

Aumentar a resiliência das crianças vítimas de violência

MARIA JOSÉ GONÇALVES (*)

1. INTRODUÇÃO

Quando falamos de violência, a que violência nos referimos? Da violência que sofrem as crianças vítimas de guerras, cujas imagens nos chegam quotidianamente? A violência das deportações, das condições de vida nos campos de refugiados, das separações violentas das famílias? A violência dos ataques bombistas, dos massacres, das sequestrações em escolas e creches, actos imprevisíveis e completamente irracionais? Evidentemente, mas não só. Existem ainda outras formas de violência, insidiosa e desconhecida, que vitimam milhares de crianças em todo o mundo, comprometendo a curto e a longo prazo a sua saúde mental e o seu futuro. A Federação Mundial de Saúde Mental (WFMH) escolheu para celebrar o Dia Mundial da Saúde Mental de 2002, o tema «As consequências dos traumatismos e da violência sobre as crianças e sobre os adolescentes». A Organização Mundial de Saúde (OMS) publica números assustadores: 40 milhões de crianças, menores de 15 anos, são vítimas todos anos de violências e privações. Segundo um relatório da UNICEF, «entre 1985 e 1995, mais de 2 milhões de crianças foram mas-

sacradas, 6 milhões foram gravemente feridas e 12 milhões ficaram sem abrigo». O Centro Nacional para Crianças Expostas à Violência nos Estados Unidos da América refere que mais de 4 milhões de adolescentes foram vítimas de violências físicas graves. Destes, metade desenvolveu sintomas neuro-psiquiátricos conhecidos sob a designação de síndrome post-traumático (Perry et al., 1985). Os bebés e as crianças pequenas, pela sua imaturidade, são ainda mais vulneráveis a estas situações traumáticas e sofrem consequências igualmente graves.

A influência dos traumatismos no desenvolvimento psico-afectivo da criança pode dar-se em três níveis diferentes (Lévy-Schiff & Rosenthal, 1993):

1. O impacto directo do traumatismo.
2. Os mecanismos de adaptação («coping»).
3. As consequências sobre o desenvolvimento e sobre as relações.

1.1. *Impacto directo*

O impacto do traumatismo diz respeito às situações em que a barreira de protecção contra os estímulos é rompida de forma abrupta. A barreira de protecção é constituída pelos mecanismos de auto-regulação, um sistema de para-excitação interna, e os cuidados maternos que constituem a

(*) Pedopsiquiatra.

barreira de protecção extrema. A rotura desta barreira de protecção provoca, no bebé, estados de desorganização afectivo-motora, com agitação, choro intenso, seguidos ou não de momentos de apatia e de «congelamento» dos afectos e ainda perturbações do sono e do apetite. Estas reacções podem atingir um estado crítico com episódios em que a criança se mostra assustada e agitada, por vezes retirada como se estivesse de novo a ser confrontada com a situação traumática (re-experiência).

O aparecimento destes sintomas configura o quadro clínico de Perturbação de Stress Traumático (DC: 0-3) e a sua gravidade, de acordo com vários estudos, está correlacionada positivamente com a presença do síndrome nos pais. Um destes estudos foi efectuado em Israel com crianças com menos de 36 meses, vítimas de bombardeamentos durante a guerra do Golfo e mostrou que os bebés das mães que se sentiram mais assustadas e incapazes de se adaptar à situação tinham sintomas mais intensos e levavam mais tempo a recuperar (Lévy-Schiff & Rosenthal, 1993).

Scheringa e Zeanah (1995) mostraram igualmente que as manifestações de stress traumático nas crianças com idade inferior a 48 meses eram mais graves se os pais das crianças fossem igualmente atingidos pela violência.

1.2. Os mecanismos de adaptação

Estes mecanismos correspondem às estratégias individuais desenvolvidas para lidar com o stress. O conjunto dessas estratégias e a sua maior ou menor eficácia constitui aquilo a que habitualmente se chama a resiliência.

O termo resiliência é usado na Física e designa a capacidade dum corpo deformado por uma pressão externa retomar a sua forma inicial. Estendendo-se à Psicologia designa a capacidade do indivíduo, face à adversidade, de desenvolver mecanismos positivos de adaptação (Garmezy, 1994). O grau de resiliência de cada indivíduo depende de vários factores, nomeadamente os constitucionais, como por exemplo o temperamento. Com efeito, desde o nascimento muitos bebés têm tendência a mostrar-se activos e persistentes, tentando várias estratégias na procura das soluções para os conflitos, enquanto outros tendem a adoptar atitudes passivas, desistentes

ou de perseverança, que os conduzem ao insucesso. Depende ainda de factores relacionados com a maturação do S.N.C. como a linguagem, o desenvolvimento psicomotor e a capacidade cognitiva.

A resiliência depende também de factores relacionais e vários estudos (Demos, 1989) mostram que o funcionamento familiar tem uma influência decisiva, positiva ou negativa, sobre a qualidade das respostas resilientes da criança. Demos define a *resiliência familiar* como um conjunto de características que incluem a capacidade da família ter um funcionamento flexível e uma função de contenção dos problemas, sem os deixar invadir outros domínios do funcionamento familiar ou interferir no funcionamento da criança.

Portanto, a capacidade dum criança dar respostas adaptadas face à adversidade, sem que esta interfira no seu desenvolvimento, ou seja a resiliência individual não é um factor inato, estático. É um conceito evolutivo e interactivo, que depende em grande parte da qualidade das relações pais-crianças.

1.3. As consequências dos traumatismos sobre o desenvolvimento psíquico

Estas consequências podem fazer sentir-se ao nível do funcionamento cerebral e fazem sempre sentir-se ao nível psíquico.

Os bebés estão em constante evolução e interacção com o meio ambiente. Quanto mais jovem é a criança, maior é a plasticidade do seu cérebro e maior é a sua sensibilidade aos estímulos. As reacções do cérebro ao stress provocam alterações dos neuro-transmissores com a activação de estruturas cerebrais. Se essas alterações se desencadeiam em períodos ditos «sensíveis» da maturação do S.N.C. ou se prolongam no tempo, inscrevem-se de forma duradoura no funcionamento cerebral e podem provocar alterações comportamentais permanentes (Perry et al., 1995).

A gravidade das consequências psíquicas dos traumatismos depende da idade da criança. Até aos 18 meses, a noção de perigo está sobretudo ligada à perda ou à ausência das figuras de vinculação.

A partir dos 18 meses, o desenvolvimento da linguagem, da capacidade simbólica, do jogo, assim como da retenção mnésica das relações e dos

acontecimentos abrem caminho à representação mental dos afectos dos outros, de si próprio dos acontecimentos. Esta recém-adquirida maturidade cognitiva e afectiva permite à criança a partir dos 2 anos, reconhecer as situações e começar a antecipá-las, nomeadamente as situações de perigo real e externo.

Este reconhecimento do perigo arrasta consigo mais reacções de ansiedade e eventualmente mesmo o aparecimento de sintomas nas crianças mais velhas, mas também um funcionamento mais autónomo em relação às figuras parentais, com o desencadear dos processos de internalização e de mentalização. O estudo realizado em Israel e já referido mostrou que, embora as crianças mais velhas apresentassem mais sintomas, elas recuperavam mais rapidamente que os bebés mais pequenos, cujas perturbações eram mais resistentes e duradouras. Estes eram sobretudo vulneráveis às alterações bruscas das rotinas (por exemplo: durante os alarmes nocturnos, o acordar súbito, a introdução de máscaras e a fuga para os abrigos em menos de 5 minutos). Também as famílias são muito vulneráveis a estes aspectos em geral associados a uma grande desagregação do tecido social, o que reforça o impacto dos traumatismos nas crianças. A melhoria era mais rápida nas crianças que, nos jogos e na linguagem, introduziam os temas da guerra.

Portanto, e em conclusão, podemos dizer que a resiliência imediata e a longo termo das crianças vítimas de traumatismos e de violência depende da qualidade das relações precoces também – por um lado da resposta parental ao stress, sobretudo nos mais pequenos, e por outro do desenvolvimento das capacidades simbólicas e do jogo da própria criança. Aumentar a resiliência das crianças nestas circunstâncias implica dar uma atenção especial ao funcionamento das famílias, através de intervenções específicas, e à reposição rápida do tecido social, quando é caso disso. Mas também se torna importante apoiar o funcionamento individual de cada criança, recorrendo às psicoterapias e às actividades lúdicas.

Gabarino (1993), um investigador americano ligado ao estudo do desenvolvimento infantil, reuniu um certo número de factores individuais, relacionais e sociais que protegem o desenvolvimento e melhoram a resiliência da criança qualquer que seja o tipo de violência ao qual esta possa ter sido submetida.

São eles:

- Capacidade de tentar ultrapassar activamente a situação traumática, em vez de reagir passivamente.
- Competência cognitiva
- Experiências de eficácia própria, de auto-estima positiva e de auto-confiança.
- Características do temperamento (actividade, persistência, flexibilidade e motivação).
- Relações estáveis pelo menos com um dos cuidadores de cuidados.
- Modelos de comportamento parental e um clima educativo aberto e de apoio que encorajem as atitudes positivas face aos problemas.
- Suporte social fora da família.

2. FORMAS DE VIOLÊNCIA

A violência comunitária, que aparece de forma brusca, impossível de prever e de evitar é cada vez mais visível e reconhecida. Em geral, nos países mais desenvolvidos, tomam-se medidas para diminuir as suas consequências.

Mas existem outras formas de violência, mudas e insidiosas, que se exercem de forma crónica e em segredo e que vitimam milhares de crianças no mundo. Esta violência é exercida muitas vezes pelos adultos que deveriam proteger a criança e passa-se quase sempre no interior da família ou no meio circundante e com a cumplicidade de quase todos. Reconhecer estas situações é sempre abalar as bases nas quais se funda a família, com um impacto difícil de calcular. E no entanto a gravidade das consequências para a saúde mental e o bem-estar da criança é incalculável e a avaliação destes custos para a sociedade ainda está por realizar.

A violência, segundo a OMS, consiste «na ameaça ou recurso intencional à força física contra si próprio, outra pessoa ou um grupo, provocando ferimentos, morte, dano moral, mau desenvolvimento ou privações. A violência é provocada por numerosos factores a nível individual, interpessoal, familiar, comunitário e societário» (WFMH, 2002).

Mas a violência dos actos que atingem a integridade corporal e/ou o funcionamento mental

do indivíduo também deve ser considerada em função da maturidade física e psíquica da pessoa que sofre essa violência e não em si mesma ou em função apenas da sua intensidade.

Na realidade, o desenvolvimento da criança pequena é marcado por uma grande dependência física e emocional do adulto, bem como por formas de pensamento, de verbalização e modos de defesa primitivos, tornando-a mais vulnerável a formas de violência mais subtis mas invasivas, como por exemplo a omissão de cuidados, de protecção, de apoio emocional ou ainda a exposição a actos violentos ou abusivos.

Num estudo realizado em Portugal junto de instituições, quer de saúde quer de solidariedade social que se ocupam de crianças, foram descritas várias formas de maus-tratos que configuram este tipo de violência (Almeida et al., 1995). As autoras encontraram uma elevada percentagem de casos de abandono (34,8%), exposição à violência (25,4%) e abuso emocional (16,5%).

Na nossa experiência clínica, esta forma de violência é muito difícil de identificar. Nas consultas de pediatria, a presença de lesões físicas facilita o diagnóstico, mas este torna-se mais difícil quando as manifestações têm um carácter predominantemente psicológico e as vítimas não se queixam ou porque não têm ainda acesso à linguagem ou porque, tendo-o, não se imaginam a queixar-se dos adultos de quem dependem e temem a perda do seu amor. Na realidade uma das necessidades básicas do ser humano é o estabelecimento de relações de vinculação com figuras de referência, que dão afecto e protecção e o medo da perda do amor das figuras de vinculação sobrepõe-se à dor física ou à dor psíquica.

Por outro lado, motivações conscientes e inconscientes dos profissionais dificultam essa identificação.

Em primeiro lugar são actos contra-natura que só é possível imaginar violentando-se a si próprio. A defesa da espécie é um princípio biológico que se opõe à agressividade contra os elementos da mesma espécie e deveria impedi-la.

Em segundo lugar, a suspeita de violência provoca sempre um primeiro movimento de rejeição do facto, que vai necessitar de posterior confirmação. No espírito do observador nasce a dúvida, que depois é rebatida e só a existência de novos factos a traz de novo para primeiro plano. E nem sempre existe uma procura consciente de

confirmação. Isto porque o diagnóstico de violência evoca sentimentos de culpa no profissional que são difíceis de gerir. Esta culpabilidade, que é simultaneamente consciente e inconsciente, é muitas vezes consciente em relação ao adulto que se acusa. A violência e os maus-tratos implicam sempre a existência de um potencial abusador, de quem se faz um juízo profundamente negativo e que desencadeia zanga e indignação.

A culpabilidade inconsciente está ligada à ambivalência que todos trazemos em nós contra os objectos internos, nomeadamente o objecto materno e os seus bebés potenciais.

Estas situações evocam e actualizam essa ambivalência, que com tanto esforço conseguimos recalcar e desencadeiam atitudes contra-transfereciais por parte dos profissionais, que nem sempre são adequadas aos casos. Esta é uma das razões porque este trabalho exige equipas multidisciplinares formadas por profissionais competentes e com experiência, que possam beneficiar de supervisão.

3. ASPECTOS CLÍNICOS

Do ponto de vista clínico, a violência que se exerce no seio da família, de forma silenciosa e pervasiva, é, para as equipas de saúde mental, um dos problemas mais preocupantes e mais difíceis de resolver. De acordo com o estudo anteriormente referido (Almeida et al., 1995) esta forma de violência é frequente e exerce-se sobre as crianças mais pequenas. Assim, em 39,7% dos casos tratava-se de crianças com idades inferiores a 3 anos (inclusive) e em 43,7% dos casos tinham idades entre os 4 e os 9 anos. Este tipo de maus-tratos que pode não se traduzir em manifestações clínicas muito evidentes, é difícil de definir, sobretudo nas crianças mais pequenas. Durante as consultas, o que se torna mais evidente é a instalação de um desconforto crescente e inexplicável no observador. A origem deste desconforto reside provavelmente na frequente dissociação entre a narrativa dos pais, ou seja a história familiar e pessoal, a descrição que fazem da criança e a narrativa da criança, ou seja a forma como a criança se nos apresenta à observação. Começamos pela narrativa dos pais que, em geral enviados por terceiros, apresentam um discurso coerente mas pobre no que respeita ao

bebé e aos afectos que este desencadeia neles. Apresentam dados concretos, factuais e trazem-nos a descrição de um bebé cujos problemas não os inquieta, mesmo quando descrevem sintomas de alguma gravidade, nomeadamente na área alimentar, por vezes com atrasos de crescimento, da linguagem ou queixas de agitação e agressividade.

A tentativa de encontrar um sentido, uma motivação, uma preocupação não encontra eco nestes pais, que se apresentam como pais quase perfeitos e que têm sempre uma explicação racional para qualquer dúvida que surja a propósito do seu relacionamento com a criança. No observador fica a ideia do não-dito que envolve a criança e que não é possível abordar, a ideia de que existe um segredo familiar.

Vejam agora o bebé. Pela sua apresentação, a narrativa que ele nos traz é oposta à dos pais. Somos então confrontados com um bebé completamente diferente daquele que nos tinha sido descrito. Aparece-nos um bebé triste ou siderado nas suas manifestações afectivas, «congelado» para utilizar as palavras de Selma Fraiberg, sem interesse pelo que o rodeia, sem apetência pelo jogo, com actividades monótonas e repetitivas: um bebé esgotado pelo esforço de sobrevivência. Ou, então uma criança agitada, às vezes imparável, com um contacto indiferenciado, com poucos limites, pouco investido nas suas manifestações e necessidades, que investe pouco a relação e em que o jogo, se existe, tem um carácter de colagem à realidade.

A história de negligência ou de abuso, que a criança conta pelo seu comportamento e pelo seu contacto, não condiz com a descrição dos pais e não corresponde nem à representação mental que eles têm dos filhos nem deles próprios como pais. Corresponde, em nosso entender, às representações que eles têm de si próprios como filhos e da relação com os seus próprios pais, porque em geral estes pais viveram eles próprios situações de negligência, de separações ou foram vítimas de maus-tratos, às quais se referem de forma afectivamente distanciada.

A origem transgeracional da violência é hoje admitida por grande número de autores e foi confirmada pelos trabalhos de S. Fraiberg com jovens mães maltratantes. Esta autora verificou que em muitos casos de maus-tratos e de negligência materna, o bebé representava uma perso-

nagem-chave do passado da mãe, sentido como perseguidor e que o ódio infantil da mãe (ou do pai) dirigido a essa figura era deslocado para o bebé, que se tornava um alvo preferencial da agressividade parental. Na mesma linha, Lebovici desenvolveu o conceito de interacção fantasmática e de transmissão fantasmática transgeracional para descrever o processo de passagem, de pais para filhos, de atitudes, mitos e fantasmas familiares.

Também os estudos sobre a vinculação mostram de forma clara não só correlações entre o tipo de vinculação materna e o da criança, mas também algumas relações interessantes entre a vinculação e a resiliência. Assim, verificou-se uma relação positiva entre a sensibilidade e a capacidade de compreensão maternas dos estados emocionais da criança e o desenvolvimento de uma relação de vinculação de tipo seguro (Fonagy et al., 1991).

Por seu lado, os trabalhos longitudinais de Erickson (Erickson et al., 1985) mostram que os bebés, que entre os 21 e os 18 meses apresentavam comportamentos de vinculação de tipo seguro, desenvolviam aos 42 meses, características de maior «ego-resiliência», ou seja uma maior persistência e entusiasmo em resolver problemas, uma maior autonomia e uma maior capacidade interactiva. Aos 6 anos, estas crianças tinham uma maior capacidade de exprimir os seus sentimentos, melhores competências cognitivas e sociais no grupo de pares do que o grupo de crianças com uma vinculação de tipo inseguro. Também Fonagy (Fonagy et al., 1991) considera que há evidência empírica que a qualidade da vinculação influencia a adaptação social, a regulação dos afectos, as competências cognitivas e o desenvolvimento do self, componentes importantes da resiliência individual. Bowlby (1988) afirma: «O grau de resiliência dum criança aos acontecimentos que provocam stress é determinado muito significativamente pelo modelo relacional desenvolvido durante os primeiros anos de vida.»

A utilização do questionário «Adult Attachment Interview» (Main et al., 1985), permitiu comparar os modelos de vinculação maternal com os da criança e mostrou uma correlação significativa entre as características dos modelos de vinculação evocadas pelos pais na infância e os da criança. Também Bretherton (1980) de-

monstrou a importância dos efeitos nefastos das experiências de rejeição e de negligência, vividas pelos pais na infância, na construção dos seus próprios modelos de vinculação, vindo a comprometer, secundariamente, o desenvolvimento de uma vinculação segura nos seus bebés.

Verifica-se clinicamente que as experiências traumáticas não resolvidas da infância tornam o comportamento dos pais intrusivo e pouco sensível ao estado de espírito dos filhos, passando rapidamente ao acto e que as mães nestes casos não se tornam objecto de vinculação segura por parte dos filhos. Estudos estatísticos mostram que 65% das crianças maltratadas apresentam uma vinculação insegura, enquanto na população normal só 35% apresentam este tipo de vinculação.

4. AUMENTAR A RESILIÊNCIA

Uma das formas de proteger as crianças e de evitar os efeitos nefastos da violência é ajudá-las a desenvolver os seus próprios mecanismos de resiliência.

O primeiro nível de intervenção é proteger a relação mãe-filho. Como vimos, é no interior da interacção mãe-criança que se constróem os mecanismos psicológicos que favorecem as estratégias de auto-protecção do indivíduo e que se desenvolve a resiliência. O apoio à relação precoce constitui assim a primeira linha de prevenção dos maus-tratos. Fonagy (1998), num importante artigo de revisão sobre a prevenção em saúde mental, refere que é na área dos abusos e da negligência que os dados clínicos são mais expressivos estatisticamente e provam que as intervenções precoces de tipo preventivo diminuem significativamente essas situações. Este autor mostra ainda que só as intervenções intensivas, multidisciplinares e de longa duração são verdadeiramente eficazes. Um primeiro passo consiste na detecção das famílias em risco e na implementação de medidas concretas e dirigidas a riscos específicos. Dada a importância, já referida, da sensibilidade materna para o estabelecimento de uma relação de vinculação segura, determinante no desenvolvimento do self e da resiliência, consideramos que, nos casos de maus-tratos, as intervenções devem dirigir-se especificamente

ao apoio da relação mãe-criança e ser iniciadas precocemente.

Na Unidade da Primeira Infância¹, nos casos de risco que nos são assinalados ou em que a situação de negligência ou abuso está instalada, a primeira preocupação é tentar estabelecer com os pais uma relação de confiança e desenvolver uma aliança terapêutica, em que o principal objectivo comum é o bem-estar da criança. A avaliação da capacidade de mudança das famílias e de adaptação à criança é essencial, porque quando as situações têm tendência a eternizar-se, provocam prejuízos gravíssimos para a saúde mental destas crianças.

Após os primeiros contactos no serviço, as sessões terapêuticas são, de preferência, domiciliárias e semanais. Privilegiamos a escuta atenta e empática das mães, das suas dificuldades e dos seus problemas, por vezes bem concretos, e que se referem quase sempre ao isolamento e a sentimentos de abandono e solidão. Em muitos casos, o terapeuta ajuda na solução desses problemas, nomeadamente, como intermediário junto dos serviços de saúde ou da comunidade, ou a encontrar soluções para a guarda do bebé, etc.. O objectivo é aliviar as mães do peso do quotidiano e ajudá-las a organizarem-se. Durante as sessões e enquanto ouve a mãe, o terapeuta mantém-se atento ao bebé, respondendo às suas iniciativas interactivas, mostrando-as à mãe, ajudando-a a dar-lhes significado e a responder-lhe de forma contingente. Trata-se por vezes de uma verdadeira maternalização das mães, que por esta via e por se sentirem protegidas, progressivamente começam a estar mais atentas e sensíveis às manifestações da criança e às suas necessidades. Com este tipo de trabalho, melhoramos as competências maternas e a relação mãe-criança. As mães tornam-se mais confiantes e ao mesmo tempo mais capazes de reconhecer as suas limitações e de pedir ajuda, reduzindo muito o risco de maus-tratos. Aumentando a sensibilidade e a disponibilidade das mães há um reforço do vínculo mãe-criança e dos factores protectores do desenvolvimento e por isso não só a probabili-

¹ Departamento de Psiquiatria da Infância e da Adolescência, Hospital de D. Estefânia, Lisboa.

dade da criança ser submetida a abusos diminui, como aumenta a sua capacidade de desenvolver um self mais diferenciado e de se tornar mais resiliente face à adversidade.

Nos casos mais graves, em que falha a possibilidade de estabelecer uma aliança terapêutica, deverão ser tomadas medidas de protecção da criança. Estas medidas devem ter em vista dar às crianças oportunidades de estabelecer relações primárias estáveis e experiências emocionais positivas, num meio alternativo fiável e que assegure a continuidade de cuidados.

Um terceiro nível de intervenção é a intervenção psicoterapêutica junto das crianças, com o objectivo de aumentar a sua capacidade de mentalização. De qualquer forma, se a criança continuar sujeita aos factores patogénicos, os resultados são medíocres. Estas situações acontecem sobretudo nos casos graves de patologia de carácter parental em que, nas palavras de B. Golse (comunicação pessoal), «a violência toma a forma do ódio» e em que a incompetência parental é muito difícil de provar e de tratar.

Em conclusão, poder-se-á dizer que a violência e os maus-tratos são situações que apresentam formas clínicas diversas, com uma etiopatogenia multi-factorial, em que o peso de cada um dos factores varia segundo os casos. Perante uma situação de maus-tratos é imperativo que o clínico faça uma avaliação individual e que ponha em marcha as intervenções que tenham em linha de conta a especificidade de cada caso.

Mas a violência que se exerce sobre as crianças, seja comunitária ou familiar, abrupta ou crónica, manifesta ou escondida, diz respeito não só aos profissionais e às famílias, mas também à sociedade em geral, que deve tomar conhecimento da gravidade do problema e participar nas medidas de protecção às crianças e jovens.

Portanto, neste domínio, e para combater esta calamidade, é necessário que os investigadores, os clínicos e os profissionais da saúde infantil reunam os seus conhecimentos e os seus esforços num trabalho comum multidisciplinar que envolva os governantes e a sociedade civil num mesmo objectivo: um futuro mais seguro para as gerações vindouras.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, A. N., André, I. M., & Almeida, H. N. (1995). *Os maus-tratos à criança em Portugal. Relatório final*. Lisboa: Centro de Estudos Judiciários.
- Bowlby, J. (1988). *A secure base. Clinical applications of attachment theory*. London: Routledge.
- Bretherton, I. (1990). Communication patterns, internal working models, and the intergenerational transmission of attachment relationships. *Infant Mental Health Journal*, 11, 237-252.
- Demos, E. V. (1989). Resiliency in infancy. In T. F. Dugan, & R. Coles (Eds.), *The child in our times. Studies in development resiliency* (pp. 3-22). New York: Bruner/Mazel.
- Erickson, M. F., Sroufe, A. L., & Egeland, B. (1985). The relationship between the quality of attachment and behavior problems in pre-school in a high-risk sample. In I. Bretherton, & E. Waters (Eds.), *Growing points of attachment theory and research. Monographs of the Society for Research in Child Development*, 50, 147-166.
- Fonagy, P., Steele, M., Steele H., Moran, G. S., & Higgitt, A. C. (1991). The capacity for understanding mental states: the reflective self in parent and child and its significance for security of attachment. *Infant Mental Health Journal*, 12, 201-218.
- Fonagy, P. (1998). Prevention, The appropriate target of infant psychotherapy. *Infant Mental Health Journal*, 19, 124-150.
- Gabarino, J. (1993). Children's response to community violence. What do we know? *Infant Mental Health Journal*, 14, 103-115.
- Garnezy, N. (1994). Reflections and commentary on risk, resilience and development. In R. J. Haggerty, J. Robert, L. R. Sherrod, N. Garnezy, & M. Rutter (Eds.), *Stress, risk, and resilience in children and adolescents* (pp. 354-385). New York: Cambridge University Press.
- Levy-Schiff, R., Hoffman, M. A., & Rosenthal, M. K. (1993). Innocent Bystanders: young children in war. *Infant Mental Health Journal*, 14, 116-130.
- Perry, B., Pollard, R., Blakley, T. I., Baker, L., & Vigilante, D. (1995). Childhood trauma, the neurobiology of adaptation and «use-dependent» development of the brain: how «states» become «traits». *Infant Mental Health Journal*, 16, 271-291.
- Main, M., Kaplan, N., & Cassidy, J. (1985). Security in infancy, childhood and adulthood: A move to the level of representation. In I. Bretherton, & E. Waters (Eds.), *Growing points of attachment theory and research. Monographs of the Society for Research in Child Development*, 50, 66-72.
- Sheering, M. S., & Zeanoh, C. (1995). Symptom expression and trauma variables in children under 48 months of age. *Infant Mental Health Journal* 16, 259-270.

World Federation for Infant Mental Health (WHOM) (2002). *Relatório do Dia Mundial da Saúde Mental 2002*.

RESUMO

A violência é um fenómeno social cada vez mais generalizado num número cada vez maior de crianças, cada vez mais jovens. O impacto directo do traumatismo, a sua influência sobre o desenvolvimento psicoafectivo da criança e as estratégias de adaptação utilizadas são áreas nas quais se fazem sentir as consequências dos traumatismos. A resiliência é descrita como sendo um factor muito importante que determina a forma como a criança e a família reagem ao traumatismo. A autora analisa de uma forma mais sistemática os maus-tratos que se exercem sobre as crianças pequenas, no seio da família. Baseada na experiência clínica da Unidade da Primeira Infância, descreve alguns aspectos clínicos que vão desde as dificuldades do diagnóstico destas situações, até à sua transmissão transgeracional e finalmente as intervenções terapêu-

ticas que protegem a criança e a ajudam a desenvolver os seus mecanismos de resiliência, face à violência.

Palavras-chave: Violência, resiliência, intervenção terapêutica.

ABSTRACT

Violence is spread all over the world and the number of children, which are victims increase every day. The direct impact of the trauma, its influence on development and the coping mechanisms are different levels of the consequences of the violence upon children. Resilience is described as a very important factor that determines how children and families react to traumas. Based on her clinical experience in Unidade da Primeira Infância, the author analyses more systematically the maltreatment inside the family. She describes some of diagnostic difficulties, the transgenerational character of the situation and the therapeutic interventions that protect children and help them to develop their mechanisms of resiliency.

Key words: Violence, resilience, therapeutic interventions.