência do eu também de difícil avaliação mas atividade, existência, identidade e limites aparentemente preservado, conduta externalizada, evasiva, disforica, agressiva, pouco colaborativa, impulsivo, psicomotricidade hipercinética no momento da crise, agitação leve, maneirismo voltado a comunicação, linguagem prejudicada.

Exames Complementares

- 1) Exames de Sangue : Apresentavam alterações quanto à colonização visto a permanência hospitalar, tinha discreta hipomagnesemia e hiperprolactinemia (secundária ao uso de doses altas de Risperidona). Sem outras alterações
- 2) Exames de Imagem: Sem lesões a nível de SNV e na faixa respiratória alterações pelo procedimento em questão.

Evolução

Na primeira avaliação Leonardo estava no leito acompanhado pelos pais e por um fisioterapeuta. Aparentava medo e pavor apesar do esforço dos pais em acalmá-lo. O profissional forçava o contato e ele logo se agitava, chutava com as pernas, tentava bater, tremia muito e demonstrava desespero. Ao ser contido pelo pai, começou a chorar muito e a gritar. Em pouco tempo a crise cessou e ele ficou apático por alguns minutos. Crises como essa são frequentes e desencadeadas pela presença de profissionais, principalmente figuras masculinas.

Devido à traqueostomia Leonardo não falava e, portanto, sua comunicação é predominantemente não-verbal e emite poucos sons, o suficiente para os pais que, sempre solícitos e empáticos, conseguiram constituir uma forma totalmente eficaz de se comunicar com o filho. A relação entre eles chamava a atenção pela forma suficiente em que se dava a comunicação e o afeto. O único momento em que ocorriam agressões aos pais era quando um deles precisava ir embora ou quando chegavam.

A aproximação do psiquiatra com ele fora gradual sempre deixando claro, verbalmente, a intenção de ajudá-lo. Mesmo assim empurrava, ameaçava bater e morder várias vezes. Em nenhuma dessas vezes foi punido, mas seguia muito ansioso até que o mesmo mantivesse distancia.

Com o passar das avaliações, feitas em dias intercalados, continuava agressivo, mas parecia se lembrar do médico, que passou a tentar segurar sua mão. Nas primeiras vezes ele beliscava e rasgava toda a luva e o médico passou então a acalmá-lo da mesma forma como sua mãe o acalmava, fazendo carinho e permitindo que ele expressasse sua raiva aos mesmo tempo que deixava claro, falando em tom calmo, que a intenção era ajudá-lo a não se sentir mais daquela maneira. Aos poucos o menino foi beliscando mais fraco até passar a fazer carinho na mão do médico como se retribuísse e entendesse a intenção do mesmo.

No decorrer das semanas, e com a presença frequente, foi ficando mais seguro viabilizando até mesmo uma avaliação mais completa por desenhos e brincadeiras. Nesse processo fica claro que, apesar da atividade motora fina prejudicada, conseguia escolher as cores que queria, pegava as canetas sem ajuda, tirava a tampa e a segurava para fazer o desenho, todos com formas desorganizadas, tendendo a fazer círculos, traços e rabiscos. Apesar de aparentarem não ter significado, através de sua comunicação com os pais, conseguia dizer o que mostrava em seu desenho. Além de ir aceitando a presença do médico com tranquilidade, passou a não permitir que ele saísse de perto; ficava com raiva quando se distanciava e passou a demonstrar afeto lhe dando beijos no rosto e risadas, fato que delineia seu padrão de apego às figuras de confiança.

Ao assistir televisão ou ao desenhar conseguia apontar suas preferências, gostos e desejos. Com a massa de modelar pegava os objetos e simulava como se voassem ou andassem. Sua atenção era muito prejudicada, não conseguia se manter muito tempo em uma atividade e perdia o interesse rapidamente, porém se mostrava organizado e pedia ajuda para tampar todas as canetinhas quando terminava de usa-las.

Foi instituída alteração no esquema medicamentoso em que se reduziu a dose da Risperidona de 6mg para 0,5mg e iniciou-se o Cloridrato de Sertralina 25 mg com aumento gradual até a dose de 200mg/dia. Ao mesmo tempo se propôs mudanças na forma da equipe agir e entende-lo afim de modificar os padrões de comportamento e de comunicação. A mudança radical de ambiente e equipe foi o momento ideal para proporcionarmos a ele a chance de um novo padrão de apego pois, sendo nós parte desse mundo restrito, seríamos objetos que ele tenderia cindir para se preservar.

Ao apresentarmos a ele uma base segura e afetuosa reduzimos, portanto, sua necessidade de se proteger. Ficou internado por aproximadamente mais 15 dias após início do tratamento, teve uma evolução excelente com remissão completa do quadro disruptivo, das crises de ansiedade e choro com direta repercussão na interação com todos da equipe.

Durante a recuperação começou-se a mostrar o mundo a ele em pequenas doses ao passear fora da UTI no jardim das dependências do hospital para ver os peixes, pessoas, carros, céu e o sol. No início era visível a ansiedade ao perceber todo esse novo mundo, mas chama a atenção como facilmente se adaptou demonstrando muita curiosidade e vontade de viver. Em 30 dias recebeu alta do hospital para o desafio de se adaptar a sua nova realidade. Bem-vindo ao mundo, L. !!

Discussão

Estar de frente ao menino L. é olhar para o poder do amor e do vínculo em situações de vulnerabilidade. Que força interna promove ao sujeito a capacidade de não se render à negação da realidade mesmo quando, de fato, ela nos parece insuportável? Com que lentes o mundo foi visto por ele que não o permitiu ver a sua vida como todos os outros viam? Como pedra angular do padrão vincular esta a resiliência, presença e o amor do outro. Foi nessa base harmoniosa entre adversidades e experiências protetoras que nasce a capacidade de resiliência de L.

Resiliência nada mais é do que a capacidade adaptativa em que o indivíduo supera a adversidade e prospera¹. E o fator decisivo para a construção desse conceito é um padrão de apego seguro e protetor durante o desenvolvimento. No caso de Leonardo a ameaça de morte era seu maior fantasma, desde o início ele foi submetido ao meio hospitalar e suas inúmeras intervenções, assim como o seu meio externo era um leito de UTI em que ele estava completamente vulnerável às suas figuras de apego as quais tinham turnos de 12 horas e que trocavam de plantão com frequência.

Por estar diante de tantas figuras diferentes lhe fora de alguma forma impossibilitado a constituição de uma base segura de apoio e ligação. Suas figuras cuidadoras entravam e saíam do quarto, alguns lhe era bons e outros hostis, mas nenhum era constante. Leonardo teve de buscar a certeza na inconstância o que levou aos seus sintomas mais proeminentes de vínculos difusos e a dificuldade de interagir socialmente que foram os fatores que corroboraram com seu diagnóstico descritivo de transtorno de apego reativo.

É impressionante a preservação de seus testes de realidade e como soube lidar com ela. Mesmo diante de traumas ele obteve no comportamento externalizado e em suas fantasias com os “super-heróis” uma forma de se defender e elaborar todo o processo da violência. Além disso sua cognição fervia os olhos para se desenvolver, a linguagem não verbal constituída entre ele e os pais nos mostra a forte capacidade simbolização junto com o empenho dos pais em traduzir o que ele queria dizer.

Ao percebermos que sua patologia não era suficiente para explicar o tamanho do seu lado protetor e positivo, procuramos, através da pergunta indagada no início, quais seriam os fatores que protegeram o menino L.

Em maio deste ano (2018) um estudo Espanhol coordenado por Celso Arango e seus colaboradores² fizeram uma revisão sistemática para identificar mais a fundo as estratégias de prevenção em saúde mental. Os autores dividiram as estratégias em; 1) Universais (as intervenções são feitas nos fatores de risco primários e feitas por toda a população como, por exemplo, os cuidados no processo de desenvolvimento na primeira infância), 2) Seletiva (Age sobre os fatores de risco mas não de forma global e sim através do reforço de habilidades protetoras); 3) Prevenção primária (Feita por profissionais de saúde com o objetivo de tratar manifestações subclínicas e “traços” de patologias psíquicas para evitar evolução do quadro); 4) Prevenção Secundária (também feita pelos profissionais, tem por objetivo tratar transtornos já diagnosticados ao mesmo tempo que se estabelece prevenção de transtornos secundários ou traços ainda em evolução), 5) Prevenção terciária (trata a causa determinada com o intuito de prevenir a deterioração, incapacidade e gravidade da doença).

Ao ler as estratégias automaticamente enquadrámos o desenvolvimento como referencial para a abordagem dessas medidas, os pesquisadores consideraram desde a concepção até a fase adulta. Em contrapartida, para determinar a medida estratégica a ser tomada, estratificaram os grupos em 3 esferas principais que são:

1) Quais os fatores de risco para a doença psíquica presente em cada fase do desenvolvimento? Entendendo essa variável como homogênea demais se considerou 4 grupos para fatores de risco pré-determinados que são os fatores genéticos, biológicos, familiares e sociais.

2) Quais medidas poderiam ser tomadas para uma detecção precoce? A variável das medidas foi colocada dentro da curva de desenvolvimento em congruência com os fatores de risco preestabelecidos.

3) Quais são, a partir da análise desses dois grupos com a variável desenvolvimento, as intervenções de prevenção possíveis a serem feitas? Essas intervenções foram divididas entre “população geral” e “população de risco”. Os dados encontrados estão demonstrados da **Figura 1**.

O estudo conclui que as estratégias de prevenção universal e seletiva podem ser eficazes na melhoria do bem-estar psicológico e prevenir transtornos mentais durante o desenvolvimento e ressaltam a importância de um olhar atento aos detalhes do desenvolvimento e de se agir de forma precoce nas crianças com fatores de risco para transtorno mental (filhos de pais com transtornos mentais ou indivíduos com alta carga hereditária) ou crianças que apresentam manifestações sintomáticas e traços de distúrbios mentais.

Nesse contexto ressalta-se que, em casos como o do Leonardo, é fundamental investir em estratégias de prevenção universal e seletiva para melhorar o bem-estar psicológico e prevenir transtornos mentais graves durante o desenvolvimento, pois as principais

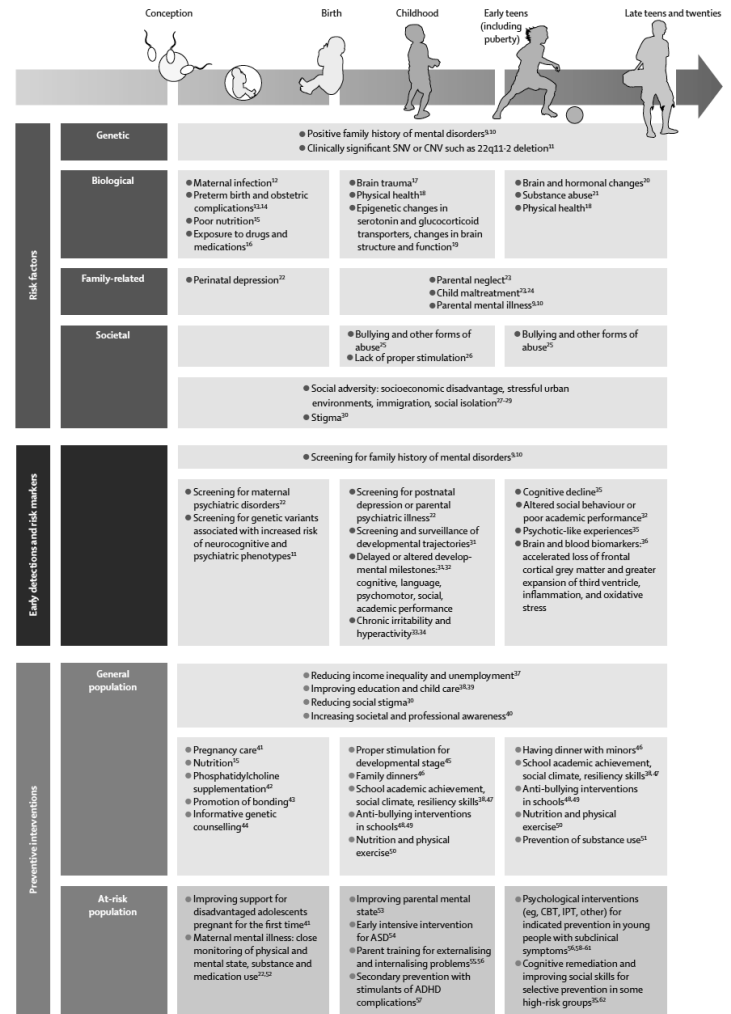


FIGURA 1 - Fatores de risco para doenças mentais e os períodos sensíveis à intervenção. SNV – Variante nucleotídeos único; CNV – Variante número de cópias; ASD – transtorno do espectro autista; ADHD – Transtorno do Deficit de Atenção e hiperatividade; CBT – Terapia Cognitiva Comportamental; IPT – Terapia Interpessoal. Retirada do artigo **Preventive strategies for mental health** – distúrbios em períodos sensíveis de intervenção

intervenções que o seguraram para não se desorganizar foram os investimentos afetivos da família (mãe e pai) e os esforços das equipes de saúde que acreditavam na sua recuperação, além, é claro, de suas capacidades genéticas e de resiliência.

O desenvolvimento do menino L, apesar de todos os impeditivos à um progresso normal da comunicação, se deu à sua maneira aonde desenvolveu, através da linguagem não verbal, uma forma efetiva de se comunicar com o Outro e com “mundo real” e não demonstrou, em nenhuma das avaliações, sintomas psicóticos ou desintegrativos. O que, na nossa percepção, ele demonstrou foi um quadro de reativo diante das adversidades que enfrentou ao longo destes 7 anos de vida. Pensando, portanto, no Transtorno de Apego Reativo como diagnóstico descritivo, entende-se que as manifestações psiquiátricas foram reações frente as atitudes hostis e severas daqueles que o violentaram.

Em relação ao tratamento e as intervenções instituídas, foi somente quando o menino e o terapeuta conseguiram formar uma aliança positiva através do respeito à expressão da agressividade e entendendo-a como forma de comunicar algo e diferente da hostilidade e punição que vinha recebendo que o progresso no desenvolvimento e no tratamento foi possível. Percebendo no vínculo e no afeto a base da terapêutica, a terapia farmacológica foi pontual com o objetivo de regulação de afetos, reduzir a resposta aos traumas e ao estresse.

Atualmente o menino L. está muito bem, com afeto preservado, relacionando-se com a família e com pessoas fora da UTI. Vem se adaptando à sua nova realidade, curioso com todos os estímulos que esse novo mundo lhe trás mas com a certeza de figuras de apego suficientes capazes de, através do afeto e da contenção, lhe dar a segurança em viver fora do quarto.

Conclusão

Nesse contexto, o caso ressalta a importância de toda a equipe de saúde estar sempre disposta a olhar além do sintoma, principalmente no mundo infantil. Não proceder em cima do supérfluo e estar disposto a identificar as particularidades do indivíduo é o que nos possibilita agir de forma não invasiva e suficiente, respeitando os limites e considerando sempre a provável capacidade do sujeito de se curar.

O que segurou o menino Leonardo? Foram os vínculos protetores e a certeza no amor que, diante da constância objetal, permitiram que ele internalizasse a onipotência suficiente para lhe permitir estar de frente para sua realidade, lidar com ela e lutar por si construindo assim a base de sua resiliência. O que se conclui, portanto, é que, diante das

adversidades, só uma vicissitude seria possível segurar uma situação tão difícil como a dele: O Amor.

Referencias Bibliográficas

¹ - ARANGO, C & Cols. Preventive strategies for mental health. The Lancet Psychiatry 2018. Publicação Online, Maio 2018. Disponível em: <[http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366\(18\)30057-9](http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366(18)30057-9)> Acesso em Maio, 2018.

²- Shonkoff, J and Cols. Key Concepts. Resilience in Developing Child. National Scientific Council on the Developing Child and the Center – Project Key Concepts. 2018. Disponível em: <<https://developingchild.harvard.edu/science/key-concepts/>> Acesso em: 20 de Julho 2018.

Vínculo Protetor num Quarto do Tamanho do Mundo

Autores: Ana Caroline B. Pedó, Ana Júlia Schmidt dos Santos, André Botelho Oliveira, Caroline Mottin, Clarissa Marinsek de Castilhos, Cláudia Haetinger, Denise Bauer, Gabriela Lenzi de Oliveira, Gabriela Ribeiro Filipouski, Marney Paim Dias, Renata Xavier da Silva.

“Era uma vez, antes de eu vir, você chorava e via televisão o dia inteiro até virar zumbi, mas eu vim zunindo do céu pela Claraboia pro Quarto”. Comecei a chutar você por dentro. Então eu mergulhei no Tapete com os olhos abertos. Você cortou o cordão e disse: ‘Oi, Jack’ (Transcrição do filme “O quarto de Jack”).

Jack vive em um Quarto sem janelas e a prova de som com a sua mãe Joy, que já está lá há sete anos. O único contato que ambos têm com o mundo é a visita periódica do velho Nick, que os mantém em cativeiro, e a claraboia do Quarto, que lhes dá uma pequena visão do mundo lá fora. Apesar das circunstâncias aterrorizantes, a mãe consegue tornar esse ambiente um lugar agradável para o menino.

Joy inventa histórias fantásticas sobre o mundo em que vivem, e ele acredita que só existem os dois no universo e que atrás das paredes do cativeiro está o espaço sideral; as pessoas que aparecem na televisão não são reais e, ainda, que o sequestrador é uma espécie de mágico que entrega “presentes” aos domingos.

Porém a situação muda quando Jack completa cinco anos e Joy elabora um plano para ambos escaparem do cativeiro. Ele agora vai conhecer um mundo que nunca cogitou ser real, onde cada parte é uma grande novidade.

O objetivo deste trabalho é, através da análise do filme, compreender a relação do vínculo com o desenvolvimento de uma criança.

Aos cinco anos, a criança está em um estágio de desenvolvimento em que começa a olhar para fora do grupo familiar, percebendo diferentemente regras e convívio social. Para Holditch (1992), ainda não há um senso de realidade totalmente formado, mas o mundo que a cerca passa a ser considerado e precisa fazer sentido. Desta forma Jack, que parecia viver bem no Quarto, passa a explorar os limites até então desconhecidos.

O primeiro contato de Jack com este mundo se dá quando, junto com sua mãe, prepara um bolo de verdade para a comemoração do seu aniversário. O filme passa então a oscilar entre momentos da rotina diária da dupla e os questionamentos dele em relação ao suposto mundo lá fora. Ele espia a mãe durante uma das visitas de Nick e passa a

questioná-la sobre o que é real e o que não é real: “*Eu não sei se o Velho Nick é real, talvez metade*” e o mundo do Quarto criado pela mãe começa a ficar pequeno demais.

Neste cenário, a mãe dá continuidade ao plano de fuga. Passa a falar do que é real e que podem morar no mundo que a televisão lhes apresenta. Em determinado momento, Jack se revolta com a morte de um rato que fazia parte do seu ambiente, fala dos presentes do velho Nick e do cachorro que sonha ter, como se ele já existisse. Entra numa fase em que a mãe não consegue preencher suas necessidades de interação com o que o circunda e o confronta com o mundo real. Ela se desconforta, se irrita, dizendo-lhe que nada existe e tudo é sua imaginação. Ele, por sua vez, chora frustrado e a mãe, amorosa, se recompõe e consegue acalotá-lo.

Ele segue querendo ampliar seu espaço compreensivo, insiste em contatar, através dos amigos ET’S, o mundo externo. A mãe sente seu sofrimento. A dupla passa, então, pela fase de apego ambivalente normal do processo de separação, que a conduz na percepção de que sua relação com o filho esta ameaçada e não há mais espaço para tanta fantasia e distanciamento da realidade.

Ela passa, então, a lhe contar a verdade sobre a violência que sofreu no passado de modo a mostrar à Jack, de uma forma amorosa e dolorida, que existe um mundo além daquele Quarto. O menino reage, se assusta e nega esta possibilidade. Seu sentimento destruturante de vazio é tão grande que ele pede comida e desvia do que a mãe quer que ele entenda e aceite. Porém ela não o deixa fugir e lhe mostra a folha apodrecida na claraboia, testemunha do mundo lá fora. Desta forma ela ajuda o filho a enfrentar os medos e a crescer, colocando-o frente à realidade e deixando à mostra o mundo imaginário que só existe na sua fantasia.

Segundo Winnicott (1971), no início, o bebê e a mãe estão fusionados um no outro. O papel da mãe é tornar concreta a visão subjetiva que o bebê tem do objeto. A mãe oscila entre ser o que o bebê tem capacidade de encontrar e ser ela própria. Quando desempenha bem este papel, o estado de confiança é estabelecido e o bebê pode experimentar sua onipotência dos processos intrapsíquicos e o controle que tem do real. A confiança na mãe cria um *playground* intermediário onde a ideia da magia se origina a partir de sua onipotência.

A próxima etapa é quando a criança brinca sozinha na presença de alguém, o que ocorre quando supõe que a pessoa a quem ama é digna de confiança, lhe dá segurança e permanece disponível quando é lembrada, após ter sido esquecida.

A mãe suficientemente boa é aquela que consegue efetuar uma adaptação ativa às necessidades do bebê, que diminui à medida que ele consegue lidar com o fracasso da adaptação e tolerar a frustração.

Os objetos e fenômenos transicionais pertencem ao domínio da ilusão que está na base do início da experiência. Esse primeiro estágio do desenvolvimento é possibilitado a partir da capacidade materna de fazer adaptações às necessidades de seu bebê, permitindo-lhe a ilusão de que aquilo que ele cria realmente existe. Após a ilusão, a principal tarefa da mãe é a desilusão, que precede o desmame.

O autor define, portanto, que:

“o amor da mãe, ou do terapeuta, não significaria apenas um atendimento às necessidades da dependência, mas vem a significar a concessão de oportunidade que permite ao bebê, ou ao paciente, passar da dependência para a autonomia.” (p.150).

Nesta relação mãe-filho, seguindo as confrontações com a realidade, Jack, ansioso, revê tudo que se concentra no quarto. Sente-se poderoso e capaz de tolerar a história dolorida. Seus recursos para defender-se de tamanha dor se alicerçam nesta mãe suficientemente boa, figura de apego seguro que o protegeu desde sempre. Ele canaliza, dessa forma, toda a sua raiva ao destruir o carrinho de brinquedo que ganhara de Nick. Este pai perverso é rejeitado como objeto de separação da dupla mãe-filho.

A mãe, de certa forma, já está se separando, pois assume ser diferente do filho quando desfaz as suas fantasias, apesar do ambiente restrito neste pequeno Quarto do tamanho do mundo. Ela permite à ele não apenas a satisfação, mas também a frustração que o introduz na realidade.

Segundo Spitz (1980, p. 185):

“Talvez se possa dizer que as relações objetais que satisfazem mãe e filho sejam relações nas quais operam forças, no sentido de ambos se completarem, de maneira não só à proporcionarem satisfação, mas também de modo que um deles, ao obter satisfação, possa proporcioná-la ao outro.”

Jack começa a confirmar com a mãe a possibilidade deste mundo maior do qual ela fala, conferindo e constatando o que é real e o que é imaginário. Desabafa a raiva contra Nick com a mãe e declara o desejo de eliminá-lo. É traumático o ensaio para sair deste mundo concentrado no Quarto.

Em 1995, Winnicott escreve que quando as forças destrutivas ameaçam dominar as forças de amor, o indivíduo necessita fazer algo para salvar-se. Sendo assim, a criança precisa exteriorizar o seu mundo interior, ou seja, representar o papel destrutivo e provocar o seu controle por uma autoridade externa. Se essa destruição interna for incontrolável, podem existir dois caminhos: negar a qualidade das fantasias destrutivas ou então exteriorizá-las, sendo a última, um caminho possível para a sobrevivência do indivíduo.

As relações objetais primárias promovem, nas mentes das crianças, uma equivalência entre o estado íntimo e a realidade externa, o que Fonagy (2001) define como *Equivalência Psíquica*. Conforme o autor, a criança pequena irá equacionar a aparência (imaginário) com a realidade e, além disso, os pensamentos e sentimentos, distorcidos pela fantasia, são projetados na realidade externa. A experiência afetiva é o embrião para o desenvolvimento da capacidade de simbolização, mas somente é manifestada mediante o contexto de um relacionamento afetivo seguro. Na ação de obediência, Jack se deixa levar por Nick, confirmando o quanto o seu vínculo de confiança básica está estabelecido com esta mãe que lhe garante cuidados.

Ainsworth (apud Dalbem e Dell'Aglio, 2005) descreve que o modelo de apego desenvolvido pelo sujeito em sua primeira infância é influenciado pelo cuidado disponibilizado por seus cuidadores primários e também está ligado aos fatores genéticos e temperamentais. A maneira como a criança foi cuidada possibilita a construção do modelo representacional interno de si. Este, quando internalizado, propicia que, com o sentimento de segurança em relação a seus cuidadores, acredite em si e torne-se independente e possa explorar o mundo.

O apego é um mecanismo básico para todos indivíduos. Ele exerce papel de transmitir um sentimento de segurança a partir do conhecimento de uma figura de apego que se mostra disponível e proporciona respostas. Esta imagem interna, quando instaurada, como indica Bowlby (1989), será base para os relacionamentos futuros, aparecendo nas primeiras interações para além destas figuras.

O amor tem sua expressão na busca de objetos primitivos introjetados. Para Freud (1914), este sentimento se desenvolve a partir das primeiras marcas mnêmicas advindas da descarga pulsional que é sentido, inicialmente, como experiência de prazer e desprazer. Neste processo de desenvolvimento, o amor é base estruturante do psiquismo e da subjetividade.

A confiança e a segurança gerada pela mãe durante os primeiros anos de vida são determinantes para o estabelecimento da constância do objeto afetivo que irá sustentar a falta do objeto de amor. Mahler (1986) afirma que a mãe pode ser substituída pela internalização de uma imagem positiva e constante. A constância objetal, além da manutenção da representação do objeto de amor ausente, implica a unificação do objeto bom e mau numa única representação de objeto. Diante disso, a separação temporária pode ser prolongada e melhor suportada.

No primeiro contato com o mundo, Jack vê o céu igual ao da claraboia. O mundo maior existe. Sua mãe diz a verdade e ele pode confiar. Quando está no chão, já longe de Nick, ele pega na mão a folha seca, igual à da claraboia e confirma a segurança e proteção que a mãe lhe passa. O mesmo ocorre quando diz para o policial que o socorreu que fora do Quarto tem o mundo, marcando a constância objetal, a proteção e a segurança da mãe, que o acompanha o tempo todo.

A mãe, traumatizada, chora pelo terror da ameaça de perder o filho. Parece chorar também o tempo em que viveu no cativo, numa subserviência necessária para sobreviver.

Inicia-se uma nova trama de adaptação ao mundo real. Jack passa a conviver com os avós e a conhecer tudo aquilo que via na televisão; já sua mãe demonstra maior dificuldade neste processo. Ele está, aos poucos, vendo o mundo graças à mãe que o protegeu e ajudou a crescer quase sem dano, passando pelas fases iniciais sem macular seu mundo de sonhos e ilusões. Demonstra medo e fica querendo se recolher no mundo protegido que ela o ajudou a construir.

Em choque com o reencontro familiar, Joy se revolta, se deprime e começa a perder o controle. No momento em que é questionada por uma assistente social sobre a possibilidade de ter causado algum dano ao filho, tenta suicídio.

Spitz (1979) evidencia que, nas relações objetais normais, a separação da mãe com o recém-nascido é um processo gradual, em que ela sente qualquer conquista do filho como sua realização e qualquer deficiência dele como um fracasso seu.

Tal qual Winnicott em 1971, o amor de mãe não é apenas um atendimento às necessidades do filho, mas uma oportunidade de torna-lo autônomo frente ao mundo.

Jack solicita que a avó lhe corte o cabelo para entregar à mãe, pois acreditava que este representava a sua força. Mostra assim o quanto aprendeu a se colocar no lugar do outro, ressaltando sua capacidade empática.

O amor que tem pelo filho dá conta de seu apego seguro, o que remete ao vínculo materno com sua própria mãe, também suficientemente boa. Isso ilustra a compreensão de Ramires (2010), quando declara que não é o comportamento dos pais ou suas vivências da infância que definem a qualidade de segurança frente ao apego seguro, mas a forma como se organizam internamente seus modelos representacionais.

Ao buscar recursos no seu mundo infantil, Jack recebe o apoio da avó no período em que sofre privação da figura materna. A mesma reforça o padrão de apego seguro, auxiliando-o na interação social com o ambiente.

Em 1990, Winnicott reitera que a capacidade de estar só se dá a partir da introjeção dos cuidados externos, auxiliando a construção da personalidade do indivíduo. Afirma que: “Mesmo assim, teoricamente há sempre alguém presente, alguém que é, no final das contas, equivalente, inconscientemente, à mãe [...]” (p.37).

Quando a mãe volta para casa, concebe-se o crescimento da dupla mãe-filho. Jack, ao encontrar-se com ela, busca automaticamente o seio que lhe é negado, o que o menino aceita com leveza. Desse modo, entende-se que o mamar perpetuava uma relação protetora, necessária para a díade durante o confinamento. Sua mãe foi figura básica de apego seguro durante cinco anos, dando-lhe condições para explorar o mundo. O filme termina com Jack e sua mãe despedindo-se do Quarto, percebido agora por ele como muito pequeno. Sim, o mundo de Jack cresceu.

Um mundo restrito a quatro paredes, como os espaços em que viviam Jack e Leonardo (caso apresentado anteriormente), pode constituir-se adverso à organização do psiquismo. Em consonância com a história de Jack, o menino que viveu os sete primeiros anos de vida em um leito de UTI também é um exemplo de vínculo que salva. O apego seguro, o amor e a presença suficiente da mãe que vai, mas volta, constituíram a base da constância objetal.

Assim como na história do filme, Leonardo também conheceu o mundo através do sofrimento, perda e separação. Esses sentimentos, no entanto, se superam diante de suas capacidades subjetivas de externalizar e se defender do domínio de terceiros. Desta forma, inaugura-se a capacidade de internalização e simbolização de suas figuras protetoras.

Tais privações, ocorridas em um momento tão importante do desenvolvimento, justificariam falhas significativas na estruturação do psiquismo. O que mais chama atenção na história desses guerreiros é que, ao analisar o seu mundo interno, percebe-se

que as falhas são ínfimas frente à capacidade estruturante das figuras de apego no aparelho psíquico e a possibilidade de uma relação equilibrada com o mundo.

Referências bibliográficas

BOWLBY, J. *Uma base segura: Aplicações clínicas da teoria do apego*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.

DALBEM, J. X. DELL'AGLIO, D. D.. Teoria do apego: bases conceituais e desenvolvimento dos modelos internos de funcionamento. *Arquivos. Brasileiros de Psicologia*. Rio de Janeiro, v. 57, n. 1, p. 12-24, jun. 2005. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672005000100003&lng=pt&nrm=iso. acesso em 01 ago. 2018.

FONAGY, P. *The psychoanalysis of violence*. Dallas: DSPP, 2001. Disponível em: <http://www.dspp.com/papers/fonagy.html>.

FREUD, S. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. v. 14 (1914-1916). Sobre o Narcisismo: Uma introdução. Rio de Janeiro: Imago, 1969.

_____. _____. _____. O instinto e suas vicissitudes. Rio de Janeiro: Imago, 1969.

HOLDITH, L. *Compreendendo seu filho de 5 anos*. Rio de Janeiro: Imago, 1992

MAHLER, M. S. *O nascimento psicológico da criança: smbiose e individuação*. Rio de Janeiro: Zahar, 1986.

RAMIREZ, V. R. R.e SCHENEIDER, M. S. Revisitando alguns conceitos da Teoria do Apego: comportamento versus representação? *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, Brasília, v. 26, n. 1, p. 25-33, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v26n1/a04v26n1.pdf>

SPITZ, R. A. *O primeiro ano de vida*. São Paulo: Martins Fontes, 1980.

WINNICOTT, D. W. *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago, 1971.

WINNICOTT, D. W. *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.

WINNICOTT, D. W. *Natureza humana*, Rio de Janeiro: Imago, 1990.

WINNICOTT, D. W. Agressão e suas raízes. In: _____. *Privação e delinqüência*. São Paulo: Martin Fontes, 1995.