

Polivitimização, *coping* e abordagem cognitivo-comportamental: estudos de caso.

Gelcimary Menegatti da Silva

Daniela S. Zanini

Pontifícia Universidade Católica de Goiás
Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa
Programa de Pós-Graduação *Stricto-Sensu* em Psicologia

Goiânia, 2014

Polivitimização, *coping* e abordagem cognitivo-comportamental: estudos de caso.

Gelcimary Menegatti da Silva

Pontifícia Universidade Católica de Goiás
Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa
Programa de Pós-Graduação *Stricto-Sensu* em Psicologia

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado e Doutorado em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Orientadora:
Profa. Dra. Daniela S. Zanini

Polivitimização, *coping* e abordagem cognitivo-comportamental: estudos de caso.

Gelcimary Menegatti da Silva

Pontifícia Universidade Católica de Goiás
Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa
Programa de Pós-Graduação *Stricto-Sensu* em Psicologia

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado e Doutorado em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Orientadora: Profa. Dra.
Daniela S. Zanini

Banca Examinadora:

Profa. Dra. Daniela S. Zanini
Presidente da Banca: Professor-Orientador

Prof. Dr. Luc Marcel Adhemar Vandenberghe
Pontifícia Universidade Católica de Goiás

Prof. Dr. Makilim Nunes Baptista
Universidade São Francisco

Profa. Dra. Ana Cristina Resende
Pontifícia Universidade Católica de Goiás

Data da Avaliação: ____/____/____

Agradecimentos

Estes dois anos da vivência do mestrado foram muito importantes para mim! Falo em vivência, pois muitas coisas aconteceram neste percurso!

Agradeço primeiramente à Deus que, conforme minha crença, acredito ser ele o principal responsável pela aleatoriedade dos acontecimentos. Mesmo com a minha decisão em continuar na vida acadêmica, nada disso seria possível se Ele não tivesse colocado evidências e pessoas a minha volta para esta realização.

As primeiras pessoas que Ele colocou em minha vida foram os meus pais. Como agradeço à Ele por ter me permitido ser filha deles! Hoje vejo o tanto que eles acreditaram e acreditam em mim, pelas minhas escolhas tão diferentes daquelas que eles tomaram em suas vidas. Vejo esta “torcida” em cada investimento, cada telefonema, cada elogio, cada conselho... Sou imensamente grata!

Quero agradecer a Daniela S. Zanini, mais que uma orientadora neste percurso! Tenho por ela grande carinho e admiração! Grande mulher e profissional! Obrigada por acreditar no meu potencial, dando-me oportunidades que prezo muito! Hoje percebo o quão importante foi e é o seu apoio para que eu chegasse até aqui. Muito importante mesmo! Peço a Deus que ele lhe faça todo o bem que você me fez e tem me feito!

Aos meus irmãos Joel e Gilmery, meus cunhados Luiz Fernando e Janaína, meus amigos Isabela, Lucas, Julliana, Thaina, Margareth, Arthur, Lenina, Valéria e Evandro que compartilharam os momentos das discussões sobre os temas de pesquisa, as angústias e as alegrias.

Aos pacientes. Muito aprendo com eles! Sou grata pelo aprendizado como psicoterapeuta e pessoa. Em especial, aos dois pacientes que aceitaram contribuir para este estudo.

Aos professores Dr. Luc Marcel Adhemar Vandenberghe e Dr^a Ana Cristina Resende pela contribuição neste trabalho.

Resumo

A violência, entendida como o ato prejudicial de violar as regras sociais a ponto de prejudicar o próximo, está presente no nosso cotidiano. Os sujeitos são afetados pela violência presente indiretamente como nas notícias ouvidas, assistidas ou lidas por meio dos mais diferentes meios de comunicação, assim como presentes enquanto testemunhas de situações de violência externa, como também de maneira direta como num episódio em que se torna a vítima. Atualmente, muitas pesquisas têm surgido com o intuito de investigar o impacto das diversas formas de violência como a negligência, abuso sexual e violência física. No entanto, o estudo específico pode superestimar as consequências de apenas um tipo e subestimar a influência das outras formas de violência. Nos estudos realizados desde 2005 utilizando o *Juvenile Victimization Questionnaire (JVQ)* cujo objetivo é mapear a quantidade e co-ocorrências das vitimizações foram observados que os sujeitos polivítimas, ou seja, aqueles que sofreram quatro ou mais formas de violência no ano anterior, apresentaram piores níveis de saúde mental, maiores chances de novamente serem vítimas ou praticar violência, dificuldades acadêmicas e maior vulnerabilidade as adversidades. No entanto, observa-se que algumas pessoas diante da vivência de momentos difíceis na vida como a experiência da violência, conseguem seguir suas vidas saudavelmente o que pode ser devido à forma de enfrentamento ou *coping* utilizadas para administrar o problema ou a emoção advindo da fonte estressora. Pesquisas correlacionam positivamente o uso predominante de *coping* focado no problema a melhores níveis de saúde mental. O ensino destas estratégias pode ocorrer por diversos meios como a psicoterapia de abordagem cognitivo-comportamental. Diante disso, este trabalho teve como objetivo analisar com base nas teorias de polivitimização, *coping* e abordagem cognitivo-comportamental dois casos clínicos. O primeiro se refere a uma mulher com 31 anos de idade e o segundo, uma criança com 3 anos de idade, ambos com experiência de vários episódios de violência. As sessões foram divididas em avaliação inicial e intervenção para o primeiro caso e avaliação inicial, intervenção e avaliação final para o segundo. De acordo com a demanda, utilizou-se na intervenção psicoterapêutica, a terapia cognitiva de Beck (1964) para a paciente adulta e terapia analítico-comportamental para o paciente infantil. Os resultados apontam melhores níveis de saúde mental, mais frequência do uso de estratégias mais adaptadas como as focadas no problema e quebra do ciclo de vitimizações.

Palavras-chave: vitimização, psicoterapia, estratégias de enfrentamento, saúde mental.

Abstract

Violence, understood as the detrimental act of violating social rules to the extent of harming others, is present in our everyday lives. The subjects are affected by the violence present indirectly in the news which is heard, seen or read in the different means of communication, as well as present as witnesses of situations of external violence, and directly as in an episode in which they become victims. Currently, a number of researches have been carried out with the aim of investigating the impact of varied forms of violence such as negligence, sexual abuse and physical violence. However, a specific study can overestimate the consequences of only one type of violence and underestimate the influence of other forms. In the studies performed since 2005 using the *Juvenile Victimization Questionnaire (JVQ)*, whose objective is to map the quantity and co-occurrence of the victimizations, it was observed that poly-victim subjects, i.e., those who suffered four or more forms of violence in the previous year, presented worse levels of mental health, higher chances of being victims again or practicing violence, academic difficulties and higher vulnerability to adversities. Nevertheless, it is observed that some people, faced with difficult moments in their lives as the experience of violence, manage to continue their lives healthily, which can be due to the form of facing or coping used to manage the problem or the emotion coming from the source of stress. Research correlates positively the predominant use of coping focused on the problem to better levels of mental health. The teaching of these strategies can occur through varied ways, such as a cognitive-behavioral approach to psychotherapy. Therefore, this paper has as aim to analyze, based on theories of poly-victimization, coping and cognitive-behavioral approach, two clinic cases. The first one refers to a 31-year-old woman and the second, a child aged 3, both with experience of several episodes of violence. The sessions were divided in initial evaluation and intervention in the first case, and in initial evaluation, intervention and final evaluation in the second. According to the demand, in the psychotherapeutic intervention, Beck's cognitive therapy (1964) was used on the adult patient and analytical behavioral therapy on the juvenile patient. The results indicated better levels of mental health, higher frequency of usage of better adapted strategies, as those focused on the problem, and interruption of the victimization cycle.

Key-words: victimization, psychotherapy, facing strategies, mental health.

Sumário

Introdução	1
Capítulo I – Polivitimização, <i>coping</i> e terapia cognitivo-comportamental: revisão teórica.....	4
1. Polivitimização.....	5
2. <i>Coping</i>	10
3. Terapia Cognitivo-Comportamental.....	17
4. Referências.....	25
Capítulo II – Artigo empírico. Estudo de caso 1: Polivitimização, <i>coping</i> e abordagem cognitivo-comportamental: um estudo de caso na vida adulta.....	30
Resumo.....	31
<i>Abstract</i>	32
Introdução.....	33
Método.....	38
Resultados e discussão.....	42
Conclusão.....	46
Referências.....	47
Capítulo III – Artigo empírico. Estudo de caso 2: Polivitimização, <i>coping</i> e terapia analítico-comportamental: um estudo de caso de uma criança pré- escolar.....	50
Resumo.....	51
<i>Abstract</i>	52
Introdução.....	53
Método.....	58
Resultados e Discussão.....	62
Conclusão.....	70
Referências.....	72
Conclusão	76

Introdução

Grande parte dos estudos tem enfatizado uma única vitimização (sexual, *bullying*, física, negligência, etc.) ou as vivências de eventos estressantes inespecíficos o que fracionou as pesquisas sobre vitimologia ou experiências de traumas vividos. Finkelhor, Hamby, Ormord e Turner (2005) desenvolveram um questionário denominado *Juvenile Victimization Questionnaire* (JVQ) que visa mapear a quantidade de vitimizações e suas possíveis ocorrências. Este instrumento contém cinco grandes áreas da vitimização: crime convencional, maus-tratos infantis, maus-tratos por iguais, vitimização sexual e testemunha ou vítima indireta.

Esses autores desenvolveram diferentes estudos com a população norte-americana e concluíram que os sujeitos polivítimas, ou seja, aqueles que vivenciaram quatro ou mais episódios de violência no último ano, estavam mais suscetíveis a novamente serem vítimas ou repetirem a violência além de apresentarem piores níveis de saúde mental (Finkelhor, Ormrod, Turner & Hamby, 2005; Finkelhor, Ormrod & Turner, 2007). Dados como estes alertam sobre a necessidade de ampliar a visão sobre vítimas de violência tanto para a perpetuação do ciclo como para as consequências.

No entanto, observa-se que muitas pessoas diante das adversidades sofridas conseguem retomar o percurso de suas vidas normalmente. Uma das explicações está no fato de como estes sujeitos enfrentaram a dificuldade, ou seja, quais as estratégias de *coping* empregadas que culminaram num resultado mais saudável para o sujeito. O aprendizado destas estratégias depende de uma série de fatores ao longo da vida como o contexto em que se vive, a supervisão parental, traços de personalidade, gênero, recursos disponíveis e a vivência de um processo psicoterapêutico.

Neste sentido, o presente estudo tem como objetivo realizar uma revisão teórica sobre os temas e posteriormente analisar dois estudos de caso, sendo um na infância e outro na fase adulta à luz das teorias de polivitimização, *coping* e abordagem cognitivo-comportamental. Para tal, foi estruturado em três capítulos.

O Capítulo I refere-se ao levantamento teórico e de pesquisas sobre os temas polivitimização, *coping* e abordagem cognitivo-comportamental. No primeiro são abordados os estudos iniciais envolvendo o questionário JVQ que deu origem ao conceito de polivitimização, pesquisas ao redor do mundo como em Quebec e na China, a diferença nas taxas e nos tipos de violência para a adolescência e infância bem como as explicações para tais fatos. O conceito de *coping* é apresentado de acordo com Lazarus e Folkman (1984), os tipos segundo esses mesmos autores e Moos (2002), uma visão desenvolvimentista sobre o aprendizado destas estratégias e pesquisas envolvendo o uso das mesmas em situações de violência. No tópico a respeito da abordagem cognitivo-comportamental enfatiza-se a terapia cognitiva de A. T. Beck, seu arcabouço teórico, estudos envolvendo o tratamento deste enfoque em vítimas de abuso sexual e por fim, a necessidade de adequar os procedimentos psicoterapêuticos de acordo com a etapa do desenvolvimento da criança.

Nos Capítulos II e III são apresentados os artigos empíricos sobre dois estudos de caso, sendo o primeiro na fase adulta e o segundo na infância. Ambos analisados sob o enfoque da polivitimização, *coping* e abordagem cognitivo-comportamental com ênfase na terapia cognitiva de Beck para a psicoterapia do caso adulto e procedimentos comportamentais para o estudo infantil.

Os estudos de caso citados acima concluíram que a experiência de polivitimização pode estar relacionada com menores níveis de bem-estar, construção de crenças desadaptadas sobre si mesmo, o outro e o mundo, uso predominantemente de *coping* focado na emoção e maiores chances de ser novamente vítima ou praticar violência. A reestruturação cognitiva e o

uso dos procedimentos comportamentais para o ensino de estratégias de *coping* mais adaptadas como as focadas no problema contribuiu para a quebra e prevenção do ciclo de vitimizações e psicopatologia.

Capítulo I

Polivitimização, *coping* e terapia cognitivo-comportamental: revisão teórica

1. Polivitimização

Nota-se o crescente interesse em pesquisas que têm como objetivo investigar o impacto da vivência de violência na vida de crianças e adolescentes. No entanto, muitos destes estudos abordam somente uma forma de violência como, por exemplo, o abuso sexual, o *bullying* e a negligência. Estas pesquisas revelam apenas um recorte da realidade atual, pois há muitos tipos de violência que permeiam o cotidiano a que crianças e adolescentes estão expostos, aumentando as chances de serem prejudicados pelo comportamento de violar as regras sociais praticadas por outra pessoa (Finkelhor, Ormrod, Turner & Hamby, 2005a; Finkelhor, 2007; Finkelhor, Ormrod & Turner, 2007).

Hamby, Finkelhor, Ormrod e Turner (2004) desenvolveram um inventário denominado *Juvenile Victimization Questionnaire (JVQ)*, com o objetivo de mapear quais e quantas vitimizações foram vivenciadas pelo respondente no período de um ano. São 34 perguntas envolvendo crime convencional, maus-tratos infantis, violência entre colegas e irmãos, vitimização sexual e vitimização testemunhada e indireta. Entendem por crime convencional as vitimizações interpessoais, como assaltos, sequestros e roubos. Já os atos que envolvem maus-tratos infantis incluem infrações reconhecidas pelas agências de proteção à criança, como abuso físico pelo cuidador, negligência e abuso sexual por um conhecido. Vitimização por colegas e irmãos refere-se as ofensas comuns na infância que, muitas vezes não são tipicamente consideradas crimes, como o *bullying*, agressão por grupos ou *gangs* e agressão por colegas ou irmãos. Vitimização sexual é compreendida como abuso, exposição e assédio verbal sexual. E por último, vitimização testemunhada ou indireta trata-se de ofensas contra outros que podem ter o mesmo impacto psicológico de uma vitimização direta. Na categoria de vitimizações incluem-se tipos como violência doméstica, agressão entre pais e irmãos e assassinato de um membro da família.

Utilizando esse inventário foi realizado um estudo nos Estados Unidos da América (EUA) com 2.030 sujeitos entre dois e dezessete anos, ao longo de dois anos. Da amostra, 71% vivenciaram alguma vitimização, 69% experimentaram pelo menos uma vitimização a mais, e 25% vivenciaram quatro ou mais episódios em momentos diferentes. Este último grupo, em comparação com os outros, apresentou maior variedade de relatos: a) adversidades como doenças, acidentes, conflito no interior de casa, desemprego, abuso de substância ou prisão de algum familiar; b) maiores índices de sintomas traumáticos envolvendo raiva, depressão e ansiedade; e c) duas a sete vezes mais chances de serem revitimizados (Finkelhor, 2007; Finkelhor, Ormrod, Turner & Hamby, 2005b).

Outra pesquisa também usou este inventário e foi realizado por Holt, Finkelhor e Kantor (2007) com 649 estudantes estadunidenses entre dez a doze anos para investigar os perfis de vitimização entre jovens e a associação entre o funcionamento social e o acadêmico. Os resultados apontam que 10% da amostra foram compostas por sujeitos que declararam ter sofrido múltiplas vitimizações em diferentes áreas ou contextos de vida, como escola, família e comunidade em que vivem. Os dados indicam também que os jovens que sofreram significativa violência em três ou mais áreas, em comparação com outros que reportaram vitimização somente em uma ou duas, apresentaram mais atos agressivos contra os colegas, mais problemas psicológicos (como, por exemplo, ideação suicida), dificuldades acadêmicas (como notas baixas e problemas de socialização) e alta prevalência de abuso sexual. Além disso, os jovens que sofreram quatro ou mais vitimizações foram os mais vulneráveis às adversidades, a novamente serem revitimizados e a sintomas psicopatológicos.

Em razão do conjunto de características que os diferenciou do outro grupo de jovens que sofreram vitimizações em menos de quatro áreas da vida, Finkelhor, Ormrod, Turner e Hamby (2005a) denominaram esse público polivítimas. Em suma, as pesquisas anteriores

apontam o prejuízo que a experiência de vitimizações pode desencadear na vida de crianças e adolescentes.

Tendo em vista as consequências ruins para a saúde decorrentes da vivência de polivitimização, estudos vêm sendo desenvolvidos em diferentes populações. Uma pesquisa realizada em Quebec, por Chamberland *et al.* (2012), com 138 adolescentes entre 12 a 17 anos e 82 cuidadores de crianças entre 2 a 11 anos, teve como objetivo investigar os índices de polivitimização usando o *JVQ*. Os resultados indicam que a porcentagem de sujeitos que sofreram pelo menos uma vitimização no último ano variou com a faixa etária, sendo 79% para crianças de 2 a 5 anos, 85% para aquelas com 6 a 11 anos e 92% para os adolescentes de 12 a 17 anos. De toda a amostra, 54%, a maioria adolescentes, sofreram quatro ou mais episódios distintos de violência (polivítimas) concluindo o autor que a quantidade de vitimização aumenta com a idade.

Em outro estudo, com 18.341 adolescentes chineses (entre 15 a 17 anos) investigados, o índice de vitimização foi de 71%, e o de polivitimização representou 14%. Segundo Chan (2013) a baixa prevalência de polivítimas pode ser esperada na China em virtude da estrita supervisão parental em áreas nas quais a política de um filho por família é adotado. Desta forma, a proteção dos pais pode diminuir as chances dos adolescentes vivenciarem múltiplas violências praticadas fora do ambiente familiar.

Uma das explicações para o fato da repetição da violência, como nos casos de polivitimização, refere-se à própria consequência para o bem-estar decorrente da vitimização. Segundo Cueva, Finkelhor, Clifford, Ormrod e Turner (2010), os sintomas psicológicos como depressão, raiva e ansiedade servem como fator de risco para revitimização, pois podem diminuir as habilidades que promovem os fatores de proteção. Este déficit associado a fatores ambientais suscetíveis à violência, aumentam significamente as chances de as pessoas novamente serem vítimas. Para a prática profissional com esse enfoque, os trabalhadores de

saúde deveriam não apenas trabalhar com o cliente a diminuição dos sintomas, mas também ensiná-los ou ajudá-los a recuperar habilidades de proteção e busca por recursos, como o suporte de amigos, familiares e instituições de amparo.

Como dito anteriormente, as taxas de polivitimização aumentam com a idade, tornando-se mais frequente na adolescência (Finkelhor, Ormrod & Turner, 2007; Finkelhor, Ormrod, Turner & Hamby, 2005b; Chamberland *et al.*, 2012). Uma das teorias que explica a vitimização conforme as etapas do desenvolvimento é denominada *routine activities theory*. Segundo ela, os estilos de vida ou as atividades que uma pessoa realiza, podem colocá-la em ambientes ou situações nos quais estará mais ou menos em contato com potenciais ofensores ou em risco para potenciais vitimizações. A ligação entre formas de vida e riscos dependem de quatro fatores: a) proximidade com o crime, como, por exemplo, viver em áreas com altos índices para a criminalidade; b) exposição para o crime. Expor-se a situações em que o risco para sofrer vitimização é mais provável; c) possuir algum atributo atrativo para o perpetrador, isto é, ter algo ou alguma característica que o ofensor queira ou que o atraia; d) e tutela. A menor supervisão dos pais ou cuidador pode aumentar a vulnerabilidade para sofrer violência (Finkelhor, 2007; Finkelhor, Ormrod & Turner, 2009).

Esses conceitos têm sido utilizados para explicar o aumento das vitimizações ocorridas na adolescência quando comparadas às ocorridas na infância. Adolescentes podem ter comportamentos de risco, como ficar até tarde na rua, beber, ter amigos com comportamentos disruptivos e ter a diminuída supervisão dos pais. No entanto, a *routine activities theory* é alvo de crítica, pois alguns desses aspectos não se aplicam para a compreensão da vitimização na infância, como, por exemplo, a tutela, pois os membros da família e outras pessoas próximas podem constituir fatores de risco. Para o abuso sexual, por exemplo, quanto menos idade a criança tiver, maior será a chance de o violentador ser alguém da família ou próximo a

ela (Finkelhor, 2007; Finkelhor & Dziuba-Leatherman, 1994; Finkelhor, Ormrod & Turner, 2009).

As crianças apresentam algumas características peculiares à sua etapa do desenvolvimento, como fraqueza física, autocontrole diminuído, dependência, repertório verbal insuficiente ou menor habilidade para resolver conflitos. Quanto mais jovem a criança for, mais ela apresenta características relativas à vulnerabilidade para a vitimização (Finkelhor, 2007; Finkelhor, Ormrod & Turner, 2009). Uma pesquisa com 503 crianças residentes nos EUA, com idade abaixo de dois anos, identificou crianças com problemas emocionais e comportamentais que também apresentaram vitimização familiar indireta e entre irmãos. Esses dois tipos de violência são mais prováveis de ocorrerem na infância, pois a criança é mais vulnerável a dependência de alguém com mais idade. Na violência entre irmãos, por exemplo, os pais podem intervir, desencorajando comportamentos agressivos entre seus filhos, estabelecendo regras, limites ou barreiras físicas. Com a chegada da adolescência, a violência entre irmãos diminui, pois eles tendem a passar menos tempo juntos, além de desenvolverem capacidades necessárias para a resolução de conflitos, como, por exemplo, o repertório verbal (Finkelhor, Ormrod & Turner, 2009; Turner, Finkelhor, Ormrod & Hamby, 2013).

Além do desenvolvimento, o gênero influencia a probabilidade e o tipo de vitimização. Em relação aos meninos, a violência entre pares aumenta na faixa etária entre dez e dezessete anos, o que pode refletir a diminuição de supervisão parental e mais comportamentos agressivos nesse período de vida. Já no tocante a meninas na adolescência, há aumento de maus-tratos praticados pelos pais que, segundo Finkelhor, Ormrod e Turner (2009), ocorre porque os pais ficam preocupados em controlar as garotas quando ficam mais velhas em virtude da maturidade sexual. Para as adolescentes, os dados também mostram aumento da

vitimização sexual em comparação com os garotos (Finkelhor, 2007; Finkelhor, Ormrod, Turner & Hamby, 2005b).

Os sujeitos são afetados pela violência presente indiretamente, como nas notícias ouvidas, assistidas ou lidas por meio dos mais diferentes meios de comunicação, assim como estão presentes como testemunhas de situações de violência externa, e também de maneira direta, como em um episódio em que se torna a vítima. Como nos estudos citados anteriormente, percebe-se que a consequência das vivências são maléficas para o bem-estar da pessoa. Indivíduos que sofreram polivitimizações normalmente apresentam muito mais sintomas de doença, tais como depressão, baixa autoestima e transtorno do estresse pós-traumático (Soler, Paretilla, Kirchner & Forns, 2012). Por se tratar de um conceito relativamente novo, os modelos de tratamento de vítimas estão apenas começando a ser desenvolvidos e pesquisados. Neste capítulo, aborda-se a terapia cognitivo-comportamental como um possível enfoque de tratamento que pode prevenir a vitimização do sujeito no futuro.

No entanto, muitos sujeitos vitimizados conseguem retomar o percurso normal de suas vidas em decorrência das formas de enfrentamento que adotam em relação à adversidade, como será visto no próximo tópico.

2.Coping

Em algum momento da vida, as pessoas experimentam situações que afetam seu bem-estar e que lhe exigem esforços para lidar com elas, como por exemplo, a morte de um ente querido, hospitalização, acidentes ou ter sido vítima de violência. A esse esforço para lidar ou enfrentar situações adversas, a psicologia denomina estratégias de enfrentamento ou *coping*. O estudo sobre esse construto originou-se em meados da década de 1940 com pesquisas a

respeito do estresse. O conceito de *coping* desenvolveu-se inicialmente em duas abordagens diferentes: na experimentação animal e na psicologia psicanalítica do ego.

No entanto, atualmente, talvez a abordagem mais utilizada seja a de Lazarus e Folkman (1984), desenvolvida em meados dos anos 1970 e que enfatiza as estratégias de enfrentamento e seus determinantes cognitivos e comportamentais situados em determinado contexto, conceitualizando-as como um processo recíproco entre sujeito e ambiente (Lazarus & Folkman, 1984; Antoniazzi, Dell’Aglío & Bandeira, 1998).

Para Lazarus e Folkman (1984), *coping* é definido como “os esforços cognitivos e comportamentais em constante mudança para manejar demandas específicas externas e/ou internas que são avaliadas como sobrecarregando ou excedendo os recursos da pessoa” (p. 141). Ressalte-se que as estratégias de enfrentamento são compreendidas como um processo em que elas estão em constante mudança, dependendo da demanda. Além do mais, essa definição reconhece como *coping* apenas os comportamentos e cognições que requerem esforços da pessoa, excluindo os comportamentos adaptativos e automatizados, como, por exemplo, a mudança da marcha de um carro por um motorista experiente, mas que não hesita em passá-la.

Conforme essa teoria, as estratégias de *coping* são postas na prática segundo o julgamento da pessoa, não sendo, portanto, algo escolhido ao acaso. Diante de um possível evento estressor, o processo de avaliação cognitiva passa por duas características: avaliação primária e avaliação secundária. A primeira avalia qual será o impacto de tal adversidade, a sua extensão e como afetará o bem-estar, e a segunda, o senso de controle, como agir nessa situação e o que pode ser feito para minimizar ou prevenir a ocorrência do fato (Lazarus & Folkman, 1984).

Depois de passar por esses dois filtros, a pessoa pode julgar qual é a melhor forma para lidar com a adversidade. Lazarus e Folkman (1984) apontam a existência de duas

principais estratégias de *coping*: focada na emoção e focada no problema. A primeira refere-se aos esforços direcionados com o objetivo de regular a resposta emocional diante do evento estressor. Assim, o sujeito pode, por exemplo, evitar, minimizar, distanciar, selecionar a atenção e fazer comparações positivas. As formas de *coping* focado no problema possuem o intuito de manejar ou alterar a situação causadora do estresse, como definir o problema, gerar soluções alternativas, pesar os custos e benefícios de uma ação, escolhendo a melhor e colocando-a em prática.

As estratégias de *coping* focada na emoção são mais prováveis para ocorrerem quando o sujeito percebe que nada pode ser feito para modificar as condições ambientais. Já as formas de *coping* focada no problema, por outro lado, acontecem nas adversidades que são julgadas como mais sensíveis à mudança (Lazarus & Folkman, 1984).

De modo semelhante a Lazarus e Folkman (1984), Moos (2002) classifica as estratégias de enfrentamento em aproximação e evitação. A primeira, assim como no *coping* focado no problema, tem como objetivo a tentativa de mudança do evento estressor e está associada à maior autoconfiança e a menores sintomas de depressão e disfunção. O *coping* de evitação, análogo ao *coping* focado na emoção, envolve redução das respostas emocionais decorrentes do evento estressor, e indivíduos que usam esse tipo de estratégia, experimentam piores resultados de saúde.

As estratégias de enfrentamento propostas por Moos (2002) podem ser divididas pelo foco, em aproximação e evitação, e método, em cognitivo ou comportamental. Ao combinar as quatro formas de enfrentamento, formam-se quatro domínios explicitados no Quadro 1 relativas às dimensões das estratégias de enfrentamento: a) análise lógica e reavaliação positiva; b) evitação cognitiva e aceitação ou resignação; c) busca por orientação e suporte e solução de problemas; d) busca por recompensas alternativas e descarga emocional. Análise lógica refere-se às tentativas cognitivas de compreender e prevenir mentalmente um estressor,

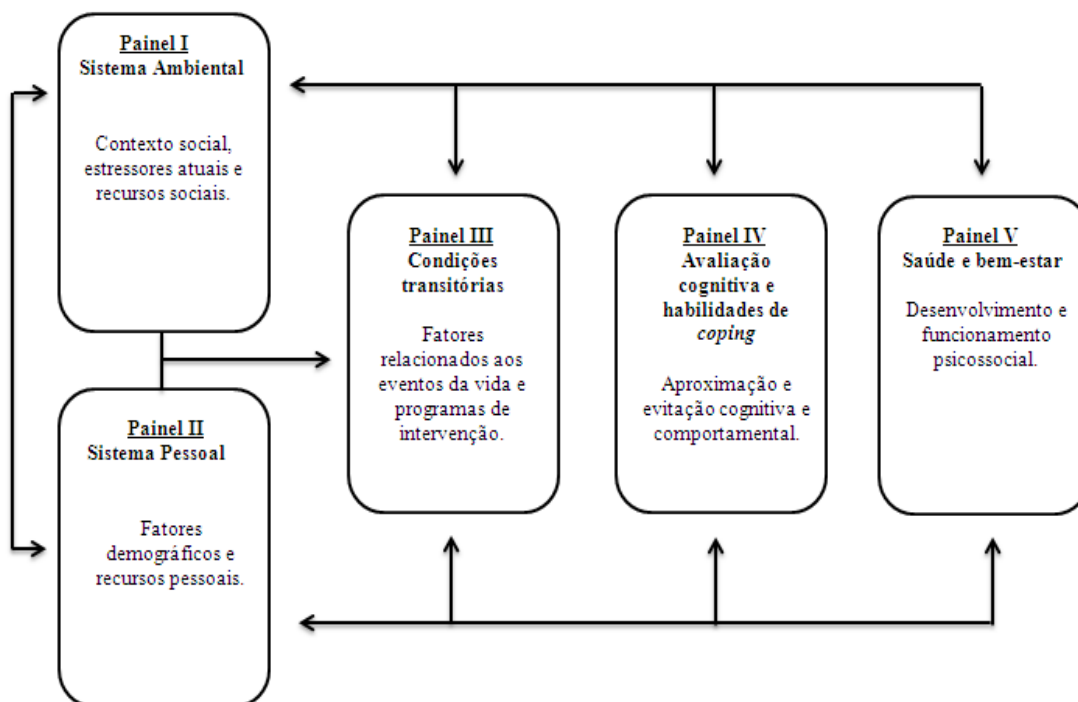
e reavaliação positiva, à habilidade cognitiva de analisar e reavaliar um problema de maneira positiva, ainda que aceitando a realidade da situação. Evitação cognitiva são tentativas destinadas a evitar pensar no problema de maneira realista; aceitação ou resignação refere-se aos esforços cognitivos com o objetivo de aceitar o problema. Busca por orientação e suporte relacionam-se às tentativas comportamentais de procurar informação para fins de aconselhamento e resolução de problema, as tentativas comportamentais de tomar decisões e lidar diretamente com o problema. Busca por recompensas alternativas são tentativas comportamentais para empreender atividades substitutas e criar novas fontes de satisfação, e descarga emocional, tentativas comportamentais destinadas a reduzir a tensão emocional resultante da situação estressante (Moos, 2002).

Quadro 1: Domínios referentes às dimensões das estratégias de enfrentamento (Moos, 2002)

Tipos de <i>coping</i>	<i>Coping</i> de aproximação	<i>Coping</i> de evitação
Cognitivo	Análise Lógica Reavaliação positiva	Evitação Cognitiva Aceitação ou resignação
Comportamental	Busca por orientação e suporte Solução de problemas	Busca por recompensas alternativas Descarga emocional

Moos (2002) buscou compreender as dinâmicas dos contextos sociais, e como os indivíduos avaliam e compreendem seu ambiente e como os contextos e as pessoas se alteram e se adaptam um ao outro. Ele queria entender por que, diante das condições adversas de vida, alguns indivíduos desenvolvem disfunções, podendo cometer suicídio, beber ou drogar-se, e outros se recuperam do momento ruim e conseguem retornar uma vida produtiva e satisfatória. Para tal, apresenta um modelo que abarca a ação recíproca entre ambientes, influências pessoais, habilidades de enfrentamento e adaptação, conforme Figura 1.

Figura 1. Modelo de ação recíproca entre contexto, *coping* e adaptação (Moos, 2002)



O painel I retrata o sistema ambiental, composto de relativas condições estáveis dos domínios de vida nos quais se incluem climas, recursos sociais e estressores. No sistema pessoal (painel II), encontram-se características biogenéticas e recursos pessoais, como habilidades cognitivas e sociais, autoconfiança, otimismo e extroversão, compromissos e aspirações. No painel III, há condições transitórias, como os novos eventos de vida, participação nos programas de intervenção, diferente do painel I, em que as condições ambientais são mais duradouras. Os painéis II e III refletem novos contextos que promovem oportunidades para o aprendizado ou declínio (Moos, 2002).

Os caminhos do modelo citado mostram que a ligação em cada painel é negociável, e que a retroação mútua pode ocorrer em cada passo. Assim, as pessoas podem selecionar e moldar os ambientes sociais que as influenciam, pois os fatores estáveis e transitórios no contexto de vida e os fatores pessoais são determinantes, por exemplo, para a participação em um programa de intervenção ou na psicoterapia. Por sua vez, fatores pessoais e contextuais

agem em conjunto com estratégias de *coping*, afetando o funcionamento psicossocial e o amadurecimento, no qual se tornam parte do sistema pessoal e dos próximos estágios de desenvolvimento (Moos, 2002).

As estratégias de *coping* variam de acordo com a avaliação cognitiva que o sujeito faz do evento estressor, e esse julgamento é extremamente suscetível à influência de outras variáveis, como a etapa de vida em que a pessoa se encontra. No modelo de ação recíproca de Moos (2002), as estratégias de enfrentamento selecionadas dependeram de uma série de fatores, como aspectos socioculturais, histórias de aprendizado, temperamento e característica da fase do desenvolvimento. Até os dez anos aproximadamente, as crianças tendem a utilizar mais estratégias focadas no problema, pois não têm consciência de seus próprios estados emocionais, não conseguindo, portanto, se autorregular (Compas *et al.*, 2001; Compas, Banez, Malcarne & Worsham, 1991). A capacidade que uma pessoa tem para reconhecer os sentimentos, aceitá-los, expressá-los e utilizar estratégias para lidar com eles, faz parte da regulação emocional que tende a se aperfeiçoar na adolescência, com o desenrolar de capacidades mais complexas, como a habilidade de pensar sobre o próprio pensamento (metacognição) (Compas, Banez, Malcarne & Worsham, 1991). A partir de então, o indivíduo tem mais facilidade, por exemplo, com a reestruturação cognitiva e a geração de alternativas para solucionar problemas (Compas *et al.*, 2001).

Tanto no *coping* focado no problema como no *coping* focado na emoção, o ambiente desempenha um papel primordial para o aprendizado dessas estratégias (Zanini & Santacana, 2005). Segundo o enfoque desenvolvimentista, Piaget (1970) salienta que crianças no estágio pré-operacional (dois a sete anos) apresentam, dentre outras características, a repetição de comportamentos vistos e memorizados em situações passadas (Band & Weisz, 1988; Caminha & Caminha, 2007). Neste sentido, pais e cuidadores servem como modelos e treinadores de estratégias de enfrentamento. Para a regulação emocional, pais que buscam a

participação dos filhos, que reconhecem e respeitam a sua perspectiva, que estabelecem limites possíveis de serem cumpridos, tendem a ter menor probabilidade de criar relações difíceis entre pais e filhos e de gerar nas crianças estados de depressão e solidão. Meninos e meninas nesse tipo de família alcançam níveis de compreensão emocional e empatia maiores, o que reflete também no desenvolvimento de habilidades sociais com seus colegas (López & Vesga, 2009).

Além do papel dos pais e cuidadores, a experiência de situações adversas, como ser vítima de violência também influencia o aprendizado de estratégias de enfrentamento. Hager e Runtz (2012), por exemplo, observaram que pessoas adultas vítimas de maus-tratos na infância apresentaram com mais frequência o uso das estratégias focadas na emoção e maior estresse percebido, preocupando-se mais com a saúde física e indo com maior frequência a consultórios médicos. Walsh, DiLillo e Scalora (2011) encontraram entre os sujeitos que sofreram violência, maior tendência em adotar comportamentos de risco, como beber e fumar para aliviar o afeto negativo, aumentando também as chances de novas vitimizações quando estão alcoolizados, pois as habilidades para se defender eficazmente estão diminuídas.

Ser exposto à violência, tanto indireta como diretamente, tem sido relacionado a vários problemas existentes na infância, na adolescência e na fase adulta, como transtorno do estresse pós-traumático, ansiedade, depressão, uso de substâncias, dificuldades acadêmicas, problemas de comportamento agressivo e antissocial (Hetzl-Riggin & Meads, 2011; Holt, Finkelhor & Kantor, 2007; Walsh, Fortier & DiLillo, 2009). No entanto, algumas pessoas vitimizadas não desenvolvem psicopatologias, o que se deve às formas de enfrentamento da adversidade, que podem servir como fatores de proteção (Boxer & Sloan-Power, 2013). O aprendizado das estratégias de *coping* depende de uma série de fatores, como o contexto em que se vive, o monitoramento parental na infância e adolescência e a psicoterapia. No tocante a esta última, além do ensino de habilidades de enfrentamento, crenças decorrentes da

vitimização e que também influenciam o uso de *coping* poderão ser abordadas e reestruturadas para uma adaptação mais saudável, como será visto no próximo tópico.

3.Terapia cognitivo-comportamental

A terapia cognitiva (TC) ou terapia cognitivo-comportamental (TCC) é a expressão utilizada atualmente para descrever as psicoterapias baseadas no modelo cognitivo, bem como para um conjunto de técnicas em que exista a combinação de uma abordagem cognitiva e procedimentos comportamentais (A. T. Beck, 2005; Knapp & A. T. Beck, 2008). De acordo com Dobson e Dozois (2010), as terapias cognitivo-comportamentais apresentam três proposições fundamentais: a) a avaliação que o sujeito faz de um evento afeta a maneira como ele responde àquela situação, demonstrando que as atividades cognitivas afetam o comportamento; b) as atividades cognitivas podem ser monitoradas e alteradas; c) Mudanças no comportamento também podem ocorrer por meio da alteração da cognição.

O início para o considerável interesse na cognição e na aplicação da terapia cognitiva para a mudança comportamental ocorreu em 1960 e desde então, diversas abordagens surgiram como, por exemplo, a terapia racional emotiva comportamental de Albert Ellis, terapia de solução de problemas de D’Zurilla e Goldfriend e a terapia cognitiva de Aron T. Beck que será enfatizada no capítulo dois. Beck desenvolveu um modelo cognitivo com base em estudos sobre depressão, que compreendiam os sintomas decorrentes dos erros de pensamento. Ele observou que os sujeitos depressivos possuem um estilo negativo de pensamento sobre si mesmo, o mundo e o futuro e, propôs então uma terapia objetivada para reverter as cognições desadaptadas e comportamentos relacionados à psicopatologia. Para a época, permeada pelos conceitos psicanalíticos, uma visão de tratamento para a depressão baseada na experiência subjetiva consciente, orientada para o presente, estruturada e breve,

era algo inovador (A. T. Beck, Rush, Shaw & Emery, 1997; J. S. Beck, 1997; Powel, Abreu, Oliveira & Sudak, 2008).

De acordo com J. S. Beck (1997), as crenças do sujeito a respeito de si mesmo, dos outros e do mundo começam a surgir desde as primeiras fases do desenvolvimento. Nesse período, o indivíduo, na tentativa de extrair sentido do seu ambiente, organiza suas experiências de forma coerente e estas irão fundamentar a visão sobre si mesmo, os outros e o mundo. Para compreender como as crenças influenciam o comportamento e a emoção, a TCC fundamenta-se no modelo cognitivo, pois não é somente a situação que determina como as pessoas se sentem e se comportam, mas como elas interpretam o acontecimento. Uma pessoa, por exemplo, que não recebe o telefonema de alguém que tanto desejava, pode pensar que “ele não quis ligar”, ao passo que outra pessoa pensaria: “ele não ligou, porque deve ter acontecido alguma coisa.” Alguém que deixa a bandeja cair no meio do restaurante pode pensar: “sou sempre desastrado, preciso aprender a me comportar direito”. Uma outra, porém, pensaria: “ah não, às vezes, eu sou desastrado, às vezes, isso acontece mesmo”. Essas ilustrações servem para exemplificar que o acontecimento é o mesmo, porém as cognições influenciam o comportamento futuro e o sentimento sobre si mesmo.

O modelo cognitivo apoia-se em três níveis interligados no funcionamento cognitivo do sujeito: os pensamentos automáticos, as crenças intermediárias e as crenças centrais ou nucleares. Os pensamentos automáticos, nível mais superficial da cognição, são caracterizados por ocorrerem de forma rápida, involuntária e à medida que se extraem algum sentido de uma determinada situação. Por serem breves, normalmente há mais facilidade para identificar as emoções que os seguem. Wright, Basco e Thase (2008) exemplificam a relação entre situação, pensamentos automáticos e emoções da personagem Martha no Quadro 2, a seguir.

Quadro 2. Pensamentos automáticos de Martha (Wright, Basco & Thase, 2008)

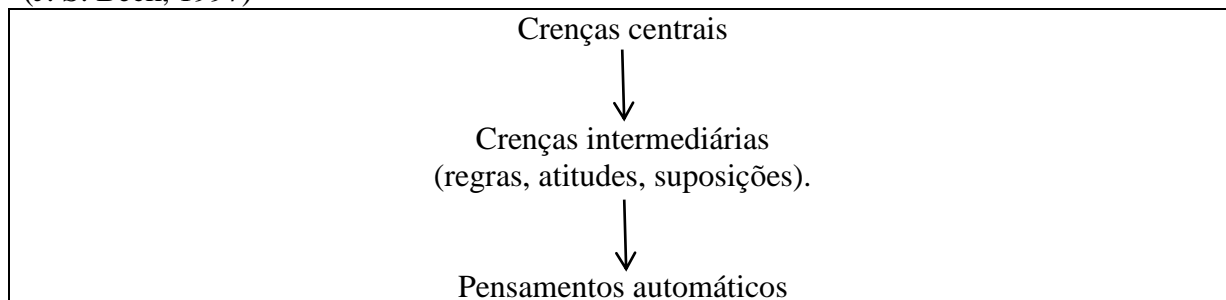
Situação	Pensamentos Automáticos	Emoções
Minha mãe telefona e pergunta por que eu esqueci o aniversário de minha irmã.	“Fiz besteira de novo. Não tem jeito, nunca vou conseguir agradá-la. Não consigo fazer nada direito. O que adianta?”	Tristeza, raiva.
Pensando sobre um grande projeto a ser entregue no trabalho.	“É muita coisa pra mim. Não vou conseguir entregar a tempo. Não vou conseguir encarar meu chefe. Vou perder meu emprego e tudo o mais na minha vida.”	Ansiedade
Meu marido se queixa de que estou irritada o tempo todo.	“Ele está realmente decepcionado comigo. Estou fracassando como esposa. Não gosto de nada. Por que alguém iria querer estar perto de mim?”	Tristeza, ansiedade.

Regras, atitudes ou suposições fazem parte do nível intermediário do processamento cognitivo e são chamadas de crenças intermediárias. Diferentemente dos pensamentos automáticos, elas não são facilmente percebidas, pois não estão diretamente ligadas a situações, mas relacionadas ao padrão dos pensamentos automáticos. A funcionalidade consiste em guiar as expectativas por meio de suposições como “se... então...”. Por exemplo: “se eu não contrariar meu marido, então ele nunca vai me deixar”, em regras, obrigações do tipo “eu devo aceitar as ideias do meu marido”. No processamento cognitivo, as crenças intermediárias estão entre os pensamentos automáticos e as crenças centrais (J. S. Beck, 1997).

As crenças centrais, como o próprio nome já diz, são aquelas que mais fortemente se relacionam com as crenças intermediárias e os pensamentos automáticos. Elas são fundamentais, profundas e difíceis de serem modificadas, assim como nos outros níveis, pois há tendência de considerá-las absolutas, exatamente como os outros são, o mundo é e eu sou.

A relação entre as crenças centrais, as crenças intermediárias e os pensamentos automáticos são mostrados na Figura 2 a seguir.

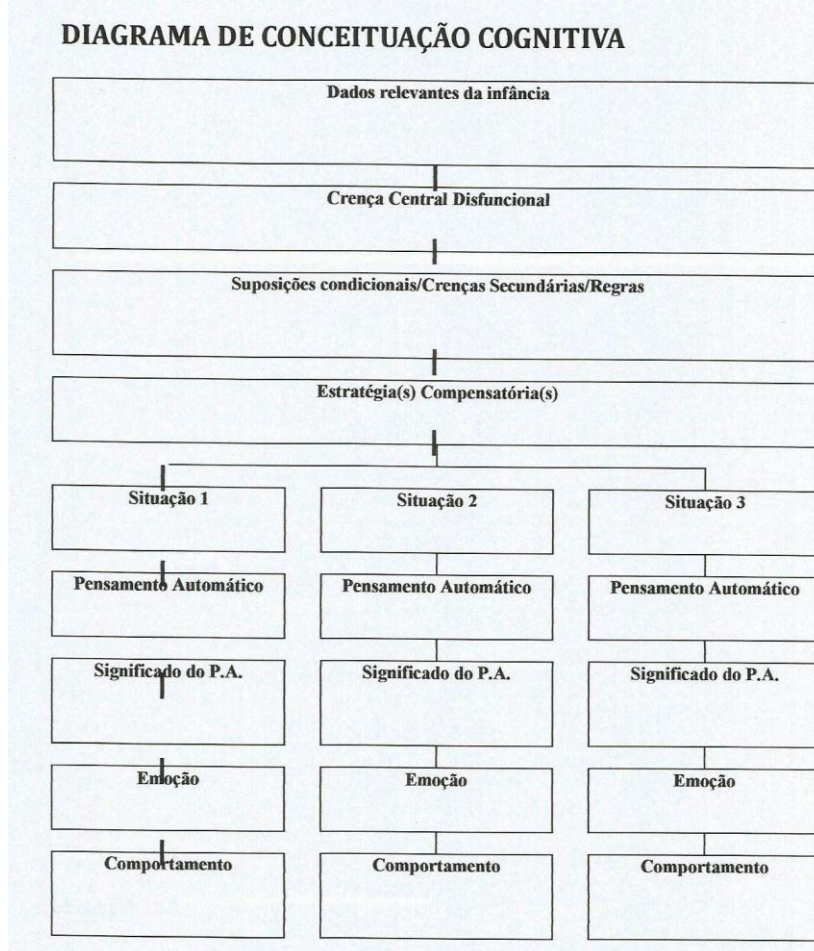
Figura 2. Relação entre crenças centrais, crenças intermediárias e pensamentos automáticos (J. S. Beck, 1997)



Uma das funcionalidades das crenças intermediárias consiste em embasar comportamentos denominados estratégias compensatórias, que servem para lidar com a crença central aflitiva. Por exemplo, uma mãe e esposa que possui a crença central “eu sou competente”, pode desenvolver suposições como “se eu me dedicar aos membros da minha família então estarei cumprindo com o meu papel” e poderá criar estratégias comportamentais, tais como vigiar os filhos para saber se estão bem e ligar a todo o momento para o marido perguntando-lhe se precisa de algo. As estratégias compensatórias são comportamentos típicos de todas as pessoas, no entanto, ganham o *status* de disfunção pelas características de excesso e de alto custo comparadas com estratégias mais funcionais (J. S. Beck, 1997).

As crenças centrais, intermediárias, pensamentos automáticos e comportamentos compensatórios podem ser trabalhados na prática clínica por meio de instrumentos, como o diagrama de conceituação cognitiva (Figura 3). Esta ferramenta facilita para o psicólogo hipotetizar o modelo cognitivo do paciente com base no contexto interpessoal/ambiental, história de vida, fisiologia, observações de comportamento e relatos (J. S. Beck, 1997).

Figura 3. Diagrama de conceituação cognitiva (J. S. Beck, 1997)



O diagrama de conceituação cognitiva permite identificar o estilo idiossincrático do sujeito por meio das várias situações, dos pensamentos automáticos, do significado que o sujeito atribui a eles e que irão influenciar as emoções e os comportamentos. Desde o preenchimento da parte inferior, o psicoterapeuta observa a existência de um padrão comum sobretudo no *significado do pensamento automático* e que irá embasar as suposições a respeito da crença central, intermediária e estratégias compensatórias do paciente. Além do significado, os dados relevantes da história de vida também são considerados para essas hipóteses e que poderão ser confirmadas pelo paciente, devendo fazer sentido lógico para ele e para o psicoterapeuta (J. S. Beck, 1997).

Nos pensamentos automáticos, são observados padrões equivocados denominados distorções ou erros cognitivos, os quais não apresentam uma ligação lógica com as situações reais. Embora as ocasiões sejam repletas de estímulos, os sujeitos tendem a prestar a atenção seletivamente, captando características específicas e familiares ao seu padrão cognitivo, crença central ou esquema. Este último “constitui a base para extrair, diferenciar e codificar os estímulos que confrontam o indivíduo” (J. S. Beck, 1997, p. 11). Desta forma, as distorções estão mais fortemente relacionadas à interpretação do sujeito sobre a situação do que o próprio evento.

Neste estudo, serão abordados seis principais erros cognitivos: a) inferência arbitrária. Quando a pessoa chega a uma conclusão apesar das evidências serem contrárias ou não existirem; b) abstração seletiva. Quando a conclusão se baseia em uma parte das pistas sobre a situação, ignorando outras mais importantes, a fim de justificar ou confirmar uma visão tendenciosa; c) hipergeneralização. Uma mesma ideia é estendida para várias situações; d) maximização e minimização. Quando o indivíduo exagera ou minimiza uma sensação, situação ou alguma característica a ela relacionada; e) personalização. Quando o paciente relaciona eventos externos a ele próprio; e f) pensamento dicotômico absolutista. As ideias são colocadas em extremos opostos, como extremamente ruins e extremamente bons, como fracasso ou sucesso (J. S. Beck, 1997; A. T. Beck, Rush, Shaw & Emery, 1997; Leahy, 2006; Freitas & Rech, 2010; Wright, Basco & Thase, 2008).

Uma das formas de trabalhar as distorções cognitivas no *setting* terapêutico consiste em ensinar o paciente a identificar o pensamento automático e testá-lo à luz das evidências presentes na situação. O psicólogo, ao perguntar para o cliente, diante da circunstância relatada “o que passou pela sua cabeça?” ou “o que você estava pensando quando isso aconteceu?” deixa mais claro o pensamento automático a ser testado. Depois, ele pede ao paciente que analise as pistas presentes na situação para verificar se a cognição é verdadeira

ou se é uma distorção. A testagem dos erros cognitivos é mais difícil em pacientes adoecidos, que tendem a ter distorções rígidas e inflexíveis mesmo diante das evidências contraditórias (J. S. Beck, 1997; A. T. Beck, Rush, Shaw & Emery, 1997; Leahy, 2006; Freitas & Rech, 2010; Wright, Basco & Thase, 2008).

As distorções cognitivas decorrem dos esquemas que podem ser divididos em relação a si mesmo, aos outros (contexto ambiental) e ao futuro (objetivos), compondo a denominada tríade cognitiva. Como dito anteriormente, as crenças são formadas com base na experiência do sujeito com o meio e situações vividas, como, por exemplo, a vitimização. Estudo de Hatzenberger, Habigzang e Koller (2012) com 24 meninas de 9 a 16 anos, vítimas de abuso sexual, investigou a percepção delas acerca da tríade cognitiva. Pessoas que sofreram esse tipo de violência tendem a ter baixa autoestima, o que foi percebido no autoconceito das participantes, como não possuindo qualidades, com hipervalorização de suas deficiências, além de culpabilização pelo abuso. A respeito dos outros, as meninas avaliaram-nas com a distorção do tudo ou nada, ou seja, as pessoas são sempre boas ou sempre ruins, o que, segundo as autoras, contribui para a desconfiança e a dificuldade de se relacionar, observado nos relatos das participantes. Acerca do futuro, as perspectivas foram positivas, com planos e projetos saudáveis, como formar uma família sem violência e estudar em uma universidade.

Além da vitimização impactar a construção da tríade cognitiva, crianças e adolescentes apresentam níveis significativos de ansiedade, depressão, transtorno do estresse pós-traumático, transtornos externalizantes, comportamentos disruptivos, problemas acadêmicos e maior probabilidade para desenvolver psicopatologia na vida adulta (Habigzang *et al.*, 2009; O’Leary & Gould, 2010; Passarela, Mendes & Mari, 2010; Walsh, Fortier & DiLillo, 2009; Walsh, DiLillo & Scalora, 2011). A terapia cognitivo-comportamental mostra-se eficaz para a redução de sintomas e transtornos relacionados à violência sexual contra

crianças e adolescentes (Almeida, 2012; Habigzang, Hatzenberger, Corte, Stroehrer & Koller, 2008).

No estudo com dez meninas entre nove e treze anos vitimizadas sexualmente que apresentaram sintomas clínicos para transtornos de ansiedade, depressão, transtorno de estresse pós-traumático, além daqueles relacionados ao abuso, como baixo autoestima e dificuldade nos relacionamentos, o estudo mostrou diminuição significativa nessas queixas. A intervenção contou com vinte sessões, e seus objetivos foram: “reestruturar pensamentos, emoções e comportamentos disfuncionais relacionados à experiência de violência sexual, reduzir sintomas de transtorno do estresse pós-traumático, depressão e ansiedade; e aprender habilidades de autoproteção para prevenir futuras vitimizações” (Habigzang *et al.*, 2006, p. 167).

Intervenções cognitivo-comportamentais com crianças devem considerar o desenvolvimento cognitivo e afetivo, capacidade de memória e atenção, raciocínio lógico, fluência verbal e compreensão. Para crianças menores de 6 anos, algumas estratégias como a reestruturação cognitiva utilizada no estudo acima de Habigzang *et al.* (2006), podem ser incompreensíveis e de difícil manejo (Clawley *et al.*, 2008). Procedimentos comportamentais para o manejo das contingências são mais recomendáveis do que os cognitivos uma vez que estes jovens pacientes demonstram diminuição na capacidade de reflexão ou metacognição (Petersen, 2011). Um exemplo é o estudo de caso realizado por Novais e Britto (2013) com uma criança de 2 anos vítima de abuso sexual que apresentou diminuição dos comportamentos-problemas relacionado ao episódio ao utilizarem estratégias comportamentais no tratamento psicoterapêutico. Neste sentido, pelas características do desenvolvimento do sujeito no capítulo três, será enfatizada a terapia analítico comportamental.

Muitos estudos são realizados enfocando apenas um tipo de violência e atribuindo a ele inúmeras consequências. Por outro lado, também há pesquisas que focam apenas uma consequência, como transtorno do estresse pós-traumático, depressão ou ansiedade. Investigações desse tipo podem superestimar o impacto que somente uma vitimização provoca no bem-estar ou subestimar os índices de violência, tendo em visto a grande frequência presente no cotidiano. Estudos sobre a vivência de múltiplas violências mostram o impacto deletério na saúde mental do indivíduo, sobretudo se as vitimizações ocorrem em diferentes ambientes e com diferentes pessoas.

Dentre as consequências, há o baixo rendimento acadêmico, problemas de relacionamento na escola, desenvolvimento de psicopatologias e maior probabilidade para novamente serem vítimas, caindo em um ciclo ou tornando a vitimização uma condição de vida. No entanto, algumas vítimas e polivítimas saem dessa condição, conseguindo seguir o trajeto de suas vidas normalmente. Uma das possíveis explicações são as estratégias de enfrentamento usadas pelo sujeito diante da percepção da vitimização e que estão relacionadas a crenças. Neste sentido, a psicoterapia de abordagem cognitivo-comportamental surge como um recurso para reestruturar cognições distorcidas decorrentes da vitimização e para o ensino de habilidades de *coping* mais adaptadas.

Referências

- Almeida, V. M. (2012). Tratamento psicoterápico para vítimas de abuso sexual infantil: evidências da literatura internacional. *Rev Med Minas Gerais*, 22, 2, 221-225.
- Antoniazzi, A. S., Dell’Aglia, D. D. & Bandeira, D. R. (1998). O conceito de *coping*: uma revisão teórica. *Estudos de Psicologia*, 3, 2, 273-294.
- Band, E. B. & Weisz, J. R. (1988). How to feel better when it feels bad: children’s perspectives on coping with everyday stress. *Developmental Psychology*, 24, 2, 247-253.

- Beck, A. T. (2005). The current state of cognitive therapy a 40-year retrospective. *Arch Gen Psychiatry*, 62, 9, 953-959.
- Beck, J. S. (1997). *Terapia Cognitiva* (S. Costa, trad.). Porto Alegre: Artmed
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1997). *Terapia Cognitiva da Depressão* (S. Costa, trad.). Porto Alegre: Artmed.
- Boxer, P., Sloan-Power, E. (2013). Coping with violence: a comprehensive framework and implications for understanding resilience. *Trauma, violence & abuse*, 13, 3, 209-221.
- Caminha, R. M. & Caminha, M. G. (2007). *A prática cognitiva na infância*. São Paulo: Rocca.
- Chan, K. L. (2013). Victimization and poly-victimization among school-aged Chinese adolescents: prevalence and association with health. *Preventive Medicine*, 56, 207-210.
- Chamberland, K. C. C., Lessar, G., Clément, M., Wemmers, J., Collin-Vézina, D., Gagné, M. H. & Damant, D. (2012). Polyvictimization in a child welfare sample of children and youths. *American Psychological Association*, 2, 4, 385-400.
- Compas, B. E., Banez, G. A., Malcarne, V., & Worsham, N. (1991). Perceived control and coping with stress: a developmental perspective. *Journal of Social Issues*, 47(4), 23-34
- Compas B. E., Connor-Smith J. K., Saltzman H., Thomsen, A. H. & Wadsworth, M. E. (2001). Coping with stress during childhood and adolescence: problems, progress and potential in theory and research. *Psychological Bulletin*, 127, 1, 87-127.
- Cuevas, C. A., Finkelhor, D., Clifford, C., Ormrod, R. & Turner, H. (2010). Psychological distress as a risk factor for re-victimization in children. *Child Abuse & Neglect*, 34, 235-243.
- Crawley, S. A., Podell, J. L., Beidas, R. S., Braswell, L. & Kendall, P. C. (2010). Cognitive-behavioral therapy with youth. Em K. S. Dobson (Org.) *Handbook of cognitive-behavioral therapies* (pp. 375-410). New York: The Guilford Press

- Dobson, K. S. & Dozois, D. J. A. (2010). Historical and philosophical bases of the cognitive-behavioral therapies. Em K. S. Dobson (Org.) *Handbook of cognitive-behavioral therapies* (pp. 3-38). New York: The Guilford Press.
- Finkelhor, D. (2007). Developmental victimology: the comprehensive study of childhood victimizations. Em R. C. Davis, A. J. Lurigio & S. Herman, S. (Orgs.), *Victims of crime* (pp. 9-34). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Finkelhor, D. & Dziuba-Leatherman, J. (1994). Victimization of children. *American Psychological Association*, 49, 3, 173-183.
- Finkelhor, D., Ormrod, R. K., Turner, H. A. (2007). Poly-victimization: a neglected componente in child victimization. *Child Abuse & Neglect*, 31, 7-26.
- Finkelhor, D., Ormod, R. K., Turner, H. A. (2009). The developmental epidemiology of childhood victimization. *Journal of Interpersonal Violence*, 24, 5, 711-731.
- Finkelhor, D., Ormrod, R. K., Turner, H. A. & Hamby, S. L. (2005a). Measuring poly victimization using the Juvenile Victimization Questionnaire. *Child Abuse & Neglect*, 29, 1297-1312.
- Finkelhor, D., Ormrod, R., Turner, H. & Hamby, S. L. (2005b). The victimization of children and youth: a comprehensive, national survey. *Child Maltreatment*, 10, 1, 5-25.
- Freitas, P. B. & Rech, T. (2010). O uso da terapia cognitivo-comportamental no tratamento do transtorno depressivo: uma abordagem em grupo. *Barbarói. Santa Cruz do Sul*, 32, 98-113.
- Habigzang, L. F., Hatzenberger, R., Corte, F. D., Stroehrer, F., Koller, S. (2008). Avaliação de um modelo de intervenção psicológica para meninas vítimas de abuso sexual. *Psicologia: Teoria e Prática*, 24, 1, 67-76.
- Habigzang, L. F., Stroehrer, F. H., Hatzenberger, R., Corte, F. D., Stroehrer, F., Koller, S. (2006). Grupos de terapia cognitivo-comportamental para meninas vítimas de abuso sexual: descrição de um modelo de intervenção. *Psic. Clín.* 18, 2, 163-182.
- Hager, A. D. & Runtz, M. G. (2012). Physical and psychological maltreatment in childhood and later health problems in women: An exploratory investigation of the roles of perceived stress and coping strategies. *Child Abuse & Neglect*, 36, 393-403.

- Hamby, S. L., Finkelhor, D., Ormrod, R. & Turner, H. (2004). *The Juvenile Victimization Questionnaire (JVQ): Administration and Scoring Manual*. Durham, NH: Crimes Against Children Research Center.
- Hatzenberger, R., Habigzang, L. F. & Koller, S. H. (2012) Análise das percepções que meninas vítimas de violência sexual têm sobre si, os outros e o futuro. Em L. F. Habigzang & S. H. Koller (Orgs.). *Violência contra crianças e adolescentes: teoria, pesquisa e prática*. Porto Alegre: Artmed, p. 69-79.
- Hetzel-Riggin, M. D. & Meads, C. L. (2011). Childhood violence and adult partner maltreatment: the roles of coping style and psychological distress. *Journal of Family Violence*, 26, 585-593.
- Holt, M. K., Finkelhor, D. & Kantor, G. K. (2007). Multiple victimization experiences of urban elementary school students: Associations with psychosocial functioning and academic performance. *Child Abuse e Neglect*, 31, 503-515.
- Knapp, P. & Beck, A. T. (2008). Fundamentos, modelos conceituais, aplicações e pesquisa da terapia cognitiva. *Rev Bras Psiquiatr*, 30 (Supl II), 54-64.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal and Coping*. New York: Springer Publishing Company.
- Leahy, R. L. (2006). *Técnicas de terapia cognitiva: manual do terapeuta*. Porto Alegre: Artmed.
- López, G. C. H., Vesga, M. C. G. (2009). Interacción familiar y desarrollo emocional en niños y niñas. *Rev latinoam cienc soc niñez juv*, 7, 2, 785-802.
- Moos, R. H. (2002). The Mystery of Human Context and Coping: An Unraveling of Clues. *American Journal of Community Psychology*, 30 (1), 67-88.
- Novais, M. R. & Britto, I. A. G. S. (2013). Comportamentos-problema de uma criança vítima de abuso sexual. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, XV, 1, 4-19.
- O'Leary, P. & Gould, N. (2010). Exploring coping factors amongst men who were sexually abused in childhood. *British Journal of Social Work*, 40, 2669-2686.

- Passarela, C. M., Mendes, D. D. & Mari, J. J. (2010). Revisão sistemática para estudar a eficácia da terapia cognitivo-comportamental para crianças e adolescentes abusadas sexualmente com transtorno de estresse pós-traumático. *Rev Psiq Clín*, 31, 2, 60-50.
- Petersen, C. S. (2011). Avaliação inicial de crianças: a dimensão bioecológica do desenvolvimento humano. Em C. S. Petersen & R. Wainer (Orgs.), *Terapias cognitivo-comportamentais para crianças e adolescentes* (pp. 32-45). Porto Alegre: Artmed.
- Powell, V. B., Abreu, N., Oliveira, I. R. & Sudak, D. (2008). Terapia cognitivo-comportamental da depressão. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30, II, 73-80.
- Soler, L., Paretila, C., Kirchner T. & Forns, M. (2012). Effects of poly-victimization on self-esteem and post-traumatic stress symptoms in Spanish adolescents. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 21, 11, 645-653.
- Turner, H., Finkelhor, D., Ormrod, R. & Hamby, S. L. (2013). Infant victimization in a nationally representative sample. *PEDIATRICS*, 126, 1, 45-53.
- Walsh, K., Fortier, M. A., DiLillo, D. (2009). Adult coping with childhood sexual abuse: a theoretical and empirical review. *Agression and Violent Behavior*, 15, 1, 1-13.
- Walsh, K., DiLillo, D. & Scalora, M. J. (2011). The cumulative impact of sexual revictimization on emotion regulation difficulties: an examination of female intimates. *Violence Against Women*, 17, 8, 1103-1118.
- Wright, J. H., Basco, M. R. & Thase, M. E. (2008). Aprendendo a terapia cognitivo-comportamental. Porto Alegre: Artmed.
- Zanini, D. & Santacana, M. F. (2005). O conceito de risco e proteção à saúde mental e sua relação com a teoria de *coping*. *Estudos*, 32, 1, 69-80

Capítulo II

Artigo empírico

**Polivitimização, *coping* e abordagem cognitivo-comportamental: um estudo de caso na
vida adulta**

Resumo

Existe um crescente interesse em investigar o impacto da vivência de violência na saúde dos indivíduos. No entanto, muitos desses estudos averiguam somente uma forma de violência, como o abuso sexual. Estudos mais recentes demonstram que pessoas polivítimas, ou seja, que vivenciam quatro ou mais episódios de violência possuem maior probabilidade de desenvolverem sintomas psicopatológicos, o que pode ser ocasionado pela construção de crenças distorcidas, desregulação emocional e aprendizado de estratégias de *coping* focadas na emoção, que estão correlacionadas a piores níveis de bem-estar. Este estudo teve como objetivo analisar o caso clínico de uma mulher de 31 anos com história de vivência de episódios diferentes de violências com base nas teorias de polivitimização, *coping* e abordagem cognitiva de Beck, juntamente com procedimentos de manejo de contingências. Para isso, fez-se um recorte de 24 sessões psicoterapêuticas divididas entre avaliação inicial e intervenção. Notou-se que a experiência de polivitimização pode ter contribuído para o aprendizado de crenças disfuncionais, de estratégias compensatórias comportamentais focadas na emoção e na desregulação emocional. A modificação dessas crenças refletiu-se em comportamentos de *coping* focados no problema e no aumento das habilidades para reconhecer e lidar com estados emocionais, ocasionando maior qualidade de vida e quebra do ciclo da polivitimização. Assim, conclui-se que as intervenções cognitivas são relevantes em casos de sujeitos polivítimas.

Palavras-chave: vitimização, terapia cognitiva, saúde mental.

Abstract

There is a growing interest in investigating the impact of the experience of violence on the health of individuals. However, many of these studies examine only one form of violence, such as sexual abuse. More recent studies demonstrate that poly-victims, i.e., those who experienced four or more episodes of violence, present a higher possibility of developing psychopathological symptoms, which can be caused by the construction of distorted beliefs, emotional dysregulation, and the learning of coping strategies focused on emotions, which are correlated to lower levels of well-being. This study had as aim to analyze the clinic case of a 31-year-old woman with a record of different episodes of violence, based on theories of poly-victimization, coping and Beck's cognitive approach, along with contingency management procedures. For this purpose, an analysis of 24 psychotherapeutic sessions was performed, divided in initial evaluation and intervention. It was noticed that the experience of poly-victimization can have contributed to the learning of dysfunctional beliefs, behavioral compensatory strategies focused on emotions and on emotional dysregulation. The modification of these beliefs reflected on coping behaviors focused on the problem and on the increase of abilities to recognize and deal with emotional states, resulting in higher quality of life and interruption of the victimization cycle. Therefore, it can be concluded that cognitive interventions are relevant in cases of poly-victimization.

Key-words: victimization, cognitive therapy, mental health.

Polivitimização, *coping* e abordagem cognitivo-comportamental: um estudo de caso na vida adulta

Os estudos que averiguam somente uma forma de violência como, por exemplo, o abuso sexual, o *bullying* e a negligência, tendem a apresentar consequências ligadas somente ao tipo pesquisado, o que representa também um recorte da realidade, visto que os indivíduos estão expostos a várias formas de violência e podem vivenciá-las ao mesmo tempo. Diante desse fato, pergunta-se: será que o impacto da experiência de um tipo de violência é o mesmo quando um indivíduo sofre diferentes tipos? Qual será o resultado dessas vivências para a vida adulta quando a vítima é uma criança ou adolescente?

O ato de violar as regras de uma sociedade a ponto de prejudicar um indivíduo permeia o cotidiano atual: pode acontecer uma briga de rua em que a pessoa é a vítima ou apenas quando ela assiste ao episódio, em um assalto, ou até na mais nova forma de violência da atualidade o assédio nas redes sociais. Um estudo com 2.030 sujeitos realizado por Finkelhor, Ormrod, Turner e Hamby (2005) nos Estados Unidos da América (EUA), com jovens entre dois a dezessete anos, investigou, no prazo de um ano, a vivência de crime convencional, maus-tratos infantis, violência entre colegas e irmãos, vitimização sexual, vitimização testemunhada e indireta. Do total da amostra, 71% haviam vivenciado alguma vitimização, 69% experienciaram pelo menos uma vitimização a mais, e 25% dos sujeitos sofreram quatro ou mais episódios diferentes de vitimização.

Ainda, em relação a esse estudo, 25% dos participantes que sofreram mais de quatro tipos de vitimização no último ano apresentaram relatos de vivências de variadas adversidades, como doenças, acidentes, conflitos no interior da casa, desemprego, abuso de substância ou prisão de algum familiar, além de maiores índices de sintomas traumáticos, envolvendo raiva, depressão e ansiedade. Os sujeitos que vivenciaram quatro ou mais episódios de vitimização durante um ano e que foram mais vulneráveis às adversidades e a

sintomas psicopatológicos são denominadas polivítimas (Filkelhor, 2007; Finkelhor, Ormrod, Turner & Hamby, 2005).

Apesar de o estudo realizado nos EUA com crianças e adolescentes demonstrar as consequências da polivitimização para essas etapas do desenvolvimento, mulheres com história de vivência de violência na infância relataram mais problemas de saúde física e mais idas ao consultório médico, bem como um aumento de estresse percebido nas situações do dia a dia (Hager & Runtz, 2012). A extensão ou severidade dos sintomas psicopatológicos também foram correlacionadas com as diferentes formas de vitimização. Pessoas que passaram por diferentes episódios de violência em diferentes contextos tenderam a apresentar piores níveis de saúde mental comparadas àquelas que sofreram apenas um tipo de vitimização (Holt, Finkelhor & Kantor, 2007). Mulheres polivitimizadas na infância tenderam a manifestar níveis clínicos significativos de depressão, raiva, ansiedade e dissociação (Cuevas, Sabina & Picard, 2010).

Muitas são as consequências maléficas para a saúde, tanto física quando psicológica, do indivíduo diante das situações de violência, no entanto, é curioso que nem todos adoecem após enfrentar esse tipo de adversidade. Uma das explicações possíveis e demonstrada por alguns estudos é que algumas vítimas tendem a enfrentar de maneira ineficaz os tipos de adversidades vivenciadas (Compas *et al.*, 2001; Hager & Runtz, 2012; Hetzel-Riggin & Meads, 2011; Moos, 2002; Lazarus & Folkman, 1984).

Lazarus e Folkman (1984) denominam *coping* as formas de enfrentamento utilizadas pelo sujeito ante a adversidade e o definem como “esforços cognitivos e comportamentais em constante mudança para manejar demandas externas e/ou internas específicas que são avaliadas como sobrecarregando ou excedendo os recursos da pessoa” (p. 141).

As estratégias de enfrentamento não são tão estáveis como um traço de personalidade em que, por exemplo, a pessoa tende a se comportar quase sempre da mesma maneira em

momentos adversos. Elas são flexíveis e decorrentes da interação do sujeito com o ambiente e varia de acordo com os recursos que o sujeito utiliza para administrar a situação considerada estressora.

Na interação sujeito-ambiente, a avaliação do sujeito ante a adversidade passa por dois filtros denominados avaliação primária e avaliação secundária. A primeira confere qual será o impacto de tal adversidade, a sua extensão e como podem afetar o bem-estar; e a segunda preocupa-se com o senso de controle, como agir em determinada situação e o que pode ser feito para preparar, minimizar ou prevenir as consequências das vivências do evento estressante (Lazarus & Folkman, 1984).

Depois de passar por esses dois filtros, a pessoa julga qual é a melhor forma para lidar com o problema ou evento estressor. Lazarus e Folkman (1984) observaram a existência de dois principais grupos de *coping*: focado na emoção e focado no problema. O primeiro, o *coping* focado na emoção, refere-se aos esforços direcionados com o objetivo de regular a resposta emocional diante do evento estressor. Assim, o sujeito pode, por exemplo, evitar o evento estressor, minimizá-lo, distanciar-se dele, selecionar a atenção e fazer comparações positivas. O segundo, o *coping* focado no problema, tem o intuito de manejar ou alterar a situação causadora do estresse, como, por exemplo, definir o problema, gerar soluções alternativas, pesar os custos e benefícios de uma ação, escolhendo uma e a colocando em prática.

As estratégias de *coping* focadas na emoção são mais prováveis de ocorrerem quando o sujeito observa que nada pode ser feito para modificar as condições ambientais que podem causar grande malefício, caso sejam diretamente confrontadas. Já as formas de *coping* focadas no problema, por outro lado, ocorrem nas adversidades que são julgadas como mais sensíveis à mudança (Compas *et al.*, 2001; Lazarus & Folkman, 1984).

Como dito anteriormente, a frequência e as diferentes formas de maus-tratos na infância estão correlacionadas com a severidade dos transtornos mentais quando adulto, que, por sua vez, podem ter consequências na forma ineficaz de lidar com a situação estressora. Estudos mostram que indivíduos adoecidos tendem a utilizar com mais frequência as estratégias de *coping* focadas na emoção (Compas *et al.*, 2001; Hager & Runtz, 2012; Hetzel-Riggin & Meads, 2011; Moos, 2002; Lazarus & Folkman, 1984). A polivitimização na infância pode contribuir para esse aprendizado, pois, para a criança, uso desse tipo de *coping* ocorre diante da avaliação de que uma situação permanece inalterável independentemente de qualquer esforço, como, por exemplo, a agressão física por um adulto. Assim, a experiência precoce e contínua de eventos estressantes pode contribuir para o aprendizado e a perpetuação de estratégias focadas na emoção e que se tornarão menos adaptativas ao longo da vida (Compas *et al.*, 2001; Hager & Runtz, 2012; Lazarus & Folkman, 1984).

Diferentemente do *coping* focado no problema, o focado na emoção não atua diretamente sobre a fonte de estresse fazendo que ela diminua ou até acabe. O uso dessas estratégias em situação de violência pode levar à perpetuação e/ou ocorrência de novos casos. Mulheres vítimas de agressão por seus parceiros, por exemplo, tendem a se isolarem, sentirem-se mais culpadas do que aquelas que não foram vítimas e considerar a ação agressiva como necessária para resolver um conflito (Hetzel-Riggin & Meads, 2011; Finkelhor, Ormrod & Turner, 2007; Santos & Moré, 2011). O não reconhecimento dos estados emocionais também pode contribuir para esse fenômeno, uma vez que os comportamentos de risco (abuso de substâncias, sexo casual) adotados para evitar o afeto negativo, aumentam a probabilidade de exposição a potenciais perpetradores e diminui a habilidade de a vítima defender-se eficazmente (Walsh, DiLillo & Scalora, 2011).

Portanto, a experiência da polivitimização pode contribuir para o aprendizado de estratégias de *coping* focados na emoção; para o desenvolvimento da dificuldade na regulação

dos estados emocionais, como reconhecer a mudança de afeto e nomeá-lo, e, também para a construção de crenças distorcidas presentes em maior intensidade nos transtornos psicopatológicos.

Segundo o modelo cognitivo de A. T. Beck (1964), a forma como o indivíduo se comporta está relacionada com a maneira como ele percebe o meio. Essas vivências são organizadas em três níveis: crenças centrais, crenças intermediárias e pensamentos automáticos. As crenças centrais constituem o nível mais profundo do modo de interpretar a realidade do indivíduo. São globais, rígidas e aparecem em falas como “sou...”, “os outros são...”, “o mundo é...”, e influencia as crenças mais superficiais, os sentimentos e comportamentos. As crenças intermediárias são regras, atitudes e suposições do tipo “se...então” e que embasam as estratégias compensatórias para manejar a crença central aflitiva. As estratégias compensatórias são comportamentos típicos de todas as pessoas, no entanto, ganham *status* de disfunção pela característica de serem excessivas e de alto custo, comparadas com estratégias mais funcionais. O sujeito desenvolve as estratégias compensatórias com o intuito de enfrentar a crença central aflitiva. E, por último, os pensamentos automáticos compõem a camada mais superficial do modelo cognitivo, sendo mais facilmente acessíveis e breves (J. Beck, 1997).

Tanto na construção das crenças centrais quanto no aprendizado de estratégias de *coping* menos eficazes, a experiência de polivitimização parece ter um papel primordial. Assim, este estudo tem como objetivo analisar o caso clínico de uma mulher com história de violência ao longo da sua vida, tendo como base as teorias de polivitimização, *coping* e terapia cognitiva de Beck (1964) e procedimentos de manejo de contingências. Esta pesquisa é relevante, pois seus resultados possibilitam compreender as consequências da polivitimização para a saúde mental, além de um entendimento científico para a prática psicoterapêutica.

Método

Sujeito

Joana (nome fictício), 31 anos, sexo feminino, ensino fundamental incompleto, do lar, sem experiência em psicoterapia, mãe de uma menina de cinco anos e um menino de nove anos de idade, é casada há quinze anos com Jairo (nome fictício), cuja profissão é comerciante e usurário.

Problemas pessoais atuais e suas origens

Joana chegou ao consultório conduzida por duas irmãs. Durante a entrevista inicial, apresentava-se sentada no canto da cadeira com as pernas cruzadas e aos prantos. As irmãs disseram que a paciente fora encaminhada para a psicoterapia por meio do psiquiatra da cidade onde morava. Tinha como diagnóstico transtorno depressivo maior (TDM) CID F32 e estava medicada com cloridrato de venlafaxina há sete dias.

Segundo as irmãs, há um ano Joana começara a apresentar falta de vontade para realizar atividades domésticas rotineiras, ficando deitada a maior parte do tempo, chorando muito, com ataques de autoagressão em que ela se jogava contra a parede, se debatia e se arranhava sem perceber. As irmãs descreviam esses episódios como *apagões*. Disseram que precisavam trancar a porta da casa, pois, algumas vezes tiveram que procurá-la pelas ruas, encontrando-a perambulando e dizendo ir atrás de uma voz. Joana relatou que, durante os últimos três dias, tem apresentado pensamentos suicidas, com a presença de planejamento para ação.

História pessoal

Nasceu em Anápolis, mas sua família foi morar em outra cidade, onde ela, o pai e parte dos irmãos residem os dias atuais. É a filha mais velha de uma prole de cinco filhos,

quatro mulheres e um homem. Aos dez anos ficou órfã de mãe, que faleceu por insuficiência respiratória. O pai, que ainda vive, faz uso de bebida alcoólica sobretudo nos finais de semana desde que ela era criança. Na relação com os pais, presenciou violência doméstica várias vezes.

Na infância, Joana dormia na mesma cama dos pais, pois havia apenas três cômodos na casa para sete pessoas. Quando tinha oito anos, durante o ato sexual dos pais, Joana sentiu as mãos do pai passando sobre o corpo dela. Nos dias seguintes ao ocorrido, chorou muito e começou a reparar maior vigilância do progenitor, que não a deixava sair de casa como antes, proibindo-a até mesmo de cortar o cabelo. Mesmo a mãe perguntando o que estava acontecendo, a paciente não revelou o ocorrido.

Após a morte da progenitora, Joana e a avó, que morava no mesmo terreno, nos fundos da casa, ficaram com a responsabilidade de cuidar do lar e dos quatro irmãos. Sua irmã mais nova tinha apenas dois anos. O pai tornou-se agressivo sobretudo com ela e com o irmão, usando violência física.

Na adolescência, aos treze anos, o pai tentou abusá-la sexualmente, dizendo a ela que ele podia fazer isso, pois a colocara no mundo. Quando contou para a avó o ocorrido, ela a levou para Goiânia, para morar com a madrinha e o tio. Residindo com eles permaneceu por um ano na cidade.

Ela os ouvia dizer que era “boa menina” (sic), pois ajudava nos serviços domésticos e não apresentava problemas de comportamento, como xingar e roubar. Após esse período, a madrinha e o tio levaram-na de volta para a casa do pai sem explicação dos motivos nem questionamento do interesse de Joana.

Aos dezesseis anos, a paciente conheceu seu atual marido, Jairo. No começo do relacionamento, ela ouvia as pessoas da vizinhança dizerem que ele era “meio mal com os outros” (sic), mas, entre eles, não ocorria nenhum tipo de violência. No entanto, após o

casamento, Jairo começou a ter crises de ciúmes e agredi-la fisicamente. Dizia a ela que podia fazer isso, pois a havia “comprado” (sic) de seu pai e agora ela era sua propriedade. Nas discussões do casal, havia um ciclo que se repetia. No início, Joana rebatia as violências, agredindo-o e o xingando também. Jairo passava dias sem conversar com ela, o que a fazia se sentir culpada, acabando por pedir desculpas. Jairo e Joana então passavam dias bem até que novas brigas acontecessem e assim, o ciclo se repetisse.

A respeito da família que morava em Goiânia e da cidade que atualmente habita, conta que não tinha apoio deles, pois mesmo relatando as violências, diziam que isso iria passar. Ressaltou que não fazia questão de procurar a ajuda do pai que residia na mesma cidade, pois não queria vê-lo, com medo de que ele pudesse tentar abusar dela novamente. Ela contava com o sogro, que a levava para o hospital quando as agressões produziam algum ferimento e com quem ela desabafava.

A violência doméstica ocorreu durante onze anos de casamento. Após seis meses de falecimento do sogro, Joana adoeceu e se mudou para a casa da irmã em Goiânia, para realização de tratamento psicoterápico.

Material e Procedimentos

Para avaliação e intervenção, foram utilizados os seguintes instrumentos: entrevista semidirigida contendo tópicos como, dados pessoais, histórico familiar, histórico escolar, histórico profissional, histórico médico, principais doenças e hospitalizações, doenças na família, queixas e história pessoal, diagrama de conceituação cognitiva (J. Beck, 1997) e registro diário de atividades (A. T. Beck, Rush, Shaw & Emery, 1997).

Para este estudo, fez-se um recorte de 24 sessões de 50 minutos cada, utilizando princípios da abordagem cognitivo-comportamental, sobretudo a terapia cognitiva de A. T. Beck (1964). As sessões escolhidas correspondem somente a avaliação inicial e a intervenção

ao longo do processo psicoterapêutico. Os encontros foram organizados em duas sessões por semana e divididos em avaliação inicial e intervenção. Foram utilizadas estratégias e técnicas, como psicoeducação em terapia cognitivo-comportamental, reestruturação cognitiva, descoberta guiada, questionamento socrático, registro de pensamentos disfuncionais, identificação dos erros de pensamento, relaxamento, treino do manejo da raiva e treino de assertividade, conforme exposto no Quadro 1.

Para a participação no estudo, a pesquisadora apresentou a Joana o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) que continha informações sobre os objetivos, procedimentos, possíveis riscos e benefícios da participação voluntária e anônima, bem como a possibilidade de retirada do consentimento a qualquer momento.

Quadro1. Estruturação das sessões psicoterapêuticas

Sessão	Procedimento
1 ^a a 5 ^a Avaliação inicial	Entrevista semiestruturada com a paciente, seu marido e com as irmãs dela Psicoeducação sobre a terapia cognitivo-comportamental Vínculo Diagrama de conceituação cognitiva Investigação sobre ideação suicida Prevenção ao suicídio com as irmãs Discussão das queixas específicas e prioritárias
6 ^a a 24 ^a Intervenção	Verificação dos sintomas de depressão Verificação do uso da medicação Investigação sobre ideação suicida Registro diário de atividades Registro de diário de pensamentos Identificação dos erros cognitivos frequentes Descoberta guiada e questionamento socrático Checagem das hipóteses do diagrama de conceituação cognitiva Discussão sobre os conceitos de bondade e maldade Reestruturação cognitiva Treino do manejo da raiva e relaxamento Treino de assertividade

Resultados e discussão

Os resultados foram divididos em avaliação inicial, correspondente às cinco primeiras sessões e intervenção, dezenove sessões subsequentes, para um melhor entendimento e organização do caso.

Avaliação Inicial

Nessa etapa, foi feita a coleta de dados por meio da entrevista semiestruturada com a paciente, o marido e as irmãs. Segundo as três fontes de informação, Joana passou pela experiência de tentativa de abuso sexual, agressão física, negligência e exposição indireta à violência familiar, presenciando agressões entre os pais, ao longo da infância. Durante a adolescência e idade adulta, até os 29 anos, houve violência doméstica (agressão verbal e psicológica), tentativa de abuso e também exposição indireta à violência familiar.

Joana foi diagnosticada com o transtorno depressivo maior (F32) por um psiquiatra e estava medicada com cloridrato de venlafaxina há sete dias. Ela apresentava ideação suicida com planejamento para ação, o que incluía usar objetos cortantes, como facas e tesouras, e tomar veneno. A esse respeito, a psicoterapeuta instruiu as irmãs para não deixarem Joana sozinha, além de esconderem os artefatos existentes que poderiam ser usados em um possível suicídio. Os sintomas presentes realmente mostravam um prejuízo significativo no funcionamento biopsicossocial de Joana.

Segundo Finkelhor (2007) e Finkelhor, Ormrod, Turner e Hamby (2005), pessoas que sofreram quatro ou mais episódios de vitimização durante um ano, e que foram mais vulneráveis às adversidades e a sintomas psicopatológicos, são denominadas polivítimas e Joana é um exemplo disso. As polivítimas tendem a apresentar dificuldade para reconhecer uma situação como violenta e atribuírem as consequências negativas dessa situação à suas características pessoais (Hetzl-Riggin & Meads, 2011; Finkelhor, Ormrod & Turner, 2007;

Santos & Moré, 2011). Quando a psicoterapeuta deu o *feedback* para Joana sobre a sua história de vida, falando sobre os possíveis impactos das agressões sofridas ao longo das etapas de seu desenvolvimento, ela relatou que nunca tinha reconhecido o que sofrera como episódios de violência e refletido sobre as consequências deles para a sua saúde. Ter essas informações trouxe-lhe alívio, disse a paciente.

Intervenção

Como Joana apresentava inicialmente uma inatividade, pois ficava a maior parte do tempo deitada e se queixava de ser inútil e de não sentir vontade de fazer as atividades que antes executava, a psicoterapeuta realizou, com a paciente, um registro de atividades. Esta técnica consiste em agendar atividades de forma graduada começando pela tarefa com menor custo de resposta. Após a realização de cada tarefa, a paciente deverá pontuar de 0 a 10, o domínio, ou seja, o sentimento de gratificação durante o desempenho da tarefa e o prazer que sentiu em cumpri-la. Em cada sessão, as atividades e os pensamentos eram monitorados e avaliados, verificando as evidências na realidade favoráveis ou contra eles. A paciente começou pelas tarefas domésticas simples como lavar louça e até o fim da 24^a sessão já estava caminhando três vezes na semana. Seus níveis de domínio e prazer aumentaram gradativamente, e os pensamentos autodepreciativos e autoexigentes diminuíram. Ela percebeu que é capaz de realizar atividades, que não necessitava fazê-las tão bem quanto imaginava e que se sentia bem por ajudar a irmã nas tarefas de casa.

Paralelamente, foi feito o registro diário de pensamentos com o objetivo principal ensinar o paciente a compreender a relação entre situação, pensamento, sentimento e evidências a fim de reformular pensamentos antes disfuncionais. Esta técnica é muito útil para a prática psicoterapêutica, pois além de servir como um instrumento psicoeducativo, possibilita ao psicólogo condições para formular hipóteses sobre as crenças centrais,

intermediárias e observar o conhecimento que o cliente tem sobre seus próprios estados emocionais (Greenberger & Padesky, 1999). No caso de Joana, houve um pobre repertório no reconhecimento dos seus estados afetivos e dos outros, o que confere com a literatura segundo a qual pessoas polivítimas tendem a ter dificuldade na sua regulação emocional (Walsh, DiLillo & Scalora, 2011).

A desregulação emocional é maléfica para o sujeito, pois a emoção pode servir como um alarme sinalizando que uma situação tende a ser perigosa como, por exemplo, andar sozinha em uma rua escura e sentir medo. Outro prejuízo está associado com a tentativa de fuga do afeto negativo por meio da adoção de comportamentos de risco, como o abuso de substâncias ou álcool para aliviá-lo, o que também pode contribuir para a perpetuação da violência ou a ocorrência de novos casos (Hetzl-Riggin & Meads, 2011; Santos & Moré, 2011; Walsh, DiLillo & Scalora, 2011).

A estratégia de evitar um afeto negativo pode ser considerada uma estratégia de *coping* focada na emoção. Por meio do registro diário de pensamentos, foi possível observar a baixa frequência de *coping* focado no problema, pois, diante das situações avaliadas como ofensivas, a paciente apresentava comportamentos como chorar, ficar de cama, delirar, alucinar, ingerir bebida alcoólica, planejar suicídio e/ou mudar de cidade para distanciar-se de situações ou pessoas que julgava desagradáveis. Estudos anteriores descreveram a associação das estratégias do tipo focadas na emoção com baixos níveis de bem-estar, assim também como continuação da violência, pois não são tomadas atitudes eficazes contra a fonte de estresse (Compas *et al.*, 2001; Hager & Runtz, 2012; Hetzel-Riggin & Meads, 2011; Moos, 2002; Lazarus & Folkman, 1984).

As estratégias de *coping* focadas na emoção no modelo cognitivo possuem um objetivo maior do que apenas administrar as emoções negativas. Por meio do diagrama de conceituação cognitiva no caso de Joana, notava-se um sentimento de injustiça acompanhado

de falas que possuíam como tema a busca da justificativa sobre o motivo de as pessoas ao seu redor estarem tendo determinado comportamento com ela (quando havia algum conflito) ou ela estar passando por aquela adversidade. Ao longo das sessões, analisando suas falas, emoções, comportamentos e sua história de vida, hipotetizou-se que a paciente tinha fortemente a crença central sobre si mesma como “eu sou uma pessoa bondosa” e “eu não sou importante pra as pessoas”. As regras ou crenças intermediárias eram: “se eu faço o que os outros querem, então eu sou uma pessoa boa”, ou, “se o outro se preocupa comigo, então sou importante”. Como estratégias compensatórias para lidar com a crença central havia comportamentos focados na emoção, como chorar ou desmaiar. Estes comportamentos permitiam que Joana não comunicasse seus comentários sobre as situações conflitantes, pois poderia decepcionar alguém, além de ser uma forma de atrair a atenção dos outros para cuidar dela.

As hipóteses foram confirmadas a partir do momento em que temas sobre bondade e maldade foram discutidos, de acordo com as distorções cognitivas presentes nos pensamentos automáticos. Por exemplo, Joana cometia o erro cognitivo absolutista e dicotômico segundo o qual as pessoas seriam sempre boas ou sempre ruins, e que os outros sempre sentiam pena dela e gostavam de cuidar dela quando adoecia ou desmaiava. Ao procurar as evidências na realidade favoráveis ou contra esses erros de pensamento, Joana mudou seus relatos, ao perceber que, às vezes, as pessoas são boas, e outras vezes são ruins, além de notar a abdicção que os outros faziam de seus compromissos para cuidar dela quando adoecia.

Com o trabalho da reestruturação cognitiva, foram feitos treinos para o manejo da raiva, relaxamento e assertividade, com o objetivo de facilitar, por meio da experiência, mudanças cognitivas. Comportamentos como desviar a atenção para outro estímulo presente no contexto (manejo da raiva), controlar a respiração pelo diafragma (técnica de relaxamento) e comunicar pensamentos e sentimentos negativos aos outros (assertividade) foram ensinados

por modelação. Com estes comportamentos, Joana verificou que, ao falar sobre suas percepções nas situações conflitantes, a intensidade da raiva diminuía, o problema em questão era resolvido na maioria das vezes, e as pessoas envolvidas não deixavam de demonstrar afeto por ela, posteriormente.

Conclusão

Este estudo teve como objetivo analisar o caso clínico de uma mulher de 31 anos, com história de várias violências ao longo da sua vida, tendo como base as teorias de polivitimização, *coping* e terapia cognitiva de Beck (1964), utilizando procedimentos para o manejo de contingências. A análise desse caso permitiu perceber o impacto para o bem-estar do sujeito vítima de polivitimização ao longo da vida, que contribui para a construção de crenças distorcidas, desregulação emocional e comportamentos desadaptados, podendo culminar na gravidade dos sintomas psicopatológicos.

A metodologia do estudo de caso possibilitou um exame mais profundo acerca de um fenômeno, e embora seu valor probatório seja mais frágil comparado com pesquisas com amostras estatísticas, as constatações realizadas são ilustrativas e conferem com a literatura pesquisada (Capitão & Villemor-Amaral, 2007). Em pesquisas nas quais são avaliadas apenas um tipo de vitimização, há maiores riscos em subestimar as consequências de outras formas de violência e superestimar o impacto do tipo estudado, inflando a ligação entre vitimização-estresse psicológico. Não se quer dizer que a implicação de apenas uma agressão seja prejudicial, mas que podem existir outras vitimizações que alimentam essa ligação.

A subestimação do impacto da polivitimização também ocorre nos serviços de saúde. Provavelmente indivíduos vitimizados são os que mais procuram tratamento sem, no entanto, perceberem suas queixas como consequências das experiências traumáticas. Ao tratar somente os sintomas revelados, sem uma investigação mais profunda, o profissional deixa de ser um

instrumento eficiente para a estagnação do ciclo de episódios de violência por meio de denúncia ou encaminhamento para programas de intervenção específicos.

A experiência da polivitimização na infância contribuiu, no caso relatado, para a construção de crenças centrais distorcidas que se cronificaram ao longo da vida da paciente e em face das vivências das demais vitimizações ao longo da vida. Estas crenças centrais distorcidas não condiziam com a realidade e que alimentavam comportamentos desadaptados, próprios da depressão, como o choro excessivo e falta de vontade para realizar atividades que antes a paciente fazia com prazer. As estratégias focadas na emoção tinham então uma funcionalidade, pois fortaleciam as crenças centrais distorcidas apresentadas por Joana. A mudança cognitiva refletiu-se em uma maior atenção relacionada os afetos positivos (como o bem-estar) e comportamentos mais diretivos ante as adversidades e permitiu a quebra do ciclo vicioso estabelecido pelos pensamentos e comportamentos disfuncionais.

Referências

- Beck, A. T. (1964). Thinking and depression: II theory and therapy. *Arch Gen Psychiatry*, 10, 561-571.
- Beck, J. S. (1997). *Terapia Cognitiva* (S. Costa, trad.). Porto Alegre: Artmed.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. & Emery, G. (1997). *Terapia Cognitiva da Depressão* (S. Costa, trad.). Porto Alegre: Artmed.
- Beck, A., Steer, R. A. & Garbin, M. G. (1988). Psychometric properties of the Beck depression inventory: twenty-five years of evaluation. *Clinical, Psychology Review*, 8, 77-100.
- Capitão, C.G. & Villemor-Amaral, A.E. (2007). A pesquisa com estudo de caso. Em M. N. Baptista & D. C. Campos. *Metodologias de pesquisa em ciências: análises quantitativa e qualitativa*. Rio de Janeiro: LTC.

- Compas, B. E., Connor-Smith J. K., Saltzman H., Thomsen, A. H. & Wadsworth, M. E. (2001). Coping with stress during childhood and adolescence: problems, progress and potential in theory and research. *Psychological Bulletin*, 127, 1, 87-127.
- Cuevas, C. A., Sabina, C. & Picard, E. H. (2010). Interpersonal victimization patterns and psychopathology among latino women: result from the SALAS study. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 2, 4, 296-306.
- Hager, A. D. & Runtz, M. G. (2012). Physical and psychological maltreatment in childhood and later health problems in women: an exploratory investigation of the roles of perceived stress and coping strategies. *Child Abuse & Neglect*, 36, 393-403.
- Hetzel-Riggin, M. D. & Meads, C. L. (2011). Childhood violence and adult partner maltreatment: the roles of coping style and psychological distress. *Journal of Family Violence*, 26, 585-593.
- Holt, M. K., Finkelhor, D. & Kantor, G. K. (2007). Multiple victimization experiences of urban elementary school students: Associations with psychosocial functioning and academic performance. *Child Abuse e Neglect*, 31, 503-515.
- Finkelhor, D. (2007). Developmental victimology: the comprehensive study of childhood victimizations. Em R.C. Davis, A. J. Lurigio & S. Herman, (Orgs.), *Victims of crime* (pp. 9-34). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Finkelhor, D., Ormrod, R. K. & Turner, H. A. (2007). Poly-victimization: a neglected component in child victimization. *Child Abuse & Neglect*, 31, 7-26.
- Finkelhor, D., Ormrod, R. K., Turner, H. A. & Hamby, S. L. (2005). Measuring poly-victimization using the Juvenile Victimization Questionnaire. *Child Abuse & Neglect*, 29, 1297-1312.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal and Coping*. New York: Springer Publishing Company.
- Moos, R. H. (2002). The mystery of human context and coping: an unraveling of clues. *American Journal of Community Psychology*, 30 (1), 67-88.
- Greenberger, D. & Padesky, C. A. (1999). *A mente vencendo o humor*. Porto Alegre: Artmed.

Santos, A. C. W. & Moré, C. L. O. O. (2011). Repercussão da violência na mulher e suas formas de enfrentamento. *Paidéia*, 21, 49, 227-235.

Walsh, K., DiLillo, D. & Scalora, M. J. (2011). The cumulative impact of sexual revictimization on emotion regulation difficulties: an examination of female intimates. *Violence Against Women*, 17, 8, 1103-1118.

Capítulo III

Artigo empírico

**Polivitimização, *coping* e terapia analítico-comportamental: um estudo de caso de uma
criança pré-escolar**

Resumo

As crianças, comparadas com os adultos, são mais suscetíveis a alguns tipos de violência, em virtude das particularidades do seu desenvolvimento, como a dependência psicossocial. Crianças que apresentam várias experiências de apenas um tipo de vitimização proveniente de um mesmo perpetrador apresentam melhores níveis de bem-estar e menores chances de serem revitimizadas do que aquelas que sofreram diferentes vitimizações de diferentes pessoas. A razão é que a experiência de violência na infância contribui para o aprendizado de comportamentos encobertos desadaptados e estratégias menos eficazes para o enfrentamento das adversidades. Este estudo tem como objetivo analisar o caso clínico de uma criança com três anos de idade, vítima de negligência, violência física e sexual, tendo como base as teorias de polivitimização, *coping* e terapia analítico-comportamental. Foram realizadas cinquenta sessões psicoterapêuticas com a criança, divididas em avaliação inicial, intervenção e avaliação final. Notou-se que a vitimização contribuiu para o surgimento de comportamentos sexualizados, confusões nos papéis de gênero, aumento dos comportamentos agressivos e dificuldade para manter relações afetivas. Após a intervenção, com a utilização de técnicas como reforço diferencial, reforço positivo, extinção, modelação, reconhecimento e manejo das emoções e solução de problemas, houve maior ocorrência das estratégias de enfrentamentos mais eficazes e aprendizado de novas habilidades. Conclui-se que intervenções psicoterapêuticas para crianças polivítimas, são importantes para a prevenção de psicopatologias e novos ciclos de vitimizações.

Palavras-chave: criança, pré-escolar, psicoterapia, violência.

Abstract

Children, when compared to adults, are more susceptible to some types of violence, due to particularities of their development, such as psychosocial dependence. Children who present several experiences of only one type of victimization coming from the same perpetrator present better levels of well-being and lower chances of being revictimized than those who suffered different victimizations from different people. The reason is that the experience of violence in childhood contributes to the learning of cover unadaptive behavior less effective strategies to face adversities. This study has as aim to analyze the clinical case of a three-year-old child, victim of negligence, physical and sexual violence, based on theories of poly-victimization, coping and analytical behavioral therapy. Fifty psychotherapeutic sessions were performed with the child, divided in initial evaluation, intervention and final evaluation. It was noticed that the victimization contributed to the appearance of sexualized behaviors, confusion regarding gender roles, increase in aggressive behaviors and difficulty to maintain affective relations. After the intervention, with the use of techniques such as differential reinforcement, positive reinforcement, extinction, modeling, recognition and management of emotions, and problem-solving, there was an improvement of the more effective coping strategies and the learning of new abilities. It can be concluded that psychotherapeutic interventions on poly-victimized children are important for the prevention of psychopathologies and new victimization cycles.

Key-words: child, pre-school, psychotherapy, violence

Polivitimização, *coping* e terapia analítico-comportamental: um estudo de caso de uma criança pré-escolar

A criança está sujeita a enfrentar as mais diversas formas de violência, no entanto, pela particularidade do seu desenvolvimento, é mais vulnerável a alguns tipos. Uma das principais características que diferem a vitimização na infância e na fase adulta é o *status* de dependência que coloca o bem-estar infantil sob a responsabilidade do outro. Em virtude de normas sociais, a criança tem sua autonomia limitada e precisa recorrer a certos dispositivos ou utilizar determinados recursos, como os conselhos tutelares ou um adulto, para denunciar violências das quais ela mesma é vítima, para ajudá-la no enfrentamento e tomada de decisões sobre essas questões. A criança, que é sensível e vulnerável, por possuir imaturidade psicológica, baixa estatura e força decorrentes do próprio desenvolvimento, dificilmente se defenderá habilmente, por exemplo, de punições físicas ou sofrerá impactos em sua saúde mental como um adulto. Nos tipos de violência contra a criança, a violação da condição de dependência configura diferentes formas de vitimização, como a negligência, o abuso sexual familiar e os maus-tratos psicológicos. À medida que ela cresce, tendo como base o desenvolvimento normal, a dependência diminui, caracterizando outras formas de vitimização mais comuns a adolescentes e adultos, como o abuso sexual por estranhos e homicídio (Finkelhor, 2007; Finkelhor & Leatherman, 1994).

Estudo realizado por Ramirez, Pinzón-Rondón e Botero (2011), com 1.089 mães biológicas de 2.992 crianças residentes no litoral colombiano, mostrou que existem fatores que facilitam e dificultam a vitimização. Crianças abusadas sexualmente tiveram em comum a ocupação das mães e a violência entre parceiros como fatores de risco. Finkelhor (2007) atribui a privação emocional e práticas rigorosas de punição como facilitadores para a violência, pois o perpetrador tem maior facilidade para atraí-las. Ao contrário, como fator de proteção, a comunicação parental foi um forte aliado contra a vitimização, pois, quando os

pais regularmente questionam e escutam seus filhos, também podem identificar fortes riscos potenciais antes que o abuso realmente ocorra. Em suma, fatores de risco, como a ocupação das mães, menor supervisão dos pais e violência entre parceiros estão relacionados ao aumento das chances de vitimização (Ramirez, Pinzón-Rondón & Botero, 2011). Por outro lado, hipotetiza-se que a privação emocional e práticas rigorosas de punição também se relacionam com o aumento das possibilidades de violência, baseados no monitoramento parental com base comportamental, visto que a criança procuraria outras fontes para evitar ou remover os estímulos aversivos.

Para avaliar a frequência com que crianças e jovens passam pela experiência da violência, Finkelhor, Ormrod, Turner e Hamby (2005a) realizaram um estudo com 2.030 jovens entre 2 a 17 anos de idade nos Estados Unidos da América (EUA). Eles investigaram, no prazo de um ano, a vivência de crime convencional, maus-tratos infantis, violência entre colegas e irmãos, vitimização sexual e vitimização testemunhada, ou seja, aquela em que o sujeito assiste sem participar como vítima ou perpetrador. Do total da amostra, 71% havia vivenciado alguma vitimização, 69% experienciaram pelo menos mais de uma vitimização, e 25% dos sujeitos sofreram quatro ou mais episódios diferentes.

O estudo ainda apontou que 25% dos participantes que sofreram mais de quatro tipos de vitimização no último ano foram aqueles que apresentaram relatos de variadas adversidades, como doenças, acidentes, conflitos dentro de casa, desemprego, abuso de substância ou prisão de algum familiar; maiores índices de sintomas traumáticos, envolvendo raiva, depressão e ansiedade, e apontaram duas a sete vezes mais chance de serem re-vitimizadas, ou seja, de novamente serem vítimas.

Os sujeitos que vivenciaram mais de um episódio de vitimização, durante um ano, e que foram mais vulneráveis as adversidades e a sintomas psicopatológicos são denominadas polivítimas (Finkelhor, 2007; Finkelhor, Ormrod, Turner & Hamby, 2005a; Finkelhor,

Ormrod, Turner & Hamby, 2005b). Essas pesquisas mostram que a vitimização: a) não é apenas um evento de curta duração, com sintomas traumáticos referentes somente a um tipo de violência; b) a experiência de um episódio torna a criança mais vulnerável a ser vítima em ocorrências de violência.

Os pesquisadores também relataram que a vivência de diferentes tipos de violência e por diferentes perpetradores tem influência na recuperação do estado emocional da criança após acontecer a adversidade. Crianças que apresentaram a experiência de um tipo de violência provinda de uma mesma pessoa mostraram menores índices de adoecimento comparadas com aquelas que viveram a vitimização como uma condição de vida, ou seja, vivenciando violência de diversos tipos e pessoas (Finkelhor, 2007; Finkelhor, Ormod & Turner, 2007).

Uma das explicações para o adoecimento em decorrência de adversidades é a forma como a pessoa as enfrenta. Em Psicologia, as estratégias utilizadas para o enfrentamento das adversidades são denominadas *coping* e se conceituam como “esforços cognitivos e comportamentais em constante mudança para manejar específicas demandas externas e/ou internas que são avaliadas como sobrecarregando ou excedendo os recursos da pessoa” (Lazarus & Folkman, 1984, p. 141). A escolha da estratégia a ser utilizada depende da interação entre o meio e o sujeito e como ele interpreta a situação difícil (Lazarus & Folkman, 1984).

Lazarus e Folkman (1984) observaram a existência de dois principais grupos de estratégias de *coping*: focada na emoção e focada no problema. A primeira refere-se aos esforços direcionados com o objetivo de regular a resposta emocional diante do evento estressor, podendo o sujeito, por exemplo, evitar, minimizar a situação, distanciar-se dela, selecionar a atenção e fazer comparações positivas. A segunda tem o intuito de manejar ou

alterar a situação causadora de estresse, como definir o problema, gerar soluções alternativas, pesar os custos e benefícios de uma ação escolhendo-a e a colocando em prática.

Para se compreender como o processo de *coping* ocorre na infância, deve-se considerar o contexto, tendo em vista a dependência da criança em relação ao adulto e o seu desenvolvimento biopsicossocial (Compas, 1987; Compas, Connor-Smith, Saltzman, Thomsen & Wadsworth, 2001). De acordo com o enfoque da abordagem desenvolvimentista, até os dez anos, aproximadamente, as crianças tendem a utilizar mais estratégias focadas no problema, pois não têm consciência de seus próprios estados emocionais, não conseguindo, portanto, se autorregular (Compas *et al.*, 2001; Compas, Banez, Malcarne e Worsham, 1991). Segundo Piaget (1970), dos dois aos sete anos no estágio pré-operacional, a criança apresenta, dentre outras características, a capacidade de imitação não imediata, ou seja, repete comportamentos vistos e memorizados em situações passadas. Nesta etapa, o meio em que ela vive é de suma importância para o aprendizado de estratégias saudáveis, pois a aprendizagem de comportamentos ocorre, sobretudo, por observação (Band & Weisz, 1988; Caminha & Caminha, 2007; Zanini & Santacana, 2005).

As estratégias focadas na emoção tendem a aparecer no final da infância e a desenvolverem-se ao longo da adolescência, com o aparecimento de capacidades mais complexas, como a metacognição (habilidade de pensar sobre o próprio pensamento). A partir de então, o indivíduo aprende, por exemplo, a pensar em diferentes alternativas para solucionar problemas (Compas *et al.*, 2001; Compas, Banez, Malcarne e Worsham, 1991).

Além do desenvolvimento, a avaliação que a criança faz do evento estressor também influencia a escolha da estratégia a ser utilizada. Em situações que envolvam adultos, elas tendem a não reagir ou a usar o *coping* focado na emoção, pois avaliam a situação como difícil de ser mudada por elas (Dell'Aglio & Hutz, 2002; Lisboa *et al.*, 2002; Walsh, Fortier & DiLillo, 2009). Tanto no tocante a crianças como a adultos, a literatura afirma que as

estratégias focadas na emoção são mais prováveis para ocorrerem quando o sujeito observa que nada pode ser feito para modificar a fonte estressora. Já as formas de *coping* focada no problema, por outro lado, ocorrem nas adversidades que são julgadas como mais sensíveis à mudança (Compas *et al.*, 2001; Lazarus & Folkman, 1984).

Situações de violência em que o adulto detém o poder e a força sobre a criança são exemplos de adversidades que podem ser avaliadas por elas como fora de seu controle e de difícil manejo direto no contato com a fonte estressora. Por essa razão, é mais provável que a criança utilize estratégias focadas na emoção, como adultos vítimas na infância relataram nas pesquisas de Walsh, Fortier e DiLillo (2009) e Hager e Runtz (2012). O uso desse tipo de *coping* também está relacionado a maiores índices de adoecimento na fase adulta, assim como a presença da vivência de violência quando criança (Compas *et al.*, 2001; Hager & Runtz, 2012; Hetzel-Riggin & Meads, 2011; Lazarus & Folkman, 1984; Moos, 2002; O’Leary & Gould, 2010; Turner, Finkelhor, Ormrod & Hamby, 2010). Essa relação pode ser explicada pelo fato de a experiência contínua da violência na infância perpetuar o aprendizado desse tipo de estratégia. Assim, quanto mais frequente e severa for a adversidade, mais provável será a utilização do *coping* focado na emoção em situações estressoras futuras.

Na infância, o ensino de habilidades referentes ao *coping* focado no problema é um forte aliado para prevenir violências e psicopatologias no futuro, e um dos meios para esse aprendizado é a psicoterapia. Em crianças com idade entre dois a seis anos recomendam-se intervenções analítico-comportamentais com participação ativa dos pais ou responsável para o ensino de habilidades de *coping* focado no problema, em virtude das características do desenvolvimento nessa fase, como, por exemplo, o egocentrismo (não compreensão de que as pessoas têm perspectivas diferentes das suas), capacidade de imitação não imediata, início da empatia (três-cinco anos), autocontrole flexível e papel sexual estereotipado (Petersen, 2011). Por sua limitação social e desenvolvimentista, o sujeito nessa etapa está mais propenso às

consequências ambientais, não conseguindo, por exemplo, o autoconhecimento de seus próprios sentimentos e a empatia, que podem servir como proteção para a ocorrência de casos de violência, uma vez que, de posse dessas habilidades, ela saberá quando uma situação é perigosa e o que supostamente o perpetrador desejará.

Em crianças muito pequenas, os principais sintomas são distúrbios do sono, regressão nas habilidades usadas em atividade cotidianas, expressões de raiva e medo, depressão, ansiedade e comportamentos sexualizados. O menor nível de adoecimento está relacionado à duração mais curta de tempo do episódio, atos menos intrusivos comum em vítimas pré-escolares, o perpetrador ser outra pessoa, ao em vez de pai/mãe ou cuidadores, ter apoio maternal e reação parental positiva (Knell & Ruma, 2009).

Apesar dos diferentes estudos sobre violência, ainda são escassos aqueles que investigam a vivência dessa problemática em crianças com até cinco anos (primeira infância), sobretudo em casos de polivitimização. Neste sentido, este estudo tem como objetivo analisar o caso clínico de uma criança polivítima tendo como base as teorias de polivitimização, *coping* e terapia analítico-comportamental.

Método

Sujeito

Rafael é natural de Goiânia, tem três anos, sexo masculino, cursando o maternal, irmão de Tiago, de 15 anos. Ambos são filhos de Laura, 40 anos, formada em Pedagogia, do lar e de Carlos, 51 anos, médico. Os nomes são fictícios para manter sigilo sobre os participantes.

Problemas pessoais atuais e suas origens

Na primeira sessão de avaliação com os pais, somente Laura compareceu, pois o marido estava trabalhando. Como queixas principais, a mãe relatou que Rafael estava apresentando confusões nos papéis de gênero, como, por exemplo, nas brincadeiras, perguntava se ele era o menino ou a menina; no cotidiano, mexia nas roupas e maquiagens de Laura; exibia comportamentos sexualizados, como querer beijar o pai na boca e pedindo para ele colocar a língua para fora para beijá-la; voltou a usar fraldas, pois não queria ir ao banheiro; a criança diminuiu a frequência dos atos de urinar e defecar, e mudou os locais, por exemplo, em vez do banheiro urinava e defecava atrás do sofá; não tinha vontade de ir à escola, a ela comparecendo somente após muita insistência dos pais. Segundo a mãe, as confusões de papéis de gênero e os comportamentos sexualizados começaram a aparecer há um ano, e os demais, há um mês.

Laura resolveu procurar ajuda para o filho porque, na semana anterior, durante um almoço familiar em que estava presente a família extensa, a mãe flagrou comportamentos sexualizados do cunhado em relação a seu filho, além de terem havido comportamentos sedutores anteriores ao acontecimento, tais como presentes fora de datas festivas e grande dispensa de atenção do cunhado com a criança, reconhecida pelos demais familiares. Após o flagrante, a família de Rafael não manteve mais contato com a tia e o cunhado. Esse abuso sexual sofrido configura-se como o terceiro dos quatro episódios de violência que serão apresentados adiante.

História pessoal

Os pais conheceram-se em uma consulta médica. Naquela época, Laura tinha terminado um namoro em que havia sido traída, e Carlos estava namorando outra mulher. Ao iniciar o relacionamento, Laura engravidou-se do primeiro filho (Tiago) e insistiu na relação, pois não queria vê-lo crescer sem pai. Durante os dez anos seguintes, Carlos manteve um

relacionamento turbulento com as duas mulheres, permeado por brigas entre eles mas decidiu ficar com Laura ao descobrir que a outra o estava traindo.

Depois de unirem-se, o casal optou por ter um segundo filho. No entanto, a mãe comentou que quase havia desistido dessa ideia após tentar, por um ano e meio, engravidar. Ao perceber o interesse do marido em ter outra criança, Laura fez uma nova tentativa. A gravidez e o parto do Rafael ocorreram sem intercorrências. Depois do nascimento até o primeiro ano, os pais contaram que houve problemas, pois o bebê apresentava refluxo e intolerância à lactose, chorando muito e requerendo cuidados. A mãe comentou que não queria mais ouvir o choro do neném, ficava irritada e que “não sabia cuidar direito” (sic), deixando o filho, então com quatro meses, aos cuidados da primeira babá. Este acontecimento configura-se como negligência ou privação emocional, e foi o primeiro episódio de violência vivenciado pela criança. Quando Rafael completou onze meses, a cuidadora foi mandada embora, pois Laura flagrou Rafael sendo vítima de violência física (segundo episódio) pela babá. Posteriormente, ele passou por mais quatro cuidadoras e, quando estava com a penúltima, a mãe relatou que o filho começou a pedir para se deitar em cima dele, que tirasse a blusa para ele ver o seio, para tomar banho com os pais querendo pegar nos órgãos sexuais deles. Laura achava normal, pois acreditava que era curiosidade apenas. No entanto, desconfiou quando Rafael disse que a “babá estava pelada” (sic) e que “a mão dele ia cair no buraco” (sic), direcionando sua mãozinha para seu pênis. Após esses episódios, os pais desconfiaram de abuso sexual praticado pela babá e decidiram demiti-la, contratando outra cuidadora que permanece na casa.

Rafael começou a estudar há três meses, cursando o maternal no período vespertino, e segundo os pais, a adaptação dele foi boa, pois não chorava demasiadamente e nem pedia para vê-los. Com o pai, costuma brincar nos finais de semana, e à noite, quando ele chega do trabalho. Com a mãe, a criança passa a maior parte do tempo atualmente e entre eles ocorrem

momentos de distração como fazer desenhos, assistir à TV e acompanhar a mãe nos lugares em que ela vai. A babá cuida das atividades cotidianas, como refeições e banhos, e Laura somente interfere quando Rafael se recusa a realizar alguma dessas tarefas. Os pais elogiaram o filho nas brincadeiras bem-humoradas que a criança provê, na sua inteligência, na facilidade de aprendizagem, e no carinho que dispensa a todos.

Material e procedimentos

Para avaliação e intervenção, foram utilizados os seguintes instrumentos: realização de entrevista semidirigida, contendo identificação da criança, dos pais, da família materna e paterna, história de relacionamentos dos pais biológicos, queixa principal e outras queixas, como os cuidadores lidam com as queixas apresentadas, quais as circunstâncias em que elas ocorrem, história da gravidez, história do desenvolvimento (alimentação, sono, desenvolvimento psicomotor, linguagem, controle dos esfíncteres, tiques), histórico escolar, sociabilidade, doenças da criança, antecedentes patológicos da família, ambiente familiar e social e interrelações, uso lápis de cor, canetinha, massa de modelar, carrinhos, bonecos, etc.

Rafael compareceu à psicoterapia por meio dos pais, não havendo nenhum encaminhamento psiquiátrico ou escolar, e os atendimentos ocorreram em um consultório psicológico com atendimento particular. Para este estudo, as sessões com a criança tiveram duração de cinquenta minutos, trinta encontros com periodicidade semanal e vinte, quinzenais, totalizando cinquenta sessões. A grande quantidade de encontros com a criança foi necessário em virtude das demandas associadas ao abuso e ao modelo parental antecedente aos episódios. Com os pais, ao todo houve quinze sessões variando em encontros quinzenais e mensais, de acordo com a disponibilidade deles; no entanto, neste estudo, não serão enfocados as sessões de treino com os pais.

O processo psicoterapêutico foi dividido em avaliação inicial, intervenção e avaliação final, utilizando princípios da terapia analítico-comportamental. Empregaram-se estratégias e técnicas, como reforço diferencial, modelação, soluções de problemas, dentre outras, conforme exposto no quadro 1.

Para a participação no estudo, a pesquisadora apresentou aos pais da criança o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) que continha informações sobre os objetivos, procedimentos, possíveis riscos e benefícios da participação voluntária e anônima, bem como a possibilidade de retirada do consentimento a qualquer momento.

Quadro 1. Estruturação das sessões psicoterapêuticas

Sessão	Procedimento
1 ^a a 10 ^a Avaliação inicial	Entrevista semiestruturada com o pai e a mãe do paciente Correção e análise dos mesmos Vínculo com os pais, psicoeducação sobre o abuso sexual infantil Vínculo e observação das queixas apresentadas pelos pais no brincar da criança Observação das principais características apresentadas nas brincadeiras Identificação dos alvos psicoterapêuticos
11 ^a a 40 ^a Intervenção	Principais técnicas utilizadas: reforço diferencial, reforço positivo, extinção, punição, modelação, reconhecimento e manejo das emoções, solução de problemas, psicoeducação sobre o abuso
41 ^a a 50 ^a Avaliação final	Reforço positivo para comportamentos adaptados Prevenção de episódios de violência incluindo o abuso sexual Preparação para a alta

Resultados e discussão

Os resultados estão divididos em avaliação inicial (1^a a 10^a sessão), intervenção (11^a a 40^a sessão) e avaliação final (41^a a 50^a sessão) para um melhor entendimento e organização do caso.

Avaliação inicial

A entrevista semiestruturada foi realizada com os pais separadamente, pois, no primeiro encontro, o pai não comparecera por causa do trabalho. De acordo com os dados

coletados, as confusões de papéis de gênero e os comportamentos sexualizados começaram a aparecer havia um ano, e os demais comportamentos problemas havia um mês. Como eventos desencadeadores, foram identificados o abuso praticado pela babá e, posteriormente, pelo tio, não se sabendo quantas vezes cada episódio ocorrera com cada perpetrador. Outros aspectos considerados na história de vida da criança foram: a negligência da mãe com a dificuldade em lidar com o choro excessivo causado pelo refluxo que o bebê apresentava desde o nascimento, a violência física causada pela primeira babá, a rotina exaustiva de trabalho do pai, dificultando-lhe a supervisão parental, os problemas relacionais do casal que resultavam em agressões verbais presenciados pela criança (violência indireta, quarta dos quatro episódios de violência).

Pode-se hipotetizar que a negligência da mãe e a falta de tempo do pai aumentaram as chances de a criança ser vitimizada, uma vez que possíveis riscos poderiam ter sido identificados e evitados como, por exemplo, a grande dispensa de atenção do cunhado pelo filho ou a observação de marcas de violência pelo corpo do menino. Além disso, baseado no modelo de monitoramento parental com base comportamental, hipotetiza-se que o paciente, diante da privação emocional dos pais, procuraria outros meios para evitar ou remover os estímulos aversivos, tornando-se alvo fácil para o perpetrador com seus comportamentos atrativos, como os presentes e a excessiva atenção.

Observou-se nos relatos dos pais quanto ao filho, maior preocupação e queixas por parte da mãe. A discrepância entre os dados dos cuidadores pode ter ocorrido em virtude da diferença de tempo que passam com a criança e/ou presença de traços de ansiedade na mãe (Mallants & Casteels, 2008; Petersen, Bunge, Mandil, & Gomar, 2011).

Na avaliação inicial com a criança no brincar, notou-se que algumas características se repetiam, como: comportamento sexualizado apresentado, por exemplo, pela preferência do paciente por dois animais diferentes (um cachorro e um gato) que na brincadeira subiam um

em cima do outro e faziam movimentos de vai e vem ou lambiam um ao outro; confusões no papel de gênero mostrados em jogos com funções tipicamente femininas como cozinhar, brincar de boneca e verbalizações que oscilavam entre “eu sô uma muié” (sic) e “eu sô um homi” (sic); expressões de raiva e de agressividade por meio de comportamentos como chorar, chutar, bater nos brinquedos e xingar a psicoterapeuta; expressões de tristeza e medo expostos por meio de comportamentos como apagar a luz do *setting*, falar com a cabeça baixa, mostrar o polegar para baixo; expressões de alegria demonstrados pelos comportamentos de sorrir e gargalhar; momentos de felicidade precedidos por momentos catastróficos expostos, por exemplo, por brincadeiras em que havia uma festa e, em seguida, jogos nos quais seu amigo era preso pela polícia e, assim, tornava-se inimigo.

Após cruzar as informações observadas na criança e nos pais, identificaram-se como alvos psicoterapêuticos: redução dos comportamentos sexualizados, diminuição dos papéis confusos de gênero e de comportamentos agressivos, controle e manejo das emoções, ensino de habilidades saudáveis para a resolução de problemas e para as relações afetivas, psicoeducação sobre abuso sexual, sua prevenção e de outras violências.

Os comportamentos sexualizados, confusões de papéis de gênero, expressões frequentes de raiva, tristeza, medo e dificuldade nas relações afetivas são sintomas apresentados pelas crianças vítimas de violência sexual (Finkelhor, 2007; Knell & Ruma, 2009). A confusão quanto à sexualidade pode ocorrer em meninos e meninas que sofreram abusos em uma relação homossexual (Hohendorff, Bravaresco, Habigzang & Koller, 2012). Em crianças menores, além dessas características, são comuns regressões nas habilidades cotidianas, como Rafael apresentou ao retornar ao uso das fraldas (Knell & Ruma, 2009).

Apesar dos sintomas citados aparecerem na literatura como relacionados a somente um tipo de violência, os prejuízos de sintomas traumáticos envolvendo raiva, agressividade e maiores chances de revitimização também são comuns em crianças que sofreram várias

vitimizações (Finkelhor, Ormrod & Turner, 2007). Rafael, em diferentes momentos da vida, foi vítima de diferentes episódios de violência (negligência, violência física, sexual e indireta) e por diferentes pessoas. As variedades de tempo, vitimizações e perpetradores são características de pessoas polivitimizadas, e mais prejudiciais para a saúde, pois a violência deixa de ser um evento esporádico e específico para tornar-se uma condição de vida e um evento generalizado (Chamberland *et al.*, 2012; Finkelhor, 2007; Finkelhor, Ormrod, Turner & Hamby, 2005a; Finkelhor, Ormrod, Turner & Hamby, 2005b).

Intervenção

Esta parte da psicoterapia foi realizada por meio do brincar da criança à medida que ela apresentava as queixas principais, não sendo direcionada a somente um tipo delas e foram ilustradas no Quadro 2. No tocante aos comportamentos sexualizados e na confusão dos papéis de gênero, foram utilizados em consultório, pela terapeuta, o reforço diferencial que consiste no reforço positivo de algum comportamento alternativo, a extinção, ou seja, a não emissão de respostas que reforçam o comportamento desadaptado (Martin & Pear, 2009), além da discriminação de estímulos e comportamentos acerca do que é feminino e masculino. Em conversa com os pais ficou evidente que a confusão de papéis em casa, que consistia em comportamentos tais como vestir roupas e sapatos da mãe, além de verbalizações do tipo “eu sô uma muié” (sic), apareciam somente em presença da mãe e em contextos nos quais a criança desejava algo e não podia tê-lo. Nesse tipo de ambiente, os pais foram ensinados a utilizarem o reforço diferencial e a extinção, o que ocasionou a diminuição desse comportamento.

No entanto, durante essa intervenção, comportamentos agressivos como chutar, bater e xingar aumentaram de frequência tanto no ambiente familiar como no terapêutico. Rafael, neste último contexto, agia agressivamente, xingando a psicóloga e chutando os brinquedos.

Como escolha de intervenção, continuou-se utilizando o reforço diferencial e a extinção, essas informações foram insistentemente reforçadas com os pais. Essa ação foi necessária, pois, às vezes, os pais cediam às vontades da criança, motivados pelo sentimento de dó que lhe ocorriam ao lembrarem-se do episódio de abuso. Agindo dessa maneira, os pais reforçavam intermitentemente o comportamento desadaptado, fazendo que ele não diminuísse de frequência (Martin & Pear, 2009).

É interessante observar que os comportamentos agressivos surgiram após a diminuição dos comportamentos sexualizados e de confusões de papéis de gênero, mostrando que, embora sejam comportamentos desadaptados e característicos das crianças vítimas de violência sexual, eles adquiriram funcionalidade naquele contexto: chamar a atenção dos pais que sentiam pena dele e conseguir algo que não podia ter. Estes dados corroboram com o estudo de Novais e Britto (2013), no qual uma criança com três anos e abusada sexualmente emitia falas relacionadas ao episódio para chamar a atenção da mãe, que reforçava o comportamento da filha, considerando-a uma vítima. Após a modificação das contingências, usando estratégias como reforço diferencial e extinção, a criança não emitiu mais esse comportamento-problema, a agressividade.

Os comportamentos agressivos apresentados por Rafael eram relacionados às emoções de raiva e de frustração por não obter o que desejava e também outros comportamentos ocorriam, ligados às emoções de medo, tristeza e alegria. A criança reagia aos afetos negativos e positivos sem reconhecê-los e manejá-los, não sabendo o que os causou e como controlá-los. É compreensível a não aquisição dessas habilidades, em virtude da fase de desenvolvimento, pois crianças menores de dez anos apresentam dificuldades em reconhecer seus próprios estados emocionais e se autorregular, e não conseguem, para enfrentarem as adversidades, utilizar habilidades de *coping* focado no problema (Compas *et al.*, 2001; Compas, Banez, Malcarne & Worsham, 1991). No entanto, embora haja essa limitação, o

ensino e o manejo das emoções são necessários para a criança avançar nas etapas de desenvolvimento e usar essas estratégias como proteção, uma vez que os sentimentos negativos servem como um alerta para situações perigosas possíveis de gerar novas vitimizações (Walsh, DiLillo & Scalora, 2011).

Reconhecer e manejar as emoções também contribui para o enfrentamento saudável das adversidades. Rafael apresentava com frequência, em suas brincadeiras, um monstro ou coruja que aparecia logo após momentos de felicidade, como festas e almoços. Ele reagia perante ela escondendo-se, e a brincadeira só voltava a expressar felicidade depois que a personagem ia embora. O comportamento de esconder-se é um exemplo de habilidade de *coping* focado na emoção, pois a criança não age diretamente sobre a fonte de estresse, mas administra seu sentimento causado pelo surgimento do monstro. Para ela, o personagem é avaliado como difícil de ser enfrentado e modificado pelas suas próprias ações, por isso a criança opta por usar a estratégia de enfrentamento focada em manejar seus sentimentos (Compas *et al.*, 2001; Lazarus & Folkman, 1984).

É importante ensinar a criança formas mais saudáveis de enfrentar os seus medos para que, em adversidades futuras, ela disponha de habilidades para administrar o causador do estresse (*coping* focado no problema), podendo evitar a perpetuação do sofrimento e o adoecimento (Compas *et al.*, 2001; Hager & Runtz, 2012; Hetzel-Riggin & Meads, 2011; Lazarus & Folkman, 1984; Moos, 2002; O’Leary & Gould, 2010; Turner, Finkelhor, Ormrod & Hamby, 2010). Como exemplos no *setting* terapêutico, no caso de Rafael, nas brincadeiras em que aparecia o monstro ou a coruja, a terapeuta agia como modelo e pedia para a criança repetir os comportamentos dela, tais como, dizer ao monstro “olha, quando você grita, eu fico com medo”, perguntar “por que você está bravo? É por minha causa?”, “você quer ajuda? Eu posso chamar o vovô e a vovó” e chegar perto do personagem devagar, como uma das formas de diminuir a intensidade da emoção no paciente.

No contexto psicoterapêutico, as habilidades ensinadas reverberam para outros tipos de queixas, como, nesse caso, as relações afetivas (Almeida, 2012). Rafael apresentava dificuldade em manter uma amizade nas brincadeiras, pois, no final, o personagem amigo era preso por ter feito algo errado, tornando-se inimigo. Depois do ensino das habilidades de manejo das emoções, o paciente disse que isso acontecia, porque o amigo tinha “machucado o coração” (sic) dele. Esta fala representa um dos sintomas do abuso sexual na infância: a traição. Afinal, uma relação de afeto e confiança foi rompida por um episódio traumático, seja ele a violação dos direitos (violência) ou distanciamento da criança do perpetrador sem o entendimento da situação. De acordo com Finkelhor e Browne (1985), a traição é uma das quatro dinâmicas apresentadas na teoria intitulada *traumagenic dynamics models*, que esclarecem os sintomas observados nas vítimas de abuso sexual (Hatzenberger, Hahigzang, Koller, 2012; Knell & Ruma, 2009; Walsh, Fortier & DiLillo, 2009). Trabalhar essa questão no paciente é de suma importância para que ele consiga manter laços saudáveis futuramente, contribuindo para a construção e a manutenção do apoio social.

Quadro 2. Treino em habilidades de *coping*

Queixas	Técnica	Resultado	Nova habilidade
Comportamentos sexualizados	Reforço diferencial, extinção e discriminação de estímulos	Diminuição da frequência dos comportamentos sexualizados	
Confusões dos papéis de gênero	Reforço diferencial, extinção e discriminação de estímulos	Diminuição da frequência dos comportamentos relacionados as confusões dos papéis de gênero	
Comportamentos agressivos como chutar, bater e xingar	Reforço diferencial e extinção	Diminuição dos comportamentos agressivos como chutar, bater e xingar	
Déficit no manejo da emoção medo	Modelação		Aumento da frequência das verbalizações “quando você grita comigo eu fico com

			medo”; “Por que você está bravo comigo? É por minha causa?”; “Você quer ajuda? Eu posso chamar o vovô e a vovó”
--	--	--	---

Avaliação final

Esta etapa do processo psicoterapêutico foi avaliada de acordo com o relato dos pais e o brincar da criança, que não mais apresentava comportamentos desadaptados e enfrentava melhor seus problemas. As habilidades aprendidas foram reforçadas positivamente, além da prevenção de novos episódios de violência, como ensinar a criança a buscar ajuda ao perceber que um adulto quer mexer em suas partes íntimas, por exemplo, como exposto no Quadro 3. Esta fase da psicoterapia em que há a psicoeducação sobre a violência bem como a prevenção de outros episódios são elementos presentes em estudos que abordam a prática psicoterapêutica com vítimas, pois ao reconhecerem possíveis fatores de risco, elas podem agir antes que a violência ocorra, podendo evitar o ciclo de vitimizações (Almeida, 2012; Chamberland, 2012; Knell & Ruma, 2009).

Quadro 3. Treino em habilidades de *coping*

Queixas	Técnica	Habilidades de <i>Coping</i>
Déficit nos comportamentos relacionados à prevenção de novos episódios de violência sexual	Modelação e discriminação de estímulos	Aumento da frequência dos comportamentos de buscar ajuda ao perceber que um adulto quer mexer em suas partes íntimas

Foi realizado o preparo para alta por meio da descontinuidade das sessões que inicialmente passaram a ser quinzenais e, posteriormente, ocorrerem a cada três semanas. Este recurso foi especialmente necessário na intervenção com Rafael, a fim de trabalhar também a confiança da mãe em seu papel, visto que ela demonstrava insegurança com a suspensão da

terapia. Além disso, esse recurso permitiu à terapeuta criar a demanda de novas fontes de apoio social, tanto para a mãe quanto para Rafael, em termos de um adulto significativo com quem conversar, estar por um tempo e receber orientação.

Conclusão

Este estudo teve como objetivo analisar o caso clínico de uma criança com três anos de idade, vítima de diferentes episódios de violência (negligência, física, sexual e indireta), em diferentes momentos de vida e por diferentes pessoas, tendo como base as teorias da polivitimização, *coping* e terapia analítico-comportamental. A análise desse caso permite perceber o impacto da vitimização no bem-estar da criança e a importância da intervenção para a prevenção do adoecimento e continuação do ciclo de violência.

Esse caso, ocorrido na primeira infância, até os cinco anos de idade, mostra que a autonomia da criança é limitada, pois ela depende de um adulto para tomar importantes decisões sobre as violências sofridas. Em uma visão desenvolvimentista da vitimologia, nessa etapa da vida, a violação da necessidade de dependência caracteriza as principais violências, como a negligência e o abuso sexual intrafamiliar (Finkelhor, 2007; Finkelhor & Leatherman, 1994). Neste sentido, é necessário conscientizar pais e cuidadores da importante tarefa de supervisionar seus filhos e ficarem atentos a riscos potenciais para vitimizações, para evitar situações de risco para a criança, como no caso apresentado em que a falta de supervisão parental contribuiu para a experiência da violência infantil.

A intervenção conforme a terapia analítico-comportamental, para o enfrentamento de comportamentos-problemas foram analisados quanto à sua função em um contexto, assim como o ensino de habilidades de *coping*. É bastante difícil e prejudicial a experiência da vitimização para a criança, os pais e a família, no entanto, é importante fortalecer os pais em práticas mais saudáveis de supervisão parental para que eles não reforcem comportamentos

desadaptados, motivados pelo sentimento de pena do filho (Novais & Britto, 2013). No caso relatado, um dos motivos que provocou o prolongamento das sessões foi o pouco desenvolvimento da autoeficácia da mãe em práticas parentais, bem como não ter sido ainda alcançado o fortalecimento da relação mãe-filho, ao longo do processo psicoterapêutico. Esta estratégia foi adotada quando a psicoterapeuta avaliou a necessidade da criança estabelecer vínculos saudáveis, além de reforços para comportamentos adequados após o tratamento psicológico e como condição para preparo para alta.

A intervenção psicoterapêutica apontou alguns aspectos que necessitariam ser melhores trabalhados como a relação entre marido e mulher relacionadas ao cuidado com a criança e problemas de conduta com o irmão, que surgiram durante o processo psicoterapêutico de Rafael, psicoterapia para a mãe e maior participação do pai no cotidiano da criança.

Esta pesquisa apresentou como limitação a escassa investigação das relações da criança com o ambiente escolar, e como a experiência de vitimização e do processo psicoterapêutico reverberou para esse contexto, segundo o próprio paciente e as professoras. Além disso, apesar de o estudo apontar os efeitos prejudiciais e os aspectos que possivelmente contribuíram para a vitimização, pouca ênfase foi dada aos fatores de proteção. Para pesquisas futuras sugerem-se mais estudos sobre a criança na primeira infância (um a cinco anos) vítima de violência, enfatizando como essa experiência é percebida por ela e não somente pelos cuidadores e pessoas ao seu redor. Embora se reconheça ser grande a influência do meio em crianças menores, não se pode deixar de considerar o estilo idiossincrático de cada uma diante da vitimização, validando seus comportamentos encobertos diante de eventos adversos, como a violência. Estudos com o objetivo de averiguar os pensamentos e sentimentos da criança com até cinco anos sobre essas situações contribuirão com o melhor entendimento de como o impacto da vitimização afeta a construção do modo de perceber o mundo, a si mesmo e aos

outros, o que, por sua vez, influenciará o uso de habilidades de enfrentamento presentes e futuras.

Referências

- Almeida, V. M. (2012). Tratamento psicoterápico para vítimas de abuso sexual infantil: evidências da literatura internacional. *Rev Med Minas Gerais*, 22, 2, 221-225.
- Band, E. B. & Weisz, J. R. (1988). How to feel better when it feels bad: children's perspectives on coping with everyday stress. *Developmental Psychology*, 24, 2, 247-253.
- Caminha, R. M. & Caminha, M. G. (2007). *A prática cognitiva na infância*. São Paulo: Rocca.
- Chamberland, K. C. C., Lessar, G., Clément, M., Wemmers, J., Collin-Vézina, D., Gagné, M. H. & Damant, D. (2012). Polyvictimization in a child welfare sample of children and youths. *American Psychological Association*, 2, 4, 385-400.
- Compas, B. E. (1987). Coping with stress during childhood and adolescence. *Psychological Bulletin*, 101, 393-403.
- Compas, B. E., Banez, G. A., Malcarne, V., & Worsham, N. (1991). Perceived control and coping with stress: a developmental perspective. *Journal of Social Issues*, 47(4), 23-34.
- Compas, B. E., Connor-Smith, J. K., Saltzman, H., Thomsen, A. H. & Wadsworth, M. E. (2001). Coping with stress during childhood and adolescence: problems, progress and potential in theory and research. *Psychological Bulletin*, 127, 1, 87-127.
- Dell'Aglio, D. D. & Hutz, C. S. (2002). Estratégias de *coping* e estilo atribucional de crianças em eventos estressantes. *Estudos de Psicologia*, 7, 1, 5-13.
- Finkelhor, D. (2007). Developmental victimology: the comprehensive study of childhood victimizations. Em Davis, R. C., Lurigio, A. J. & Herman, S. (Orgs.), *Victims of crime* (pp. 9-34). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

- Finkelhor, D. & Browne, A. (1985). The traumatic impact of child sexual abuse: a conceptualization. *American Journal of Orthopsychiatry*, 55, 4, 530-541.
- Finkelhor, D. & Leatherman, J. D. (1994). Victimization of children. *American Psychologist*, 49, 3, 173-183
- Finkelhor, D., Ormrod, R. K., Turner, H. A. & Hamby, S. L. (2005a). Measuring polyvictimization using the Juvenile Victimization Questionnaire. *Child Abuse & Neglect*, 29, 1297-1312.
- Finkelhor, D., Ormrod, R. K., Turner, H. A. & Hamby, S. L. (2005b). The victimization of children and youth: a comprehensive national survey. *Child Maltreatment*, 10, 1, 1-25.
- Finkelhor, D., Ormrod, R. K. & Turner, H. A. (2007). Re-victimization patterns in a national longitudinal sample of children and youth. *Child Abuse & Neglect*, 31, 479-502
- Hager, A. D. & Runtz, M. G. (2012). Physical and psychological maltreatment in childhood and later health problems in women: an exploratory investigation of the roles of perceived stress and coping strategies. *Child Abuse & Neglect*, 36, 393-403.
- Hetzel-Riggin, M. D. & Meads, C. L. (2011). Childhood violence and adult partner maltreatment: the roles of coping style and psychological distress. *Journal of Family Violence*, 26, 585-593.
- Hatzenberger, R.; Habigzang, L. F. & Koller, S. H. (2012). Análise das percepções que meninas vítimas de violência sexual têm sobre si, os outros e o futuro. Em L. F. Habigzang & S. H. Koller (Orgs.), *Violência contra crianças e adolescentes: teoria, pesquisa e prática* (pp. 69-79). Porto Alegre: Artmed.
- Hohendorff, J. V., Bavaresco, P. D., Habigzang, L. F. & Koller, S. H. (2012). Abuso sexual contra meninos: uma revisão. Em L. F. Habigzang & S. H. Koller (Orgs.) *Violência contra crianças e adolescentes: teoria, pesquisa e prática* (pp. 107-122). Porto Alegre: Artmed.
- Knell, S. M. & Ruma, C. D. (2009) Ludoterapia com uma criança abusada sexualmente. Em M. A. Reinecke, F. M. Dattilio & A. Freeman (Orgs.), *Terapia Cognitiva com Crianças e Adolescente*. São Paulo: LMP.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal and Coping*. New York: Springer

Pyblishing Company.

- Lisboa, C., Koller, S. H., Ribas, F. F., Bitencourt, K., Oliveira, L., Porciuncula, L. P., Marchi, R., B. (2002). Estratégias de *coping* de crianças vítimas e não vítimas de violência doméstica. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 15, 2, 345-362.
- Mallants, C. & Casteels, K. (2008). Practical approach to childhood masturbation – a review. *European Journal of Pediatrics*, 167, 10, 1111-1117.
- Martin, G. & Pear, J. (2009). *Modificação do comportamento: o que é e como fazer*. São Paulo: Roca.
- Moos, R. H. (2002). The mystery of human context and coping: an unraveling of clues. *American Journal of Community Psychology*, 30 (1), 67-88.
- Novais, M. R. & Britto, I. A. G. S. (2013). Comportamentos-problema de uma criança vítima de abuso sexual. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, XV, 1, 4-19.
- O’Leary, P. & Gould, N. (2010). Exploring coping factors amongst men who were sexually abused in childhood. *British Journal of Social Work*, 40, 2669-2686.
- Petersen, C. S. (2011). Avaliação inicial de crianças: a dimensão bioecológica do desenvolvimento humano. Em C. S. Petersen & R. Wainer (Orgs.), *Terapias cognitivas-comportamentais para crianças e adolescentes* (pp. 32-45). Porto Alegre: Artmed.
- Petersen, C. S.; Bunge, E.; Mandil, J. & Gomar (2011). Terapia cognitivo-comportamental para os transtornos de ansiedade. Em C. S. Petersen & R. Wainer (Orgs.), *Terapias cognitivas-comportamentais para crianças e adolescentes* (pp. 232-255). Porto Alegre: Artmed.
- Ramirez, C., Pinzón-Rondón, A. M., Botero, J. C. (2011). Contextual predictive factors of child sexual abuse: the role of parent-child interaction. *Child Abuse & Neglect*, 35, 1022-1031.
- Turner, H. A., Finkelhor, D., Ormrod, R. & Hamby, S. L. (2010). Infant victimization in a nationally representative sample. *Pediatric*, 126, 1, 44-52.
- Walsh, K., DiLillo, D. & Scalora, M. J. (2011). The cumulative impact of sexual

revictimization on emotion regulation difficulties: an examination of female intimates. *Violence Against Women*, 17, 8, 1103-1118.

Walsh, K., Fortier, M. A. & DiLillo, D. (2009). Adult coping with childhood sexual abuse: A theoretical and empirical review. *Aggression and Violent Behavior*, 1-15.

Zanini, D. & Santacana, M. F. (2005). O conceito de risco e proteção à saúde mental e sua relação com a teoria de *coping*. *Estudos*, 32, 1, 69-80

Conclusão

Os estudos sobre polivitimização, embora recentes, apontam para as más consequências da vivência das diferentes formas de violência presentes no cotidiano. Os resultados chamam a atenção para o impacto na saúde do sujeito que vivencia tanto a violência indireta, ou seja, aquela em que não participa ativamente da situação, quanto a violência direta. Além do mais, observa-se a banalização da violência que parece se tornar algo comum, não alarmando a população sobre ato de violar as regras sociais a ponto de prejudicar o outro e as consequências disso para a saúde e perpetuação do ciclo de violência.

O presente estudo teve como objetivo realizar uma revisão teórica sobre os temas polivitimização, *coping* e abordagem cognitivo-comportamental e posteriormente analisar dois estudos de caso, sendo uma na infância e outro na fase adulta à luz destes temas. Os resultados mostraram que a experiência de polivitimização pode estar relacionada com menores níveis de bem-estar, construção de crenças desadaptadas sobre si mesmo, o outro e o mundo, uso predominantemente de *coping* focado na emoção e maiores chances de novamente serem vítima ou praticar violência. A intervenção psicológica de base cognitiva-comportamental demonstrou que a reestruturação cognitiva e o uso dos procedimentos comportamentais para o ensino de estratégias de *coping* mais adaptadas como as focadas no problema contribuiu para a quebra e prevenção do ciclo de vitimizações e psicopatologia dos dois casos estudados.

Além disso, os estudos de caso realizados neste trabalho esclarecem para a ciência Psicológica, as consequências dos processos de múltiplas vitimizações ao longo da vida, ou polivitimização, na construção da tríade cognitiva e nas formas de enfrentamento à adversidade. Demonstra, também, para a clínica psicológica a eficácia do treino em

habilidades de *coping* por meio da abordagem cognitiva e da análise do comportamento, bem como a necessidade do reconhecimento das emoções para o enfrentamento mais adaptado e com resultados mais saudáveis para os sujeitos.

Contudo, cabe ressaltar que este trabalho, ao utilizar metodologia de estudo de caso, mostra uma fragilidade ao não permitir avaliar a causalidade das vitimizações para a saúde, bem como evidenciar a desestruturação que uma nova vivência traumática poderia causar nos sujeitos deste estudo. Além disso, embora a presente intervenção terapêutica tenha se mostrado eficaz na melhoria da saúde mental dos participantes deste estudo não se pode avaliar a eficácia desta intervenção em longo prazo.

Sobre os estudos de polivitimização pesquisados neste trabalho, nota-se que a maioria são epidemiológicos e, por isso, de característica descritiva. Nesse sentido, sugerem-se novos estudos para averiguar os processos de polivitimização a nível coletivo e individual e modelos de intervenção para estes sujeitos polivitimizados. São necessárias também novas investigações sobre os fatores de proteção em conexão com os fatores de risco com a finalidade de melhor compreender os vários mecanismos envolvidos na polivitimização, sobretudo na infância.