



A psicoterapia baseada na mentalização para o tratamento da depressão na adolescência

A psicoterapia baseada na mentalização para o tratamento da depressão na adolescência

Camilla Baldicera Biazus

Universidade Regional do Alto Uruguai e das Missões - URI, Campus Santiago/RS

Vera Regina Röhnelt Ramires

Universidad de Vale do Rio dos Sinos

Resumo

O objetivo deste estudo foi investigar a possibilidade de desenvolvimento da capacidade de mentalização na psicoterapia de uma adolescente de 18 anos que apresentava sintomas depressivos. O estudo foi pautado pela abordagem qualitativo-exploratória, adotando procedimento de estudo de caso único. A psicoterapia ocorreu durante o período de seis meses, sendo que antes e depois da mesma a adolescente foi avaliada com o Children's Depression Inventory para o levantamento dos indicadores de depressão e com uma entrevista estruturada, sobre a qual foi aplicado um Checklist para avaliação da mentalização. Os resultados obtidos apontaram que a adolescente apresentava uma capacidade de mentalização comprometida no início do tratamento, mas que pôde ser desenvolvida ao longo deste, contribuindo para a diminuição dos sintomas depressivos.

Palavras-chave: **Psicoterapia; Mentalização; Adolescente; Depressão**

Abstract

The aim of this study was to investigate the possibility of developing the mentalization capacity in the psychotherapy of an adolescent aged 18 who presented with depressive symptoms. The study had a qualitative and exploratory approach, adopting the single case study procedure. The psychotherapy lasted six months, and before and after that the patient was assessed with the Children's Depression Inventory to survey depression indicators and a structured interview, on which we applied a Checklist to assess her mentalization capacity. The results showed that the patient had an impaired mentalization capacity at the beginning of treatment, and that capacity could be developed over the psychotherapy, contributing to the reduction of depressive symptoms.

Keywords: **Psychotherapy; Mentalization; Adolescents; Depression**

Introdução

A clínica psicológica atual tem revelado um número crescente de adolescentes com depressão (Levisky, 2002; Lima, 2004; Schneider & Ramires, 2007). Os principais sintomas da depressão nesta fase são: irritabilidade e instabilidade, humor deprimido, desmotivação, sentimentos de desesperança e/ou culpa, isolamento, baixa autoestima, ideação e comportamento suicida (Bahls & Bahls, 2002), atividades de risco e dificuldade na identificação e expressão de sentimentos (Versiani, Reis & Figueira, 2000). As causas são relacionadas, na maioria dos estudos, a fatores familiares como conflitos, prejuízo na empatia parental, distúrbios emocionais dos pais e padrões de apego inseguro (Greszta, 2006; Schneider & Ramires, 2007). Esta problemática tem despertado a preocupação dos profissionais da saúde mental, que muitas vezes se vêem despreparados para intervir (Bahls & Bahls, 2003).

Uma análise da literatura permitiu observar que as pesquisas acerca das formas de intervenção sobre a depressão na adolescência são escassas, principalmente no que tange à fundamentação psicodinâmica. Em âmbito nacional, os estudos encontrados são oriundos principalmente da área médica, abordando o uso de medicamentos e a prática de exercícios físicos (Lima, 2004) ou da psicologia cognitivo-comportamental (Bahls e Bahls, 2003).

Estes dados reforçam a necessidade de ampliar pesquisas de orientação psicodinâmica que explorem métodos de intervenção para a depressão na adolescência. Vindo ao encontro desta demanda, este estudo busca analisar uma proposta de intervenção para esta problemática, que tem como foco o desenvolvimento da capacidade de mentalização.

A psicoterapia que tem como foco o desenvolvimento da capacidade de mentalização tem suas origens na teoria do apego e começou a ser desenvolvida com pacientes adultos que apresentam distúrbio de personalidade *borderline* (Bateman & Fonagy, 2006; Fonagy & Bateman, 2003; 2006; 2007). Segundo Peter Fonagy e Anthony Bateman (2003), estes pacientes apresentam uma fragilidade constitucional provocada por contextos de apego emocionalmente comprometidos, o que acaba resultando numa instabilidade na estrutura de

self, potencializada pela inibição ativa da capacidade de mentalização.

Peter Fonagy, Mary Target, David Cottrell, Jeannette Phillips e Zarrina Kurtz (2002) destacaram a possibilidade de que essa modalidade psicoterápica possa também ser desenvolvida com pacientes depressivos. A função reflexiva e a capacidade de mentalização são essenciais para a construção de uma estrutura de *self* coesa e estável. Só se desenvolvem em um contexto de apego seguro e estão relacionadas às qualidades das primeiras interações entre a mãe e o seu bebê (Fonagy, 2000). De acordo com Fonagy e Bateman (2003) a função reflexiva compreende a capacidade do cuidador primário de conferir significado aos estados mentais do bebê, diferenciando-os claramente dos seus. Com o desenvolvimento desta função, a criança vai construindo sua imagem e compreendendo seu mundo interno.

Quando esta função é bem desempenhada, ela dá suporte para que o sujeito desenvolva a capacidade de mentalização, que diz respeito à possibilidade de compreender os estados mentais e nomear as experiências emocionais tanto em relação a si quanto em relação aos outros, de um modo que mantenha segura a estrutura do *self*. Entretanto, quando ocorrem falhas nessa função, a criança fica vulnerável ao estabelecimento de um vínculo de apego inseguro, que poderá acarretar um prejuízo na sua capacidade de mentalização (Fonagy, 2000; Fonagy et al 2002). Isto, por sua vez, aumenta a probabilidade de desenvolvimento de uma estrutura narcisista e de falso *self*, conduzindo à construção de modelos representacionais internos distorcidos, como no caso da depressão. Assim, partiu-se do pressuposto, neste estudo, de que a capacidade de mentalização pode se encontrar prejudicada em adolescentes que apresentam sintomas ou indicadores de depressão.

A psicoterapia baseada na mentalização

A psicoterapia baseada na mentalização tem como principal meta, segundo Fonagy e Bateman (2007), resgatar a capacidade do sujeito de pensar sobre os próprios pensamentos e sentimentos, reconhecendo-os como seus e diferenciando-os da realidade em si. Isto implica um componente autorreflexivo que permite identificar e ressignificar os afetos, obtendo uma melhor compreensão acerca dos

mesmos, o que por sua vez torna o sujeito mais apto a regular suas emoções, aumentando sua autoestima e a autoconfiança. Sabe-se que as desordens depressivas na adolescência estão associadas à ausência de regulação emocional (D'Acromont & Van der Linden, 2007), o que aumenta a impulsividade, a baixa autoestima e a dificuldade na identificação e expressão dos afetos (Versiani et al., 2000).

De acordo com Fonagy e Bateman (2003), essa abordagem psicoterápica tem como objetivos: promover o desenvolvimento de representações internas estáveis; auxiliar a formação de um senso coerente de *self*; identificar o afeto e possibilitar a expressão apropriada do mesmo; e capacitar o paciente a estabelecer relacionamentos mais seguros, nos quais a motivação do *self* e do outro são melhor compreendidas. A fim de alcançar esses objetivos, os autores destacam que o psicoterapeuta deve: deixar claro ao paciente a proposta e os objetivos terapêuticos; usar sua própria habilidade de mentalizar de forma contida; manter uma proximidade mental com o paciente, produzida por intervenções contingentes e discriminatórias; focalizar nos estados mentais atuais; evitar o uso excessivo de interpretação de conflitos e metáforas, devendo manter a atenção no uso da transferência e da contra-transferência; intervir sempre levando em conta o modo como o paciente está estabilizando sua estrutura de *self*.

A tarefa do psicoterapeuta é favorecer a passagem para um modelo de apego seguro, no qual os afetos se encontrem menos voláteis e mais estáveis. Os autores propõem o que denominam como postura mentalizante, que se refere à habilidade do psicoterapeuta de questionar continuamente que estados mentais internos, tanto no paciente como nele mesmo, podem explicar o que está acontecendo no momento atual. Além disso, o psicoterapeuta deve focalizar a mentalização do paciente sobre as relações que tem relativamente baixo nível de envolvimento e só gradualmente concentrar o pensamento dele em relações que estão mais próximas do núcleo do *self* (Fonagy & Bateman, 2006).

O foco da psicoterapia baseada na mentalização deve ser no presente e como ele permanece influenciado por eventos do passado, mais do que explorar o passado em si (Bateman & Fonagy, 2006). Nessa perspectiva, o conceito de transferência acaba adquirindo

um novo sentido, não sendo visto apenas como uma manifestação do inconsciente, mas como a emergência de significados latentes. A transferência é entendida pelos autores como um meio através do qual o drama interno do paciente é externalizado no tratamento, provocando respostas no psicoterapeuta que são essenciais para uma representação estável do *self*.

Esta visão da transferência exige uma nova postura do psicoterapeuta. A interpretação da transferência no sentido clássico pode levar o paciente que apresenta um comprometimento na mentalização a pensar que o que ele sente não é real, pois há uma lacuna entre as experiências passadas e suas representações simbólicas. Nesta hipótese, o psicoterapeuta assume uma posição de quem sabe mais sobre o que está na mente do paciente do que ele próprio. Assim, é necessário que o psicoterapeuta assuma uma posição de “não-saber” e que juntamente com o paciente caminhe em direção à compreensão dos seus afetos (Fonagy & Bateman, 2003, 2007).

Em síntese, partiu-se do pressuposto de que a psicoterapia baseada na mentalização pode contribuir para o tratamento da depressão na adolescência, uma vez que tem como objetivo fazer com que o paciente reflita sobre os seus estados mentais, adquirindo um senso de controle sobre a sua própria experiência emocional. Assim, os objetivos deste estudo foram: analisar a capacidade de mentalização em uma adolescente com sintomas de depressão; investigar a possibilidade de desenvolvimento da capacidade de mentalização na psicoterapia dessa adolescente; e avaliar se a psicoterapia baseada na mentalização contribuiu para a diminuição dos sintomas depressivos.

Método

Esta pesquisa foi pautada pela abordagem qualitativo-exploratória, seguindo um delineamento de pesquisa-intervenção e adotando o procedimento de Estudo de Caso Único (Yin, 2005). Participou do estudo uma adolescente que completou 18 anos no decorrer do processo psicoterápico, que apresentava sintomas de depressão e que havia procurado atendimento numa clínica universitária. No processo de triagem, realizado pela instituição, foi confirmada a hipótese de um quadro depressivo.

O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em pesquisa da universidade a qual se vinculam as pesquisadoras, tendo sido aprovado. Todos os cuidados éticos foram respeitados, priorizando-se o bem-estar da adolescente participante.

A mãe da adolescente também participou do estudo por meio de uma entrevista que teve como objetivo esclarecer a proposta de pesquisa, os procedimentos que seriam utilizados e obter a sua autorização. Nessa entrevista, também foi feito um levantamento sobre a história familiar e da adolescente. A participação da mãe neste estudo justificou-se pelo fato da adolescente ser menor de idade no início do atendimento, e ainda depender financeiramente dos pais, sendo assim necessário informá-la a respeito do processo que seria realizado.

Procedimentos de Coleta de Dados

Primeiramente, a jovem passou pelo processo de triagem, sendo avaliada durante duas entrevistas, nas quais foi levantada a hipótese de depressão. Posteriormente, a psicoterapeuta designada realizou uma entrevista com a mãe da adolescente e em seguida, as primeiras entrevistas, ainda de avaliação, com a jovem. Após confirmados os sintomas depressivos e constatada a necessidade e o desejo de psicoterapia, o tratamento foi iniciado. Neste estudo, foram analisadas as 40 primeiras sessões de psicoterapia, no que diz respeito ao desenvolvimento da capacidade de mentalização.

Os indicadores de depressão e a capacidade de mentalização foram avaliados por meio do *Children's Depression Inventory* (CDI) e de *Entrevistas Não-Estruturada e Estruturada*, respectivamente. O CDI tem sido utilizado para avaliar sintomas depressivos em crianças e adolescentes, tanto no âmbito da clínica como no da pesquisa (Wathier, Dell'Aglio & Bandeira, 2008). Criado por Maria Kovacs (1983, 1985, 1992, 2003), partindo de uma adaptação do *Beck Depression Inventory* (BDI), tem sido descrito como psicometricamente satisfatório em diversos países, inclusive no Brasil. A aplicação desse instrumento foi realizada em dois momentos: na avaliação, antes do início da psicoterapia, e após a realização das 40 sessões, com o objetivo de avaliar se houve alteração nos sintomas ou indicadores de depressão.

Foram realizadas duas *Entrevistas Não-Estruturadas* com a adolescente, após a confirmação dos indicadores de depressão, nas quais ela foi convidada a falar sobre o que lhe viesse à mente; sobre seu desejo de realizar uma psicoterapia; sobre o que gostaria de mudar em si mesma. Na sequência, foi realizada uma *Entrevista Estruturada* para avaliação clínica da capacidade de mentalização. Bateman e Fonagy (2006) postulam que a avaliação da mentalização pode estar baseada em métodos estruturados e não-estruturados. Como a mentalização é específica dos contextos interpessoais, sua avaliação deve ter lugar durante discussões relacionadas à maneira como o paciente pensa sobre seus relacionamentos. Bateman e Fonagy têm utilizado a *Adult Attachment Interview* (AAI) como contexto ideal para avaliação da mentalização, pois possui questões que demandam que o entrevistado reflita sobre seus estados mentais e o dos outros. Neste estudo, utilizou-se uma entrevista estruturada para levantamento da história de vida da paciente, inspirada nas questões do AAI, sobre a qual foi aplicado o *Checklist* para Avaliação Clínica da Mentalização, proposto por Bateman e Fonagy (2006). Essa entrevista foi realizada antes do início da psicoterapia e repetida após as 40 sessões, com o propósito de identificar se houve alteração na capacidade de mentalização.

O *Checklist* avalia quatro temas relacionadas à mentalização: Percepção do próprio funcionamento mental, que inclui as seguintes dimensões - Opacidade (frequentemente não se sabe o que as outras pessoas estão pensando, mas não se fica confuso com isso); Ausência de paranóia (não considerar o pensamento dos outros como uma ameaça e ter consciência de que as mentes podem mudar); Contemplação e reflexão; Tomada de perspectiva; Interesse genuíno nos sentimentos e pensamentos dos outros; Abertura para descoberta; Perdão (aceitação dos outros, condicionada à compreensão dos seus estados mentais); e Previsibilidade.

O segundo tema é Percepção dos pensamentos e sentimentos dos outros, que inclui as dimensões: Instabilidade (a compreensão dos outros pode mudar paralelamente às mudanças na própria pessoa); Perspectiva desenvolvimental (com o desenvolvimento, a visão dos outros se torna mais sofisticada); Ceticismo realístico (consciência de que os sentimentos

das pessoas podem ser confusos); Reconhecimento da função pré-consciente; Conflito (ideias e sentimentos incompatíveis); Postura auto-inquisitiva; Interesse na diferença; e Consciência do impacto do afeto sobre a compreensão de si mesmo e dos outros. O terceiro tema é chamado pelos autores de Representação do self e inclui: Habilidades pedagógicas e de escuta avançada; Continuidade autobiográfica; e Vida interna rica.

O quarto tema, Valores e atitudes gerais, considera duas dimensões: Hesitação (falta de certeza absoluta sobre o que é certo e o que é errado, preferência pelo relativismo); e Moderação (atitude equilibrada para a maioria das afirmações sobre estados mentais tanto em relação a si próprio como aos outros).

Sobre a Psicoterapia

A adolescente foi atendida em psicoterapia, duas vezes por semana. As sessões foram gravadas e posteriormente transcritas, sendo que relatos complementares como linguagem não-verbal da paciente e impressões da psicoterapeuta ao final de cada sessão também foram realizados. Neste estudo, foram analisadas as primeiras 40 sessões de psicoterapia. O foco nas sessões seguiu os princípios que norteiam a psicoterapia baseada na mentalização (Bateman & Fonagy, 2006; Fonagy & Bateman, 2003; 2006; 2007).

Procedimentos de Análise dos Dados

Os dados obtidos através do CDI e do *Checklist* para Avaliação da Mentalização foram analisados conforme os respectivos critérios. As sessões de psicoterapia foram transcritas e utilizadas para a construção de uma descrição abrangente do caso que contemplou, primeiramente, aspectos relevantes acerca da problemática depressiva da adolescente e uma síntese do processo terapêutico. Posteriormente, o processo terapêutico foi dividido em três períodos que compreenderam da 1ª à 12ª sessão, da 13ª à 25ª sessão e da 26ª à 40ª sessão (considerados, respectivamente, períodos inicial, intermediário e final). Estes períodos foram determinados de acordo com os temas que foram abordados pela adolescente durante o processo psicoterápico. A análise desse material levou em conta as seguintes categorias: tema predominante nas sessões, sintomas e formas de manifestação da depressão, compreensão dos sentimentos e pensamentos

de outras pessoas, percepção do próprio funcionamento mental e representação do self.

Durante a realização da psicoterapia, seu material foi supervisionado nos moldes da supervisão clínica, priorizando-se a compreensão do estado mental da adolescente e o direcionamento das intervenções nos moldes preconizados pela psicoterapia baseada na mentalização. Somente após o término das 40 sessões, esse material foi analisado.

Resultados e Discussão

Caso Clínico - O Mundo Sombrio de Alice¹

Alice era uma jovem de 18 anos no início da psicoterapia, mas que aparentava ter menos idade, por mostrar-se frágil e apresentar aspectos infantis. Era a segunda filha e morava com seus pais (Lolly e Jones) e duas irmãs (Layla, 14 anos e Liz, 22).

O motivo declarado pela jovem para buscar atendimento psicológico estava relacionado a uma perda, ocorrida há 10 meses. Alice mencionou que era um “quase namorado” e depois da sua morte percebeu que o seu sentimento por ele aumentou. Eles tiveram um breve relacionamento de três meses, segundo ela, nada muito sério. A jovem relatou nada saber sobre a sua vida, a não ser que ele estava cumprindo pena em regime semi-aberto. Além disso, mencionou que frequentemente o rapaz desaparecia. Contudo, expressou não ter dado importância a esses detalhes, pois não gostava tanto dele na época. Quando soube da sua morte, havia quatro meses não tinham mais contato e ela já estava em outro relacionamento.

Diante da notícia dessa morte, Alice relatou não ter mais saído de casa, sentia-se triste, sozinha e chorava frequentemente. A cada dia que passava, sentia-se mais desanimada e deprimida, e associava isso também ao fato da mãe ter começado a trabalhar fora de casa.

Alice não tinha um bom relacionamento com ninguém em sua família: “*eu acho que todo mundo lá em casa é pouco afetuoso. A maioria é preocupada com as suas coisas, ninguém*

¹ Os nomes, assim como quaisquer informações que possibilitassem a identificação da adolescente participante do estudo, foram modificados.

dá muito atenção para o outro” (Alice, entrevista pessoal, 15/03/2011). Dizia sentir-se muito distante dos pais, com quem pouco conversava, e também das irmãs. Além disso, sentia-se rejeitada pela mãe, alegando que sempre foi tratada diferente das irmãs: *“eu sempre falei pra ela que ela não gostava de mim”* (Alice, entrevista pessoal, 22/03/2011). A relação de Alice com sua mãe era conturbada: *“eu e a mãe, a gente sempre brigou. A gente mal conversa porque ela passa a tarde fora”* (Alice, entrevista pessoal, 22/03/2011).

No encontro com Lolly, foi possível constatar que era difícil falar sobre a filha sem falar nela mesma. Contudo, comentou superficialmente sobre o quadro depressivo de Alice e diante do sofrimento da filha expressava: *“Eu já expliquei isso pra ela, já disse que ele não voltará, que agora só em outra vida (Lolly, entrevista pessoal, 24/03/2011)”*. A mãe relatou várias vezes não entender o sofrimento de Alice e mencionou que quem precisava de ajuda era ela, pois o estado da jovem lhe causou uma depressão. Lolly fez questão de deixar claro que o tratamento que dava para as filhas era igual e que o fato de Alice pensar que ela a rejeitava não passava de uma fantasia.

Lolly relatou que a gestação de Alice foi muito complicada. Quando descobriu que estava grávida, optou por esconder a gravidez até o terceiro mês, com o objetivo de *“fazer uma surpresa à família”* (Lolly, entrevista pessoal, 24/03/2011). Com isso, sua sogra desconfiou que o bebê não era do marido. Lolly sofreu diversas acusações e quase perdeu o bebê aos sete meses.

A avaliação inicial: desvendando e entendendo o Mundo de Alice

De acordo com o CDI, foi comprovada a presença de indicadores depressivos (pontuação 32 - ponto de corte 19 pontos). Já nas duas entrevistas não estruturadas Alice expressou o que esperava do tratamento: *“Ah, eu espero que me ajude um pouco, eu queria assim, deixar de ficar tão triste como eu fico dentro de casa”* (Alice, entrevista pessoal, 15/03/2011). E também o que gostaria de mudar em si mesma: *“Eu gostaria de adquirir autoconfiança, que é uma coisa que eu não tenho e também eu gostaria de tirar um pouco desse sofrimento de dentro de mim”* (Alice, entrevista pessoal, 15/03/2011).

A primeira aplicação do *Checklist* para Avaliação Clínica da Mentalização (Fonagy & Bate-man, 2006) revelou limitações na capacidade de mentalização de Alice, mostrando um prejuízo significativo nos quatro temas avaliados: Percepção dos sentimentos e pensamentos dos outros (categoria pobre); Percepção do próprio funcionamento mental (pobre); Representação do self (moderada); e Valores e atitudes gerais (pobre). Em relação ao primeiro tema, Alice mostrou dificuldade em identificar o estado emocional dos outros, não demonstrando interesse em refletir sobre os mesmos e considerando-os como uma ameaça significativa: *“Não sei por que as pessoas não gostam de mim”* (Alice, entrevista pessoal, 15/03/2011). Não reconhecia a diferença existente no funcionamento das mentes e nem a possibilidade de mudança das mesmas. Por não gostar da cor da sua pele, acreditava que as outras pessoas a rejeitavam por causa disto.

Em relação à Percepção do próprio funcionamento mental, Alice não evidenciava uma postura auto-inquisitiva: *“Ai eu acho que eu gostei porque eu tava com saudade da mãe”* (Alice, entrevista pessoal, 15/03/2011) (ao falar como se sentiu ao reencontrar a mãe depois de ter ficado longe dela). Embora conseguisse identificar seu sentimento na situação descrita (saudade), não conseguia refletir sobre o mesmo. No que tange ao tema Representação do self, Alice experimentou sua mente como vazia, especialmente quando indagada acerca da relação que tinha com a mãe durante a infância. Já no que se refere aos Valores e atitudes gerais, Alice não demonstrava uma preferência pela complexidade e pelo relativismo, tinha certeza sobre os estados mentais das outras pessoas: *“Eu tenho certeza que a mãe não gosta de mim”* (Alice, entrevista pessoal, 15/03/2011).

A Psicoterapia: Ajudando Alice a construir um novo mundo

Período inicial (da 1ª a 12ª sessão de psicoterapia)

Tema predominante

Neste período, a morte do *“quase-namorado”* era o tema central do discurso de Alice, provocando nela um sentimento constante de desesperança em relação à própria vida: *“pra que nascer se a gente vai morrer?”* (Alice, en-

trevista pessoal, 29/03/2011)”. A questão da morte parecia dizer algo sobre a realidade interna dessa adolescente, expressando a sua angústia diante da perda, bem como sua incapacidade para lidar com a mesma. O discurso de Alice também era movido por uma queixa referente à ausência do amor materno. Entretanto, esse sofrimento parecia ser apenas relatado e não sentido, como se estivesse fora de uma significação em sua história.

Sintomas e Formas de Manifestação da Depressão

Nesta fase, Alice apresentava um quadro depressivo marcado por profunda tristeza, desmotivação e desinteresse pela vida: *“eu pensei de agora em diante que eu não quero mais sonhar”* (Alice, entrevista pessoal, 5/04/2011). Além disso, a jovem apresentava baixa autoestima, descrevendo-se como uma pessoa sozinha, de poucos amigos e que passava a maior parte do tempo isolada: *“eu nunca tive com quem me abrir”* (Alice, entrevista pessoal, 5/04/2011). Os sintomas apresentados por Alice vinham ao encontro do que Saint-Clair Bahls e Flávia Campos Bahls (2002) descreveram acerca dos quadros depressivos na adolescência.

Entretanto, o sofrimento da jovem com a perda do *“quase-namorado”* parecia questionável devido à superficialidade desse relacionamento. A situação vivenciada por Alice parecia estar relacionada a uma perda sofrida anteriormente, que ainda não estava acessível ao seu pensamento devido à falta de recursos para lidar com a sua realidade interna.

Percepção do próprio funcionamento mental

Alice apresentava dificuldade em dar continuidade aos seus pensamentos. Eles eram constantemente interrompidos, expressando o quanto seus estados mentais lhe pareciam confusos e difíceis de serem organizados: *“É porque daí eu sempre penso nele, e ele, morte, eu misturo tudo. Ai agora, eu e as minhas músicas, mas daí eu achei uma lá, ai eu até me esqueci!”* (Alice, entrevista pessoal, 19/04/2011). Além disso, seu discurso era significativamente marcado por expressões como: *“não sei, sei lá, eu acho”*, refletindo sua dificuldade de identificar seus estados mentais. Alice mostrava-se incerta até mesmo sobre a origem da sua dor (*“Eu não sei por que eu estou assim”* - Alice, entrevista pessoal, 12/04/2011) e sobre o modo como se sen-

tia (*“To bem, agora to bem, é, acho que é isso”* - Alice, entrevista pessoal, 26/04/2011).

A ausência de uma postura auto-inquisitiva aparecia principalmente quando Alice relatava o sofrimento decorrente da falta do amor materno, pois embora conseguisse identificar esse sentimento, não conseguia refletir sobre o mesmo. Assim, evitava falar sobre esse assunto, escondendo-se atrás do lamento pela morte de um rapaz que mal conheceu. Diante disso, a psicoterapeuta buscou respeitar as impossibilidades da paciente, a fim de evitar que a mesma falasse de situações em que os estados mentais não pudessem ser vinculados à realidade imediata. Assim, conforme Fonagy e Bateman (2006), as intervenções priorizavam a mentalização da paciente sobre as relações que tinham relativamente baixo nível de envolvimento (morte do *“quase-namorado”*), a fim de que pudesse se sentir segura para refletir sobre os seus estados mentais e com isso, gradativamente, tornar-se mais apta a explorar as relações mais próximas ao núcleo do *self* (ausência do amor materno).

Compreensão dos sentimentos e pensamentos das outras pessoas

A jovem relatava uma insatisfação constante nos seus relacionamentos, fosse na família, no seu círculo de amizades ou nos seus casos amorosos. A sua queixa basicamente resumia-se ao fato de não conseguir ser amada e de não ter capacidade para manter seus relacionamentos. Isto parecia relacionado ao fato de que Alice considerava os pensamentos dos outros como uma ameaça significativa (*“Eu sempre acho que vão estar me enganando”* - Alice, entrevista pessoal, 12/04/2011). Assim, qualquer atitude vinda de outra pessoa era interpretada como uma rejeição ou indiferença. Uma simples briga com a mãe significava para Alice uma rejeição, ou o simples fato de alguém não cumprimentá-la, revelava o quanto as pessoas a desprezavam.

A psicoterapeuta procurava questioná-la sobre os estados mentais dos outros (*“Por que tu achas que a tua mãe reagiu contigo daquele jeito?”*; *“O que tu achas que ela estava sentindo naquele momento?”* - Alice, entrevista pessoal, 19/04/2011). Frente a isto, a jovem respondia: *“não sei”* ou *“é porque ela não gosta de mim”* (Alice, entrevista pessoal, 19/04/2011). Observava-se o quanto era difi-

cil para Alice refletir acerca dos estados mentais dos outros, o que a impedia, por exemplo, de tentar compreender o comportamento da mãe.

Representação do Self

Alice apresentava uma imagem muito negativa de si mesma, percebia-se como uma pessoa “*feia, burra e insignificante*” (Alice, entrevista pessoal, 5/04/2011). Acreditava não ser boa o suficiente para conquistar o amor e admiração dos outros (“*eu acho que ninguém ia ir no meu velório se eu morresse*” - Alice, entrevista pessoal, 5/04/2011). Não reconhecia potencialidades e nem qualidades em si mesma, apenas defeitos, o que fazia com que se sentisse insegura em relação a si mesma e também em relação aos outros.

A jovem apresentava uma estrutura de *self* desorganizada e incoerente, com ausência de representações internas estáveis. Presenciava-se em seu discurso uma baixa autoestima e um sentimento de inferioridade: “*tem vezes, quando eu acho um guri muito bonito e que ele ta me olhando, eu acho que ele ta brincando com a minha cara*” (Alice, entrevista pessoal, 12/04/2011). De acordo com Cláudia Capitão (2007), este quadro é característico da depressão e está relacionado à uma representação de *self* distorcida. Isto pode ocorrer, segundo Fonagy e Bateman (2003), devido a falhas na função reflexiva dos pais, relacionadas ao estabelecimento de um vínculo de apego inseguro e a um posterior comprometimento da capacidade de mentalização do sujeito.

Frente a isso, a psicoterapeuta procurou intervir de forma contingente e discriminatória, focalizando nos estados mentais atuais de Alice a fim de promover a construção de representações internas mais estáveis, objetivo esse proposto pelo tratamento baseado na mentalização (Fonagy & Bateman, 2003). Isto ocorria, por exemplo, quando Alice relatava uma situação em que se sentia rejeitada e a psicoterapeuta buscava questionar o porquê dessa percepção e desse sentimento, bem como os motivos que a pessoa teria para rejeitá-la.

Período intermediário (da 13ª a 25ª sessão de psicoterapia)

Tema predominante

O foco aqui deixa de ser a morte do “*quase-namorado*” e passa a ser o relacionamento com a mãe. Alice começou a refletir sobre sua relação com a mãe e também a trazer para a sessão assuntos relacionados ao seu cotidiano, como: cursinho, amizades, novos relacionamentos amorosos e a escolha profissional.

Sintomas e Formas de Manifestação da Depressão

Alice demonstrava vontade de sair de casa, de estar na presença de amigos, de ir a festas, revelando prazer nos relacionamentos interpessoais: “*é que assim, lá no cursinho a maioria é legal, eu gosto deles. Agora vamos esperar pra ver se vai sair a festa*” (Alice, entrevista pessoal, 7/06/2011). Mostrava vontade de se arrumar, sentindo-se bonita, o que revelou uma melhora na sua autoestima e autoconfiança. Alice parecia estar também compreendendo que o sofrimento não era a única forma de estar no mundo: “*existe a Alice triste, a Alice neutra e a Alice feliz*” (Alice, entrevista pessoal, 21/06/2011). Expressões como “*eu to me sentindo muito bem*” (Alice, entrevista pessoal, 21/06/2011), ficaram cada vez mais presentes neste período.

Percepção do próprio funcionamento mental

A melhora dos sintomas depressivos de Alice parecia estar relacionada ao desenvolvimento gradativo da sua capacidade de mentalização, que pôde ser reconhecida quando a jovem expressou: “*Meu pensamento agora não tem só um foco, tem vários*” (Alice, entrevista pessoal, 12/07/2011). O pensamento de Alice tomava uma forma mais organizada e coesa.

Durante esse período, observou-se uma melhora na capacidade de Alice em identificar de forma mais apropriada seus sentimentos em relação às suas vivências com a mãe, reconhecendo o quanto isso lhe fazia sofrer, mas necessitando ainda da ajuda da psicoterapeuta para refletir sobre os mesmos. Alice mostrava estar se apropriando mais de si e buscando um autoconhecimento: “*esses dias eu tava pensando no meu jeito de ser*” (Alice, entrevista pessoal, 26/07/2011). Relatou que isso acabou conduzindo-a a pensar que profissão gostaria de seguir, mostrando interesse

em prestar vestibular para o curso de Serviço Social. Ressurgiram desejos, interesse no futuro, bem como a presença de uma postura auto-inquisitiva: “*eu acho que no fundo é a que mais se encaixa comigo, com o que eu penso*” (Alice, entrevista pessoal, 19/07/2011).

Alice começava a ter consciência de que a compreensão dos outros mudava paralelamente às mudanças em si mesma (“*Eu notei que quando eu comecei a mudar, apareceu um monte de pessoa querendo ficar comigo, uns até que eu já conhecia*” - Alice, entrevista pessoal, 19/07/2011). Também reconhecia a existência de idéias e sentimentos incompatíveis (“*Eu tenho esse meu lado contraditório*” - Alice, entrevista pessoal, 26/07/2011) e a autonomia diante do seu mundo interno (“*Porque eu acho que na maioria das vezes eu crio o problema, de uma coisa que não tem nada a ver eu crio um monstro*” - (Alice, entrevista pessoal, 26/07/2011).

Percepção dos sentimentos e pensamentos dos outros

Alice começava a apresentar capacidade para refletir sobre os estados mentais do outro. Era possível observar na jovem uma melhor compreensão acerca do modo como as pessoas agiam e pensavam, o que acabou conduzindo-a a não considerar mais, de forma tão exagerada, os pensamentos dos outros como uma ameaça constante.

Esta melhora foi possível de ser observada, principalmente, através do discurso de Alice acerca do relacionamento com a mãe. Esse era sempre descrito como insatisfatório e conflituoso. A fim de auxiliar Alice a refletir sobre isso, a psicoterapeuta indagava o porquê das brigas ocorrerem tão frequentemente. Com isso, a jovem passou a perceber que os desentendimentos eram gerados por coisas banais e que sua intenção era chamar a atenção da mãe, fazê-la se sentir culpada e mudar o seu comportamento.

As intervenções nesse momento buscavam fazer com que Alice se colocasse no lugar da mãe e entendesse o seu funcionamento. Com isso, a paciente começou a perceber o quanto essa mãe era dependente e frágil, e a dificuldade que tinha em expressar os seus sentimentos. Além disso, conseguiu reconhecer o lado da mãe nessa relação: “*Ai as vezes eu acho que ela se sente mal sabe? Porque ela*

chora” (Alice, entrevista pessoal, 12/07/2011), interpretando o seu comportamento de forma que não se sentisse mais rejeitada: “*Acho que na hora ela não fica do lado de ninguém, fica um pouco com cada uma*” (Alice, entrevista pessoal, 12/07/2011). Isto foi possível porque a psicoterapeuta buscava assinalar à Alice as contradições que apareciam no seu discurso como, por exemplo, o fato de não ser a única filha com quem a mãe brigava ou cometia alguma injustiça. Assim, segundo Fonagy e Bateman (2006), o psicoterapeuta incentiva o paciente a contrariar o padrão de apego relacionado à desativação da mentalização, tornando-o mais próximo de um padrão de apego seguro.

Representação do Self

Alice demonstrava uma melhora significativa na sua autoestima e autoconfiança. Sentia-se bonita e aceitava o fato de que os outros poderiam pensar coisas positivas a seu respeito. Mostrava-se mais segura para investir em relacionamentos e também num futuro, revelando uma imagem positiva de si mesma que pôde ser observada quando relatou seus pensamentos em relação à escolha profissional e à responsabilidade de cursar uma faculdade: “*É, daí eu fico pensando aí será que eu vou conseguir passar nessas matérias, mas eu acho que com um pouco de estudo, pouco não, bastante, eu vou conseguir*” (Alice, entrevista pessoal, 2/08/2011).

De acordo com Fonagy e Bateman (2003), as distorções do *self* provocadas pelo estabelecimento de apegos patológicos podem ser modificadas no contexto psicoterápico, tal como se observou no caso de Alice, na medida em que o paciente se torna confiante para tomar consciência dos seus próprios sentimentos e assim representá-los. A construção de uma representação de *self* mais estável e coesa tornou Alice mais segura para enfrentar seus medos e desafios como, por exemplo, arrumar um trabalho como babá.

Período Final (da 26ª a 40ª sessão de psicoterapia)

Tema predominante

Neste período, o discurso sobre o “*quase-namorado*” voltou a ser foco das sessões. Contudo, era possível observar que essa narrativa agora vinha revestida de uma forma que tornava possível à Alice questionar a imagem

idealizada que havia construído acerca desse rapaz. Assim, a jovem caminhava em direção ao processo de elaboração dessa perda.

Sintomas e Formas de Manifestação da Depressão

Alice voltou a se sentir deprimida nesse período. Porém, tratava-se de um processo de elaboração da perda que viveu. O desenvolvimento da sua capacidade de mentalização possibilitava recursos para lidar com os seus conflitos. Neste momento, Alice apresentava sentimentos de culpa por não estar mais sofrendo a morte do “quase-namorado” e por acreditar que dessa forma acabaria esquecendo-o. Contudo, isso não representou um retorno ao quadro depressivo inicial, pois reconhecia a mudança no seu sofrimento (“*Eu percebo que eu to em outra fase, as coisas mudaram e isso tem a ver com o jeito que eu penso hoje*” - Alice, entrevista pessoal, 23/08/2011).

Percepção do próprio funcionamento mental

Alice revelava uma postura auto-inquisitiva em seu discurso, passando a questionar de forma independente seus afetos. Reconhecia a responsabilidade diante do seu sofrimento: “*Eu acho que o problema é a minha cabeça, isso que eu penso, que eu vejo em mim*” (Alice, entrevista pessoal, 9/08/2011), mostrando-se capaz de diferenciar entre um estado subjetivo do seu *self* e de um outro (Fonagy, 2000).

A partir deste momento, sentiu-se segura para questionar a imagem idealizada que havia construído acerca do “quase-namorado” (“*Por que todo mundo fala mal dele menos eu?*” - Alice, entrevista pessoal, 6/09/2011). Assim, Alice descobre que: “*Ele matou duas pessoas, foi dois homicídios, três assaltos, lesão corporal e ele atropelou duas pessoas e fugiu sem prestar socorro*” (Alice, entrevista pessoal, 6/09/2011). Diante desta revelação a jovem começou a questionar seus sentimentos em relação ao rapaz: “*Ai, eu acho que agora chega né? Até porque eu cheguei a pensar que não valia a pena mesmo eu estar desse jeito por causa dele*” (Alice, entrevista pessoal, 6/09/2011). A desconstrução do objeto idealizado e a reconstrução de um objeto real tornaram possível à Alice aceitar que o “quase-namorado” não existia mais, que esse relacionamento era impossível, iniciando-se um processo de elaboração do luto: “*eu tenho*

que continuar porque ele não tá mais aqui e não adianta eu ficar sofrendo por ele” (Alice, entrevista pessoal, 6/09/2011).

A elaboração desta perda permitiu à jovem dar um significado ao seu sofrimento. Segundo ela, a morte do “quase-namorado” representou em sua vida uma perda, situação com a qual nunca soube lidar, mas que teve a oportunidade de aprender. Mencionou que de todas as perdas que teve, essa foi a mais importante, pois lhe deixou o aprendizado de que as pessoas podem ser boas e ruins ao mesmo tempo.

Compreensão dos sentimentos e pensamentos das outras pessoas

Neste período, Alice conquista uma compreensão mais ampla acerca dos estados mentais dos outros, pois passa a viver de forma mais integrada amor e ódio. As intervenções neste momento procuraram auxiliá-la a refletir sobre os sentimentos de amor e ódio também em outros relacionamentos como, por exemplo, com a mãe e as irmãs: “*às vezes eu me irrito com elas. É, a gente sente aquilo no momento assim, tem vontade de matar, fica super mal, mas depois o amor fala mais alto*” (Alice, entrevista pessoal, 20/09/2011). Alice começava a ter consciência de que as pessoas poderiam lhe fazer sofrer ou despertar em si sentimentos desagradáveis, sem que isso representasse rejeição ou ausência total de amor.

Dessa forma, o vínculo com o outro parecia não representar mais uma ameaça, à medida que Alice reconhecia a possibilidade de que as mentes poderiam mudar. Os estados mentais dos outros também não se configuravam mais como incompreensíveis para jovem, que conseguia refletir sobre os mesmos e mudar sua percepção em relação às pessoas (“*Eu sempre achava que tudo que ela fazia nada era bom pra mim. Agora, eu não vejo mais que ela me trata diferente e antes eu achava isso toda a hora*” - Alice, entrevista pessoal, 20/09/2011). Alice passava a interpretar a informação interpessoal suficientemente bem, sentindo-se mais segura em seus relacionamentos. De acordo com Fonagy e Bateman (2007), isso se torna possível devido ao desenvolvimento da capacidade de mentalização, que implica um melhor funcionamento autorreflexivo e autorregulatório, promovendo melhores relacionamentos.

Representação do Self

Alice mostrava-se uma pessoa mais madura, segura de si e dos seus desejos. Abandonava aquela imagem infantil que apresentava e começava a construir o seu lugar no mundo, reconhecendo a autonomia diante dele: “*Eu to feliz em saber que eu consigo enfrentar os meus medos*” (Alice, entrevista pessoal, 27/09/2011). Diante disso decidiu participar de um processo de seleção para uma vaga de atendente em uma loja, ficando entre os 6 selecionados, dos 60 inscritos. Frente a essa conquista expressou: “*Ai eu fiquei muito feliz, me senti bem comigo mesma sabe?*” (Alice, entrevista pessoal, 27/09/2011). Mesmo estando apreensiva em ter que enfrentar uma nova situação, Alice mostrava-se confiante: “*Eu sei que quando eu tenho que fazer as coisas eu faço, e por mais que eu tenha vergonha eu sei que eu sei fazer, que eu consigo*” (Alice, entrevista pessoal, 27/09/2011).”

A reavaliação após 40 sessões: Conhecendo o novo mundo de Alice

Conforme mostra a tabela 1, Alice apresentou uma melhora significativa dos sintomas depressivos em comparação ao início do tratamento. Em relação à avaliação clínica da mentalização (Fonagy & Bateman, 2006), pode-se observar que houve uma mudança significativa após a realização das 40 sessões.

Analisando de forma individual cada categoria, é possível destacar no que se refere à Percepção em relação aos sentimentos e pensamentos dos outros que Alice começou a evidenciar o desejo de compreender e refletir sobre os outros, além de um interesse genuíno nos pensamentos e sentimentos de outras

pessoas: “*Antes assim eu achava que era porque ela não gostava de mim, mas, pensando agora, eu acho que é por causa daquela história que ela teve com a minha vó que ela falou pra todo mundo que achava que eu não era filha do pai*” (Alice, entrevista pessoal, 11/10/2011). Alice conseguiu, também, aceitar a ausência, por longo tempo, do amor materno à medida que compreendeu os estados mentais da mãe: “*Eu acho que marcou bastante ela de um jeito muito ruim. Eu acho que ela sofreu demais com tudo isso. Hoje assim eu entendo melhor tudo isso que ela passou*” (Alice, entrevista pessoal, 11/10/2011).

Sobre a Percepção do próprio funcionamento mental, revelou ter assumido uma “postura auto-inquisitiva”: “*Ai eu fiquei triste porque eu queria tá perto deles, mas depois eu me acalmava*” (Alice, entrevista pessoal, 11/10/2011). Em relação ao tema Representação do self e Valores e atitudes gerais, Alice demonstrou, respectivamente, ter desenvolvido uma capacidade de mentalização: “*Eu fui pensando, pensando e acabei vendo que era esse o problema*” (Alice, entrevista pessoal, 11/10/2011), e uma atitude equilibrada acerca das afirmações sobre os estados mentais dos outros (“*Eu não sei o que a minha mãe tinha que parecia que ela não podia me ver feliz*” - (Alice, entrevista pessoal, 11/10/2011).

Fazendo uma análise geral do caso é possível inferir que a queixa depressiva de Alice estava relacionada à precariedade do vínculo estabelecido com a figura materna. A depressão da jovem refletia a ausência de cuidado e amor materno, o que vem ao encontro da ideia defendida pela literatura revisada de que o estabelecimento de um vínculo inade-

Instrumentos	Categorias	Pré-psicoterapia	Pós-psicoterapia
CDI	-	32 pontos	17 pontos
CHECKLIST	Percepção dos sentimentos e pensamentos dos outros	Pobre	Muito alta
	Percepção do próprio funcionamento mental	Moderada	Muito alta
	Representação do self	Moderada	Muito alta
	Valores e atitudes gerais	Pobre	Muito alta
<i>Global</i>		Pobre	Muito alta

Tabela 1. Síntese da avaliação pré e pós-psicoterapia

quando com os pais está relacionado ao desenvolvimento de depressão na adolescência (Du Bois, 2007; Greszta, 2006; Schneider & Ramires, 2007).

Acredita-se que essa fragilidade no vínculo entre mãe e filha ocorreu devido à impossibilidade de Lolly se identificar com Alice, quando essa ainda era bebê, refletindo a ela uma imagem frágil. Isto pode ter ocorrido devido à situação traumática que Lolly vivenciou na gestação de Alice que, segundo Fonagy e Bateman (2003), pode prejudicar o estabelecimento de um vínculo de apego seguro com a criança e o desempenho da função reflexiva, base para o desenvolvimento de *self* e da capacidade de mentalização.

O fato de não ter experienciado a si mesma na mente da mãe quando não tinha recursos para significar os seus estados mentais, comprometeu o desenvolvimento da capacidade de mentalização de Alice, promovendo a construção de modelos representacionais distorcidos. No início do tratamento, Alice apresentava um funcionamento mental muito precário, marcado principalmente por uma incapacidade de identificar e refletir sobre os seus estados mentais e dos outros. Isto, de certa forma, contribuía para que ela construísse uma autoimagem negativa, para que se sentisse ameaçada ou rejeitada, alimentando ainda mais a sua tendência ao isolamento e sua dificuldade em operar no mundo interpessoal.

Considerações Finais

Com base nos objetivos deste estudo, assinala-se que o processo terapêutico baseado na mentalização contribuiu para a melhora do quadro depressivo que Alice apresentava, fato comprovado através da segunda aplicação do CDI. A análise das sessões também evidenciou que Alice conseguiu ampliar sua compreensão de conflitos importantes como o relacionamento com a mãe e a perda do “quase-namorado”. Contudo, nem todas as dificuldades foram superadas, mas foi possível fortalecer a coesão e integração do seu *self*.

O prejuízo na capacidade de mentalização, que Alice apresentava no início do tratamento, direcionou o trabalho no sentido de resgatar a função reflexiva numa nova relação de apego-cuidado (relação terapêutica). Assim, Alice sentiu-se segura para dar voz aos seus

conflitos, tomando consciência dos mesmos e representando-os. Os resultados em termos de mudança da mentalização foram significativos, confirmando as hipóteses deste estudo de que essa capacidade pode se encontrar prejudicada na psicopatologia depressiva na adolescência e de que é possível desenvolvê-la e fortalecê-la no curso do tratamento psicoterápico.

Estas considerações tornam possível pensar que há uma relação entre a depressão na adolescência e a ausência da capacidade de mentalização, fruto de falhas nas relações afetivas primárias entre a criança e o seu cuidador. Contudo, salienta-se o fato dessas conclusões estarem baseadas na análise de um único caso, sendo necessário o desenvolvimento de mais estudos que investiguem as relações entre a capacidade de mentalização e a depressão adolescente.

Referências

- Bahls, Saint-Clair & Bahls, Flávia Campos (2002). Depressão na adolescência: Características clínicas. *Interação em Psicologia*, 6(1), 49-57. <http://dx.doi.org/10.5380/psi.v6i1.3193>
- Bahls, Saint-Clair & Bahls, Flávia Campos (2003). Psicoterapias da depressão na infância e na adolescência. *Estudos de Psicologia*, 20, 25-34. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-166X2003000200003>
- Bateman, Anthony & Fonagy, Peter (2006). *Mentalization-based Treatment for Borderline Personality Disorder: A Practical Guide*. Oxford: Oxford University Press.
- Capitão, Cláudio (2007). Depressão e suicídio na infância e adolescência. *Psicopedagogia online*, 1. <http://www.profala.com/artpsico82.htm>
- D’Acremont, Mathieu & Van der Linden, Martial (2007). How is impulsivity related to depression in adolescence? Evidence from a French validation of the cognitive emotion regulation questionnaire. *Journal of Adolescence*, 30(2), 271-282. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16600359>
- Du Bois, Reinmar (2007). Emotional deprivation and narcissistic regulation - development and treatment of depressive crises in children and adolescents. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 56(3), 206-223. https://psydok.psycharchives.de/jspui/bitstream/20.500.11780/2971/1/56.20073_3_47263.pdfnew.pdf

- Fonagy, Peter (2000). Apegos patológicos y acción terapéutica. *Aperturas Psicoanalíticas*, 4. <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000104&a=Apegos->
- Fonagy, Peter & Bateman, Anthony (2003). The development of an attachment-based treatment program for *borderline* personality disorder. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 67(3), 187-211. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14621062>
- Fonagy, Peter & Bateman, Anthony (2006). Mechanisms of change in mentalization-based treatment of BPD. *Journal of Clinical Psychology*, 62(4), 411-430. <https://doi.org/10.1002/jclp.20241>
- Fonagy, Peter & Bateman, Anthony (2007). Mentalizing and *borderline* personality disorder. *Journal of Mental Health*, 16(1), 83-101. <https://doi.org/10.1080/09638230601182045>
- Fonagy, Peter; Target, Mary; Cottrell, David; Phillips, Jeannette & Kurtz, Zarrina (2002). *What works for whom? A critical review of treatments for children and adolescents*. New York: The Guilford Press.
- Greszta, Elzbieta (2006). Family environment risk factors of depression in adolescence. *Psychiatria Polska*, 40(4), 719-730. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17068944>
- Kovacs, Maria (1983). *The Children's Depression Inventory: A self-rated depression scale for school age youngsters*. Pittsburg, PA: University of Pittsburg, School of Medicine.
- Kovacs, Maria (1985). The Children's Depression Inventory (CDI). *Psychopharmacology Bulletin*, 21(4), 995-998. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/labs/articles/4089116/>
- Kovacs, Maria (1992). *Children's Depression Inventory Manual*. Los Angeles: Western Psychological Services.
- Kovacs, Maria (2003). *Children's Depression Inventory (CDI): Technical Manual Update*. Toronto: Multhi-Health Systems Inc.
- Levisky, David (2002). Depressões narcísicas na adolescência e o impacto da cultura. *Psychê*, 6(10), 125-136.
- Lima, Dênio (2004). Depressão e doença bipolar na infância e adolescência. *Jornal de Pediatria*, 80(2)Supl, S11-S20. <http://www.scielo.br/pdf/jped/v80n2s0/v80n2Sa03.pdf>
- Schneider, Ana Cláudia & Ramires, Vera Regina (2007). Vínculo parental e rede de apoio social: relação com a sintomatologia depressiva na adolescência. *Aletheia*, 26, 95-108. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/aletheia/n26/n26a09.pdf>
- Versiani, Márcio; Reis, Regina & Figueira, Ivan (2000). Diagnóstico do transtorno depressivo na infância e adolescência. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 10(12), 367-382.
- Wathier, Josiane; Dell'aglio, Débora & Bandeira, Denise (2008). Análise fatorial do inventário de depressão infantil (CDI) em amostra de jovens brasileiros. *Avaliação Psicológica*, 7(1), 75-84. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/avp/v7n1/v7n1a10.pdf>
- Yin, Robert (2005). *Estudo de caso. Planejamento e métodos* (3ª edição). Porto Alegre: Bookman.



CAMILLA BALDICERA BIAZUS

Possui graduação em Psicologia pelo Centro Universitário Franciscano (UNIFRA-2009), mestrado em Psicologia Clínica pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos - UNISINOS e Doutorado em Linguística pela UFSM. Atualmente é docente no Curso de Psicologia da URI - Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões, campus Santiago.

VERA REGINA RÖHNELT RAMIRES

Graduação em Psicologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (1980), mestrado em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (1995) e doutorado em Psicologia (Psicologia Clínica) pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (2002). Professora titular e pesquisadora do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade do Vale do Rio dos Sinos, UNISINOS.

DIRECCIÓN DE CONTACTO

camillabiazus@yahoo.com.br; vramires@unisinis.br

FORMATO DE CITACIÓN

Biazus, Camilla Baldicera & Ramires, Vera Regina Röhnelt (2018). A psicoterapia baseada na mentalização para o tratamento da depressão na adolescência. *Quaderns de Psicologia*, 20(1), 23-36. <http://dx.doi.org/10.5565/rev/qpsicologia.1407>

HISTORIA EDITORIAL

Recibido: 27/03/2017
1ª Revisión: 20/11/2017
Aceptado: 30-12-2017