

ALIENAÇÃO PARENTAL

Textos traduzidos de Craig Childress

(2010-2013)



**IGUALDADE
PARENTAL**
ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA PARA
A IGUALDADE PARENTAL E DIREITOS
DOS FILHOS

Coordenação:

Associação Portuguesa para a Igualdade Parental e Direitos dos Filhos



Tradução da versão inglesa para o português:

Dora Pinheiro

Revisão/interpretação para o idioma português:

Diogo Grácio

João Guedes

Lara Kahrel

Patrícia Mendes

Ricardo Simões

Susana Bárrios



Este trabalho está licenciado com uma Licença [Creative Commons - Atribuição-NãoComercial 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/).

Índice

SOBRE O AUTOR.....	4
INTRODUÇÃO.....	5
O FRACASSO DO MODELO DE “ALIENAÇÃO PARENTAL” DE GARDNER.....	6
A NARRATIVA DE RECONSTITUIÇÃO DO PROCESSO DE ALIENAÇÃO PARENTAL.....	15
A ESTRUTURA DE RELAÇÃO TRANSGERACIONAL DO PROCESSO DE ALIENAÇÃO PARENTAL.....	19
O DIAGNÓSTICO DSM-IV-TR PARA O PROCESSO DE ALIENAÇÃO PARENTAL.....	21
PROTOCOLO PARA A AVALIAÇÃO CLÍNICA DO PROCESSO DE ALIENAÇÃO PARENTAL.....	23
A ESCALA DE ALIENAÇÃO DE CHILDRESS.....	39
A INTERVENÇÃO COM SISTEMAS ESTRATÉGICOS COMPORTAMENTAIS PARA O TRATAMENTO DO PROCESSO DE ALIENAÇÃO PARENTAL I.....	49
A INTERVENÇÃO COM SISTEMAS ESTRATÉGICOS COMPORTAMENTAIS PARA O TRATAMENTO DO PROCESSO DE ALIENAÇÃO PARENTAL II.....	53

Sobre o autor



Craig Childress é um psicólogo clínico dos EUA, na Califórnia. É especializado no tratamento de crianças e sua família. A sua especialidade inclui o diagnóstico e tratamento do déficit de atenção e hiperatividade de crianças, a agressividade infantil, resolução de conflitos parentais, psicoterapia infantil, avaliação e consultas relacionadas com a Dinâmica da Alienação Parental.

Introdução

A Associação Portuguesa para a Igualdade Parental e Direitos dos Filhos encontra-se comprometida com a divulgação não só das investigações científicas mais recentes sobre Parentalidade e crianças, mas igualmente com a promoção das boas práticas.

A temática da Alienação Parental tem sido alvo, não só em Portugal, de uma discussão muito pouco fundamentada em construtos científicos, não porque muitos investigadores não o fizessem, mas porque as suas conclusões eram e são sistematicamente desvirtuadas por uma visão do mundo e da sociedade, que pouco contribui para a resolução do fenómeno.

Tal como nos diz Craig Childress, tanto os opositores ao conceito da Alienação Parental como os seus defensores estão corretos. Os seus defensores estão corretos pois existe um fenómeno clínico válido. Os opositores a este construto estão igualmente corretos, pois o modelo inicial de Richard Gardner carece de fundamento científico e rigor conceptual. A proposta deste psicólogo passa pela reconceptualização da Alienação Parental baseada em princípios psicologicamente estabelecidos.

O seu ponto de partida é o da aceitação dos construtos cientificamente reconhecidos, de forma a se poder realizar um diagnóstico e posteriormente um tratamento referente a esta problemática. A abordagem terapêutica à criança de Craig Childress baseia-se no princípio do trabalho com ambos os progenitores, incluindo-os como “coterapeutas” na resolução das dificuldades da criança. Procura dotar os progenitores de competências de comunicação parental e de um conjunto de técnicas e abordagens que permitem a estes responder de forma terapêutica aos problemas emocionais e comportamentais da criança.

O seu livro “[An Attachment-Based Model of Parental Alienation: Foundations](#)”, editado em 2015, abre caminho para uma reconceptualização do fenómeno da Alienação Parental, enquanto dinâmica familiar e baseada, sustentada em construtos científicos aceites, bem como nos dá uma proposta de intervenção terapêutica para o mesmo. Propõe-nos um enquadramento teórico unificador que permite colocar a Alienação Parental na área da Saúde Mental e não na área jurídico-legal.

Nesse sentido sustenta o seu modelo baseado na vinculação para o construto a “Alienação Parental”. Os componentes clínicos deste construto que configuram a complexidade da dinâmica familiar é-nos descrita em três níveis de análise, a saber: num primeiro nível, a dinâmica do sistema familiar; num segundo nível as perturbações da personalidade do progenitor narcísico/*borderline*; e um terceiro nível subjacente ao substrato do sistema de vinculação.

Assim, com esta tradução de parte dos textos publicados pelo psicólogo Craig Childress no seu website, pretendemos contribuir para uma discussão e reflexão objetiva do fenómeno da Alienação Parental e ajudar à procura de soluções para o mesmo.

O fracasso do modelo de “Alienação Parental” de Gardner

Craig Childress, Psy. D. (2013)

O modelo de “alienação parental” de Gardner é um paradigma falhado. Gardner identificou corretamente um fenómeno clínico no qual uma criança é induzida por um dos progenitores a rejeitar um relacionamento com o outro progenitor, e o seu modelo para descrever a “alienação parental” teve êxito ao dirigir atenção profissional e legal para a questão. No entanto, as suas incursões face à veracidade das alegações de abuso sexual foram problemáticas, e os seus pontos de vista pessoais controversos desviaram-se de um foco mais central na questão clinicamente relevante da rejeição de um dos progenitores induzida na criança. Para além disso, a sua focalização inicial de género nas mães alienantes desviou-se de uma perspetiva mais equilibrada de reconhecimento dos fenómenos clínicos da rejeição de um dos progenitores induzida na criança como igualmente predominante em ambos os géneros dos progenitores. O modelo inicialmente proposto por Gardner criou uma dissidência infeliz na psicologia profissional.

Nas décadas desde a sua introdução no diálogo profissional, o modelo de “alienação parental” de Gardner (1987) não foi aceite como um constructo psicológico legítimo. A rejeição mais recente do modelo de “alienação parental” de Gardner é evidente na sua não-inclusão, e nem mesmo menção, no DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) apesar dos esforços combinados dos apoiantes do constructo que ativamente pressionaram para a sua inclusão no DSM-5.

O modelo de “alienação parental” de Gardner representa um paradigma falhado em quatro domínios gerais: legal, teórico, diagnóstico e tratamento.

Domínio Legal:

O modelo de Gardner para descrever a “alienação parental” alcançou algum sucesso na área jurídica, devido em grande medida aos esforços louváveis de investigadores como Amy Baker (Baker, 2006; Baker & Darnall, 2007), e foi admitido como prova legal em alguns casos. Contudo, enquanto o sistema legal pode ser adequado para estruturar o agendamento das visitas de custódia da criança, a área legal é um local pouco adequado para resolver conflitos familiares interpessoais. O processo de provar a “alienação parental” em tribunal costuma ser longo, árduo e extremamente dispendioso para os progenitores-alvo, colocando muitas vezes esta via para a resolução da “alienação parental” para além das possibilidades financeiras de muitos progenitores-alvo. Além disso, provar a “alienação parental” em tribunal requer representação jurídica experiente. Para muitos progenitores-alvo rejeitados, a despesa financeira de batalhas legais contínuas torna-se demasiado grande, precisando de mudar para a autorrepresentação. No entanto, sem ajuda de assessoria jurídica especializada, o aspeto prático de provar a “alienação parental” na área legal pode ser extremamente difícil, se não impossível.

Além disso, mesmo se a “alienação parental” for eventualmente provada em tribunal, os anos de batalhas judiciais prolongadas que foram necessários para provar a “alienação parental” podem ter permitido que a alienação se torne firmemente enraizada pela passagem do tempo e pela contínua influência negativa do progenitor alienante, tornando-se resistente ao tratamento. Na “alienação parental”, o tempo e o atraso estão do lado do alienador. Quanto mais atrasar uma intervenção eficaz, mais a alienação resiste ao tratamento.

Para mais, mesmo que a alienação parental seja provada em tribunal, o fracasso do modelo de “alienação parental” de Gardner em identificar eficazmente um quadro de tratamento profissionalmente aceite, compromete a potencial responsividade do tribunal face à alienação provada. Muitas vezes, o tribunal estará relutante em retirar a custódia do progenitor “favorecido” por preocupação pelo impacto potencialmente “traumático” de tal decisão na criança, uma opinião (errónea) que é apoiada por alguns profissionais de saúde mental que defendem a custódia contínua da criança com o progenitor alienante. Relutante em retirar a custódia ao “progenitor favorecido”, o tribunal ordena frequentemente dividir a custódia entre os progenitores e exige algo chamado “terapia de reunificação” para a criança e o progenitor-alvo rejeitado, o que demasiadas vezes se torna totalmente ineficaz pois a terapia não possui um modelo coerente para compreender a natureza da “alienação parental” que permita um quadro coerente de tratamento.

Embora se tenham atingido alguns ganhos na área jurídica em relação ao modelo de “alienação parental” de Gardner, estes ganhos foram totalmente inadequados em resolver a questão para a grande maioria dos progenitores-alvo rejeitados. O processo de provar o modelo de “alienação parental” de Gardner em tribunal continua proibitivamente caro, inexato, excessivamente longo e de resultado final incerto, mesmo que se prove a “alienação parental”.

Domínio Teórico:

Gardner estava certo ao identificar um conjunto de fenómenos clínicos inter-relacionados que se refletem na rejeição induzida da criança de um relacionamento com um progenitor. No entanto, abandonou demasiado depressa a estrutura da psicologia tradicional, propondo um novo “síndrome” caracterizado por um conjunto de indicadores sintomáticos díspares que não tinham qualquer associação com nenhum processo ou diagnóstico psicológico ou psiquiátrico estabelecido, e a sua incursão problemática na veracidade de alegações de abuso sexual tinha falhas conceptuais e gerou excessiva controvérsia. Ao abandonar a estrutura de constructos psicológicos estabelecidos, Gardner abandonou o rigor profissional necessário que permitiria uma maior compreensão do fenómeno clínico que observou. Apesar disso, também deve ser tido em mente que Gardner foi um dos primeiros teóricos neste domínio clínico de investigação, e deve ser permitida alguma margem de manobra quando se julgam os modelos exploratórios iniciais dos primeiros investigadores de qualquer fenómeno clínico. Ao mesmo tempo, os elementos mais conservadores da psicologia profissional estavam corretos, e mantêm-se corretos, ao rejeitar as suas conceptualizações iniciais como cientificamente inadequadas.

O modelo de “alienação parental” de Gardner carece de suficiente rigor conceptual. Encaminhou-se demasiado depressa para fora dos constructos psicológicos aceites e

estabelecidos, e não conseguiu responder adequadamente às críticas a respeito da ausência de rigor conceptual. Ao invés de oferecer quadros cada vez mais elaborados para a “alienação parental” usando constructos e princípios psicológicos estabelecidos, Gardner e os seus apoiantes pressionaram firmemente pelo rigor das suas conceptualizações e indicadores de diagnóstico iniciais. Isto originou controvérsia e a divisão da comunidade profissional entre defensores e detratores do constructo da “alienação parental”.

Esta divisão¹ da comunidade profissional tem sido extremamente lamentável, pois distrai de um esforço profissionalmente unificado para desenvolver um modelo preciso dos fenómenos clínicos primeiramente observados por Gardner que empregue constructos psicológicos estabelecidos que possam iluminar a natureza e características exatas do fenómeno clínico de “alienação parental”, o que permitiria, por sua vez, o desenvolvimento de indicadores de diagnóstico fiáveis e de quadros de tratamentos eficazes. Assim que um modelo teórico para a “alienação parental” for estabelecido com constructos psicológicos e psiquiátricos convencionais e profissionalmente aceites, os padrões profissionais de prática poderão ser estabelecidos para guiar tanto o diagnóstico como o tratamento da “alienação parental”, e pelos quais os profissionais de saúde mental possam ser responsáveis.

Um enquadramento teórico unificador permite que o conflito familiar associado à “alienação parental” regresse ao espaço adequado da saúde mental, em vez de ao domínio inadequado do sistema legal. Assim que a saúde mental fale com uma única voz, o sistema legal poderá atuar com a firmeza e clareza necessárias para resolver as questões psicológicas associadas com o que é tradicionalmente referido como “alienação parental”. Os progenitores-alvo rejeitados não estão preocupados com disputas profissionais em

1 Interrogo-me se a “divisão” no âmbito da saúde mental sobre a “alienação parental” representa um processo paralelo para a dinâmica divisória que emana dos processos de personalidade narcísica/*borderline* associados à “alienação parental” (para uma discussão da dinâmica de perturbação de personalidade, consulte Childress, 2013a; Childress 2013b). A psicologia clínica profissional deve ser suficientemente sensível a potenciais processos paralelos quando trata a dinâmica de perturbação de personalidade *borderline* (como a clivagem), a fim de ser capaz de reconhecer a sua ocorrência e prevenir a sua contaminação na prática profissional. Linehan (1993) descreve a propensão para a divisão de profissionais no tratamento dos processos de personalidade estado-limite:

“Divisão do pessoal”, como mencionado anteriormente, é um fenómeno muito discutido no qual profissionais que tratam pacientes *borderline* começam a discutir e lutar acerca de um paciente, do plano de tratamento ou do comportamento dos outros profissionais relativamente ao paciente... discussões entre os membros do pessoal e diferentes pontos de vista, tradicionalmente associados à divisão do pessoal, são vistos como falhas na síntese e nos processos interpessoais entre os membros, e não como um problema do paciente... Desentendimentos dos terapeutas em relação a um paciente são tratados como pólos de uma dialética igual e potencialmente válidos. Assim, o ponto de partida para o diálogo é o reconhecimento de que surgiu uma polaridade, juntamente com uma implícita (se não explícita) suposição de que a resolução exigirá que se trabalhe na direção da síntese.” (p. 432)

Infelizmente, não estou certo de que este reconhecimento profissional do processo paralelo tenha sido previsto no que se refere à “alienação parental”, apesar da presença aparente do sintoma de clivagem na apresentação de sintomas da criança. Se a atual controvérsia relativamente à “alienação parental” representa uma manifestação de um processo paralelo de clivagem, então uma resposta profissional articulada direcionada para a síntese das polaridades aparece como necessária para o benefício da nossa resposta profissional aos problemas do cliente.

saúde mental; apenas querem restaurar o relacionamento com o seu filho. Os progenitores-alvo rejeitados estão plenamente conscientes de que a “alienação parental”, seja qual for a forma que os profissionais de saúde mental queiram descrevê-la, existe e é um pesadelo demasiado real e trágico. Simplesmente querem-no identificados, tratado e resolvidos.

Para o benefício dos nossos clientes, as crianças e os progenitores-alvo rejeitados tão tragicamente prejudicados por este fenómeno clínico, é altura de resolver a divisão que existe na saúde mental e trabalhar em conjunto para desenvolver uma descrição mais completa e precisa do constructo da “alienação parental” que empregue constructos estabelecidos e profissionalmente aceites, que possam ser utilizados para orientar o diagnóstico e o tratamento e estabelecer um padrão de prática também profissionalmente aceite. Na medida em que o modelo de Gardner continua a fenda profissional, mesmo após décadas de discurso profissional, e continua a dividir e distrair dos esforços profissionais para resolver o fenómeno clínico da “alienação parental”, o modelo de Gardner representa um paradigma falhado, sendo necessário um paradigma alternativo que possa juntar a saúde mental num esforço comum.

Domínio de Diagnóstico:

O modelo de alienação parental de Gardner também falha em termos de diagnóstico. Apesar de se terem encetado louváveis esforços para apoiar os critérios de diagnóstico identificados por Gardner, nenhum dos critérios de diagnóstico de Gardner está associado a qualquer perturbação ou processo psicológico ou psiquiátrico estabelecido. A especificação vaga e imprecisa dos processos psicológicos pelos quais ocorre a “alienação parental” prejudicou a confiança profissional tanto quando ao constructo como aos indetificadores de sintomas propostos por Gardner. Uma explicação mais coerente das dinâmicas subjacentes da “alienação parental” que empregue constructos psicológicos estabelecidos seria capaz de apoiar de forma mais adequada o raciocínio conceptual, de modo a identificar um conjunto específico de indicadores sintomáticos.

Na ausência de um enquadramento conceptual subjacente baseado em constructos psicológicos estabelecidos e aceites, os indicadores de diagnóstico identificados por Gardner representam uma matriz incoerente de qualidades e características díspares, algumas das quais podem estar presentes, outras podem estar ausentes, e muitas podem sobrepor-se a conflitos entre progenitor e criança que nada têm a ver com a alienação, de modo a que o diagnóstico diferencial da “alienação parental” se torne inexato. Além disso, visto que os indicadores de diagnóstico de Gardner estão fora dos constructos psicológicos estabelecidos, não podem fornecer um padrão de prática aceite, pelos quais os profissionais de saúde mental possam ser responsáveis. O modelo de Gardner também não fornece critérios clinicamente definitivos para determinar a presença ou ausência de indicadores de sintomas propostos para atribuir um diagnóstico de “alienação parental”. Isto deixa muito do diagnóstico de “alienação parental” ao júzo discricionário de quem faz o diagnóstico, o que prejudica a fiabilidade do mesmo.

Os indicadores de diagnóstico de Gardner não fornecem padrões de prática suficientemente claros e profissionalmente aceites pelos quais os profissionais de saúde mental possam ser responsáveis. A fim de proporcionar utilidade clínica apropriada, os indicadores de diagnóstico da “alienação parental” devem identificar seguramente todos os casos de “alienação parental”, bem como diferenciar seguramente todos os casos de conflitos entre progenitor e criança que nada têm a ver com a alienação. O modelo de “alienação parental” de Gardner não consegue atingir este objetivo, representando, portanto, um paradigma de diagnóstico falhado.

Domínio de Tratamento:

Mesmo que um avaliador de custódia ou terapeuta identifique a “alienação” como um fator na rejeição da criança às visitas com um progenitor, não existe qualquer padrão de boas práticas para resolver o problema, uma vez que o modelo de Gardner está fora dos constructos psicológicos aceites e estabelecidos. Qual é o tratamento para a “alienação parental”? Enquanto Gardner oferece as suas opiniões, estas são contestadas por opiniões alternativas de outros profissionais de saúde mental. Gardner, por exemplo, recomenda a separação da criança do progenitor alienante, enquanto outros profissionais de saúde mental respondem que separar abruptamente a criança do progenitor “favorecido” seria demasiado “traumático” para a criança. Como se resolve este desentendimento? Estamos a olhar potencialmente para mais 20 anos de investigação quanto ao tratamento, mesmo que, e quando, o modelo de “alienação parental” de Gardner for aceite como um constructo legítimo, de modo a se identificar qual deve ser a resposta em termos de tratamento.

Embora um relatório de custódia possa identificar a “alienação parental”, as recomendações propostas para a avaliação podem, no entanto, ser inadequadas para resolver a rejeição da criança face a um progenitor. Muitas vezes, a recomendação da avaliação da custódia é para custódia conjunta e “terapia de reunificação”, mas ainda não há nenhum modelo claro na psicologia profissional para o que a “terapia de reunificação” implica. Dentro da psicologia profissional, existem modelos de terapia familiar (Haley & Hoffman, 1967; Minuchin, 1974), terapia cognitivo-comportamental (Beck, 1976; Beck, Freeman, Davis, & Associates, 2004; Ellis, 1962), terapia psicodinâmica (Kohut, 1984; Stolorow, Brandchaft, & Atwood, 1987), e terapia humanista-existencial (Frankl, 1997; Rogers, 1961, Yalom, 1980), mas não existe qualquer modelo proposto e aceite na psicologia profissional para o que constitui a “terapia de reunificação”. O constructo de “terapia de reunificação” é um mito. Não existe tal coisa.

Os terapeutas de saúde mental que supostamente embarcam na mítica “terapia de reunificação” são, portanto, livres para se envolverem em qualquer forma de diálogo, discussão ou abordagem na sua “terapia”, sem referência a qualquer modelo estabelecido. Em alguns casos, esta terapia de reunificação consiste simplesmente em ouvir a ladainha de queixas da criança contra o progenitor-alvo, tendo este de se desculpar à criança pelas supostas falhas parentais (frequentemente exageradas, distorcidas ou mesmo fabricadas pela criança) e sendo incentivada a progressiva impotência do progenitor-alvo, que deve

tentar apaziguar continuamente a criança, sem sucesso em alterar a rejeição por parte desta.

Noutros casos onde a “terapia de reunificação” emprega abordagens que podem ser eficazes, as táticas do progenitor alienante e da criança, que adiam, remarcam e não comparecem às consultas, vão atrasar a “terapia de reunificação”. O progenitor-alvo tem então de voltar a tribunal para procurar o cumprimento jurídico das ordens do tribunal em relação à “terapia de reunificação”, incorrendo desse modo em atrasos adicionais de meses, e por vezes anos, para adquirir a terapia necessária, enquanto a agenda legal responde às petições do progenitor-alvo e às manobras legais do progenitor alienante. Noutros casos, a criança e o progenitor alienante envolvem-se em táticas para remover os terapeutas que desafiam a criança a comportar-se mais apropriadamente, a favor dos terapeutas que permitem um poder excessivo da criança e compactuam com a psicopatologia familiar que se manifesta na rejeição da criança face ao progenitor-alvo. Uma tática comum para remover terapeutas não desejados é a criança tornar-se “sintomática” (tipicamente “ansiedade” e “stress”) em relação à terapia, facto que o progenitor alienante explora para obter uma mudança de terapeuta de modo a evitar o “stress” da criança face à terapia. A exploração da sintomatologia (provocada) da criança pelo progenitor narcísico/*borderline* é o padrão estabelecido de controlo.

Para que o constructo de “alienação parental” seja útil, tem de ser suficientemente definido dentro dos constructos estabelecidos de saúde mental, para que forneça um quadro de tratamento claro para a sua resolução e possa definir padrões claros de prática em relação à natureza da “terapia de reunificação” para a qual os profissionais de saúde mental possam ser responsáveis. O modelo de Gardner não fornece suficiente aceitação profissional dos constructos teóricos subjacentes, que residem fora dos enquadramentos psicológicos existentes e profissionalmente aceites, de modo a fornecer padrões aceites de tratamento. O modelo de “alienação parental” de Gardner representa portanto um paradigma de tratamento falhado.

Conclusão:

Gardner foi o primeiro pioneiro num novo domínio. Deve ser dada consideração à sua perspicácia clínica e à sua coragem profissional. Os seus esforços pioneiros chamaram atenção profissional e legal para um importante fenómeno clínico, e tem servido de conforto para muitos progenitores-alvo rejeitados que o mundo de “cabeça para baixo” que experienciavam era o produto da psicopatologia do outro progenitor. Após 30 anos de avaliação profissional, o modelo de “alienação parental” de Gardner falhou em fornecer soluções atualizadas à maioria dos progenitores-alvo rejeitados e não providenciou um padrão de prática para orientar o diagnóstico e o tratamento, à qual os profissionais de saúde mental possam ser responsáveis.

A divisão na saúde mental em relação ao constructo da “alienação parental” apenas prejudica o cliente. Em linha com a observação de Linehan (1993) face à divisão de profissionais de saúde mental como consequência de trabalhar com processos de personalidade *borderline*,

Desentendimentos dos terapeutas em relação a um paciente são tratados como pólos de uma dialética igual e potencialmente válidos. Assim, o ponto de partida para o diálogo é o reconhecimento de que surgiu uma polaridade, juntamente com uma implícita (se não explícita) suposição de que a resolução exigirá que se trabalhe na direção da síntese. (p. 432)

É altura de resolver a divisão na saúde mental em relação ao constructo de “alienação parental” de modo a que se possa trabalhar em direção a uma síntese dentro da psicologia profissional que reconheça os “pólos igualmente válidos” da dialética. Os defensores do constructo de “alienação parental” estão corretos; existe um fenómeno clínico válido que eles identificam. Para além disso, os opositores do constructo da “alienação parental” estão corretos, uma vez que o modelo de Gardner carece de suficiente fundamento científico e de rigor conceptual. Surgiu uma polaridade com dois “pólos igualmente válidos”. A síntese requer uma reconceptualização da “alienação parental” vinda de princípios e constructos psicológicos estabelecidos que ofereçam coerência teórica, poder explicativo, hipóteses testáveis, fiabilidade de diagnóstico e clareza quanto ao quadro de tratamento necessário.

No meu ponto de vista, uma reconceptualização baseada na vinculação do constructo de “alienação parental” oferece esta síntese.

1. O sintoma central da “alienação parental” é a rejeição da criança face a um progenitor. Este sintoma central representa uma distorção massiva do funcionamento normal das motivações de vinculação em relação ao progenitor, que requerem explicação clínica.
2. A apresentação de sintomas da criança também evidencia características de perturbação de personalidade narcísica (grandiosidade, sentir-se no direito de, falta de empatia, atitude insolente/arrogante) e *borderline* (clivagem) que fortemente sugerem potenciais dinâmicas de perturbações de personalidade narcísicas e *borderline* na família.
3. Os processos de perturbação de personalidade narcísica e *borderline* são cada vez mais ligados a uma vinculação insegura desorganizada e ansiosa-preocupada (i.e., modelos internos de vinculação relacionados com temas de inadequação pessoal que coalescem em defesas narcísicas, e modelos internos de vinculação que envolvem um medo intenso de abandono e coalescem em traços de perturbação de personalidade *borderline*), o que sugere que uma exploração baseada na vinculação dos processos de perturbação de personalidade dentro da família seria produtiva.
4. A pesquisa indica que os padrões de vinculação são transmitidos através das gerações. Uma vinculação insegura ansiosa-desorganizada está associada a relacionamentos de inversão de papéis entre progenitor e criança, e a “alienação parental” representa um relacionamento de inversão de papéis entre progenitor e criança em que os sintomas induzidos da criança estão a ser usados (explorados) pelo progenitor alienante.

5. O termo personalidade *borderline* foi inicialmente dado a este tipo de estrutura de personalidade pois pensava-se que este tipo de personalidade residia na “fronteira” entre processos neuróticos e psicóticos. Kernberg (1975) conceptualizou a estrutura de personalidade narcísica como um tipo de organização de personalidade *borderline*. Millon (2011) descreve os processos de descompensação dos processos de personalidade narcísica em delírios persecutórios sobre “stress”. A rejeição interpessoal inerente (abandono) do divórcio e a dissolução da família representaria o tipo de “insulto narcísico” (Beck, Freeman, & Associates, 2004) que poderia criar uma descompensação em crenças delirantes persecutórias (Millon, 2011). A formação de uma crença delirante partilhada sobre a suposta inadequação “abusiva” do progenitor-alvo rejeitado é razoável no contexto de uma potencial recriação de um trauma relacionado com a vinculação e da descompensação de um progenitor narcísico/*borderline* em crenças delirantes persecutórias em resposta ao dano narcísico e ao abandono percebido associado ao divórcio.

6. Num enquadramento baseado na vinculação, os modelos internos desordenados das redes de vinculação traumatizadas de um progenitor (que resultaram na formação de traços proeminentes de perturbação de personalidade narcísicos e *borderline*) seriam ativados pela rejeição (abandono) e pelo insulto narcísico associado ao divórcio, resultando potencialmente na recriação e transmissão transgeracional dos padrões de vinculação traumáticos, embutidos nos modelos internos das redes de vinculação do progenitor alienante, desde sua infância até às relações familiares atuais, mediadas pelos traços de perturbação de personalidade narcísica e *borderline* do progenitor alienante (que por si só, representam o produto transformado do sistema de vinculação desordenado do progenitor alienante).

Na minha opinião profissional, existem indicadores clínicos suficientes para sugerir que uma reconceptualização baseada na vinculação do constructo da “alienação parental” pode suportar a síntese dos “pólos igualmente validos” da dialética, que podem reparar a divisão da psicologia profissional em benefício dos clientes que servimos. No meu trabalho (Childress 2013a; Childress, 2013b), propus um modelo baseado na vinculação para descrever as características clínicas da “alienação parental”, inteiramente a partir de conceitos psicológicos estabelecidos. A minha esperança é que este modelo inicial, sujeito a revisão e elaboração, possa formular um diálogo profissional que leve a uma síntese mais ampla e junte a saúde mental numa única voz, de modo a atender às necessidades dos nossos clientes.

Referências

- Baker, A.J.L. (2006). Patterns of parental alienation: A qualitative research study. *American Journal of Family Therapy*, 34, 63-78.
- Baker, A.J.L. & Darnall, D. (2007). A construct study of the eight symptoms of severe parental alienation syndrome: A survey of parental experiences. *Journal of Divorce and Remarriage*, 47, 55-75.
- Beck A.T. (1976) *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*. New York: International Universities Press.
- Beck, A.T., Freeman, A., Davis, D.D., & Associates (2004). *Cognitive therapy of personality disorders*. (2nd edition). New York: Guilford.
- Childress, C.A. (2013). Reconceptualizing Parental Alienation: Parental Personality Disorder and the Trans-generational Transmission of Attachment Trauma. Retrieved 11/18/13 from: <http://www.drcachildress.org/asp/Site/ParentalAlienation/index.asp>
- Childress, C.A. (2013). DSM-5 Diagnosis of "Parental Alienation" Processes. Retrieved 11/18/13 from: <http://www.drcachildress.org/asp/Site/ParentalAlienation/index.asp>
- Ellis A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. New York: Stuart.
- Frankl, Viktor (1997). *Man's Search for Meaning*. Pocket.
- Gardner, R.A. (1987). *The Parental Alienation Syndrome and the differentiation between fabricated and genuine child sex abuse*. Cresskill, NJ: Creative Therapeutics.
- Haley, J., & Hoffman, L. (1967). *Techniques of family therapy*. New York: Basic Books.
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York, NY: Guilford
- Millon, T. (2011). *Disorders of personality: introducing a DSM/ICD spectrum from normal to abnormal*. Hoboken: Wiley.
- Minuchin, S. (1974). *Families and Family Therapy*. Harvard University Press.
- Rogers, Carl. (1961). *On Becoming a Person: A Therapist's View of Psychotherapy*. London: Constable.
- Stolorow, R., Brandchaft, B. & Atwood, G. (1987), *Psychoanalytic treatment: An intersubjective approach*;
- Kohut, H. (1984) *How does analysis cure* Chicago: Univ. Chicago Press.
- Yalom, I. (1980). *Existential Psychotherapy*. Basic Books.

A Narrativa de Reconstituição do Processo de Alienação Parental

C. A. Childress, Psy. D. (2010)

A origem no Nível Alfa

O Progenitor Abusivo – Criança Vítima: A principal característica da Narrativa de Reconstituição é o tema do progenitor abusivo e da criança vitimizada. No acontecimento original Alfa, o mau trato ocorre da rejeição hostil do progenitor Alfa em relação à criança Beta (no contexto relacional dos cuidados parentais variáveis). A Narrativa de Reconstituição passa por um progenitor Delta "abusivo" e uma criança Delta vitimizada (o que "exige" a proteção da criança pelo progenitor Beta).

Fusão é Segurança – Separação é Perigo: Uma das principais características da relação de mau trato inicial entre o progenitor Alfa e a criança Beta surge quando a criança Beta começa a acompanhar de perto o estado psicológico interno do progenitor Alfa. O objetivo é o de avaliar se o progenitor está numa fase cuidadora, durante a qual a criança pode descontrair e aceitar os cuidados do progenitor Alfa, ou numa fase de rejeição hostil, durante a qual a criança tem de adotar defesas psicológicas de distanciamento em relação ao progenitor Alfa.

Este processo de relacionamento exige que a criança se torne sensível ao estado interno do progenitor Alfa. Para a criança Beta, um estado psicológico fusional com o progenitor Alfa representa um estado de segurança, uma vez que lhe permite prever o estado do progenitor Alfa, cuidador ou de rejeição hostil. Por outro lado, a criança estar num estado de separação psicológica face ao progenitor Alfa representa perigo, uma vez que é incapaz de prever se o progenitor está numa fase cuidadora (podendo a criança abrir-se psicologicamente para receber os cuidados) ou numa fase de rejeição hostil (na qual tem de se defender com um distanciamento psicológico em relação ao progenitor). A fusão psicológica é um sinal de segurança, enquanto a separação psicológica é um sinal de perigo. Este é o principal padrão de relacionamento incorporado nas redes neurológicas da criança Beta e, portanto, também nas do adulto/progenitor Beta.

Para além disso, uma vez que um estado de fusão psicológica caracteriza a relação cuidadora progenitor-criança, a criança Beta (e, mais tarde, o adulto/progenitor Beta) acaba por considerá-lo como uma representação de "amor", enquanto a maioria das pessoas com um historial de relacionamento progenitor-criança mais saudável se refere ao "amor" como o resultado de uma boa relação de experiências pessoais separadas e diferentes.

A replicação contínua do padrão da relação de fusão psicológica com outra pessoa íntima impede que os padrões/expectativas de relacionamento da criança voltem a ser influenciados por relacionamentos posteriores. Em relações íntimas, a criança Beta (e, mais tarde, o adulto/progenitor Beta) tem tendência a recriar essa natureza fusional para satisfazer as necessidades emocionais/psicológicas do outro, evitando, dessa forma, a sua

rejeição hostil. A ausência de autenticidade expressa pela criança Beta na relação e a sua constante necessidade de ir ao encontro das necessidades do outro envolvido na relação, significa que a criança Beta/adulto Beta nunca poderá sentir a aceitação da sua autenticidade numa relação íntima.

Separação: A imprevisibilidade entre a fase cuidadora e a fase de rejeição hostil presente na relação entre progenitor Alfa/criança Beta provoca um elevado nível de ansiedade na criança. Esta ansiedade excessiva interfere com a capacidade da criança Beta em descontrair e ficar disponível psicologicamente para a eventual fase cuidadora do progenitor. A fim de se descontrair e estar disponível para esta fase, a criança Beta deve separar psicologicamente as duas redes de representação do progenitor. O progenitor Alfa **ou** é o progenitor "só-bom" **ou** o progenitor "só-mau". Quando o progenitor "só-bom" está presente, a criança é capaz de descontrair para receber os cuidados, sem interferência da ansiedade associada às redes de representação parental de rejeição hostil.

A Reconstituição no Nível Delta

O Despoletar: A entrada do adulto Beta numa relação de intimidade familiar, como cônjuge e como progenitor, volta a despoletar os principais padrões/expectativas relacionais de intimidade e de parentalidade. Na sua qualidade de cônjuge, o adulto Beta tenta formar uma fusão psicológica com o cônjuge Delta e, na sua qualidade de progenitor, o progenitor Beta procura e consegue formar uma relação psicológica fusional com a criança Delta.

A Relação Cônjuge Beta – Cônjuge Delta: De início, o processo de fusão psicológica do cônjuge Beta manifesta-se como sendo sensível e cuidador face às necessidades da outra pessoa. Contudo, esta manifestação apenas dura enquanto a fusão psicológica ocorre. Quando a separação psicológica associada a duas pessoas distintas ocorre dentro do relacionamento, como inevitavelmente acontece, o cônjuge Beta sente esta diferença psicológica e esta separação como um perigo (a fusão é a segurança, enquanto a separação é perigo).

No entanto, o cônjuge Beta é incapaz de interpretar corretamente o significado desta sensação de perigo como estando relacionado com uma ativação dos padrões/expectativas relacionais neurologicamente incorporados na primeira infância. Em vez disso, o cônjuge Beta interpreta os sentimentos de perigo como se estivessem de alguma forma relacionados com as ações ou modo de ser do cônjuge Delta. O cônjuge Beta atribui qualidades "abusivas" ao progenitor Delta, a fim de explicar a sua sensação de perigo que advém da relação que tem com ele.

À medida que a separação psicológica e as diferenças interpessoais aumentam na relação conjugal, reativam-se no adulto Beta os padrões relacionais progenitor abusivo/criança vítima da sua infância. O cônjuge Delta representa o progenitor abusivo para o filho vitimizado do cônjuge Beta. No entanto, uma vez que o cônjuge Beta já é adulto, as redes de representação da sua infância são transferidas para a criança Delta. Todo o padrão

representativo torna o progenitor Delta no progenitor abusivo da criança Delta. É esta a Narrativa de Reconstituição.

No entanto, uma vez que a Narrativa de Reconstituição não está relacionada com factos relacionais, para além de ser meramente uma separação psicológica entre duas pessoas (o cônjuge Beta e o cônjuge Delta), a justificação do "mau trato" é, necessariamente, vaga e indefinida. Normalmente, a descrição do "mau trato" é atribuída à atitude ou ao tom de voz do cônjuge Delta; trata-se mais do cônjuge Delta "enquanto pessoa" do que daquilo que o cônjuge Delta realmente faz.

A imprecisão do "mau trato" é então transferida para a organização psicológica da criança Delta na sua relação com o progenitor Delta. A criança Delta descreve o "mau trato" do progenitor Delta em termos vagos e parece julgar o progenitor Delta enquanto pessoa.

A Relação Progenitor Beta – Criança Delta: Para o progenitor Beta, o estado de fusão psicológica representa "amor". Através de repetições subtis do padrão relacional variável progenitor Alfa/criança Beta de cuidados e rejeição, o progenitor Beta é capaz de eliminar expressões de experiências autênticas da criança Delta e seduz/coage a criança Delta para uma fusão narcisicamente organizada com o progenitor Beta. Do ponto de vista exterior, a relação parece ser cuidadora e de amor, mas psicologicamente a criança Delta está num estado psicológico de fusão narcísica com o progenitor Beta. A experiência e as expressões-do-ser da criança Delta são um reflexo da organização psicológica do progenitor Beta, da mesma forma que a experiência e as expressões-do-ser da criança Beta eram um reflexo da organização psicológica do progenitor Alfa.

Quando o progenitor Beta organiza a Narrativa de Reconstituição no papel de cônjuge abusivo Delta – cônjuge Beta vitimizado, esta organização psicológica é transferida através da fusão psicológica para a criança Delta, que organiza o padrão relacional complementar de progenitor Delta abusivo – criança Delta vitimizada. Isto representa a expressão das redes representacionais reativadas da Narrativa de Reconstituição do adulto Beta (progenitor-abusivo/criança-vitimizada).

A Representação: A única coisa a fazer é reconstituir os padrões relacionais do nível Alfa usando os atores do nível Delta. Isto dá-se pela rejeição ativa da criança Delta em relação ao progenitor Delta, o que **define a relação** com o progenitor Delta como abusiva (ou seja, porque outra razão haveria a criança Delta de rejeitar tão ativamente uma relação com o progenitor Delta?). Contudo, para que a relação seja assim definida, é necessário que a criança mostre estar a agir de livre vontade. O progenitor Beta deve parecer continuar não empenhado neste processo de definição, caso contrário o processo de alienação torna-se claro e evidente, desativando a Narrativa de Reconstituição.

A rejeição "**independente**" da criança face ao progenitor Delta constitui o indicador relacional que define o progenitor Delta como abusivo e a criança Delta como vitimizada.

A Separação no Nível Delta: O processo de separação no nível Delta manifesta-se de várias formas.

1. O progenitor Delta como "só-mau"

A criança Delta exprime uma rejeição completa do progenitor Delta. A criança Delta não mostra nem ambivalência relacional comum nem empatia em relação ao

progenitor Delta. A criança Delta avalia abertamente o valor do progenitor Delta, considerando-o inteiramente inadequado enquanto pessoa. A criança Delta vê o progenitor Delta como desprezível, sem ser merecedor do respeito humano e da empatia que sente por outras pessoas e por estranhos.

2. O progenitor Beta como "só-bom"

A relação da criança Delta com o progenitor Beta reflete uma relação de super-idealização na qual a criança é extremamente cooperativa e bem-comportada, definindo assim o progenitor Beta como o progenitor ideal (o que reflete um processo narcisicamente organizado com o progenitor Beta). O progenitor Beta também se apresenta como muito atencioso e preocupado, sobretudo durante a parentalidade "abusiva" do progenitor Delta e o "dano emocional/psicológico" causado à criança Delta. Esta apresentação de progenitor atencioso é incorporada na narrativa do "progenitor salvador".

3. A criança Delta como "só-boia"

O processo de separação com a representação da criança Delta é momentaneamente fluído. Embora ao princípio a criança Delta deva dar início à Narrativa de Reconstituição pela rejeição do progenitor Delta através de comportamentos de desobediência ativa, indelicados e de rejeição (ou seja, a criança como autora de "mau trato" em relação ao progenitor Delta como vítima), o resultado representativo na Narrativa de Reconstituição deve ter a criança Delta como vítima de forma a definir o progenitor Delta como abusivo. Isto exige que a criança Delta, e principalmente o progenitor Beta, rapidamente desculpem os comportamentos de desobediência, indelicadeza e rejeição da criança, sendo estes justificados pela "atitude" ou parentalidade do progenitor Delta. A criança Delta é altamente cooperativa e bem-comportada em todos os restantes ambientes (ou seja, com o progenitor Beta, na escola, com terapeutas), sendo então definida como uma criança maravilhosa e "só-boia" que simplesmente responde à "atitude" ou parentalidade abusiva do progenitor Delta.

As Representações de Cura: A Narrativa de Reconstituição contém diversas variações sobre o episódio traumático original da relação Alfa, que têm uma função de cura psicológica para o progenitor Beta.

1. Ação da criança: Enquanto a criança Beta era uma vítima indefesa do mau trato psicológico do progenitor Alfa, a criança Delta rejeita ativamente o progenitor Delta "abusivo".
2. Progenitor protetor: Enquanto a criança Beta era uma vítima indefesa do mau trato psicológico do progenitor Alfa, a criança Delta tem a proteção do progenitor Beta (ou seja, a separação do progenitor cuidador "só-bom"). A proteção da criança Delta pelo progenitor Beta torna-se uma característica importante da influência motivacional do progenitor Beta na Narrativa de Reconstituição. O progenitor Beta necessita da narrativa de mau trato para poder ser o progenitor protetor.

A Estrutura de Relação Transgeracional do Processo de Alienação Parental

C. A. Childress, Psy. D. (2010)

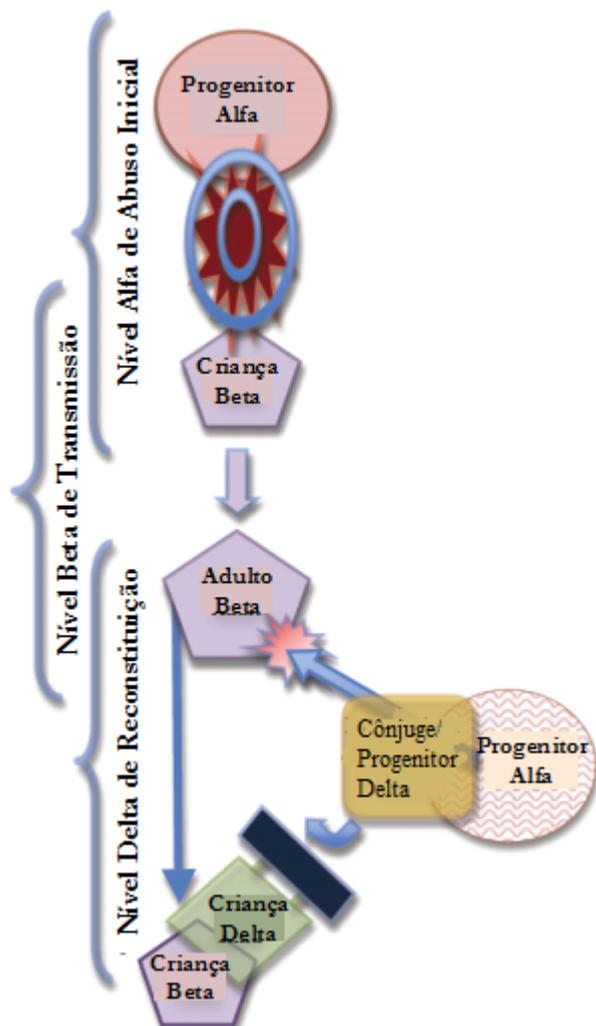


Figura 1- Relação transgeracional do processo de alienação parental

O progenitor *Alfa* está na origem dos maus-tratos psicológicos que são transmitidos transgeracionalmente ao nível *Delta*.

A relação *Alfa* é um passado de perturbação psicológica e relacional significativa na primeira infância, que envolve a rejeição hostil e imprevisível do progenitor *Alfa* em relação à criança. Os episódios de rejeição parental hostil face à criança ocorrem num contexto relacional caracterizado por períodos inconsistentes de cuidados por parte do progenitor. Esta inconsistência expõe a vulnerabilidade emocional e psicológica da criança, possibilitando que a rejeição hostil tenha consequências psicológicas profundas.

A criança *Beta* é o progenitor alienante, enquanto criança pequena. Os danos psicológicos profundos infligidos à criança *Beta* serão mais tarde reconstituídos nas relações conjugais e parentais do adulto *Beta*.

O adulto *Beta* é o progenitor alienante psicologicamente afetado e defendido. O adulto *Beta* é o veículo transgeracional de transmissão à criança *Delta* da disfunção relacional advinda do passado *Alfa*.

O cônjuge/progenitor *Delta* casa com o adulto *Beta* e torna-se o alvo da reconstituição dos danos *Alfa*. O cônjuge/progenitor *Delta* é o

repositório das identificações projetivas do progenitor *Alfa*, tornando-se o estímulo que desencadeia a ativação de processos de reconstituição relacionais com o adulto *Beta*.

A criança *Delta* é tipicamente o foco de tratamento inicial. A criança *Delta* é subtilmente encorajada quer a rejeitar fortemente o progenitor *Delta* (ou seja, o acontecimento *Delta*), quer a idealizar o adulto/progenitor *Beta*, de modo a iniciar a narrativa de reconstituição de criança maltratada/progenitor abusivo.

O Núcleo de Transmissão

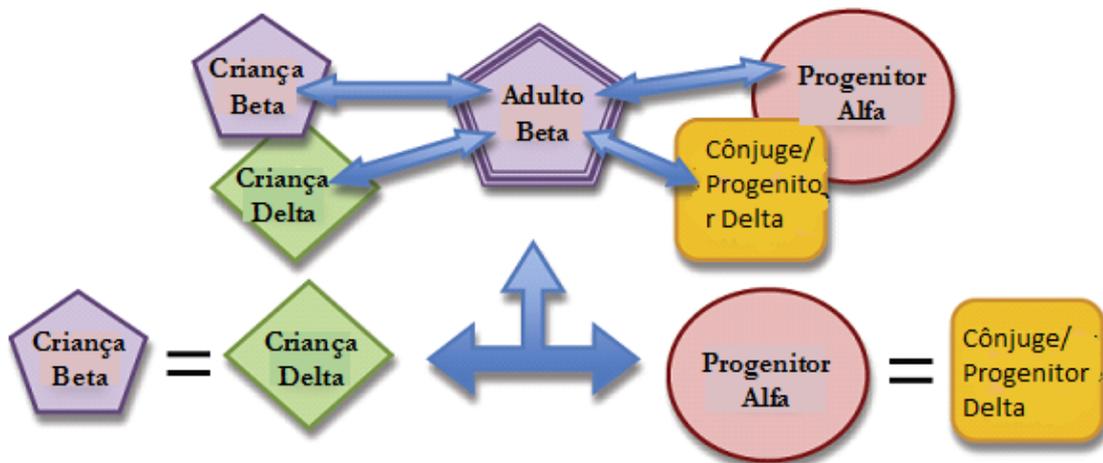


Figura 2-0 núcleo de transmissão

No contexto das representações psicológicas do adulto *Beta*, as crianças *Beta* e *Delta* tornam-se equivalentes, da mesma forma que o progenitor *Alfa* e o progenitor *Delta*.

O Diagnóstico DSM-IV-TR para o Processo de Alienação Parental

C. A. Childress, Psy. D.

O termo "Processo da Alienação Parental" é um termo clínico utilizado para descrever um conjunto específico de diagnósticos do DSM-IV TR, organizados de forma interpessoal. O processo abrange um conjunto de diagnósticos inter-relacionados que envolvem duas pessoas, como requer o diagnóstico primário de Perturbação Psicótica Partilhada do Eixo I da criança. Este diagnóstico da criança exige que outra pessoa com quem tenha uma relação psicológica próxima tenha um diagnóstico que envolva uma perturbação delirante.

No caso do processo de alienação, a pessoa diagnosticada com Perturbação Delirante encapsulada é o progenitor Beta. No entanto, a Perturbação Delirante não é o diagnóstico primário do progenitor Beta no contexto do processo de alienação interpessoal. O delírio encapsulado do progenitor Beta surge da transmissão transgeracional e da reconstituição atual de um trauma psicológico e relacional na primeira infância, através da mediação da Perturbação da Personalidade do progenitor Beta. O diagnóstico primário do progenitor Beta é, portanto, uma Perturbação da Personalidade do eixo II (ou, nalguns casos, com características salientes de Perturbações de Personalidade *Borderline* e Narcísica).

O Diagnóstico DSM-IV-TR

O Manual de Diagnóstico e Estatística – Quarta Edição, Texto Revisto (DSM-IV-TR) fornece categorias de diagnóstico e definições de critérios reconhecidos profissionalmente.

O Processo de Alienação Parental envolve o seguinte conjunto de diagnósticos do DSM-IV-TR:

Progenitor Beta

Eixo I 297.1 Perturbação Delirante; tipo persecutório

Eixo II 301.9 Perturbação da Personalidade, Sem Outra Especificação (diagnóstico primário)

Características de Personalidade *Borderline*

Características de Personalidade Narcísica

Defesas atuais ou estilos de *coping*:

Separação

Desvalorização

Identificação projetiva

Negação

Nível de defesa atual predominante: Nível de distorção de imagem

major

Criança Delta

Eixo I 297.3 Perturbação Psicótica Partilhada (*Folie à Deux*)
(diagnóstico primário)
313.81 Perturbação de Oposição e Desafio

Protocolo para a Avaliação Clínica do Processo de Alienação Parental

C. A. Childress, Psy. D.

O resultado da intervenção psicológica depende do seu grau de honestidade e veracidade e os seus resultados podem revelar-se diferentes do que poderia desejar. Não há garantias da obtenção de qualquer tipo de resultado ou que a intervenção psicológica possa ser útil.

Nota: Exceção de Abuso Sexual – A avaliação envolvida no processo de alienação parental não diferencia entre os efeitos psicológicos e relacionais decorrentes do abuso sexual da criança e os efeitos do Processo de Alienação Parental. Portanto, se a rejeição de um dos progenitores pela criança envolver alegações de abuso sexual, essas alegações devem ser discutidas antes de uma avaliação do processo de alienação.

Sessão 1:	Admissão inicial e entrevista clínica com o progenitor Delta	1 hora
Sessão 2:	Entrevista clínica e avaliação da criança Delta	1 hora
Sessão 3:	Entrevista clínica e avaliação do progenitor Beta	1 hora
Sessão 4:	Avaliação do relacionamento entre o progenitor Delta e a criança Delta	1 hora
Sessão 5:	Avaliação do relacionamento entre o progenitor Delta e a criança Delta	1 hora
Sessão 6:	Avaliação clínica e sessão de feedback com o progenitor Delta e o progenitor Beta	1 hora
Elaboração do relatório		4 horas
Tempo Total:		10 horas

C. A. CHILDRESS, Psy. D.
PSICÓLOGO CLÍNICO, PSY 18857

Terapia da Relação Pai-Filho

Acordo de Consentimento Informado para Participação Colateral

Este documento contém informações importantes acerca dos serviços profissionais e das práticas contratuais do Dr. Craig Childress. Por favor, leia este documento cuidadosamente e tome nota de quaisquer dúvidas que possa ter, a fim de as poder esclarecer com o Dr. Childress. Ao assinar este documento, este passará a constituir um acordo entre ambas as partes.

Mediação & Arbitragem

Entende-se que qualquer litígio resultante de uma eventual negligência médica, ou seja, se alguns serviços médicos prestados no âmbito deste contrato foram desnecessários ou não autorizados, ou que foram indevida, negligente ou incompetentemente prestados, será determinado através da submissão a um processo de arbitragem, conforme previsto pelas leis da Califórnia, e não através de uma ação ou processo judicial, exceto nos casos em que as leis da Califórnia prevejam a apreciação judicial do processo de arbitragem. Ao assinar o presente contrato, ambas as partes abdicam do seu direito constitucional de pedir a resolução do litígio por vias judiciais, aceitando o recurso a um processo de arbitragem.

Identificação dos Clientes:

Os serviços profissionais do Dr. Childress foram solicitados por:

(o cliente-progenitor)

a fim de ajudar na resolução de conflitos entre progenitor e filho/a:

(o cliente-criança)

O cliente do Dr. Childress é o sistema relacional constituído pelo cliente-progenitor e o cliente-criança. No contexto deste sistema, o Dr. Childress dará **primazia** às necessidades emocionais e psicológicas do **cliente-criança**.

Embora se vá reunir com o Dr. Childress, não é cliente do Dr. Childress. Caso deseje a obtenção de serviços terapêuticos, o Dr. Childress poderá recomendar-lhe outro terapeuta. Se desejar tornar-se cliente do Dr. Childress, o seu interesse deverá ser discutido com o Dr. Childress e terá de ser redigido outro acordo de consentimento informado.

Participação Colateral:

Está a ser convidado a participar colateralmente na terapia relacional do cliente-progenitor e do cliente-criança acima identificados, devido à possibilidade de ter informações sobre o cliente-progenitor e o cliente-criança ou por poder ter com eles algum envolvimento, o que poderá ser útil para estabelecer um diagnóstico preciso e proporcionar recomendações de tratamento sobre os problemas relacionais do cliente-progenitor e do cliente-criança do Dr. Childress.

Pode desejar ou não participar, bem como fornecer qualquer informação que desejar no que respeita aos problemas relacionais entre o cliente-progenitor e o cliente-criança do Dr. Childress. A sua participação pode vir a ser útil na resolução dos conflitos entre progenitor e criança, embora não existam garantias de qualquer resultado.

Se optar por participar colateralmente na terapia relacional do cliente-progenitor e do cliente-criança do Dr. Childress, poderá vir a ser inquirido sobre os seguintes temas:

- As suas perceções acerca dos problemas envolvidos na relação entre o cliente-progenitor e o cliente-criança, e sobre qualquer informação que possa ter acerca do desenvolvimento histórico dos problemas relacionais entre o cliente-progenitor e o cliente-criança.
- Dependendo da sua relação com o cliente-progenitor e o cliente-criança, poderá ser inquirido quanto à sua própria relação com cada uma destas pessoas e quanto ao possível historial familiar relevante.

No decurso da entrevista, o Dr. Childress poderá também efetuar determinações profissionais sobre processos relacionais familiares em que possa estar envolvido. Estas determinações profissionais podem basear-se numa variedade de fatores para além das descrições verbais diretamente fornecidas por si acerca das relações e interações.

O Dr. Childress irá integrar as informações obtidas junto de si e de outras fontes num diagnóstico global, com recomendações de tratamento quanto aos conflitos entre progenitor e criança dos seus clientes. Dependendo das informações envolvidas e da natureza do seu relacionamento com o cliente-progenitor e o cliente-criança, a sua relação com o cliente-progenitor e o cliente-criança poderá ser incorporada no diagnóstico e nas recomendações de tratamento apresentadas pelo Dr. Childress.

Participação Voluntária:

A sua participação colateral na terapia relacional do cliente-progenitor e do cliente-criança do Dr. Childress é inteiramente voluntária. Poderá optar por se retirar da participação colateral ou por se recusar a responder a quaisquer perguntas, seja qual for o motivo.

Potenciais Benefícios e Riscos da Intervenção Psicológica:

A intervenção psicológica pode ter benefícios e riscos. Os potenciais benefícios incluem o desenvolvimento de uma melhor compreensão dos fatores que contribuem para os problemas e preocupações dos clientes. Este melhor entendimento pode levar a melhores relacionamentos, a soluções para problemas específicos e a reduções significativas de sentimentos de angústia.

Um potencial risco resultante da intervenção psicológica consiste na possível sensação de angústia resultante da discussão de aspetos desagradáveis da vida das pessoas. Podem ser experienciados sentimentos desagradáveis como tristeza, culpa, raiva, frustração, solidão e desamparo durante, e possivelmente depois, da prestação da intervenção psicológica.

Os resultados da intervenção psicológica dependem do seu grau de honestidade e veracidade e podem revelar-se diferentes da sua expectativa. O tratamento e os seus resultados poderão também influenciar outros relacionamentos no seio da família. Não há garantias da obtenção de qualquer resultado ou de que a intervenção psicológica será útil.

Confidencialidade e Limites da Confidencialidade

1. **Consentimento do Cliente para a Divulgação de Informação:** Em geral, a privacidade de todas as comunicações entre psicólogos e clientes de terapia é protegida por lei e as informações acerca da terapia com clientes só podem ser fornecidas a terceiros mediante autorização prévia por escrito do cliente. No entanto, como participante colateral na terapia de outra pessoa, a informação por si fornecida direta e indiretamente poderá ser partilhada com o cliente, para efeitos de diagnóstico e de tratamento. Quanto a uma divulgação mais abrangente de informação acerca da terapia, apenas é necessário o consentimento do cliente, sendo dispensável o seu consentimento como participante colateral para a divulgação de informações relativas à terapia do cliente, bem como possivelmente acerca da sua participação nessa terapia.
2. **Documentação:** Uma vez que está a participar colateralmente na terapia de outra pessoa, serão documentadas, na ficha do cliente, algumas informações acerca dessa sua participação.
3. **Procedimentos Legais:** Na maioria dos procedimentos legais, o cliente tem o direito de impedir que o Dr. Childress forneça qualquer informação acerca do tratamento. Apesar disso, como é um participante colateral na terapia de outra pessoa, o seu direito no

que toca à divulgação de informação em procedimentos legais poderá ser mais limitado, no caso de ser legalmente requerida informação acerca da terapia do cliente.

4. Questões de Segurança: Existem também algumas situações em que o Dr. Childress pode ser legalmente obrigado a tomar medidas com vista à segurança de terceiros, mesmo se tiver de revelar alguma informação que lhe tenha sido fornecida confidencialmente. Por exemplo, se o Dr. Childress tiver uma suspeita razoável de que uma criança, idoso ou incapacitado foi ou está a ser alvo de abuso, poderá ser-lhe pedido que apresente queixa junto da instituição estatal adequada. Se acreditar que um cliente pode pôr-se a si ou a outros em perigo, pode ser obrigado a tomar medidas de proteção, que poderão envolver a divulgação a terceiros de algumas informações confidenciais.
5. Apoio Jurídico Adicional: Apesar de este resumo escrito sobre as exceções da confidencialidade lhe poder ser útil ao informá-lo acerca de potenciais problemas, é importante que discuta com o Sr. Childress quaisquer questões ou preocupações que possa ter, antes de iniciar a participação colateral na terapia dos clientes. Mesmo que o Dr. Childress possa aprofundar estas questões consigo, se precisar de conselhos específicos pode requerer aconselhamento jurídico formal, uma vez que as leis que regem a confidencialidade são bastante complexas e o Dr. Childress não é advogado.

Declaro ter lido atentamente o Acordo de Consentimento Informado acima descrito. Compreendo e concordo com as condições apresentadas neste documento.

AVISO: AO ASSINAR ESTE CONTRATO ESTÁ A CONCORDAR RESOLVER QUALQUER QUESTÃO DE UMA EVENTUAL NEGLIGÊNCIA MÉDICA ATRAVÉS DE UM PROCESSO DE ARBITRAGEM NEUTRA, ABDICANDO DO SEU DIREITO DE RECORRER AO TRIBUNAL PARA ESSE EFEITO. CONSULTE O ARTIGO 1.º DESTE CONTRATO.

Nome do Participante Colateral (letra de imprensa)	Assinatura	Data
--	------------	------

Craig Childress, Psy. D.	Data
--------------------------	------

C. A. CHILDRESS, Psy. D.

PSICÓLOGO CLÍNICO, PSY 18857

547 S. MARENGO DR., STE 105 • PASADENA, CA 91101 • (909) 821-5398

DSM-5 Diagnóstico de Processos de “Alienação Parental”

Psicopatologia Parental

Os processos de relacionamento familiar classicamente descritos como “alienação parental” representam a supressão artificialmente induzida do funcionamento normal do sistema de vinculação da criança (um sistema motivacional primário incorporado neurobiologicamente) relativamente a um progenitor (i.e., o progenitor-alvo rejeitado) como consequência de práticas aberrantes e distorcidas do outro progenitor (i.e., o progenitor favorecido/aliado).

As práticas parentais aberrantes e distorcidas do progenitor favorecido/aliado definem falsamente para a criança que as práticas parentais do outro progenitor, o progenitor-alvo rejeitado, representam uma ameaça para a criança. Normalmente, a alegada “ameaça” é caracterizada como sendo um “mau trato” emocional ou psicológico da criança, supostamente como consequência da inadequação parental fundamental do progenitor-alvo rejeitado, embora ocasionalmente a caracterização de potencial “ameaça” seja elevada a um possível abuso físico ou sexual da criança pelo progenitor-alvo rejeitado.

A origem da falsa percepção da ameaça por parte do progenitor favorecido/aliado é a atribuição equívoca de significados (Bowlby, 1980)² pelo progenitor favorecido/aliado em relação a uma experiência autêntica de intensa ansiedade e que é o produto de padrões de afeto inseguros, severamente ansiosos-desorganizados/ansiosos-preocupados, representando os modelos de funcionamento interno da organização do sistema de afetos do progenitor favorecido/aliado. Os modelos de funcionamento interno severamente ansiosos-desorganizados/ansiosos-preocupados do sistema de afetos do progenitor favorecido/aliado coalesceram-se durante o desenvolvimento da infância em estruturas

2 Ao discutir as atribuições cognitivas equivocadas que podem resultar de modelos distorcidos de funcionamento interno de vinculação, Bowlby (1980) descreveu os processos envolvidos na “identificação errônea da situação interpessoal que desencadeia uma resposta” (p.65). Nesta descrição, as respostas emocionais e comportamentais da pessoa que está a responder aos padrões do sistema de vinculação podem ficar “cognitivamente desligadas da situação interpessoal que as está provocar, deixando a pessoa sem saber o porquê de estar a responder como está” para que “possa erroneamente identificar outra pessoa (ou situação) como aquela que está a suscitar as suas repostas” e “pode persistir tão insistentemente nos detalhes das suas próprias reações e sofrimentos que não tem tempo para considerar qual poderá realmente ser a situação interpessoal responsável pelas suas reações.” (p. 65). Millon (2011) também descreve este processo de distorção nas atribuições relativamente à personalidade narcísica, “Devido ao seu uso excessivo de mecanismos de fantasia, eles (os narcísicos) estão dispostos a interpretar erroneamente acontecimentos e a construir crenças ilusórias. Recusando-se a aceitar restrições na sua independência e incapazes de aceitar o ponto de vista dos outros, os narcísicos podem isolar-se dos efeitos corretivos do pensamento partilhado. Quando estão sozinhos, podem ruminar e tecer as suas crenças numa rede de suspeitas totalmente extravagantes e inválidas.” (p. 407).

de personalidade patológicas (Bowlby, 1973), implicando uma autoexperiência de inadequação primária e uma experiência de abandono da parte dos outros (Batholomew, 1990; Jellema, 2000).

A parentalidade distorcida do progenitor favorecido/aliado representa uma relação de “inversão de papéis” (Bacciagaluppi, 1985; Stepp, Whalen, Pilkonis, Hipwell, & Levine, 2011) na qual este induz a rejeição sintomática da criança em relação ao outro progenitor. Fá-lo para regular os seus processos emocionais e psicológicos que têm origem na sua ansiedade de perturbação de personalidade mediada pela vinculação, associada a medos primários de auto-inadequação e abandono despoletados na experiência ativa pelo divórcio e pela experiência de perda do relacionamento (Mikulincer, Gillath, & Shaver, 2002). Nos relacionamentos progenitor-filho normais e saudáveis, os progenitores correspondem às necessidades psicológicas e emocionais dos filhos. Num relacionamento progenitor-filho com inversão de papéis, a criança é usada pelo progenitor para satisfazer as suas necessidades emocionais e psicológicas. Um relacionamento progenitor-filho com inversão de papéis, no qual o progenitor usa a criança para regular as suas necessidades emocionais e psicológicas, está associado a um padrão de vinculação inseguro e ansioso-desorganizado (Lyons-Ruth, Bronfman, & Parsons, 1999), o padrão mais patológico de vinculação, que é extremamente prejudicial para o desenvolvimento emocional e psicológico da criança (Bacciagaluppi, 1985; Lyons-Ruth, Bronfman, & Parsons, 1999; Moor & Silvern, 2006).

O relacionamento progenitor-filho com inversão de papéis é um produto dos “modelos de funcionamento interno” do sistema de vinculação do progenitor favorecido/aliado (Bowlby, 1969) que estão a criar uma experiência primária de inadequação do *self* central (o que induz uma inflação do *self* compensatória, narcísica e defensiva; i.e., traços de perturbação de personalidade narcísica), e um medo intenso de abandono (i.e., processos de perturbação de personalidade *borderline*). Estes processos de perturbação de personalidade representam o produto constelar dos modelos de funcionamento interno das redes inseguras do sistema de vinculação severamente ansiosas-desorganizadas/ansiosas-preocupadas do progenitor favorecido/aliado, que produzem quer a experiência primordial de inadequação do *self* central, quer o medo intenso de abandono (Bowlby, 1973; Brennan & Shaver, 1998; Jellema, 2000; Levy, 2005; Lyddon & Sherry, 2001).

A manifestação sintomática da criança de um vínculo afetivo suprimido com o progenitor-alvo rejeitado representa o produto induzido da transmissão transgeracional de padrões de vinculação distorcidos que o progenitor com perturbação de personalidade passa para a criança, o que resulta na interrupção da capacidade da criança em formar um vínculo afetivo normal com o outro progenitor, o progenitor-alvo rejeitado. A transmissão transgeracional de dinâmicas do sistema de vinculação distorcido é mediada através de um relacionamento progenitor-filho com inversão de papéis e da comunicação distorcida e práticas parentais do progenitor favorecido/aliado com perturbação de personalidade narcísica/*borderline* (Benoit & Parker, 1994; Brennan & Shaver, 1998; Bretherton, 1990; Cohen, 1998; Dutton, Denny-Keys, & Sells, 2011; Fonagy & Target 2005; Fruzzetti, Shenk, & Hoffman, 2005; Holmes, 2004; Krugman, 1987; Linehan, & Koerner, 1993; Lyons-Ruth, Bronfman, & Parsons, 1999; Stepp et al., 2011; Ijzendoorn, 1992).

O Diagnóstico DSM-5

O diagnóstico DSM-5 para a sintomatologia induzida na criança, que é o produto consequente da comunicação distorcida e das práticas parentais que emanam de um progenitor narcísico/*borderline*, representando a transmissão transgeracional das distorções do sistema de vinculação do progenitor com perturbação de personalidade para a vinculação afetiva da criança em relação ao progenitor-alvo rejeitado (um processo classicamente referido como “alienação parental”), seria:

Diagnóstico DSM-5

309.4 Transtorno de Ajustamento com perturbação mista de emoções e conduta

V61.20 Problema Relacional Progenitor-Filho

V61.29 Criança afetada pela angústia do relacionamento parental

O DSM-5 (APA, 2013) descreve o alcance dos possíveis stressores do Transtorno de Ajustamento:

O stressor pode ser um evento único (por exemplo, o término de um relacionamento amoroso) ou pode haver múltiplos stressores (por exemplo, dificuldades nos negócios e problemas conjugais). Os stressores podem ser recorrentes (por exemplo, associados a crises de negócios sazonais, relacionamentos sexuais insatisfatórios) ou contínuos (por exemplo, doença persistente dolorosa com aumento de incapacidade, viver num bairro com elevada taxa de crimes). Os stressores podem afetar um único indivíduo, uma família inteira, ou um grupo maior ou comunidade (por exemplo, um desastre natural). Alguns stressores podem acompanhar acontecimentos específicos do desenvolvimento (por exemplo, ir para a escola, deixar a casa dos pais, regressar a casa dos pais, casar-se, tornar-se pai, não cumprir objetivos profissionais, reformar-se). (p. 267)

Em relação à rejeição sintomática induzida na criança de uma relação com um progenitor (o progenitor-alvo rejeitado), o stressor (Critério A) é a exposição contínua da criança às comunicações distorcidas e práticas parentais de um progenitor com perturbação de personalidade que está a produzir conflitos crónicos “matrimoniais” e familiares após o divórcio e dissolução da família e para os quais a criança está a ser triangulada (Haley, 1977; Mann, Borduin, Henegeler, & Blake, 1990; Minuchin, 1974), produzindo uma supressão artificial do funcionamento do sistema de vinculação da criança em relação aos laços de relacionamento da criança com o progenitor-alvo rejeitado. O dano funcional causado pelos sintomas da criança (Critério B) é desproporcional face ao que seria considerado normal no conflito familiar pós-divórcio e os sintomas da criança são desproporcionais aos comportamentos parentais normais do progenitor-alvo rejeitado, de maneira que a exposição da criança ao stressor contínuo das comunicações distorcidas e práticas parentais do progenitor com perturbação de personalidade resulta num dano significativo na sua capacidade para um funcionamento familiar normal.

Consideração Adicional de Diagnóstico

Uma consideração adicional de diagnóstico do DSM-5 seria

V995.51 Mau Trato Psicológico Infantil, Suspeito/Confirmado

Os critérios do DSM-5 relativos à aplicação desta consideração adicional de diagnóstico são um pouco variáveis. O diagnóstico de Mau Trato Psicológico Infantil seria comprovado com base na primeira frase da descrição dos critérios do DSM-5:

A agressão psicológica infantil são atos não-acidentais, verbais ou simbólicos, por parte do progenitor ou cuidador de uma criança que resultem, ou tenham um razoável potencial de resultar, em danos psicológicos significativos para a criança (p. 719).

A pesquisa sobre os efeitos psicológicos prejudiciais em filhos de pais narcísicos e *borderline* (cf., Stepp et al., 2011) e no fracasso de empatia parental (cf. Moor & Silvern, 2006) indicaria que as práticas parentais distorcidas do progenitor narcísico/*borderline* que resultem numa supressão dos laços de vinculação normais da criança ao outro progenitor teria um potencial razoável de resultar em “dano psicológico para a criança”, satisfazendo desse modo os critérios para o diagnóstico do DSM-5 de Mau Trato Psicológico Infantil.

Theodore Millon (2011) discute o ponto de vista de Masterson sobre os efeitos prejudiciais da parentalidade de personalidade *borderline* no desenvolvimento da criança, que pode levar ao desenvolvimento de traços de personalidade *borderline* na criança:

As ideias propostas por J. Masterson (1972, 1976) recaem fortemente sobre as teses do desenvolvimento de Bowlby e de Mahler. Salientando a crença de que a mãe possa ter tido uma perturbação de personalidade *borderline*, Masterson vê a criança como sendo encorajada a continuar a ligação simbiótica, enquanto a mãe ameaça retirar o amor caso o filho persista na procura pela autonomia. Relativamente a mães que estão em conflito intenso sobre a independência crescente do seu filho, as crianças são confrontadas com um dilema: Tornarem-se autônomas significa uma perda de amor materno. Esta ambivalência cria uma cisão intrapsíquica; qualquer forma de assertividade é uma ameaça de abandono. Este modelo profundo dentro da psique futura de alguém com perturbação de personalidade *borderline* prepara a base para relações instáveis, repetidas rupturas intrapsíquicas, procura infrutífera de uniões idealizadas e estados periódicos de vazio e depressão. (Millon, p. 901)

Linehan e Koerner (1993) discutem os efeitos prejudiciais no desenvolvimento emocional e psicológico da criança do “ambiente invalidante” associado com os processos de personalidade *borderline*:

Uma característica que define o ambiente invalidante é a tendência da família para responder errática ou inadequadamente à experiência privada e, em particular, para ser insensível (i.e., não-responsiva) à experiência privada... Ambientes invalidantes contribuem para a desregulação emocional por: (1) fracasso ao ensinar a criança a categorizar e modular a excitação, (2) fracasso ao ensinar a criança a tolerar o stress,

(3) fracasso ao ensinar a criança a confiar nas suas respostas emocionais como interpretações válidas de eventos, e (4) ensinar ativamente a criança a invalidar as suas próprias experiências, obrigando a criança a procurar no ambiente, pistas sobre como agir e sentir. (p. 111-112)

Fruzetti, Shenk e Hoffman (2005) elaboram sobre os efeitos negativos do “ambiente invalidante” criado pelo progenitor com perturbação de personalidade na capacidade da criança para uma autêntica autoexperiência:

Em ambientes extremamente invalidantes, os progenitores ou cuidadores não ensinam as crianças a discriminar eficazmente entre o que elas sentem e o que os cuidadores sentem, o que a criança quer e o que o cuidador quer (ou quer que a criança queira), o que a criança pensa e o que o cuidador pensa. (p. 1021)

Quando o efeito deste “ambiente invalidante” criado pelos progenitores é o de induzir uma supressão artificial das motivações normais para a vinculação afetiva ao outro progenitor, o potencial de consequências psicológicas negativas a longo prazo para a criança seria razoavelmente antecipado (Dutton, Denny-Keys, & Sells, 2011; Millon, 2011; Stepp, et al., 2011).

Nas suas pesquisas sobre a violência infantil, Moor e Silvern (2006) constataram que o seu impacto negativo a longo prazo é mediado pelo fracasso de empatia parental, e que este fracasso, quando associado à parentalidade narcísica, representa por si só uma forma de trauma do desenvolvimento:

Apenas na medida em que os pais falham na sua capacidade de afinação e responsividade empática é que podem objetificar os seus filhos, considerá-los **extensões narcísicas deles próprios** [ênfase nossa], e abusar deles. É a visão dos pais dos seus filhos como veículos para a satisfação das suas próprias necessidades, acompanhada pela simultânea desconsideração para com as das crianças, que possibilita a vitimização. (p. 104)

Um ambiente empático e responsivo exclui os maus tratos e a objetificação das crianças. Correspondentemente, o ato de mau trato da criança pelos pais é visto por si só como consequência do fracasso de empatia parental e como um posicionamento narcísico para com os próprios filhos. **A falta de responsividade empática impede que pais muito centrados em si mesmos compreendam o impacto dos seus atos** [ênfase nossa], e em combinação com a sua fragilidade e necessidade de autoestabilização, predispõe-nos a **explorar as crianças** [ênfase nossa] desta forma. (p. 94-95)

A indicação de que os sintomas pós-traumáticos já não estavam associados aos maus tratos infantis, em todas as categorias, depois de controlar estatisticamente o efeito de empatia parental percebida pode parecer à partida surpreendente, visto que os sintomas de trauma são comumente concebidos como ligados a aspectos especificamente aterradores de maus tratos (e.g., Wind & Silvern, 1994). No entanto, esta conclusão é, de facto, inteiramente consistente com a conceção da natureza traumática da falha de empatia parental de Kohut (1977) e Winnicott (1988). Sobre este ponto de vista, prevê-se que **a falha de empatia parental venha a constituir uma experiência traumática por si própria com o tempo** [ênfase nossa], e

posteriormente resulte em stress relacionado com o trauma. Curiosamente, mesmo que esta conceptualização teórica de trauma varie de forma substancial do uso moderno do termo, foi, no entanto, capturada pelas presentes medidas. (p. 107)

Shaw (2010) também notou o impacto traumático da parentalidade narcísica na criança e o potencial para este “trauma relacional” ser transmitido a gerações posteriores:

A exposição à patologia narcísica parental constitui um **trauma relacional cumulativo** [ênfase nossa], que subverte o desenvolvimento das capacidades relacionais intersubjetivas (i.e., psicologicamente íntimas) da criança em desenvolvimento. Este trauma é herdado e legado intergeracionalmente. (p. 46)

A evidência da pesquisa relativamente aos severos danos psicológicos e desenvolvimentais infligidos à criança pelas práticas de parentalidade narcísica/*borderline* (Dutton, Denny-Keys, & Sells, 2011; Fruzzetti, Shenk, & Hoffman, 2005; Millon, 2011; Moor & Silvern, 2006; Shaw, 2010; Stepp, Whalen, Pilkonis, Hipwell, & Levine, 2011) mereceriam quer preocupações com a protecção da criança, quer um diagnóstico de identificação das práticas parentais distorcidas associadas à parentalidade com perturbações de personalidade narcísica e *borderline*, como representantes de uma forma de mau trato psicológico infantil.

O fracasso profundo de empatia parental e a relação progenitor-filho com inversão de papéis associados à parentalidade narcísica/*borderline* responsável pela supressão induzida do funcionamento normal dos laços de afeto da criança com o outro progenitor (um processo de relacionamento familiar que tem sido tradicionalmente referido como “alienação parental”) cria para a criança uma falsa definição de que o outro progenitor representa uma ameaça para si. Esta cocriação parentalmente induzida de uma falsa definição do outro progenitor como sendo uma ameaça para a criança representa uma relação progenitor-filho com inversão de papéis com o progenitor narcísico/*borderline*. A rejeição sintomática da criança face ao progenitor-alvo serve a função psicológica e emocional, para o progenitor narcísico/*borderline*, de regular a sua intensa inadequação do *self* central (processos narcísicos) e medo de abandono (processos *borderline*), que são o produto transformado de padrões relacionais de vinculação inseguros (modelos de funcionamento interno de vinculação inseguros ansiosos-desorganizados/ansiosos-preocupados), reativados pelo progenitor narcísico/*borderline* pela experiência de perda interpessoal associada ao divórcio e à dissolução da família.

Esta relação de inversão de papéis e a falsa definição induzida pelo outro progenitor como representando uma ameaça, tem o efeito de induzir uma supressão artificial no funcionamento normal do sistema de vinculação da criança que a liga ao progenitor-alvo, resultando na perda para a criança do relacionamento normal com um progenitor cuidador e apoiante (i.e., o progenitor-alvo rejeitado), como consequência da psicopatologia do progenitor narcísico/*borderline*. A distorção induzida do funcionamento normal do sistema de vinculação da criança que a liga ao progenitor-alvo pode resultar numa subsequente fortificação destas distorções do sistema de vinculação (i.e., na transmissão transgeracional dos padrões de vinculação) que podem contribuir para o

desenvolvimento derradeiro de processos de personalidade narcísica e *borderline* na criança (Bowlby, 1980, Millon, 2011, Shaw, 2010; Stepp, et al., 2011)

Assim sendo, as práticas parentais aberrantes e distorcidas do progenitor narcísico/*borderline* poderiam representar um ato “simbólico” da sua recriação do trauma (Trippany, Hel, & Simpson, 2006; Kolk, 1989) face às distorções do sistema de vinculação (i.e., os processos de perturbação de personalidade que envolvem a própria experiência de inadequação primária e um medo intenso de abandono), que tem o potencial de causar danos psicológicos significativos na criança, devido às distorções induzidas do funcionamento normal do desenvolvimento do sistema de vinculação da criança, em que esta perde uma relação com um progenitor carinhoso (i.e., o progenitor-alvo rejeitado) como consequência da psicopatologia do progenitor narcísico/*borderline*, e que podem potencialmente resultar no desenvolvimento de distorções proeminentes no desenvolvimento do sistema de vinculação da criança (i.e., sistema de personalidade).

No entanto, os exemplos de mau trato psicológico infantil fornecidos pelos critérios de diagnóstico do DSM-5 dizem todos respeito a atos parentais dirigidos especificamente à criança, e não incluem ações parentais indiretas que emanam da psicopatologia parental e que poderiam distorcer o desenvolvimento emocional e psicológico saudável da criança, tais como práticas parentais distorcidas associadas à parentalidade com perturbação de personalidade narcísica/*borderline* e a relacionamentos proeminentes de inversão de papéis. Com base nos exemplos fornecidos pelo DSM-5, o diagnóstico de Mau Trato Psicológico Infantil pode ser questionável dentro das conceptualizações dos autores do DSM-5. Assim, a aplicabilidade do diagnóstico do DSM-5 para Mau Trato Psicológico Infantil permanece pouco clara devido à aparente aplicabilidade variável das descrições dos critérios.

Opinião Profissional do Dr. Childress

A opinião profissional do Dr. Childress é que as práticas parentais narcísicas e *borderline* que envolvem um relacionamento proeminente de inversão de papéis, o fracasso significativo da empatia parental, e as distorções induzidas no funcionamento normal do desenvolvimento do sistema de vinculação da criança que estão associadas com os processos familiares, classicamente referidos como “alienação parental”, representam uma forma severa de mau trato psicológico infantil que justifica uma resposta de proteção infantil. Na visão profissional do Dr. Childress, quando existe uma falta de clareza geral na descrição formal do diagnóstico, a descrição do critério de diagnóstico deve ter primazia sobre exemplos ilustrativos específicos, pelo que os critérios de diagnóstico relevantes para V995.51 Mau Trato Psicológico Infantil seriam:

Mau trato psicológico infantil são atos não-acidentais, verbais ou simbólicos, por parte do progenitor ou cuidador de uma criança que resultem, ou tenham um razoável potencial de resultar, em danos psicológicos significativos para a criança (p. 719)

Como resultado, o diagnóstico adicional do DSM-5 de V995.51 Mau Trato Psicológico Infantil, Suspeito/Confirmado deveria ser garantido quando os processos familiares associados à “alienação parental” são suspeitos ou confirmados, pelo que uma resposta

Referências

- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Washington, DC: Author.
- Agrawal, H. R., Gunderson, J., Holmes, B.M., & Lyons-Ruth, K. (2004). Attachment studies with borderline patients: A review. *Harvard Review of Psychiatry*, 12, 94-104.
- Bacciagaluppi, M. (1985). Inversion of parent-child relationships: A contribution to attachment theory. *British Journal of Medical Psychology*, 58, 369-373.
- Bartholomew, K., & Horowitz, L.M. (1991). Attachment styles among young adults: A test of a four-category model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 226-244.
- Benoit, D. and Parker, K.C.H. (1994). Stability and transmission of attachment across three generations. *Child Development*, 65, 1444-1456
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss. Vol. 1 Attachment*. NY: Basic Books.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss: Vol. 2. Separation: Anxiety and anger*. NY: Basic Books.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss: Vol. 3. Loss: Sadness and depression*. NY: Basic Books.
- Brennan, K.A. and Shaver, P.R. (1998). Attachment styles and personality disorders: Their connections to each other and to parental divorce, parental death, and perceptions of parental caregiving. *Journal of Personality* 66, 835-878.
- Bretherton, I. (1990). Communication patterns, internal working models, and the intergenerational transmission of attachment relationships. *Infant Mental Health Journal*, 11, 237-252.
- Cohen, O. (1998). Parental narcissism and the disengagement of the non-custodial father after divorce. *Clinical Social Work Journal*, 26, 195-215
- Dutton, D. G., Denny-Keys, M. K., and Sells, J. R. (2011). Parental personality disorder and its effects on children: A review of current literature. *Journal of Child Custody*, 8, 268-283.
- Fonagy P. and Target M. (2005). Bridging the transmission gap: An end to an important mystery in attachment research? *Attachment and Human Development*, 7, 333-343.
- Fonagy, P., Target, M., Gergely, G., Allen, J.G., and Bateman, A. W. (2003). The developmental roots of Borderline Personality Disorder in early attachment relationships: A theory and some evidence. *Psychoanalytic Inquiry*, 23, 412-459.
- Smolewska, K. and Dion, K.L. (2005). Narcissism and adult attachment: a multivariate approach. *Self and Identity*, 4, 59-68.
- Fruzzetti, A.E., Shenk, C. and Hoffman, P. (2005). Family interaction and the development of borderline personality disorder: A transactional model. *Development and Psychopathology*, 17, 1007-1030.

- Haley, J. (1977). Toward a theory of pathological systems. In P. Watzlawick & J. Weakland (Eds.), *The interactional view* (pp. 31-48). New York: Norton.
- Holmes, J. (2004). Disorganized attachment and borderline personality disorder: a clinical perspective. *Attachment & Human Development*, 6(2), 181-190.
- Ijzendoorn, M.H. van (1992) Intergenerational transmission of parenting: A review of studies in nonclinical populations. *Developmental Review*, 12, 76-99.
- Jellema, A. (2000). Insecure attachment states: Their relationship to borderline and narcissistic personality disorders and treatment processes in cognitive analytic therapy. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 7, 138-154.
- Kolk, B.A. van der (1989). The compulsion to repeat the trauma: Re-enactment, revictimization, and masochism. *Psychiatric Clinics of North America*, 12, 389-411
- Krugman, S. (1987). Trauma in the family: Perspectives on the Intergenerational Transmission of Violence. In B.A. van der Kolk (Ed.) *Psychological Trauma* (127- 151). Washington, D.C.
- Levy, K.N. (2005). The implications of attachment theory and research for understanding borderline personality disorder. *Development and Psychopathology*, 17, p. 959-986
- Linehan, M. M. & Koerner, K. (1993). Behavioral theory of borderline personality disorder. In J. Paris (Ed.), *Borderline Personality Disorder: Etiology and Treatment*. Washington, D.C.: American Psychiatric Press, 103-21.
- Lyddon, W.J. and Sherry, A. (2001). Developmental personality styles: An attachment theory conceptualization of personality disorders. *Journal of Counseling and Development*, 79, 405-417
- Lyons-Ruth, K., Bronfman, E. & Parsons, E. (1999). Maternal frightened, frightening, or atypical behavior and disorganized infant attachment patterns. In J. Vondra & D. Barnett (Eds.) *Atypical patterns of infant attachment: Theory, research, and current directions*. Monographs of the Society for Research in Child Development, 64, (3, Serial No. 258).
- Mann, B.J., Borduin, C.M., Heneggeler, S.W., and Blaske, D.M. (1990). An investigation of systemic conceptualizations of parent-child coalitions and symptom change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 336-344.
- Mikulincer, M., Gillath, O., and Shaver, P.R. (2002). Activation of the attachment system in adulthood: Threat-related primes increase the accessibility of mental representations of attachment figures. *Journal of Personality and Social Psychology*, 83, 881-895.
- Millon, T. (2011). *Disorders of personality: introducing a DSM/ICD spectrum from normal to abnormal*. Hoboken: Wiley.
- Minuchin, S. (1974). *Families and Family Therapy*. Harvard University Press.
- Moor, A. And Silvern, L. (2006). Identifying pathways linking child abuse to psychological outcome: The mediating role of perceived parental failure of empathy. *Journal of Emotional Abuse*, 6, 91-112.

Pistole, M.C. (1995). Adult attachment style and narcissistic vulnerability. *Psychoanalytic Psychology*, 12, 115-126.

Shaw, D. (2010). Enter ghosts: The loss of intersubjectivity in clinical work with adult children of pathological narcissists. *Psychoanalytic Dialogues*, 20(1), 46-59.

Stepp, S. D., Whalen, D. J., Pilkonis, P. A., Hipwell, A. E., & Levine, M. D. (2011). Children of mothers with Borderline Personality Disorder: Identifying parenting behaviors as potential targets for intervention. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*. 1-16. Advance online publication. doi: 10.1037/a0023081

Trippany, R.L., Helm, H.M. and Simpson, L. (2006). Trauma reenactment: Rethinking borderline personality disorder when diagnosing sexual abuse survivors. *Journal of Mental Health Counseling*, 28, 95-110.

A Escala de Alienação de Childress

Um Auxiliar de Entrevista Clínica para a

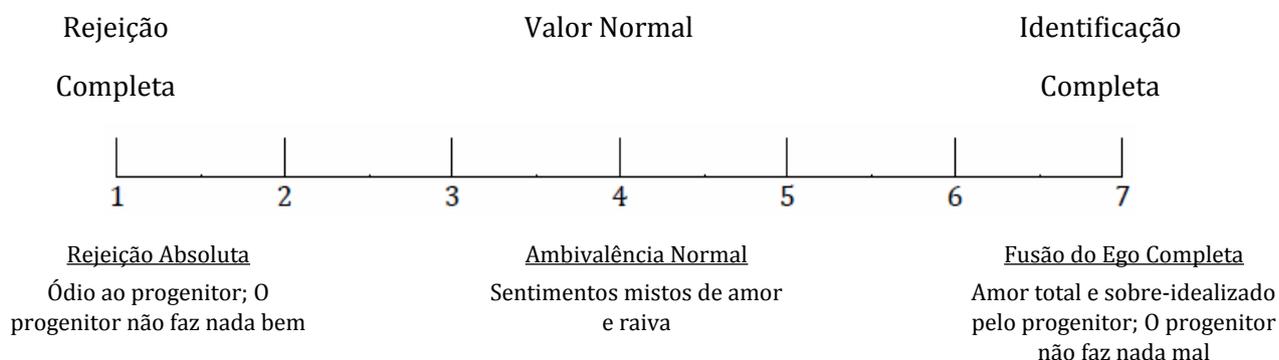
Avaliação Forense

do Processo de Alienação Parental

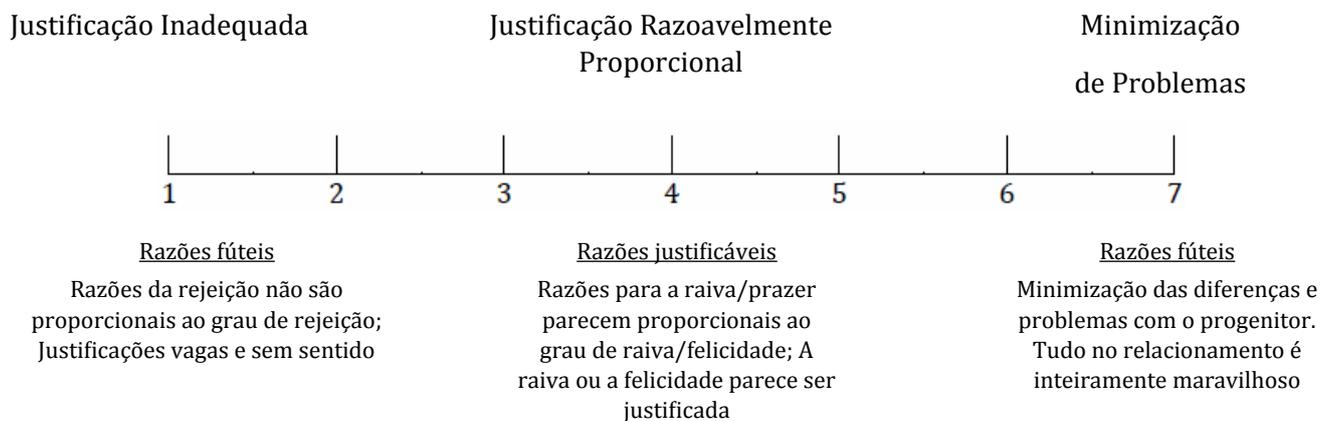
C. A. Childress, Psy. D. (2010)

Atitude da criança para com a mãe

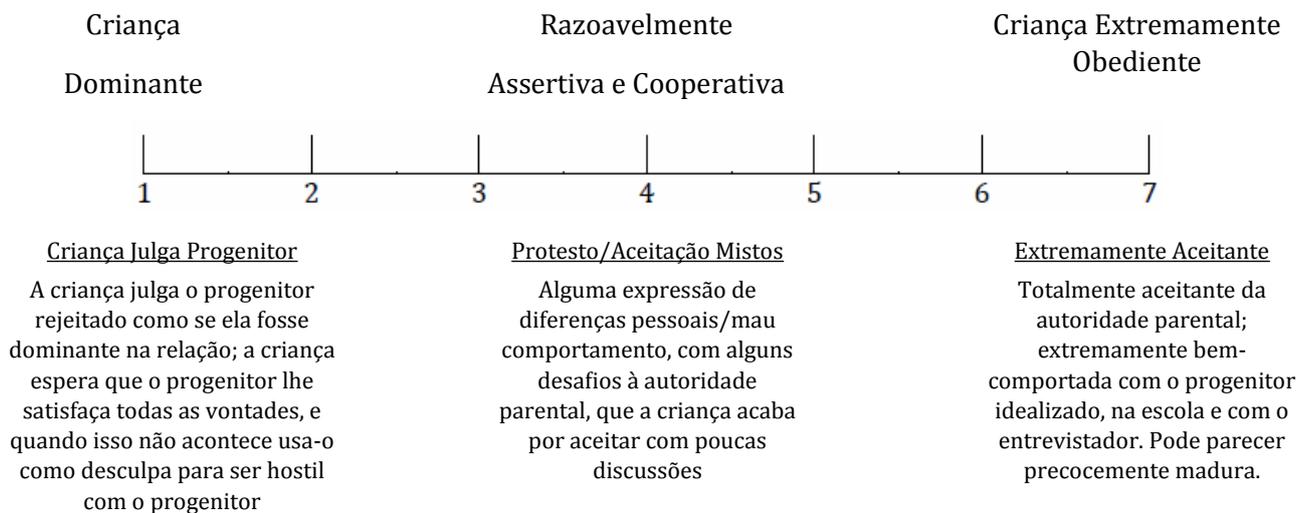
1.) Grau de Rejeição – Identificação



2.) Justificação da Rejeição – Identificação

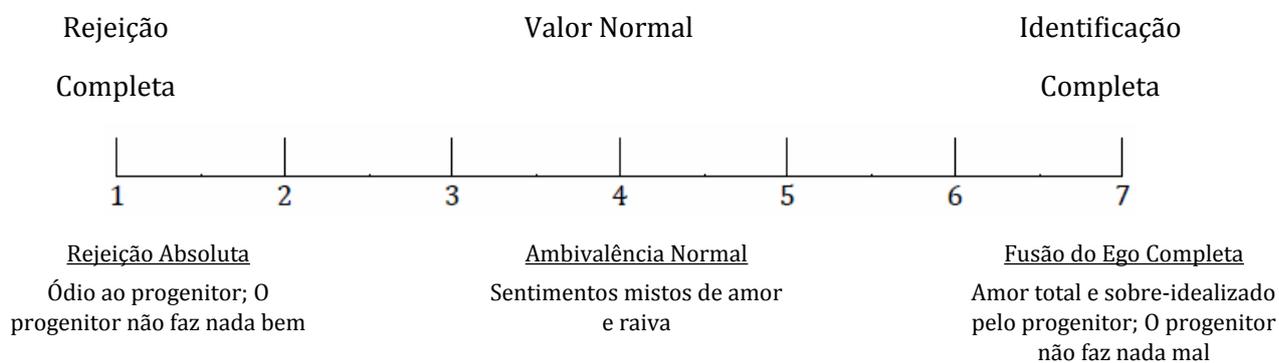


6.) Hierarquia Invertida Progenitor-Criança



Atitude da criança para com o pai

7.) Grau de Rejeição – Identificação

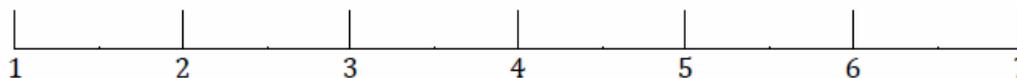


8.) Justificação da Rejeição - Identificação

Justificação Inadequada

Justificação Razoavelmente
Proporcional

Minimização
de Problemas



Razões fúteis

Razões da rejeição não são proporcionais ao grau de rejeição; Justificações vagas e sem sentido

Razões justificáveis

Razões para a raiva/prazer parecem proporcionais ao grau de raiva/felicidade; A raiva ou a felicidade parece ser justificada

Razões fúteis

Minimização das diferenças e problemas com o progenitor. Tudo no relacionamento é inteiramente maravilhoso

9.) Flexibilização das Relações

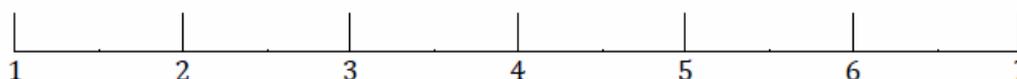
Rigidamente

Relacionamentos
Razoavelmente Flexíveis

Rigidamente

Negativo

Positivo



Inflexibilidade Negativa

A criança demonstra uma rejeição contínua do progenitor odiado, mesmo se as razões da rejeição fossem removidas

Flexibilidade Razoável

A criança pode exprimir raiva e queixar-se, mas também vontade de melhorar a relação se as coisas pudessem mudar; ou vontade de passar tempo com ambos os pais

Inflexibilidade Positiva

A criança quer passar 100% do tempo com o progenitor idealizado e manifesta conforto total em nunca ver o progenitor rejeitado

10.) Interrupção de Afeto Social (Culpa, Remorso, Empatia)

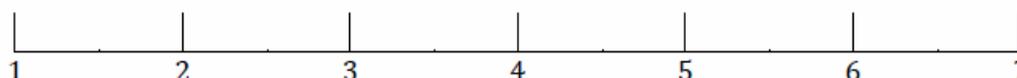
Sem

Valor Normal

Desejo Excessivo

Empatia/Culpa

de Agradar



Não Responsivo

A criança não demonstra culpa nem remorsos pelo sofrimento que inflige ao progenitor odiado. A criança manifesta a crença de que o progenitor odiado "merece" sofrer

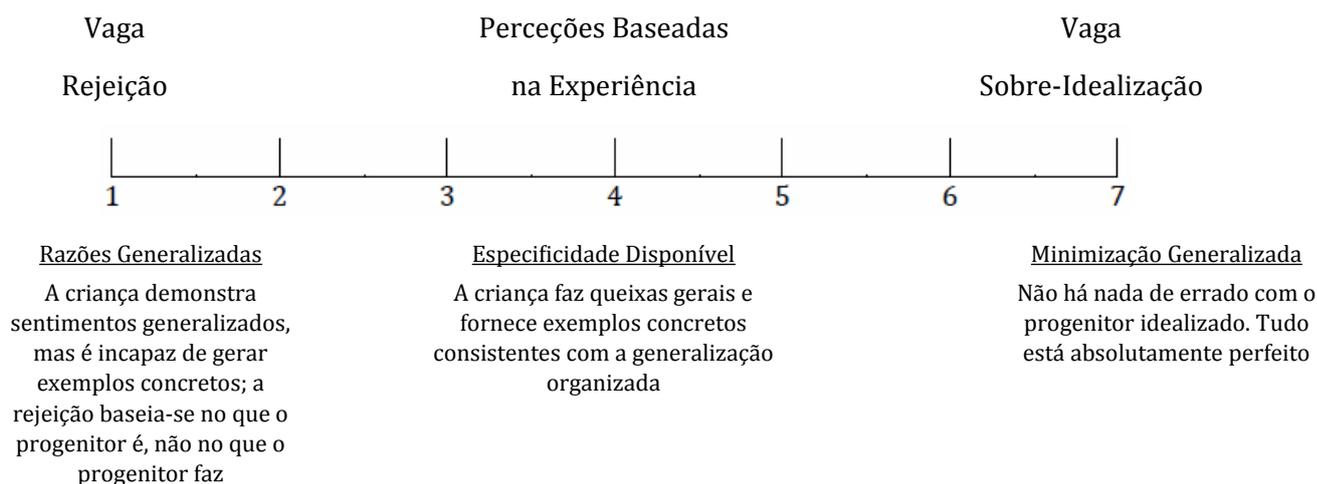
Responsividade Razoável

A criança quer agradar, mas também "se porta mal", discute ou ignora as ordens de ambos os progenitores. A criança sente-se mal por magoar ou desagradar qualquer dos progenitores

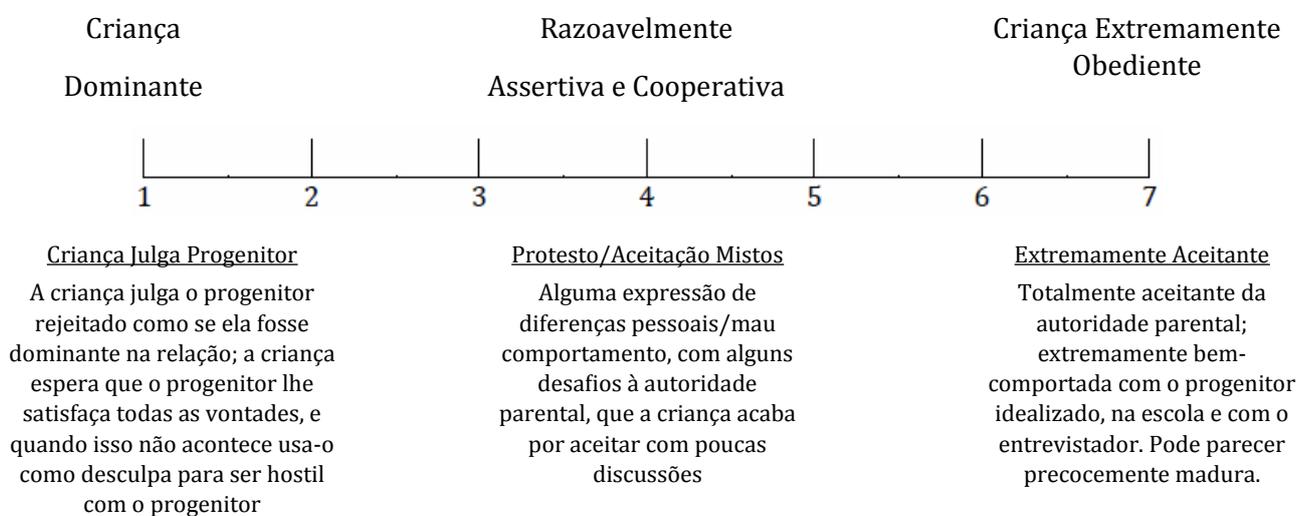
Hiper-Responsivo

A criança é hipersensível ao agradar ao progenitor idealizado, não mostrando sinais de fazer seja o que for para o desagradar

11.) Especificidade das Razões Justificadas

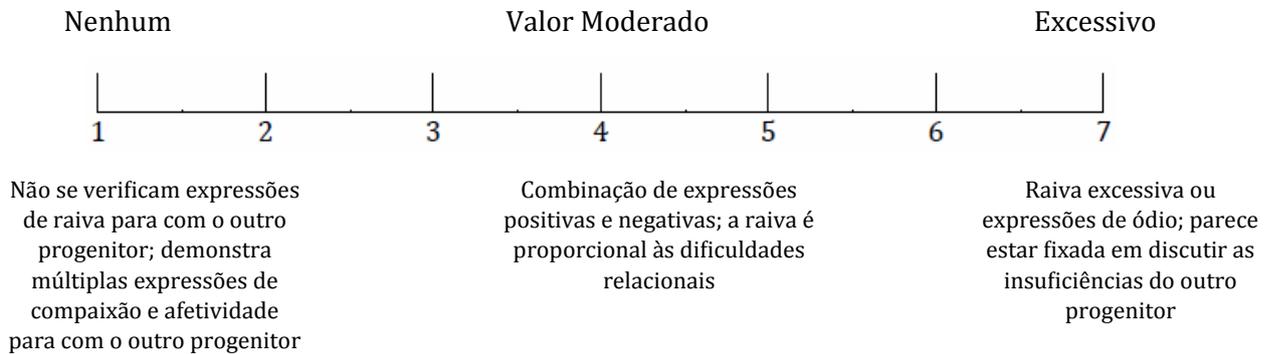


12.) Hierarquia Invertida Progenitor-Criança

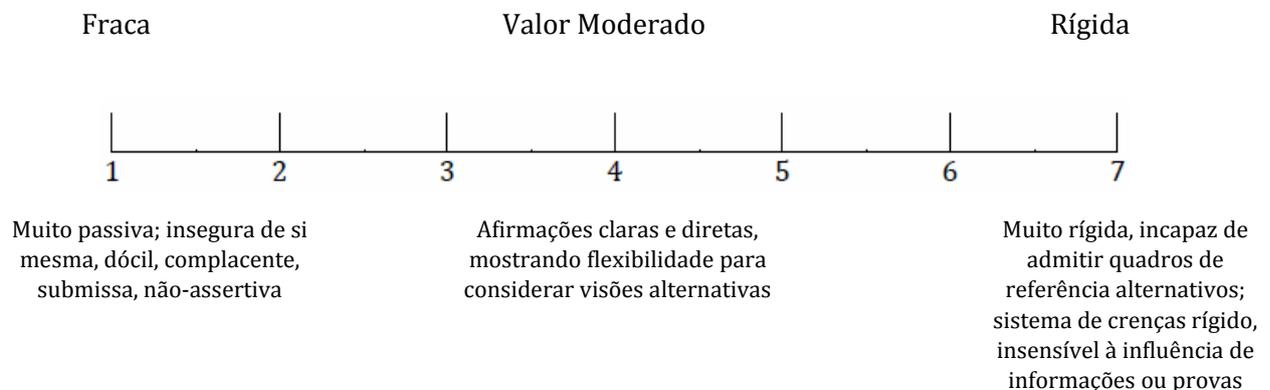


Características Psicológicas da Mãe

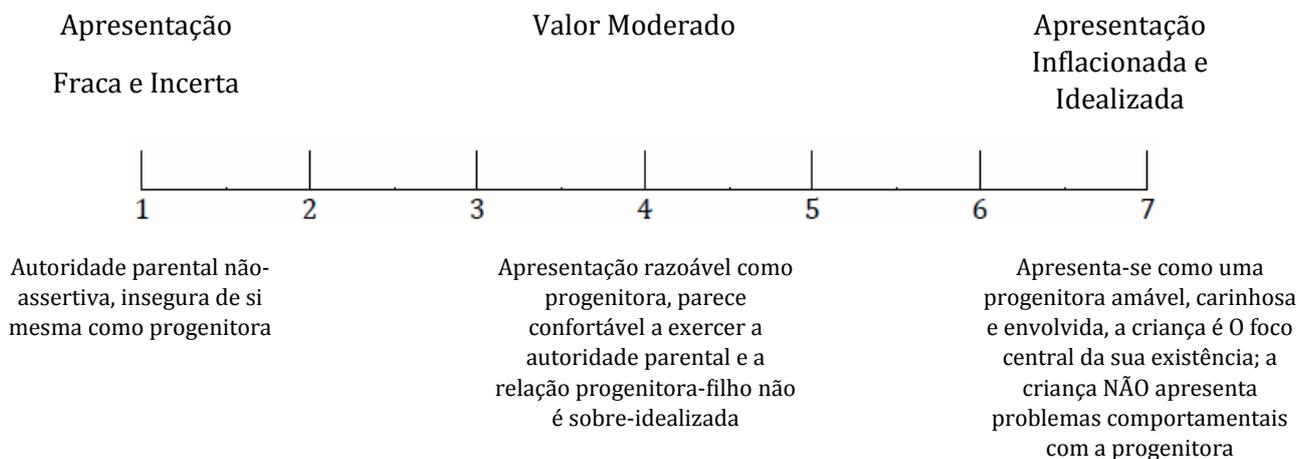
14) Raiva/Ódio Excessivos pelo Outro Progenitor



15) Inflexibilidade Rígida do Sistema de Crenças

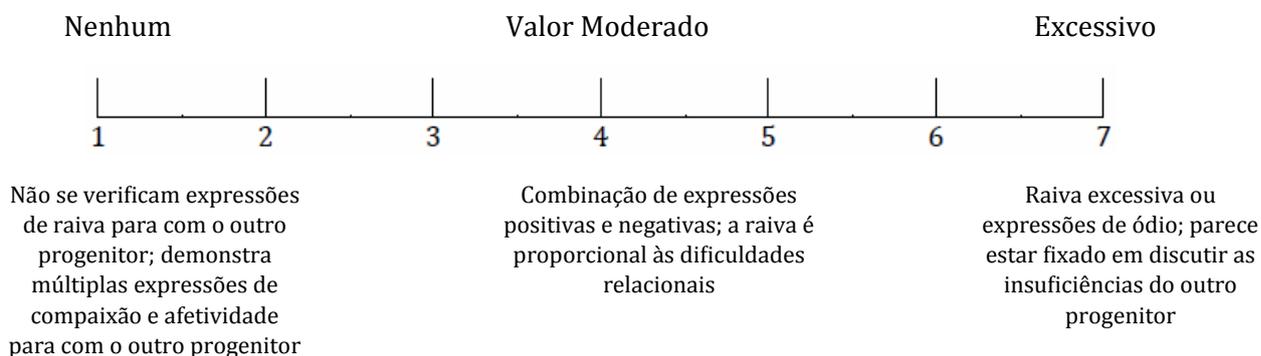


16) Representação Narcísica como progenitora

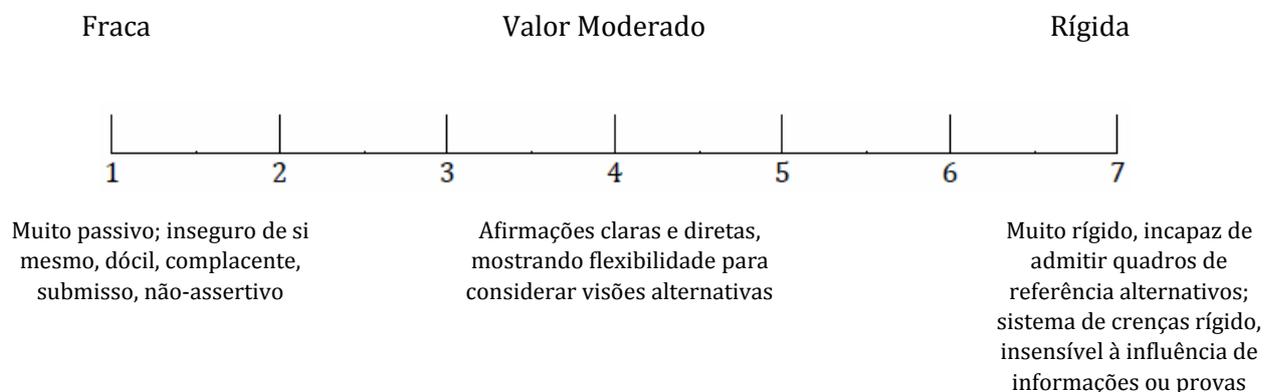


Características Psicológicas do Pai

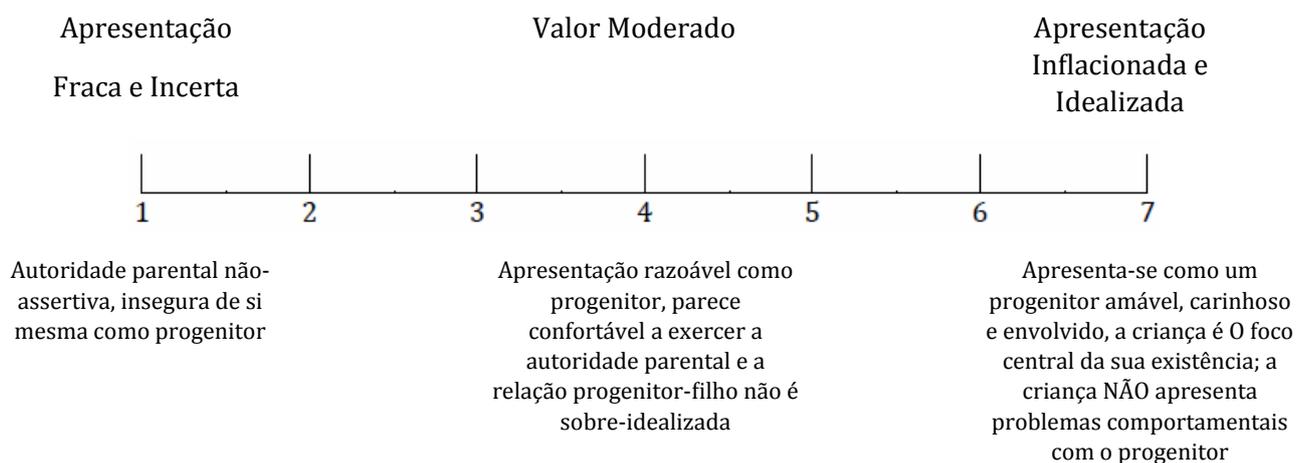
17) Raiva/Ódio Excessivos pelo Outro Progenitor



18) Inflexibilidade Rígida do Sistema de Crenças



19) Representação Narcísica como progenitor



Categorizações das Pontuações

Nota: Exceção ao Abuso Sexual:

Este Auxiliar de Entrevista Clínica **não é válido** para avaliar as relações progenitor-filho nas quais há alegações de **abuso sexual** da criança. A resposta psico-relacional de uma criança a uma situação real de abuso sexual será semelhante ao grau de rejeição parental demonstrado no Processo de Alienação Parental. Este instrumento **não deve** ser utilizado em situações onde existam alegações contra um dos progenitores de abuso sexual da criança.

Pontuação da Atitude da Criança para com a Mãe	Pontuação da Atitude da Criança para com o Pai	Pontuação das Características Psicológicas da Mãe	Pontuação das Características Psicológicas do Pai

Avaliação da Atitude da Criança para com a Mãe
--

		Notações da Atitude da Criança para com a Mãe					
		Intervalo de Pontuação					
		6 - 12	13 - 17	18 - 30	31 - 35	36 - 42	
Avaliação da Atitude da Criança para com o Pai	Intervalo de Pontuação	36 - 42	Processo de Alienação Provável	Alienação Moderada Sugerida	Sem Alienação Aparente	Sem Problemas Aparentes Progenitor - Filho	Sem Problemas Aparentes Progenitor - Filho
		31 - 35	Processo de Alienação Provável	Alienação Moderada / Ligeira Sugerida	Sem Alienação Aparente	Sem Problemas Aparentes Progenitor - Filho	Sem Problemas Aparentes Progenitor - Filho
		18 - 30	Alienação Moderada Sugerida	Alienação Ligeira Possível	Variações Normais da Relação	Sem Alienação Aparente	Sem Alienação Aparente
		13 - 17	Disfunção Familiar Generalizada	Disfunção Familiar Generalizada	Alienação Ligeira Possível	Alienação Moderada / Ligeira Sugerida	Alienação Moderada Sugerida
		6 - 12	Disfunção Familiar Generalizada	Disfunção Familiar Generalizada	Alienação Moderada Sugerida	Processo de Alienação Provável	Processo de Alienação Provável

Características Psicológicas

Risco de Ser Alienador	Risco Mínimo	Risco Moderado	Alto Risco
Pontuação das Características Psicológicas da Mãe e do Pai	3 - 14	15 - 17	18 - 21

Risco de Ser o Alvo	Risco Mínimo	Risco Moderado	Alto Risco
Pontuação das Características Psicológicas da Mãe e do Pai	13 - 21	8 - 12	3 - 7

Análise de Padrões Suplementares

Padrão de 2 Pontuações		
Pontuações Padrão	O Pai como Alienador	A Mãe como Alienadora
Atitude da Criança para com a mãe	6 - 12 (rejeitante)	
Caraterísticas psicológicas do Pai	18 - 21 (hostil/rígido)	
Atitude da Criança para com o Pai		6 - 12 (rejeitante)
Caraterísticas psicológicas da Mãe		18 - 21 (hostil/rígido)

2 de 2: Processo de Alienação Parental Severo Provável

Padrão de 3 Pontuações		
Pontuações Padrão	O Pai como Alienador	A Mãe como Alienadora
Atitude da Criança para com a mãe	6 - 12 (rejeitante)	36 - 42 (idealizado)
Caraterísticas psicológicas da Mãe		18 - 21 (hostil/rígido)
Atitude da Criança para com o Pai	36 - 42 (idealizado)	6 - 12 (rejeitante)
Caraterísticas psicológicas do Pai	18 - 21 (hostil/rígido)	

3 de 3: Processo de Alienação Parental Severo Muito Provável

Padrão de 4 Pontuações		
Pontuações Padrão	O Pai como Alienador	A Mãe como Alienadora
Atitude da Criança para com a mãe	6 - 12 (rejeitante)	36 - 42 (idealizado)
Caraterísticas psicológicas da Mãe	3 - 12 (obediente)	18 - 21 (hostil/rígido)
Atitude da Criança para com o Pai	36 - 42 (idealizado)	6 - 12 (rejeitante)
Caraterísticas psicológicas do Pai	18 - 21 (hostil/rígido)	3 - 12 (obediente)

3 de 3: Processo de Alienação Severo Extremamente Provável

A Intervenção com Sistemas Estratégicos Comportamentais para o Tratamento do Processo de Alienação Parental I

C. A. Childress, Psy. D. (2010)

Componentes do Tratamento da Intervenção com Sistemas Estratégicos Comportamentais (Intervenção SEC):

Componente Estratégica/Estrutural dos Sistemas Familiares: Quando implementada, a Intervenção SEC altera as dinâmicas familiares relacionais e de poder, o suficiente para permitir a resolução gradual do processo de alienação com a criança.

Componente Comportamental: Para resolver os comportamentos de oposição e desafio da criança com o progenitor Delta, a Intervenção SEC aplica um sistema disciplinar estruturado de parentalidade partilhada, que recompensa o comportamento positivo e pune o comportamento negativo da criança. A punição do mau comportamento da criança consiste em fazer com que a criança passe mais tempo com o progenitor Delta. A recompensa do comportamento positivo da criança consiste em permitir-lhe que passe mais tempo com o progenitor Beta.

Progenitor Beta: _____

Progenitor Delta: _____

Criança Delta: _____

Estrutura da Intervenção SEC

Avaliações Diárias e Dias de Sucesso

1. O progenitor Delta efetua avaliações diárias do comportamento da criança Delta na Escala de Avaliação das Relações da Intervenção SEC.
2. No período1: um "Dia de Sucesso" é definido como aquele em que todas as avaliações efetuadas na Escala de Avaliação das Relações atingem um nível igual ou superior a 3.
3. O progenitor Delta comunica diariamente essas avaliações ao progenitor Beta (através de e-mail ou de um telefonema) antes da meia-noite (e possivelmente também a outras pessoas designadas para o efeito, como terapeutas e/ou advogados). Se uma avaliação diária for comunicada depois da meia-noite de um

determinado dia, considera-se que a criança teve um "Dia de Sucesso" nesse período de avaliação, independentemente do resultado real dessa avaliação.

4. As avaliações diárias ficam ao exclusivo critério do progenitor Delta (esta é uma característica importante relacionada com o tratamento)³. A fiabilidade e a validade do processo das avaliações diárias serão monitorizadas pelo terapeuta relacional do progenitor Delta e da criança Delta.

Estrutura das Visitas

5. Será previamente estabelecido um horário para os dias de visita de cada um dos pais.
6. Por cada três "Dias de Sucesso" alcançados pela criança, serão atribuídos três dias para a criança Delta estar com o progenitor Beta, conforme o constante no horário de visitas (esta é uma característica importante relacionada com o tratamento)⁴. Compete unicamente ao progenitor Beta a decisão de definir quais dos dias de visita pré-estabelecidos são atribuídos para a visita da criança Delta ao progenitor Beta.
7. Não é permitido a nenhum dos progenitores o contacto (via telefone, computador ou direto) com a criança Delta, enquanto esta estiver com o outro progenitor.

Expetativas de evolução

8. A Intervenção SEC está dividida em três períodos, com um aumento gradual das expectativas em relação ao comportamento adequado da criança.

Período 1 – O período inicial, durante o qual um "Dia de Sucesso" é definido como aquele em que a criança Delta obtém todas as classificações iguais ou superiores ao nível 3.

Período 2 – Assim que a criança conseguir obter doze "Dias de Sucesso" durante o Período 1, a definição de um "Dia de Sucesso" é alterada para os dias em que todas as avaliações obtidas são de nível 4 ou superior, tendo pelo menos uma avaliação de nível 5.

Período 3 – Assim que a criança conseguir obter doze "Dias de Sucesso" durante o Período 2, a definição de um "Dia de Sucesso" é alterada para os dias em que todas as avaliações obtidas são de nível 4 ou superior, tendo pelo menos uma avaliação

3 Uma das principais características de um Processo de Alienação Parental é a inversão da hierarquia de autoridade na qual a criança "avalia" se o progenitor Delta é adequado. O Passo 4 na estrutura da Intervenção SEC altera esta inversão de autoridade, ao restabelecer o inerente "direito paternal" do progenitor Delta em decidir se o comportamento da criança Delta é adequado ou inadequado.

4 O objetivo do tratamento consiste em incentivar a criança Delta a focar-se nas interações relacionais prolongadas e positivas com o progenitor Delta. Um enfoque ao longo de vários dias encoraja a criança a concentrar-se em assuntos relacionais e não em assuntos relacionados com as visitas do dia-a-dia. Adicionalmente, um enfoque ao longo de vários dias permite um maior planeamento e organização face às mudanças das visitas, em vez de criar potenciais incertezas e deceções que poderiam estar associadas aos encontros do dia-a-dia.

de nível 6. Para além disso, se a criança Delta obtiver uma avaliação de nível 7 em qualquer escala, isso atribui-lhe um dia de visita adicional com o progenitor Beta.

Descontinuação Provisória da Intervenção SEC

9. A Intervenção SEC será descontinuada depois de a criança obter doze "Dias de Sucesso" durante o Período 3. O progenitor Delta continuará a avaliar o comportamento da criança, de acordo com a Escala de Avaliação das Relações. A ocorrência de três dias de avaliações de nível 2 ou inferior em qualquer escala, durante um qualquer período de três meses, resultará na reimplantação da Intervenção SEC. Esta reimplantação também pode ser recomendada por qualquer terapeuta que esteja a tratar algum dos componentes do sistema familiar.

Nome do Progenitor (letra de imprensa)	Assinatura do Progenitor	Data
--	--------------------------	------

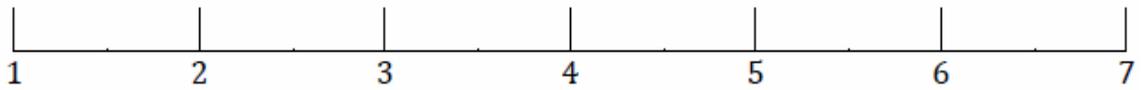
Nome do Progenitor (letra de imprensa)	Assinatura do Progenitor	Data
--	--------------------------	------

Escala de Avaliação das Relações

Intervenção com Sistemas Estratégicos Comportamentais

C. A. Childress, Psy. D. (2010)

Atitude hostil a agradável

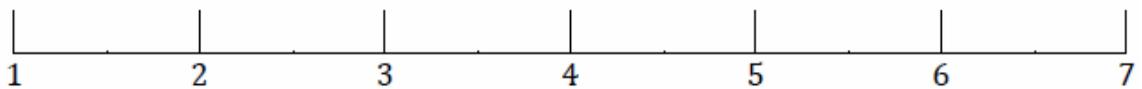


Comentários abertamente hostis, maus, rudes e desrespeitosos

A atitude é geralmente respeitosa. Nenhum comentário abertamente hostil, mau, rude ou desrespeitoso. A criança aceita demonstrações de afeto

Atitudes positivas, acolhedoras e afetuosas. A criança tem demonstrações de afeto voluntárias

Comportamento desafiante a cooperação

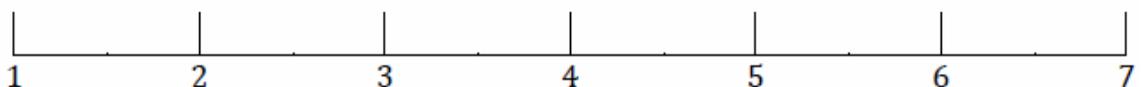


Abertamente desafiador às ordens parentais

Pode queixar-se e discutir, mas age em conformidade com as ordens parentais após 2-3 solicitações adicionais

Cooperativo. Nenhuma a poucas discussões

De socialmente retraído a socialmente envolvido



Retraído, taciturno, não-comunicativo. Responde às perguntas apenas com monossílabos

É geralmente responsivo às questões, dando respostas elaboradas. Pode retrair-se quando fica chateado ou irritado

Sorri facilmente e com alguma frequência. Manifesta abertamente as suas experiências pessoais

A Intervenção com Sistemas Estratégicos Comportamentais para o Tratamento do Processo de Alienação Parental II

C. A. Childress, Psy. D. (2010)

Objetivos da Intervenção com Sistemas Estratégicos Comportamentais (SEC):

Objetivo 1: Avaliar a flexibilidade cognitiva e o potencial de resposta ao tratamento do progenitor Beta.

Objetivo 2: Quando implementada, alterar as dinâmicas familiares relacionais e de poder, o suficiente para permitir a resolução gradual do processo de alienação com a criança.

Objetivo 3: Fornecer um potencial compromisso, alternativo à retirada completa da criança Delta da influência do progenitor Beta.

Método:

A Intervenção SEC reequaciona o problema da rejeição do progenitor Delta pela criança Delta de forma a alterar o significado desta rejeição, quer para a criança quer para o progenitor Beta.

Quando implementado, esta alteração de significado liberta gradualmente a criança do controlo psicológico do progenitor Beta e permite que a criança responda à terapia com o progenitor Delta, desenvolvendo com ele uma relação positiva, sem que sinta que está a trair o progenitor Beta.

Esta alteração de significado possibilitada pela Intervenção SEC também incentiva fortemente o progenitor Beta a interromper todo e qualquer apoio encoberto à rejeição do progenitor Delta por parte da criança, libertando assim a criança das pressões relacionais da relação psicologicamente emaranhada da criança com o progenitor Beta.

Quando proposta e implementada, a Intervenção SEC também irá expor um Processo de Alienação Parental resistente ao tratamento, como é evidente pela recusa do progenitor Beta em aceitar a Intervenção SEC proposta, oferecendo apenas uma justificação inadequada para a não-cooperação. Uma resistência ativa do progenitor Beta à Intervenção SEC indica claramente o seu apoio ativo, embora encoberto, face à rejeição da criança ao progenitor Delta, o que significa que a criança precisa ser retirada da influência do progenitor Beta para poder prosseguir com o seu tratamento e recuperação.

Etapas da Definição da Intervenção SEC

1. Considerar a rejeição da criança Delta ao progenitor Delta como um comportamento de **oposição e desafio**
2. Estabelecer que o comportamento de oposição e desafio das crianças exige uma resposta **disciplinar** por parte dos adultos
3. Estabelecer que uma resposta disciplinar adequada consiste em aplicar uma **punição** pelo comportamento de oposição e desafio e uma **recompensa** pelo comportamento agradável e cooperativo
4. Definir os conceitos de punição e recompensa
 - **Punição: algo de que a criança não gosta**
 - **Recompensa: algo de que a criança gosta**
5. Identificar as punições e as recompensas específicas para a criança Delta
 - **Punição: a criança Delta não gosta de passar tempo com o progenitor Delta**
 - **Recompensa: a criança Delta gosta de passar tempo com o progenitor Beta**
6. Estabelecer a Intervenção SEC
 - Quando a criança Delta manifesta oposição e é desafiante, rude, desrespeitosa e rejeitante face ao progenitor Delta, irá passar mais dias com o progenitor Delta.
 - Quando a criança Delta é agradável e cooperativa com o progenitor Delta, irá passar mais dias com o progenitor Beta.
 -

Comentário ao Tratamento

A principal questão que se levanta com o tratamento é que o progenitor Beta expressa um apoio explícito, embora superficial, face à relação positiva criança Delta-progenitor Delta, mas em vários canais de comunicação de comportamento implícito, relacionais e não-verbais, o progenitor Beta dá indicações à criança de que a apoia totalmente na sua contínua rejeição hostil do progenitor Delta. A criança é fechada numa aliança psicológica com o progenitor Beta que não lhe permite desenvolver uma relação positiva com o progenitor Delta sem "**trair**" o progenitor Beta.

A Intervenção SEC altera este processo, reformulando o significado da rejeição da criança Delta ao progenitor Delta. No âmbito da Intervenção SEC, a criança mostra **lealdade** ao progenitor Beta ao desenvolver um relacionamento agradável e cooperativo com o progenitor Delta. Esta alteração do significado liberta a criança da triangulação do conflito conjugal. A criança é **libertada** pela Intervenção SEC para desenvolver relações positivas com **AMBOS** os pais.

Além disso, se a criança Delta realmente desejar escapar e evitar o controle psicológico intrusivo do progenitor Beta, a Intervenção SEC proporciona-lhe a capacidade de **comunicar de modo comportamental** este desejo de fuga ao progenitor Beta, ao continuar a rejeitar o progenitor Delta. Esta "opção de comunicação" deve ser explicada à criança.

Estrutura da Intervenção SEC

Avaliações Diárias e Dias de Sucesso

1. O progenitor Delta efetua avaliações diárias do comportamento da criança Delta na Escala de Avaliação das Relações da Intervenção SEC.
2. No período1: um "Dia de Sucesso" é definido como aquele em que todas as avaliações efetuadas na Escala de Avaliação das Relações atingem um nível igual ou superior a 3.
3. O progenitor Delta comunica diariamente essas avaliações ao progenitor Beta (através de e-mail ou de um telefonema) antes da meia-noite (e possivelmente também a outras pessoas designadas para o efeito, como terapeutas e/ou advogados). Se uma avaliação diária for comunicada depois da meia-noite de um determinado dia, considera-se que a criança teve um "Dia de Sucesso" nesse período de avaliação, independentemente do resultado real dessa avaliação.
4. As avaliações diárias ficam ao exclusivo critério do progenitor Delta (esta é uma característica importante relacionada com o tratamento) ⁵. A fiabilidade e a validade do processo das avaliações diárias serão monitorizadas pelo terapeuta relacional do progenitor Delta e da criança Delta.

Estrutura das Visitas

8. Será previamente estabelecido um horário para os dias de visita de cada um dos pais.
9. Por cada três "Dias de Sucesso" alcançados pela criança, serão atribuídos três dias para a criança Delta estar com o progenitor Beta, conforme o constante no horário de visitas (esta é uma característica importante relacionada com o tratamento)⁶.

5 Uma das principais características de um Processo de Alienação Parental é a inversão da hierarquia de autoridade na qual a criança "avalia" se o progenitor Delta é adequado. O Passo 4 na estrutura da Intervenção SEC altera esta inversão de autoridade, ao restabelecer o inerente "direito paterno" do progenitor Delta em decidir se o comportamento da criança Delta é adequado ou inadequado.

6 O objetivo do tratamento consiste em incentivar a criança Delta a focar-se nas interações relacionais prolongadas e positivas com o progenitor Delta. Um enfoque ao longo de vários dias

Compete unicamente ao progenitor Beta a decisão de definir quais dos dias de visita pré-estabelecidos são atribuídos para a visita da criança Delta ao progenitor Beta.

Expetativas de evolução

7. A Intervenção SEC está dividida em três períodos, com um aumento gradual das expectativas em relação ao comportamento adequado da criança.

Período 1 – O período inicial, durante o qual um "Dia de Sucesso" é definido como aquele em que a criança Delta obtém todas as classificações iguais ou superiores ao nível 3.

Período 2 – Assim que a criança conseguir obter doze "Dias de Sucesso" durante o Período 1, a definição de um "Dia de Sucesso" é alterada para os dias em que todas as avaliações obtidas são de nível 4 ou superior, tendo pelo menos uma avaliação de nível 5.

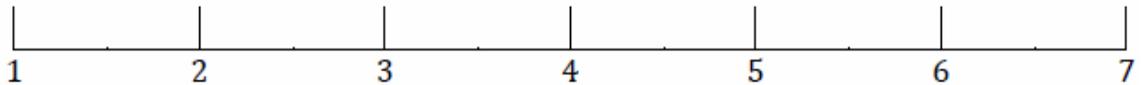
encoraja a criança a concentrar-se em assuntos relacionais e não em assuntos relacionados com as visitas do dia-a-dia. Adicionalmente, um enfoque ao longo de vários dias permite um maior planeamento e organização face às mudanças das visitas, em vez de criar potenciais incertezas e deceções que poderiam estar associadas aos encontros do dia-a-dia.

Escala de Avaliação das Relações

Intervenção com Sistemas Estratégicos Comportamentais

C. A. Childress, Psy. D. (2010)

Atitude hostil a agradável

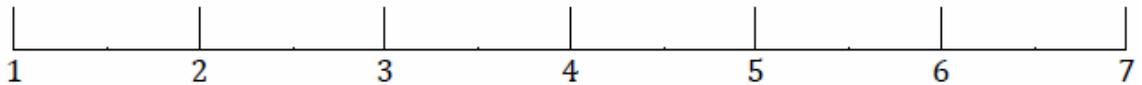


Comentários abertamente hostis, maus, rudes e desrespeitosos

A atitude é geralmente respeitosa. Nenhum comentário abertamente hostil, mau, rude ou desrespeitoso. A criança aceita demonstrações de afeto

Atitudes positivas, acolhedoras e afetuosas. A criança tem demonstrações de afeto voluntárias

Comportamento desafiante a cooperação

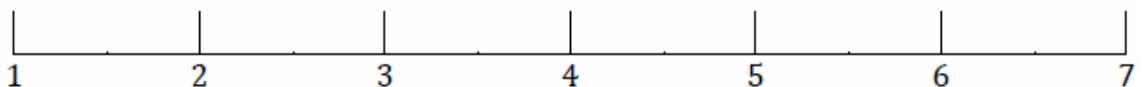


Abertamente desafiador às ordens parentais

Pode queixar-se e discutir, mas age em conformidade com as ordens parentais após 2-3 solicitações adicionais

Cooperativo. Nenhuma a poucas discussões

De socialmente retraído a socialmente envolvido



Retraído, taciturno, não-comunicativo. Responde às perguntas apenas com monossílabos

É geralmente responsivo às questões, dando respostas elaboradas. Pode retrair-se quando fica chateado ou irritado

Sorri facilmente e com alguma frequência. Manifesta abertamente as suas experiências pessoais