

Falsas denúncias e o Diagnóstico diferencial das alegações de abuso sexual*

False Statements and the Differential Diagnosis of Abuse Allegations

William Bernet, M.D.

Tradução Brasileira: *Tamara Brockhausen***

Resumo

O objetivo deste artigo é classificar e definir as várias formas de alegações de abuso sexual infantil, uma vez que os psiquiatras infantis não têm uma forma consistente de classificá-las e em função de não haver definições gerais aceitas sobre as muitas formas as quais as alegações podem surgir. Método: o autor fez uma revisão de 40 artigos, capítulo e livros que contém exemplos de falsas alegações de abuso sexual feitas por crianças e seus cuidadores. Resultado: Este artigo explica os conceitos de programação, sugestão, fantasia, delírio, má interpretação, mentira inocente, mentira deliberada, confabulação, pseudologia fantástica, hiperestimulação, contágio grupal e substituição de figura do agressor. Conclusão: A correta classificação das alegações de abuso sexual é importante tanto no campo clínico como no campo forense da psiquiatria. As definições neste artigo, são baseadas em experiências clínicas que deverão ser estudadas através de pesquisas sistemáticas. J.Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 1993, 32, 5: 903-910.

Palavras-chave: *Abuso infantil, abuso sexual, falsas alegações, mentira, confabulação, pseudologia fantástica.*

* Este artigo foi publicado originalmente no periódico *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 32:5, William Bernet, False Statements and the Differential Diagnosis of Abuse Allegations, p.903-910, Direitos autorais Elsevier, 1993.

** Psicóloga pela PUC-SP, especialista em psicologia clínica e psicanálise, assistente técnica e perita psicóloga, expert em Alienação Parental e diagnóstico diferencial de abuso sexual infantil, mestranda na USP com tema em Síndrome de Alienação Parental. E-mail: tamarahausen@hotmail.com

NOTA À EDIÇÃO BRASILEIRA

William Bernet, diretor e professor da faculdade do departamento de psiquiatria forense em Vanderbilt, nos EUA, atua em avaliações na área criminal e civil para os tribunais, nos EUA.

Abstract

Objective: Because child psychiatrists do not have a consistent way to classify the untruthful child and because there are no generally accepted definitions of the many ways in which false statements occur in allegations of abuse, the objective of this paper is to classify and define the various ways in which false statements occur in allegations of abuse. Method: the author reviewed 40 articles, chapters, and books that contained examples of false statements made by children or caregivers in the context of an abuse allegation. Results: this paper clarifies the concepts of indoctrination, suggestion, fantasy, delusion, misinterpretation, miscommunication, innocent lying, deliberate lying, confabulation, pseudologia phantastica, overstimulation, group contagion,

Sua práxis envolve avaliação de situações ligadas a guarda de filhos e maus-tratos infantis, tais como abuso sexual, falsas alegações, alienação parental, entre outros. É autor dos livros, *Parental Alienation*, *DSM-5 and ICD 11 (2010)* e *Children of divorce* (Bernet, Ash, 2007) e de artigos científicos, tais como *Allegations of abuse created in a single interview* (Bernet, 1997) e *Practice Parameters for the forensic evaluation of children and adolescents who may have been sexually abused* (1997).

O presente artigo foi publicado em 1993 em revista científica de psiquiatria infantil. Diferentemente do Brasil, nos EUA, psiquiatras usualmente realizam avaliações em situações de disputas de guarda ou avaliações para detectar eventual abuso sexual. Esse trabalho assemelha-se ao das perícias psicológicas que ocorrem em âmbito judicial, em nosso país, envolvendo a atuação de profissional psicólogo ou assistente social concursados.

A importância de tornar acessível em Língua Portuguesa artigo que foi publicado há praticamente dezoito anos deve-se ao contexto atual do profissional psicólogo brasileiro. Nos EUA, esta discussão tem sido objeto de diversos tipos de investigações e estudos profundos desde a década de 80. A evidência do tema das falsas alegações, no Brasil, iniciou-se timidamente por volta do ano 2000, sendo portanto assunto muito recente. As falsas acusações, segundo a opinião de muitos especialistas, têm aumentado drasticamente nos últimos anos, no Brasil, podendo ser fruto de produto social, não merecendo atenção apenas por ser assunto emergente. Nossas produções, embora muitas vezes sejam isentas de discussões mais avançadas, como nos EUA, têm contribuído para trazer à tona a problemática das avaliações para detectar este tipo de abuso infantil e para o questionamento de crenças profissionais de que crianças não fazem falsos testemunhos sobre abuso. No meio profissional e até mesmo em pesquisas, constata-se a realidade do trabalho do profissional e das pessoas e crianças que sofrem falsas acusações. No entanto, diante da escassez de trabalhos sistemáticos na área da técnica dessas avaliações, do diagnóstico diferencial, dos efeitos da falsa alegação nas crianças e nos acusados, entre outros temas adjacentes, a práxis do psicólogo sofre em razão da carência de produções científicas que orientem com mais rigor o seu trabalho.

As avaliações têm se baseado em métodos para detectar os abusos sexuais, porém não incluem técnicas para identificar as falsas alegações. Dessa forma, as avaliações, no Brasil, podem sofrer importante enviesamento, que pode levar a conseqüências mais drásticas, visto que enseja intervenções no campo da família, infância e criminal. Diante deste cenário, o artigo de Bernet traz uma rica revisão bibliográfica acerca de diferentes explicações sobre as falsas alegações, sendo muito esclarecedor aos profissionais que lidam com este tipo de avaliação, seja na esfera particular ou pública. A partir deste artigo novos questionamentos poderão surgir, trazendo contribuição a uma área que necessita de maior atenção.

and perpetrator substitution. Conclusion: the correct classification of abuse allegations is important in both clinical and forensic child psychiatry. The definitions in this paper, which are based on clinical experience, should be studied through systematic research.

Keywords: *child abuse, sexual abuse, false allegations, lying, confabulation, pseudologia phantastica.*

Os psiquiatras infantis freqüentemente são procurados para avaliar crianças que podem ter sido abusadas física ou sexualmente. O propósito da avaliação pode ser clínico, para determinar se a criança tem um distúrbio emocional e a razão para o distúrbio; ou forênsico, para ajudar a determinar se o abuso ocorreu e quem o perpetrrou. Um importante aspecto clínico e forense na avaliação destas crianças deve-se a avaliação da credibilidade do testemunho infantil.

REVISÃO DA LITERATURA

Ford e outros (1998) fizeram a revisão de estudos que abordam os aspectos gerais relacionados à mentira. Indicaram que a mentira apresenta muitos determinantes, incluindo aspectos de desenvolvimento, biológico, social e psicodinâmico. Chagoya e Schkolne (1986) publicaram uma revisão de literatura a respeito de crianças que mentem articulando conceitos psicanalíticos, conceitos de desenvolvimento e a interação entre a criança e seus pais. Ekman (1989) discutiu as formas de mentir das crianças e suas motivações. Questões de desenvolvimento tais como a noção gradual de veracidade foram discutidas por Goldberg (1973), Piaget (1965) e Quinn (1988).

As crianças podem fazer falsas alegações nas avaliações psiquiátricas. Elas também podem fazer uma falsa negação a respeito do abuso. As descrições clássicas de falsas negações de abuso sexual incluem: o segredo associado ao incesto (Rush, 1980), a “fase de supressão”, quando a família pressiona a criança a retratar sua revelação (Sgroi, 1982); a síndrome de

acomodação do abuso sexual infantil que explica as razões complexas que motivam crianças do sexo feminino a negarem o incesto e a experiência que tiveram (Summit, 1983).

Algumas vezes as crianças fazem falsas alegações. Exemplos de casos foram descritos por Benedek e Schetky (1985); Clawar e Rivlin (1991); Everson e Boat (1989), Green (1986), Goodwin et al. (1978, 1980); Kaplan e Kaplan (1981); Peters (1976); Schetky e Green (1988); Schuman (1986, 1987) e Yates e Musty (1988). A maior parte de exemplos de falsas alegações citadas neste artigo foram retiradas desses artigos e capítulos. Mikkelsen et al. (1992) classificaram quatro subtipos específicos de falsas alegações de abuso sexual: aquelas que surgem no contexto da disputa de guarda, aquelas que são oriundas a partir de distúrbios psicológicos do acusador, aquelas que são resultantes de manipulação consciente e aquelas que são causadas por elementos iatrogênicos.

Myers et. Al (1989) revisaram o papel dos peritos em processos de abuso sexual infantil. Muitos autores sugerem protocolos clínicos para avaliar a credibilidade da criança incluindo Benedek e Schetky (1987a, 1987b); Clawar e Rivlin (1991); Young (1986); Gardner (1992); Jones McGraw (1987); Nurcombe Unützer (1991); Quinn (1986, 1992); Schetky e Green (1988) e Terr (1986). A Academia Americana de Psiquiatria da Criança e do Adolescente (1990) publicou protocolos para avaliações de abuso. O protocolo da Academia frisa que “a possibilidade de falsa alegação precisa ser considerada, particularmente se as alegações são oriundas de um dos pais mais do que da criança, se os pais estão passando por uma disputa de guarda ou ação de visitação e/ou se a criança é pré-escolar.

Existem discordâncias em como conduzir e o que concluir a partir das avaliações de crianças que podem ter sido abusadas: por exemplo, o artigo de Greens (1986) foi criticado por Corwin et al. (1987). Horner et al. (1992) descreveu como os clínicos da saúde mental chegaram a diferentes conclusões a respeito da probabilidade de que o abuso sexual tenha ocorrido depois de escutarem a apresentação do mesmo caso.

Muitas pesquisas examinaram a sugestibilidade das crianças. Por exemplo, Cohen e Harnick (1980) compararam o quanto crianças pequenas (3 anos), crianças maiores (6anos) e estudantes universitários lembravam

de eventos de um filme e o quanto eram resistentes a perguntas sugestivas. Eles concluíram que as crianças pequenas eram menos precisas com relação à memória e mais suscetíveis a serem influenciadas por induções. Goodman e Reed (1986), compararam o quanto crianças muito pequenas (3 anos), crianças pequenas (6 anos) e adultos recordavam sua interação com um adulto não conhecido e o quanto elas resistiram a questionamento sugestivo. Eles concluíram que crianças muito pequenas foram menos precisas em responder questões objetivas e foram mais suscetíveis a indução ao erro ao responder perguntas sugestivas. Eles também concluíram que na rememoração espontânea, o número de lembranças aumentavam conforme a idade. Johnson e Foley (1984) fundamentaram que crianças (com menos de 8 anos) tinham mais dificuldade em distinguir entre eventos imaginados e aqueles que realmente ocorreram, quando comparado a crianças mais velhas ou adultos. Inquéritos de investigação nessa área foram publicados em livros editados por Ceci et. Al (1987) e por Doris (1991).

Terr (1990, 1991) estudou a memória e credibilidade das crianças no contexto de um experimento elaborado de forma naturalista. No seu achado, crianças de Chowchilla foram capazes de dar descrições completas e tiveram memórias vividas de detalhe de um seqüestro em massa. No entanto, algumas crianças descreveram distorções perceptuais na forma de ilusões visuais, as quais Terr, pensa terem ocorrido a partir de um trauma de evento único em oposição ao trauma de eventos repetidos.

Raskin e Steller (1989) sugeriram uma “metodologia compreensiva” para avaliar a credibilidade das alegações de abuso sexual a qual envolve aplicação de teste poligráfico ao acusado e uma análise do testemunho da criança. A análise do conteúdo do testemunho da criança, requer a coleta de um longo relato realizado por um entrevistador experiente, o que depois deverá ser analisado segundo critérios específicos. Raskin e Esplin (1991) descreveram um experimento baseado em critérios de análise de conteúdo de descrições de crianças sobre abuso sexual que foi utilizado para distinguir testemunhos falsos de verdadeiros.

Apesar destes autores terem sustentado que geralmente a maior parte das crianças que alegam abuso estão sendo verdadeiras, eles provavelmente concordariam que falsas alegações acontecem algumas vezes. Por exemplo,

a confusão da criança da fantasia com a realidade, indocinação feita por um genitor malicioso ou perturbado e a sugestão ou mesmo coerção por um entrevistador anterior.

O PROBLEMA ATUAL

Existem protocolos para distinguir a criança que mente da criança que fala a verdade, porém os psiquiatras não têm uma maneira consistente para entender e classificar a criança que mente. Infelizmente, não existem definições gerais aceitas sobre as muitas formas as quais o falso testemunho ocorre. Aquilo que para um clínico é uma “fantasia” para o outro é uma “má comunicação”, e o que é uma confabulação para um é uma “mentira patológica” para outro. Para avaliar estas crianças de uma maneira sistemática e confiável, nós devemos esclarecer e categorizar as formas pelas quais crianças fazem falsos testemunhos.

Este artigo pretende esclarecer os conceitos de programação, sugestão, fantasia, delírio, má interpretação, má comunicação, mentira inocente, mentira deliberada, confabulação, pseudologia fantástica, hiperestimulação, contágio grupal e substituição de agressor (tabela 1). Aperfeiçoando nossa terminologia, seremos capazes de refletir o diagnóstico diferencial das alegações de abuso sexual. Uma vez que definimos o que deve ser pesquisado em tais avaliações, será possível desenvolvermos métodos mais confiáveis para conduzir essas avaliações.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE ALEGAÇÕES DE ABUSO

As possibilidades a seguir deverão ser consideradas quando uma criança for trazida para avaliação psiquiátrica e forem feitas alegações de abuso físico ou sexual.

1. A alegação é verdadeira

A criança e o genitor podem ser precisos e verdadeiros. Este geralmente é o caso, talvez 90% das vezes (Cantwell, 1981).

Tabela 1. Os mecanismos pelos quais os falsos testemunhos ocorrem podem ser organizados de diversas formas. Uma das formas é dividi-los nas três categorias que seguem abaixo

1. A falsa alegação cresce no contexto do divórcio na mente de um genitor ou adulto que acaba impondo a mente da criança
Má-interpretação ou sugestão do genitor
Má-interpretação de condições físicas
Delírio do genitor
Programação do genitor
Sugestão do entrevistador
Hiperestimulação
Contágio grupal

2. As falsas alegações são causadas primeiramente por mecanismos mentais da criança que não são conscientes ou propositais
Fantasia
Delírio
Má-interpretação
Má-comunicação
Confabulação

3. A Falsa alegação é causada primariamente por mecanismos mentais da criança que são normalmente considerados conscientes e propositais
Pseudologia fantástica
Mentira inocente
Mentira deliberada

2. Sugestão ou má-interpretação do genitor

O genitor pode estar ansioso, medroso e histriônico. Ele pode ter apanhado um comentário inocente ou um fragmento de comportamento neutro, inflado em algo pior e inadvertidamente induziu a criança a endossar sua interpretação.

Yates e Musty (1998) descreveram o caso de uma família em que havia ocorrido o divórcio dos cônjuges, na qual a mãe suspeitava que o pai teria abusado sexualmente da filha de dois anos. Os serviços de proteção investigaram e determinaram que não havia ocorrido o abuso. Depois de

cada visitação com o pai, a mãe continuou a inspecionar a área genital da criança e questioná-la sobre o abuso sexual. A mãe levou a criança ao terapeuta porque ela estava com medo de homens. Depois de quatro meses de terapia, a criança colocou a boneca de sexo masculino na área genital da boneca de sexo feminino e disse a terapeuta: “Batendo, batendo, batendo”. Os serviços de proteção investigaram novamente e mais uma vez determinaram que o abuso não tinha ocorrido.

3. Má-interpretação de condições físicas

Um genitor que é vingativo ou muito ansioso, ou ainda algum profissional de saúde mental que é mal informado pode dar um salto na conclusão diante de algum ferimento ou doença da criança como sendo causado por abuso sexual mais do que considerar uma explicação mais benigna.

Robert, 8 anos, era filho de pais separados. Ele morava com sua mãe e passou um longo período de férias com seu pai. A Mãe de Robert o levou para uma avaliação psiquiátrica porque ela achava que ele tinha sido abusado fisicamente e talvez sexualmente pelo pai durante as férias com ele. Ela inspecionou Robert minuciosamente no retorno das férias com o pai e achou marcas nas suas costas que pareciam marcas de queimadura de cigarro. Ela também achou arranhões superficiais que se estendiam do umbigo quase até o púbis, o que parecia indicar abuso sexual. Ela colocou o filho nú para que pudesse fotografar as marcas. Na investigação, as “marcas de cigarro” revelaram ser mordidas de mosquito que infeccionaram e os arranhões abdominais foram o resultado dele ter surfado na praia de Myrtle na Carolina do Norte.

4. Delírio do genitor

Neste caso o genitor é severamente perturbado, uma pessoa paranoíca. Ele dividia com a criança uma visão de mundo distorcida, a qual por sua vez também dividia os mesmos delírios com o genitor. É um caso

de “*folie a deux*”, outra possibilidade, a criança simplesmente se submetia e concordava com o delírio do genitor que persistentemente insistia que o abuso havia ocorrido.

Green (1986) descreveu o caso a respeito de uma menina de 9 anos em que a mãe acreditava que seu ex-marido tinha molestado a criança desde a infância. A menina de forma relutante afirmou que seu pai tinha esfregado-a contra a cama. A criança afirmou depois que o desfecho não era verdadeiro e que ela tinha feito uma falsa alegação de abuso sexual para satisfazer sua mãe e ter uma pausa nas suas perguntas insistentes. Na avaliação, a mãe revelou ter delírios a respeito da relação da filha com o pai.

5. Programação parental

O genitor fabrica a alegação e instrui a criança em relação ao que falar.

Clawar e Rivlin (1991) apresentaram muitos exemplos de “programação” de crianças especialmente no contexto de disputa de guarda. Em um caso (pp. 53-55), uma criança de 12 anos falsamente testemunhou na corte que seu pai a fez tocar seu enquanto ela subia na sua cama de noite. O falso testemunho da criança foi originado a partir da doutrinação de sua mãe e também a partir de suas próprias mentiras.

6. Sugestão do entrevistador

As entrevistas realizadas anteriormente com a criança podem inadvertidamente contaminar as evidências ao serem feitas perguntas sugestivas ou capciosas.

Um profissional recente na área do serviço de proteção entrevistou uma menina de 4 anos e perguntou se o pai dela tocou suas partes íntimas. A criança respondeu que não. O profissional perguntou novamente. A criança respondeu que não. O profissional afirmou que iria girá-la na cadeira, o que era divertido, se a criança contasse o que o pai dela havia feito. A menina

disse que ele não havia feito nada. O profissional a girou na cadeira e ela gostou. Ele disse que giraria ela de novo na cadeira se ela dissesse o que ele tinha feito. A menina respondeu que ele tocou suas partes íntimas.

Os cinco processos que foram descritos envolvem uma pessoa influenciando a criança ou a situação de alguma forma. Os próximos quatro processos são mecanismos mentais que ocorreram na mente da criança.

7. Fantasia

A criança pode confundir fantasia com realidade. Isto é mais provável que aconteça com crianças pequenas. Por exemplo, uma criança numa creche disse a outra criança que foi sexualmente abusada. Naquele ponto, a criança pode ter confundido o que aconteceu com outra criança, com o que aconteceu com ela mesma. As fantasias edípicas como explicação para relatos de incesto foram sugeridas por Rosenfeld et al. (1979). Eles abordaram algumas dificuldades do complexo de Édipo para os clínicos quando estes estão tentando saber se o relato de incesto do paciente é fantasia ou realidade.

8. Delírio

Apesar de raro, delírios sobre atividades sexuais podem ocorrer em crianças maiores e em adolescentes no contexto da psicose.

Jenny, 15 anos, foi admitida em um programa de internação psiquiátrica para pacientes em condição de psicose aguda. Ela estava desorganizada, paranóica, assustada, relutante em falar e em comer. A família sabia que um ano antes, ela havia sido tocada inapropriadamente por um primo mais velho, eles comentaram também que Jenny tinha visto este primo recentemente numa reunião de família. Durante os dias que ela esta em surto psicótico, ela afirmou por diversas vezes que o primo havia estuprado ela. Depois que o surto passou, ela explicou que o primo tinha atacado-a tentando beijá-la e acariciá-la mas que o estupro não havia ocorrido.

9. Má-interpretação

A má-interpretação pode também ocorrer a partir de uma crença falsa, mas é derivada de algo que ocorreu primeiramente. Uma criança pequena fazendo uma má-interpretação pode dizer que duas pessoas estavam lutando, quando na verdade estavam tendo uma relação sexual. Um adolescente precoce com uma preocupação acentuada sobre a sexualidade pode interpretar erroneamente um tapinha nas costas como uma carícia sexual.

10. Má-comunicação

Uma falsa alegação de abuso sexual pode surgir a partir de um mau entendimento verbal. A criança pode entender equivocadamente conversas de adulto, o adulto por sua vez pode fazer uma má-interpretação do que a criança diz ou tirar a fala da criança do contexto.

Yates e Musty (1988) descreveram o caso de uma menina de 5 anos, em que a mãe questionou-a sobre abuso sexual por parte do pai. A criança aparentemente confirmou com a cabeça o que a mãe perguntou, “Ele tenta fazer amor com você?”. Como resultado em função da pergunta, a menina foi tratada por abuso sexual por muitos meses. Em seguida, ela foi submetida a uma avaliação psiquiátrica que determinou que a criança simplesmente quis dizer que ela e seu pai se gostavam muito.

Os próximos dois processos, confabulação e pseudologia fantástica, são também mecanismos mentais que ocorrem na mente da criança. Às vezes estes dois processos podem se confundir um com o outro porque ambos envolvem distorções da memória da criança.

11. Confabulação

Este termo foi definido como “o ato de substituir a perda de memória por fantasia ou por uma realidade que não é verdadeira para a ocasião” (Campbell, 1989, p. 146). O conceito de confabulação geralmente implica

em que o paciente relate histórias para responder perguntas sobre eventos em que a pessoa não lembra. No entanto, diferentes autores utilizaram o termo confabulação em sentidos diferentes. Ceci (1991, p.8) usou a palavra “confabulação” para se referir à mentira consciente e proposital. Nurcombe (1986) definiu o termo como “fantasias pessoais as quais o sujeito considera como reais”.

Kopelman (1987) fez achados no sentido de que pessoas normais confabulam de forma similar aos pacientes com Alzheimer e Síndrome de Korsakoff. A diferença é que pacientes com danos orgânicos podem confabular quando são questionados por trinta minutos depois de terem escutado uma história, enquanto que pessoas normais geralmente não confabulam antes de uma ou duas semanas depois de ter escutado a história.

Benedek e Schetky (1987a) afirmaram que crianças podem “tentar preencher as lacunas da memória confabulando”. Eles também afirmam que isso pode ocorrer quando um entrevistador repetidamente reforça para a criança dar mais informação do que ela realmente lembra.

Crianças pequenas podem incorporar na memória sugestões dos pais ou dos seus pares. Desse modo, elas confabulam, parcialmente ou completamente, lembranças de episódios para eventos inteiros.

Saywits et al. (1989), conduziu uma pesquisa sobre sugestionabilidade em crianças. Eles descreveram um exemplo de confabulação em uma menina apesar de não utilizarem este termo. No estudo, 36 meninas saudáveis, de idade entre 5 e 7 anos fizeram exames médicos completos que não incluíam exame genital ou anal. Uma semana depois, foi pedido às meninas que descrevessem o que aconteceu na avaliação médica. Através da lembrança espontânea, nenhuma menina se lembrou de exames genitais ou anais. Quando perguntadas especificamente sobre toque genital ou anal, três garotas afirmaram que ocorreu. Este é um tipo de sugestionabilidade induzida pelo entrevistador. Uma das meninas disse que o médico colocou um pedaço de pau em seu reto. Este exemplo, provavelmente é o de uma confabulação.

12. Pseudologia Fantástica

A pseudologia fantástica é chamada de mentira fantasiosa mentira patológica. Ela foi definida como “contar histórias sem discernimento ou motivo adequado, com tanto entusiasmo que a pessoa que escuta pode ser convencida de sua verdade”. (Campbell, 1989, p.569). Em alguns casos, entretanto, uma observação mais próxima pode revelar o motivo subjacente para a pseudologia. (Geraciotti et al. , 1987).

A pseudologia fantástica é um termo antigo que foi cunhado pelo psiquiatra alemão, Delbruck (1891). Na psiquiatria, o termo foi utilizado por Kraepelin (1907, pp.526-531) e Bleuler (1924, p.108). A pseudologia foi descrita em adultos com sociopatia que apresentavam a síndrome de Munchausen e que tinham algum distúrbio mental orgânico. Kohut (1966) explicou a pseudologia em termos de narcisismo, a qual envolve a hiperexpansividade patológica do self.

Em psiquiatria infantil, o conceito de mentira patológica foi revisto por Healy and Healy (1915). Eles descreveram muitas formas de mentira patológica em jovens que foram avaliados pela Primeira Clínica do Tribunal Juvenil. Uma das primeiras questões da criança hiperativa foi dedicada à questão da mentira patológica. Com relação a este aspecto, Selling (1942) afirmou que a mentira patológica era “uma tendência bem definida de dizer mentiras sobre um problema que poderia ser facilmente verificável e na qual as mentiras não serviam a algum propósito óbvio nem a personalidade, nem individualmente, nem mesmo a uma situação a qual a pessoa se encontra”. Meltzer (1942) descreveu a avaliação psicológica para mentirosos patológicos.

Na literatura psicanalítica, Deutsch (1982) descreveu a pseudologia fantástica em adolescentes em um artigo originalmente publicado em 1923. Ela definiu a pseudologia como “um sonho diurno que é comunicado como realidade”. Ela também sustentava que a pseudologia representava a “reativação do traço de memória inconsciente de uma experiência real primeira”. Fenichel (1955) concordou com Deutsch e acrescentou que a pseudologia é uma “medida econômica para a *manutenção* posterior da repressão”. Isto é, o paciente sabe que a fantasia não é verdadeira e que ela

ajuda-o a acreditar que a memória reprimida também não é verdade. Anna Freud (1965) acreditava que a pseudologia fantástica ocorria em crianças normais que eram capazes de entender o significado de mentir, mas que regrediam a uma “forma infantil de wishful thinking¹” em função de severas frustrações e desapontamentos.

Charlie, um menino de 5 anos, foi trazido para avaliação psiquiátrica em função dele repetidamente ter iniciado atividades sexuais com garotos da vizinhança e da escola. Ele disse à sua mãe que ele tinha aprendido essas “brincadeiras de xixi” em sua creche anterior. Depois de sua hesitação inicial, Charlie ficou entusiasmado em contar detalhes sobre as muitas formas de brincadeiras de xixi. Ele contou infinitas formas delas. A fala de Charlie, depois de uma série de entrevistas, era exuberante, expansiva, com detalhes elaborados do cotidiano e da creche. Ele disse que ele passou por dez tipos de escolas, que ele morou no México, que a sua professora estava num avião que explodiu, que ele mesmo viu o avião explodir, que mãe de um menino morreu que ele viu o garoto enfiou o pênis no sangue dela, que outro garoto enfiou um lápis no pênis atravessando de um lado ao outro, que ele viu uma mulher sentar no vaso sanitário, que o assento estava levantado e ele viu ela sentar bem no cocô, que ele poderia levantar uma mesa com um dedo apenas, que tinham seis crianças no banheiro do consultório do entrevistador que estavam fazendo brincadeiras de xixi e que uma dessas crianças estava vestida de palhaço, com o rosto branco, nariz verde e chapéu.

Minha impressão é que Charlie foi estimulado sexualmente de alguma forma mas a maior parte do que foi dito é uma mentira fantasiosa. Parte do relato dele é semelhante ao que os outros autores descreveram. Enfiar o pênis no sangue assemelha-se a um ritual satânico e a roupa do palhaço parece casos em que crianças que foram abusadas disseram que a roupa com a qual o agressor se fantasiava eram como os trajes de desenhos infantis. Talvez o caso de tais crianças também fossem de pseudologia.

1 Wishful thinking - Wikipédia – definido como palavra de difícil tradução para o português, utilizada no sentido de tomar os desejos por realidades e tomar decisões, ou seguir raciocínios, baseados nesses desejos em vez de em factos ou na racionalidade. Pode ser traduzido como otimismo exagerado.

Uma revisão da literatura psiquiátrica não aponta nenhum caso de pseudologia fantástica como base para falsa alegação de abuso sexual. Foram publicados casos que parecem ser pseudologia fantástica, mas que os autores não as identificaram utilizando este termo.

Yates e Musty (1988) descreveram o caso de um menino, Carl, 5 anos, que contou histórias elaboradas sobre abuso sexual e que inúmeros psiquiatras e psicólogos referiram não acreditar ter ocorrido. Carl era uma criança impulsiva que fazia exibicionismo genital, mentia e manipulava. Ele “gostava de falar de abuso”. Ele disse ao serviço de proteção que sua mãe o bateu com seu punho, chutou-o, beliscou nas partes íntimas e “mordeu tão forte no meu pênis que eu fiz xixi na boca dela”. Quando Carl estava num orfanato, ele acusou o terapeuta de molestá-lo e pediu para seu pai substitutivo andasse com as calças abaixadas.

Na literatura mais antiga entretanto, Healy e Healy (1915), relataram diversos casos de falsas alegações de abuso sexual que foram atribuídas a pseudologia fantástica. William Healy, precursor da Clínica da Corte Juvenil nos Estados Unidos, sustenta que a mentira patológica é um fenômeno diferente da mentira na delinquência juvenil. Ele descreveu que a mentira patológica ocorre em aproximadamente 1% dos delinquentes e que as “falsas acusações patológicas ocorrem em aproximadamente 0.5% dos casos”.

Por exemplo, Healy descreveu como Bessie, uma menina de 9 anos, acusou seu pai e seu irmão de incesto. Bessie viveu em inúmeras famílias substitutas e apenas ficou junto com o seu pai por 6 meses. Bessie tinha uma maneira dramática de dizer que ela pegou uma “doença horrível” de seu pai. Ela disse que as relações com seu pai e irmão ocorriam toda noite. Ela descreveu inúmeras outras atividades sexuais que começaram quando ela tinha 5 anos. Ela disse que ela participava de diversas atividades, desde masturbação até relações sexuais. Ela disse que suas experiências envolviam uma série de meninos e meninas e dois homens com os quais ela viveu na household². Depois de avaliar este caso, Healy sustentou que Bessie “teve muitas experiências sexuais”. Mas ele concluiu que suas histórias dramáticas

2 Household – nome dada as unidades familiares nos USA que realizam os cuidados das crianças retiradas do lar, tais cuidados são realizados por profissionais. Seria algo semelhante ao que no Brasil equivale aos abrigos.

foram muito além do que realmente aconteceu e ainda que ele não acreditava que a relação incestuosa com seu pai e seu irmão tenha ocorrido. Ele alertou que “a primeira história da menina foi tão bem contada que muitos estiveram irrevogavelmente convencidos da culpa do pai”.

Os próximos dois processos envolvem a mentira. Crianças mentem de muitas formas. Anna Freud (1965, p.115) definiu três formas de decepção para distinguir de mentira inocente e, mentira patológica e mentira delinqüencial. Kerns (1987) claramente distinguiu entre mentira, mentira patológica, delírio e confabulação. Chagoya e Schkolne (1986), Anna Freud (1913) e Goldberg (1973) discutiram a questão da mentira infantil e adolescente.

13. Mentira Inocente

Crianças pequenas, especialmente por volta de 4-5 anos, freqüentemente fazem falsas alegações quando parece ser a melhor forma de lidar com a situação em que estão envolvidas. Gesell e Ilg (1946) afirmaram que crianças normais de quatro anos contam histórias exageradas. Para ilustrar esse fenômeno, Goldberg (1973) descreve como um garoto de 3 anos anuncia a sua mãe que ele tinha acabado de falar com o médico, quem teria dito ao menino para não comer nenhum tipo de legumes. Quando a mãe disse que ia ligar para o médico para ter certeza, o menino acrescentou que ele havia morrido.

Derdeyn et. Al (1992) relataram um incidente originado a partir de uma mentira inocente e que levou a uma alegação de abuso sexual. Justin, 4 anos, encostou um boneco em seu pênis e fez um barulho de beijo, o qual foi visto pela sua mãe. Ela perguntou “Quem fez isso a você?” ele respondeu com uma palavra “papai”. Avaliando o caso, os autores determinaram que tinha havido conflito entre os pais que eram divorciados. O menino provavelmente fez uma “mentira inocente” para desviar para a figura do pai, a raiva da mãe, que estava sendo deferida contra a própria criança.

Provavelmente no futuro haverá mais exemplos de mentira inocente como base para alegação de abuso sexual. A razão para isso é que as crianças são ensinadas sobre abuso sexual (toque bom e toque ruim) e os pais estão atentos para a possibilidade de abuso sexual estando mais dispostos a

perguntar as crianças sobre suas experiências. Em alguns casos, crianças não abusadas vão relatar que elas foram abusadas sem realizar a importância do engano que possa estar sendo gerado.

14. Mentira deliberada

Este item se refere a fabricações intencionais e para uso próprio que são comuns entre crianças e adolescentes. Crianças maiores podem entender completamente as questões morais que envolvem uma alegação de abuso mas escolhem se esquivar ou distorcer a verdade por vingança ou vantagens pessoais.

Wanda, uma menina de 14 anos ficou grávida e estava muito preocupada com a repercussão da notícia em relação aos seus pais. Ela acusou seu padrasto de molestá-la para proteger seu relacionamento com um garoto de 18 anos. Sua acusação serviu a um duplo propósito de proteger seu namorado e constranger seu padrasto.

Os próximos três processos descritos neste artigo: hiperestimulação, contágio grupal, e substituição de figura de abusador podem também oferecer explicações subjacentes as falsas alegações de abuso sexual.

15. Hiperestimulação

Schetky e Green (1988) descreveram de forma eloqüente como algumas práticas parentais, tais como toque genital e nudez, podem resultar em hiperestimulação sexual crônica. O comportamento sedutor dos pais, apesar de não ser necessariamente abusivo por si só, se torna mais problemático no contexto da separação e do divórcio. Por exemplo, uma mãe relativamente razoável, pode super reagir a uma relação pai-filha levemente sedutora, alegando abuso sexual.

16. Contágio Grupal

Os pais e a criança podem ser vítimas de uma epidemia de histeria, nas quais rumores se espalham e as pessoas assustadas modificam o que

elas escutaram de forma consistente com suas necessidades emocionais. Conforme recontado, o rumor se torna cada vez mais e mais convincente. As explicações sociológicas e psicológicas para o contágio histérico são retomadas revistas por Gehlen (1977). Na sua visão o contágio histérico é um tipo de mania nas quais os participantes dividem as expectativas “exibindo certos comportamentos terão ganhos secundários no papel de doente”. Kenner (1988) sugeriu que o contágio histérico era a explicação, por exemplo, das alegações de abuso sexual que envolveram uma creche.

17. Substituição da figura do agressor

Um dos aspectos desconcertantes deste tipo de avaliação, é que a criança pode de fato ter sido sexualmente molestada (e por essa razão manifesta sintomas consistentes com abuso) mas identifica a pessoa errada como abusador (fazendo uma falsa alegação). Este não é um problema simples, uma vez que uma substituição pode ser resultado de uma série de mecanismos já descritos. Ela pode ser baseada em fantasia, uma vez que a criança abusada pode confundir um tio abusador com o pai em função de desejos edípicos e em função dos flertes do pai. Um jovem psicótico que foi abusado por uma pessoa pode desenvolver um delírio envolvendo outra pessoa. Através do mecanismo de confabulação e de pseudologia fantástica, uma criança abusada pode apontar uma pessoa errada como perpetuadora. E também a criança pode simplesmente mentir a respeito da identidade do perpetuador.

DISTINGUIR FORMAS DE FALSIFICAÇÃO

A confiabilidade dos interavaliadores será mais alta se usarem a mesmas definições. Apesar de ser possível que estes conceitos se sobreponham ou se misture, é possível na maioria das vezes manter distinções. Os conceitos listados neste artigo serão esclarecidos ao serem diferenciados uns dos outros.

Fantasia e Delírio versus Confabulação e pseudologia fantástica

A primeira ocorre na mente de uma pessoa enquanto a outra envolve trocas nas relações com outras pessoas.

Fantasia versus Delírio

A fantasia é uma imagem mental que uma pessoa sabe que não representa a realidade sendo facilmente suprimida. O delírio é uma crença equivocada culturalmente excêntrica que resiste a modificação e ao teste da realidade.

Confabulação versus pseudologia fantástica

Este mecanismo mental pode ser diferenciado de diversas formas. (1) Neles o contexto social é diferente. A confabulação é evocada por perguntas que são feitas por outra pessoa. A pseudologia fantástica é criada para impressionar ou influenciar os outros. (2) A forma do relato é diferente. A confabulação é relativamente um breve relato a uma pergunta específica. Na pseudologia fantástica, histórias complexas e longas vão muito além das perguntas feitas e são dadas de forma envolvente e entusiasmantes (3). A confabulação e pseudologia diferem na forma como a pessoa responde quando confrontada com evidente contradição: o confabulador adere a sua história enquanto na pseudologia a pessoa deixa de lado a história e passa a contar outra.

Confabulação versus má-interpretação

A má interpretação pode gerar uma crença falsa, mas é derivada de algo que realmente aconteceu em primeiro lugar. Uma criança que faz uma má interpretação pode dizer que duas pessoas estavam lutando quando na verdade estavam tendo uma relação sexual. Uma criança que confabula pode dizer que duas pessoas estavam lutando quando na realidade estavam conversando.

Confabulação versus mentira deliberada

Neste caso a criança que está mentindo sabe que o faz e pretende enganar. O confabulador não realiza o que ele está fazendo.

Pseudologia fantástica versus mentira deliberada

Pode ser difícil distinguir estes dois tipos de fenômeno sem compreender a motivação do sujeito. O mentiroso delinqüente mente e sabe exatamente o que ele está fazendo. Na pseudologia fantástica, o fabulista, tenta se engrandecer na relação com outra pessoa ou influenciar essa pessoa. Ele o faz contando histórias atrativas e pode estar tão envolvido na mentira que pode passar a acreditar na história que conta.

DISCUSSÃO

O diagnóstico diferencial e as distinções levantadas neste artigo são importantes por diversos motivos. Têm sido realizadas consideráveis pesquisas para distinguir quando a criança fala a verdade ou quando mente. Tem havido poucos esforços para identificar a natureza dessas mentiras. Em outras palavras, além de ser necessário desenvolver um termômetro preciso para detectar as febres, também é necessário identificar e classificar as causas da febre. Os psiquiatras necessitam de um método fidedigno para avaliar e classificar as crianças que fizeram uma alegação de abuso.

Alguns autores confundem as discussões sobre o tema afirmando de forma simplista que crianças pequenas não mentem quando são perguntadas sobre abuso sexual. Autores que escreveram sobre falsas alegações geralmente não consideraram as falsificações criadas espontaneamente por crianças, por exemplo, pseudologia fantástica e confabulação. É possível que alguns relatos atribuídos a atividades satânicas (por exemplo “rituais” envolvendo sangue, infanticídio, abusadores vestidos de fantasias) são na realidade exemplos de pseudologia fantástica.

Alguns clínicos podem considerar a avaliação da credibilidade do testemunho da criança um processo incógnito apenas relevante para a

psiquiatria forense tendo pouca importância para a avaliação da rotina clínica e da psicoterapia. O terapeuta pode dizer, por exemplo, que não importa se o abuso sexual de fato ocorreu, e se a criança acredita que de fato ocorreu, o tratamento intensivo é necessário. No entanto, esta posição pode gerar erros importantes do tratamento e diagnóstico de crianças. A terapia de crianças que relatam abuso sexual repetido provavelmente seria completamente diferente, se o terapeuta pensa que a criança refere eventos verdadeiros ou se ele pensa que a criança estava iludida ou engajada em uma confabulação, em uma pseudologia fantástica ou em uma fabricação deliberada.

BIBLIOGRAFIA

- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (1990). *Policy statement: guidelines for the clinical evaluation of child and adolescent sexual abuse*. Washington, D.C.: American Academy of Child and Adolescent Psychiatry.
- Benedek, E. P., & Schetky, D. H. (1985). Allegations of sexual abuse in child custody and visitation disputes. In: *Emerging Issues in Child Psychiatry and the Law*, edited by D. H. Schetky and E. P. Benedek. New York: Brunner/Mazel.
- Benedek, E. P., and Schetky, D. H. (1987a). Problems in validating allegations of sexual abuse. Part 1: Factors affecting perception and recall of events. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 26: 912-915.
- Benedek, E. P., and Schetky, D. H. (1987b). Problems in validating allegations of sexual abuse. Part 2: Clinical evaluation. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 26: 916-921.
- Bleuler, E. (1924). *Textbook of Psychiatry*. New York: MacMillan Company.
- Campbell, R. J. (1989). *Psychiatric Dictionary*, 6th edition. New York: Oxford University Press.
- Cantwell, H. B. (1981). Sexual abuse of children in Denver, 1979: reviewed with implications for pediatric intervention and possible prevention. *Child Abuse and Negl.*, 5: 75-85.

- Ceci, S. J. (1991). Some overarching issues in the children's suggestibility debate. In: *The Suggestibility of Children's Recollections: Implications for Eyewitness Testimony*, ed. J. Doris. Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Ceci, S. J., Toglia, M. P. & Ross, D. F. (1987). *Children's Eyewitness Memory*. New York: Springer-Verlag.
- Chagoya, L., & Schkolne, T. (1986). Children who lie: a review of the literature. *Can. J. Psychiatry*, 31: 665-669.
- Clawar, S. S., & Rivlin, B. V. (1991). *Children Held Hostage: Dealing with Programmed and Brainwashed Children*. Chicago, IL: American Bar Association.
- Cohen, R. L., & Harnick, M. A. (1980). The susceptibility of child witnesses to suggestion. *Law Human Behavior*, 4: 201-210.
- Corwin, D. L., Berliner, L., Goodman, G., Goodwin, J., & White S. (1987). Child sexual abuse and custody disputes: no easy answers. *J. Interpersonal Violence*, 2: 91-105.
- Delbrück (1891). *Die pathologische Lüge und die psychisch abnormen Schwindler*. Stuttgart: Enke.
- Derdeyn, A. P., Poehailos, A., & Seigle, E., (1992). *Adequate Evaluation of Divorce-Related Child Sexual Abuse Allegations*. Symposium presented at the annual meeting of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, Washington, D.C., October 20-25, 1992.
- de Young, M. (1986). A conceptual model for judging the truthfulness of a young child's allegation of sexual abuse. *Am. J. Orthopsychiatry*, 56: 550-559.
- Deutsch, H. (1982). On the pathological lie (pseudologia phantastica). *J. Am. Acad. Psychoanal.*, 10: 369-386.
- Doris, J., editor (1991). *The Suggestibility of Children's Recollections: Implications for Eyewitness Testimony*. Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Ekman, P. (1989). *Why Kids Lie*. New York: Scribner.
- Everson, M. D., & Boat, B. W. (1989). False allegations of sexual abuse by children and adolescents. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 28: 230-235.

- Fenichel, O. (1955). The economics of pseudologia phantastica. In: *The Collected Papers, Second Series*. Eds: H. Fenichel & D. Rapaport, London: Routledge and Kegan Paul, p. 133.
- Ford, C. V., King, B. H., & Hollender, M. H. (1988). Lies and liars: psychiatric aspects of prevarication. *Am. J. Psychiatry*, 145: 554-562.
- Freud, A. (1965). *Normality and Pathology in Childhood: Assessments of Development*. New York: International Universities Press.
- Freud, S. (1913). *Two lies told by children*. *Standard Edition, Volume 12*. London: Hogarth, 1958.
- Gardner R. A. (1992). *True and False Accusations of Child Sex Abuse*. Cresskill, N.J.: Creative Therapeutics.
- Gehlen, F. L. (1977). Toward a revised theory of hysterical contagion. *J. Health Soc. Behav.*, 18: 27-35.
- Geraciotti, T. D., VanDyke, C., Mueller, J., & Merrin, E. (1987). The onset of Munchausen's syndrome. *Gen. Hosp. Psychiatry*, 9: 405-409.
- Gesell, A., & Ilg, F. L. (1946). *The Child from Five to Ten*. New York: Harper.
- Goldberg, A. (1973). On telling the truth. *Adolescent Psychiatry*, 2: 98-112.
- Goodman, G. S., & Reed, R. S. (1986). Age differences in eyewitness testimony. *Law Human Behavior*, 10: 317-332.
- Goodwin, J., Cauthorne, C. G., & Rada, R. T. (1980). Cinderella syndrome: children who simulate neglect. *Am. J. Psychiatry*, 137: 1223-1225.
- Goodwin, J., Sahd, D., & Rada R. T. (1978). Incest hoax: false accusations, false denials. *Bull. Am. Acad. Psychiatry Law*, 6: 269-276.
- Green, A. H. (1986). True and false allegations of sexual abuse in child custody disputes. *J. Am. Acad. Child Psychiatry*, 25: 449-456.
- Healy, W., & Healy, M. T. (1915). *Pathological Lying, Accusation, and Swindling: A Study in Forensic Psychology*. Boston: Little, Brown.
- Horner, T. M., Guyer, M. J., & Kalter, N. M. (1992). Prediction, prevention, and clinical expertise in child custody cases in which allegations of child sexual abuse have been made. *Family Law Quarterly*, 26: 141-170.

- Johnson, M. K. & Foley, M. A. (1984). Differentiating fact from fantasy: the reliability of children's memory. In: *The Child Witness*, ed. G. S. Goodman. *Journal of Social Issues*, 40: 33-50.
- Jones, D. P. H., & McGraw, J. M. (1987). Reliable and fictitious accounts of sexual abuse to children. *J. Interpersonal Violence*, 2: 27-45.
- Kaplan, S. L., and Kaplan, S. J. (1981). The child's accusation of sexual abuse during a divorce and custody struggle. *Hillside J. Clin. Psychiatry*, 3: 81-95.
- Kenner, W. D. (1988). Letter to the editor: the sex abuse controversy. *J. Amer. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 27: 800.
- Kerns, L. L. (1987). Falsification in the psychiatric history: a differential diagnosis. *Psychiatry*, 49: 13-17.
- Kohut, H. (1966). Forms and transformations of narcissism. *J. Amer. Psychoanal. Assoc.*, 14: 243-272.
- Kopelman, M. D. (1987). Two types of confabulation. *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry*, 50: 1482-1487.
- Kraepelin, E. (1907). *Clinical Psychiatry*, edited by A. R. Diefendorf. New York: MacMillan.
- Meltzer, H. (1942). The psychological testing of pathological liars. *Nervous Child*, 1: 314-334.
- Mikkelsen, E. J., Gutheil, T. G., & Emens, M. (1992). False sexual-abuse allegations by children and adolescents: contextual factors and clinical subtypes. *Am. J. Psychotherapy*, 46: 556-570.
- Myers, J. E. B., Bays, J., Becker, J., Berliner, L., Corwin, D., & Saywitz, K. (1989). Expert testimony in child sexual abuse litigation. *Nebraska Law Review*. 68: 1-145.
- Nurcombe, B. (1986). The child as witness: competency and credibility. *J. Am. Acad. Child Psychiatry*, 25: 473-480.
- Nurcombe, B., and Unützer, U. (1991). The ritual abuse of children: clinical features and diagnostic reasoning." *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 30: 272-276.
- Peters, J. (1976). Children who are victims of sexual assault and the psychology of offenders. *Amer. J. Psychother.*, 30: 398-421.

- Piaget, J. (1965). *The Moral Judgement of the Child*. London: Routledge and Kegan Paul, pp. 135-194.
- Quinn, K. M. (1986). Competency to be a witness: a major child forensic issue. *J. Am. Acad. Psychiatry and the Law*, 14: 311-321.
- Quinn, K. M. (1988). Children and deception. In: *Clinical Assessment of Malingering and Deception*, ed. R. Rogers. New York: Guilford Press.
- Quinn, K. M. (1992). The child witness. In: *Clinical Handbook of Child Psychiatry and the Law*, eds. D. H. Schetky & E. P. Benedek. Baltimore: Williams & Wilkins.
- Raskin, D. C. & Esplin, P. W. (1991). Assessment of children's statements of sexual abuse. In: *The Suggestibility of Children's Recollections: Implications for Eyewitness Testimony*, ed. J. Doris. Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Raskin, D. C., and Steller, M. (1989). Assessing credibility of allegations of child sexual abuse: polygraph examinations and statement analysis. In: *Criminal Behavior and the Justice System: Psychological Perspectives*, ed. H. Wegener, F. Lösel, J. Haisch. New York: Springer-Verlag.
- Rosenfeld, A. A., Nadelson, C. C., Krieger, M. (1979). Fantasy and reality in patients' reports of incest. *J. Clin. Psychiatry*, 40: 159-164.
- Rush, F. (1980). *The Best Kept Secret*. New York: Prentice Hall.
- Saywitz, K., Goodman, G. S., Nicholas, E., & Moan (1989). Children's memory for a genital examination: implications for child sexual abuse cases. Summarized in Goodman, G. S., & Clarke-Stewart, A., Suggestibility in children's testimony. In: *The Suggestibility of Children's Recollections: Implications for Eyewitness Testimony*, ed. J. Doris. Washington, D.C.: American Psychological Association, 1991.
- Schetky, D. H., and Green, A. H. (1988). *Child Sexual Abuse: A Handbook for Health Care and Legal Professionals*. New York: Brunner/Mazel.
- Schuman, D. C. (1986). False accusations of physical and sexual abuse. *Bull. Am. Acad. Psychiatry Law*, 14: 5-21.

- Schuman, D. C. (1987). Psychodynamics of exaggerated accusations: positive feedback in family systems. *Psychiatr. Annals*, 17: 242-247.
- Selling, L. (1942). The psychiatric aspects of the pathological liar. *Nervous Child*, 1:335-350.
- Sgroi, S. M., ed. (1982). *Handbook of Clinical Intervention in Child Sexual Abuse*. Lexington, Mass.: Lexington Books.
- Summit, R. C. (1983). The child sexual abuse accommodation syndrome. *Child Abuse & Neglect*, 7: 177-193.
- Terr, L. C. (1986). The child psychiatrist and the child witness: traveling companions by necessity if not by design. *J. Am. Acad. Child Psychiatry*, 25: 462-472.
- Terr, L. (1990). *Too Scared to Cry: Psychic Trauma in Childhood*. New York: Harper & Row.
- Terr, L. C. (1991). Childhood traumas: an outline and overview. *Am. J. Psychiatry*, 148: 10-20.
- Yates, A., & Musty, T. (1988). Preschool children's erroneous allegations of sexual molestation. *Am. J. Psychiatry*, 145: 989-992.