

# **Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria**

Nº 22

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA  
DE PSIQUIATRIA DA INFÂNCIA E DA ADOLESCÊNCIA



**DIRECTOR**

Maria Luís Borges de Castro

**COMISSÃO REDACTORIAL**

Augusto Carreira

Cristina Marques

Fernando Santos

Luísa Veiga

Maria Antónia Silva

Maria Goretti Dias

Pedro Pires

Raquel Quelhas Lima

**CONSELHO DE REDACÇÃO**

Beatriz Pena

Celeste Malpique

Emílio Salgueiro

José Ferronha

Luís Simões Ferreira

Lurdes Carvalho Santos

Maria Alfredina Guerra e Paz

Maria José Gonçalves

Maria José Vidigal

Orlando Fialho

**EDITOR**

Associação Portuguesa de Psiquiatria da  
Infância e da Adolescência (APPIA)

**CORRESPONDÊNCIA**

Secretariado

Margarida Matos Moura

Av. do Brasil, 53 – 1700 Lisboa

Clínica Infantil – Pavilhão 25

Tel./Fax: 21 793 43 41

E-mail: appia@sapo.pt

**FOTOCOMPOSIÇÃO E PAGINAÇÃO**

ISPA – Instituto Superior de Psicologia Aplicada

## Editorial

*Augusto Carreira* p. 5

**ARTIGOS**

Depressão mascarada e luto na infância

*Ana Rita Maranga* p. 7

Histórias de árvores e suas ligações  
a histórias de traumatismo

*Clara Castilho* p. 17

Interventions en groupe et de groupe  
avec les enfants et les adolescents

*François Sacco* p. 35

A transmissão transgeracional do  
traumatismo

*Maria José Gonçalves  
& Arlete Correia* p. 51

Comentários à Conferência de  
François Sacco

*Maria José Vidigal* p. 65

“Ser ou não ser... o que ser? enlouquecer?”.

O processo de adolescência face à  
impossibilidade de individuação –  
A propósito de um caso clínico

*Nuno Farela Neves, Otilia Queirós,  
& Dulce Soeiro* p. 75

O trauma e o luto a propósito de um caso  
clínico

*Paula Vilarica  
& Pedro Caldeira da Silva* p. 83

Normas de Publicação p. 97



A Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria (R.P.P.) tem procurado ao longo dos anos, incentivar um diálogo fecundo com áreas afins da Pedopsiquiatria, propósito aliás enunciado no Editorial de nº 1 da Revista por Coimbra de Matos, já lá vão dezassete anos.

De igual modo, também o Colóquio da R.P.P. iniciado em 1995 se tem renovado, numa procura incessante de novos caminhos e contribuições que alarguem o horizonte da nossa compreensão sobre o processo desenvolvutivo da criança e das suas interações com o meio circundante.

E se a diversidade de temas que compõem o presente número atesta a fecundidade do diálogo que prosseguimos, também a temática escolhida para o próximo Colóquio da R.P.P. a 20 de Abril “GENES e AMBIENTE – NOVAS INTERACÇÕES”, comprova a persistência dos nossos desígnios.

O interesse pela Revista e o número crescente de participantes nos Colóquios, continuarão a ser para todos nós um importante estímulo.



# DEPRESSÃO MASCARADA E LUTO NA INFÂNCIA

---

Ana Rita Maranga \*

## RESUMO

*A sinalização de quadros depressivos na infância nem sempre constitui uma tarefa óbvia para os vários intervenientes sociais, sobretudo quando aqueles se manifestam sob a máscara de outros sintomas. Através da apresentação de uma experiência clínica, ilustramos um caso de depressão infantil mascarada na fase da latência, associado ao contacto da criança com o processo de luto da mãe e marcado por uma forte ansiedade de separação relativamente à mesma; ao mesmo tempo descrevemos as dificuldades da criança em vivenciar/elaborar o seu próprio processo de luto nestas condições.*

*Palavras-chave:* Ansiedade de separação. Depressão infantil. Luto.

## INTRODUÇÃO

A depressão na infância manifesta-se frequentemente de forma diferente da depressão nos adultos (J.C. Arfouilloux, 2000). Não raramente, os quadros depressivos das crianças surgem mascarados por um conjunto de sintomas, entre os quais comportamentos agressivos, dificuldades de concentração e aprendizagem, associadas ou não a uma certa hiperactividade, excessiva jovialidade, ansiedade de separação, queixas psicossomáticas, enurese e eventuais comportamentos (pré)delinquentes, o que poderá dificultar a sua sinalização, nomeadamente por parte da família e professores.

Uma visão de certo modo idealizada da infância pela sociedade pode também contribuir para que a depressão infantil não seja tão facilmente

---

\* Psicóloga Clínica. Actualmente “stay-home mom” (mãe a tempo inteiro em casa a cuidar dos filhos) nos E.U.A. E-mail: rita.maranga@gmail.com.

identificada, uma vez que a ideia do sofrimento psíquico na infância tende a ser algo perturbadora. Como diria João dos Santos (J. Santos, 1990), a recusa do adulto em reconhecer a tristeza da criança poderá corresponder à recusa daquele em reconhecer a sua própria tristeza infantil e/ou actual. Por outro lado, ao contrário do que se passa frequentemente com os adultos, não é fácil para uma criança exprimir verbalmente o seu sentir, o que poderá conduzir a que se confundam quadros depressivos com outras situações, desvalorizando-se, assim, o sofrimento psíquico em causa da criança.

Encontramos em determinados contextos médicos alguma falta de preparação/confiança para o estabelecimento do diagnóstico de depressão infantil, explicada, em parte, pela tendência a aplicar directamente os conceitos bem definidos da depressão dos adultos ao diagnosticar da depressão na criança, sem levar em linha de conta as diferenças entre ambos (M. Rutter, C.E. Izard, & P.B. Read, 1986).

Os profissionais de saúde mental dispõem, à partida, de meios que lhes permitem mais facilmente aceder ao mundo interior das crianças, a partir dos sinais “manifestos” que evidenciam. Frequentemente, as crianças chegam as consultas de Psicologia/Pedopsiquiatria a propósito de determinadas queixas de “comportamento”, “somáticas” ou de “aprendizagem”, as quais vêm mais tarde a revelar uma depressão mascarada.

Os quadros depressivos na infância tendem a afectar negativamente a relação da criança consigo mesma, com a família e os seus pares, bem como o amadurecimento social e a aprendizagem escolar e da vida em geral. A sua sinalização precoce é, assim, vital para a promoção de uma maior saúde mental infantil.

Neste artigo, através da apresentação de uma experiência clínica, ilustramos um caso de depressão infantil mascarada na fase da latência, associado ao contacto da criança com o processo de luto da sua mãe e marcado por uma forte ansiedade de separação relativamente à mesma, ao mesmo tempo que descrevemos as dificuldades da criança vivenciar/elaborar o seu próprio processo de luto nestas condições.

## CASO CLÍNICO

### *Enquadramento geral/motivo da consulta*

B (sexo feminino, 8 anos) é uma criança que acompanhei semanalmente, durante cerca de 6 meses, há uns anos atrás, em consulta externa no estágio académico da Unidade de Pedopsiquiatria do Hospital de Santa Maria. B frequentava na altura o terceiro ano do ciclo básico.

Os pais recorrem à consulta de Psicologia a conselho da médica de clínica geral da mãe de B. Esta diz preocupar-se com o medo manifestado pela filha em ir para a escola e os seus frequentes enjoos, vômitos e diarreia, aparentemente sem causa “médica”, ocorridos nomeadamente quando vai para a escola. Segundo a mãe, estes sintomas teriam surgido há mais de dois anos.

A mãe de B apresenta-se na consulta vestida de preto e carregando um semblante deprimido. Encontra-se há cerca de três de anos num processo de luto pela morte do seu pai, investido de forte idealização da sua parte. Os sintomas de B por si identificados teriam surgido algum tempo depois da mãe de B ter iniciado o seu processo de luto.

### *Observações clínicas e discussão psicopatológica*

O *contacto* com B é fácil. Sinto-a como uma criança muito sedutora, cujo olhar exprime afeição de relação e procura de um espelho que reflecta afecto e consideração positiva. É, no entanto, prudente. Numa das primeiras sessões fala da terra da mãe que tanto idealiza dizendo, entre outras coisas, que uma vaca já a deitou ao chão em pequena e que agora só se aproxima das mansinhas. Associo o que me diz as desilusões relacionais que já teve e ao seu medo que eu não seja “mansinha” com ela.

Procurei funcionar na relação com B como um objecto narcisante, contentor e afectuoso. Penso terem existido movimentos transferências positivos e uma procura de identificação de B com a psicóloga.

O medo manifestado por B em ir para a escola (a qual representa o terceiro elemento, promotor da consciencialização de que a criança é um ser separado do objecto materno) encontra-se associado ao medo de se separar da mãe, a sua *ansiedade de separação* relativamente a esta, é a antecipação de cenários catastróficos daí resultantes (para a existência de ambas), o que estará, em parte, relacionado com uma regressão às necessidades de dependência que ficaram por resolver, e que também noto na sua relação comigo. A meio da terapia, B faz um desenho no qual um bebé ao colo diz “quero a mãe”. É como se a sua dificuldade de se desligar do objecto materno estivesse intimamente relacionada com a sua necessidade de se ligar verdadeiramente ao mesmo. Quando abordamos o tema da angústia que a separação da mãe lhe traz, B diz que chora porque gostava que a mãe não se fosse embora e que ficasse consigo sempre, o que associo aos fantasmas de morte do objecto materno de B. Apesar de ter negligenciado algumas das suas funções maternas, por via do seu luto, a mãe de B é “poupada de queixas” por parte de B, sendo estas antes dirigidas às professoras, as quais sabemos associarem-se funções maternas. Numa sessão

avançada, B conta que no final do ano lectivo a professora chorou porque os meninos de 10 anos não iriam regressar no ano seguinte e que então todos trocaram números de telefone e que quando tiver 10 anos também vai dar o seu número à “psicóloga”. Trocamos olhares e sorrimos com o lapso de B. Esta logo corrige “à Elsa”. Falamos de separações e da nossa em particular. Aos poucos sinto que B vai elaborando um pouco melhor as mesmas.

A *percepção da fragilidade do objecto materno*, de quem depende para viver, terá colocado a B alguns obstáculos à possibilidade de ser plenamente criança em certos momentos, com uma certa inversão nos papéis de mãe e filha, por sentir que a mãe precisava de ser ajudada. B mostra-se interessada em perceber a diferença entre os psicólogos de crianças e os de adultos. Associo o que me diz à ajuda que talvez pense que a mãe precisa para se sentir menos triste e, logo, mais disponível para cuidar de B e inclusive brincar com ela. Aquela percepção ter-se-á provavelmente intensificado com a escuridão exteriorizada pela mãe a vários níveis, com a qual B tem manifestamente dificuldades em lidar. B diz-me a certa altura que gostava de saber porque é que quando as pessoas morrem as outras se vestem de preto.

No Dia do Pai, B diz que o pai da sua professora já morreu e que o seu avô também. Baixa os olhos e fica em silêncio, após o que comenta “e desde aí fiquei assim”. Conta que se davam muito bem e que quando viu o avô morto chorou muito. Diz que gostava muito deste e que, por vezes, vai ver as fotografias do mesmo, acrescentando que quando pressente que a mãe se aproxima fecha o álbum “porque senão ela chora”. É claro o esforço que faz para proteger a mãe frágil. Em virtude de lutos não suficientemente elaborados, a mãe de B acabou por se ausentar, de certo modo, da sua função contentora, deixando B com uma série de conteúdos psíquicos um pouco pesados para pensar sozinha. As próprias necessidades de B fazer o *luto pela morte do avô* ficam também relegadas para segundo plano. Conta que quando o avô morreu ficou triste e que um primo lhe disse para não chorar. Comento que faz bem chorar quando estamos tristes. B diz que se chorar a mãe chora também. Digo que é natural a mãe, às vezes, chorar um bocadinho e que tal até lhe faz bem e que B não tem de estar sempre a pensar que tem de cuidar da mãe. Pergunta “Ah, não?” Respondo-lhe “não, os pais é que têm de cuidar dos filhos”. Fico a pensar que o que lhe disse lhe fez sentido pelo silêncio que se fez em seguida.

Um tema recorrente ao longo das consultas prende-se com a *morte*, o que relaciono com a necessidade que tem de elaborar as mortes que ocorreram na realidade, o avô materno e a avó paterna (há mais tempo atrás), e as angústias associadas aos fantasmas de morte dos próprios pais. Exemplos: numa consulta mostra-me o boneco *tamagoshi* que traz pendurado num fio ao peito e com um

ar muito sério diz-me que ele já morreu várias vezes; noutra consulta fala da visita de estudo que fez com a escola a uma exposição de “animais mortos” (embalsamados); numa outra sessão conta que o tio da terra lhe disse que há uma montanha lá que quem sobe já não desce e que se encontram por lá muitos esqueletos e noutra ainda que quando foi à terra o primo contou-lhe que o cão da tia tinha comido o gatinho dele, acrescentando que o primo ficou muito triste. Em todas estas partilhas senti que B procurava um *continente* que pudesse receber estes *conteúdos* pesados e os devolvesse de forma integradora e não ameaçadora, o que procurei fazer. B diz que, por vezes, tem saudades do avô e que, nessas alturas, pensa, fala ou sonha com ele. Procuro perceber como tal é sentido e B responde que se lembra das brincadeiras deles e que imagina que conversam e brincam. Comento que apesar de B e o avô se terem separado, este continua no coração e nas recordações de B, que o nosso coração é muito grande e que nele cabem as recordações de todas as pessoas de quem gostamos. B desenha corações enquanto falamos.

Ao mesmo tempo que procura proteger a mãe frágil, B não se permite ou não lhe é permitido o acesso à elaboração das suas próprias *vivências depressivas*. Numa consulta, B fez um desenho que dizia “era uma vez uma menina que ia para casa e resolveu apanhar uma flor para levar porque lá em casa havia uma flor morta e ela quis levar uma flor viva para enfeitar a casa”. A necessidade de alegrar e colorir a casa parece corresponder à dificuldade de viver e pensar a sua tristeza. B diz que além de veterinária também gostava de ser pintora, que já em pequena gostava muito de pintar. Pergunto “o que é que gostas mais de pintar?”. Responde “talvez casas, não sei”... Iremos elaborar um pouco este tema ao longo das sessões. B mostra-se capaz de verbalizar algumas das suas dificuldades e conflitos.

B parece não saber se gostam suficientemente de si para poder estar triste, para poder viver a sua tristeza, o que estará provavelmente relacionado com o *excesso de jovialidade* que procura transmitir. A insegurança relativamente ao amor que os objectos parentais lhe têm, reflecte-se na sua necessidade de se mostrar “engraçadinha” por forma a obter o seu afecto, como se sentisse que só pode ser amada se for boazinha e engraçadinha. Por outro lado, o agir desta forma permite-lhe fugir de vivências depressivas. De vez em quando falo um pouco com a mãe de B. Numa sessão mais avançada na terapia, na qual B pediu para estar presente, a mãe comenta que quando se separam e B chora, “as outras pessoas até hão-de pensar que eu sou a culpada”. Comento que, às vezes, as crianças estão tristes. Diz logo B que “os filhos também podem estar tristes”. Comento “não são só os pais”. Falamos um pouco do luto da mãe de B. No final da sessão, esta diz que se calhar vai tirar o luto dentro de poucos meses.

B grita “aleluia!”. A mãe sorri e pergunta-lhe que cor gostava que vestisse e B responde “cor-de-rosa”, como se acreditasse que tal resultaria numa maior satisfação e disponibilidade afectiva da mãe para cuidar de si.

Encontramos em B uma *fragilidade narcísica*. B mostra-se insegura quanto ao afecto dos pais, professoras e colegas. A mesma insegurança surge em diversas sessões com a psicóloga. B conta que, por vezes, os colegas não querem brincar com ela e que se tivesse uma varinha mágica tornava-se invisível e transformava os colegas em crocodilos e “depois voltava a pô-los normais”. Comento “fazias-lhes uma partida como, se calhar, sentes que eles às vezes te fazem a ti”. B fica em silêncio. Penso que B está a falar da agressividade que, por vezes, sente e com a qual lhe é difícil lidar, por receio de retaliação do objecto. Conta que os cães lá da terra sentem ciúmes quando B dá atenção aos gatos. Comento “eles sentem ciúmes, embora tu gostes de todos, dos cães e dos gatos”. Associo o que me diz aos ciúmes que sentira dos pais, dos colegas e dos meninos que vejo nas consultas para além dela.

B encontra-se neste momento às voltas com as questões da *sexualidade*, a dos seus pais e a sua em particular. B revela um sentimento de *ciúme*, característico do *conflito edipiano*, face ao envolvimento amoroso dos pais, o qual se relaciona com a privação de um afecto que deseja. B mostra algum receio em ser descoberta nestes sentimentos e alguma culpabilidade associada aos mesmos. Numa sessão, B desenha uma “cama de casal dos meus pais” e uma mesinha de cabeceira com gavetas, um candeeiro e uma fotografia numa moldura. Sobre esta diz “é uma que o meu pai tem minha... não, que ele tem da minha mãe”. Associo o desenho das gavetas (em que guarda o seu diário) ao seu desejo de ter um espaço junto dos pais e de não se ver privada do amor da mãe de que tanto necessita. B revelou diversas vezes inquietações relacionadas com o “barulho” vindo do exterior do consultório, as quais poderão associar-se à percepção que tem do envolvimento amoroso íntimo dos pais no quarto, bem como ao medo da sua própria privacidade poder ser invadida e dos segredos não serem guardados/contidos. B tem presente a noção de que a vida amorosa íntima dos pais deve estar vedada às crianças, uma espécie de segredo que deve ser respeitado, tal como ela também tem os seus segredos, como quando brinca aos pais e às mães ou as “apalpadelas” com o amigo da rua, segredos que são importantes para o desenvolvimento da fantasia e do seu mundo interior. Num desenho, faz uma linha fechada a circundar a cama dos pais e comenta “são cortinas”. Tal como a mãe tem um “namorado”, B também quer ter um. Pergunta “e quando é que eu vou ter?”. Respondo que isso acontece de um momento para o outro quando não se está à espera e que tal tanto pode acontecer amanhã como daqui a mais um tempo. B diz que gosta muito dos

Excesso. Cora um pouco e comenta que “eles são muit’ a giros”. Ambas sorrimos. B parece aliviada.

B apresenta momentos de *agitação e inquietação*, os quais têm vindo a tornar-se menos frequentes, que associo à sua dificuldade em lidar com as suas inquietações, angústias e vivências depressivas e à sua procura de uma tranquilidade e de um espaço para reflexão.

Em determinados momentos mais difíceis, a *idealização* dos objectos permite à criança uma certa sobrevivência. No caso de B, é notória a idealização que faz quer do avô materno, falecido há cerca de três anos, quer da “terra” onde costuma passar as férias.

B manifesta através de alguns *sintomas psicossomáticos*, como é o caso dos “enjoos, vômitos e diarreia”, o sofrimento depressivo que não lhe é possível exprimir a nível afectivo e ideativo, o que revela a sua necessidade de um objecto contentor e pensante que a ajude a pensar as suas dores e o significado daqueles sintomas e, assim, a ajude a desenvolver o seu aparelho de pensar. A ideia que partilhei com B sobre o corpo também falar à sua maneira (C. Matos, 2001) parece ter-lhe feito algum sentido. Para o final da terapia percebo que quando lhe acontece vomitar, nomeadamente quando vai para a escola, o que tem acontecido progressivamente menos vezes, vai relacionando de forma um pouco mais espontânea com coisas do seu sentir afectivo e não físico.

O jogo das cores acompanhou-nos ao longo das sessões como forma de facilitar associações com o sentir de B. Numa sessão, levanta-se trazendo consigo um bocado de plasticina e senta-se ao pé da psicóloga. Comenta que não sabe bem que cor é a da plasticina. Vejo com ela que é um bocado de plasticina que nasceu de dois pedaços de cores diferentes. Exclama “que giro!” Pego nas canetas de feltro e comento que se podem fazer várias experiências com as cores das mesmas. B mostra-se entusiasmada. B descobre várias combinações e comenta que é “giro” brincar com as cores. Falamos das cores e do que elas sugerem.

A *relação terapêutica* foi-se construindo ao longo das sessões. A propósito do livro “O teu psicólogo”, B comenta que a criança mostrou os segredos e o psicólogo não o fez. Comento que talvez a criança tenha alguma curiosidade em saber coisas do seu psicólogo. Associo a sua observação à curiosidade que desperto nela e ao desejo de termos uma relação mais próxima. B pergunta se os outros meninos que vejo também brincam e/ou desenham. Fico a pensar na insegurança de B sobre se me lembraria dela fora das nossas sessões, quando estou com as outras crianças, e no desejo de exclusividade que terá. Penso no significado que terão os abraços que me dá ao pé da mãe na sala de espera. Numa sessão, B explora a caixa sem se deter em qualquer brinquedo, olha

várias vezes para o relógio e explora a sala de modo inquieto. Comento que talvez me quisesse falar de alguma coisa e sugiro que se sente ao pé de mim. Num pulo faz o que lhe digo. Penso que me está a dizer que tem muitas coisas para falar, mas que precisa de tempo para o fazer. Noutra sessão, explica que olha para o relógio muitas vezes, pois não se quer ir embora. Numa sessão mais avançada, senta-se na “cadeira maior” atrás da secretaria onde nunca nos sentamos e pede se pode escrever numa ficha. Concordo. Pergunta “aqui escreve-se o nome da criança não é?” e B escreve aí o seu nome completo. No local onde diz “médico” escreve “Rita”. Pede-me se pode usar uma folha de bloco e escreve “número de telefone da Rita”. Diz surpreendida que se enganou, que queria escrever “B” e escreve o seu nome e número de telefone. Penso que B quer assegurar-se que me pode contactar e que se eu quiser fazer o mesmo saberei como. B fez um desenho, cuja história era “Era uma vez uma menina que ia para casa e viu uma árvore e (...) sentou-se lá e era fresquinho. Fim”. Associo o que me diz a estar tranquila ali na sessão e às dificuldades que, por vezes, existem lá em casa. Num outro desenho escreve “Rita gosto de si”. Digo que também gosto muito de B.

Numa sessão próxima do final da terapia o nosso *Jogo da Fantasia* resultou na seguinte história. Desenho um barco e uma ligeira ondulação. B desenha um leme e uma menina e diz “era uma vez uma menina que sabia nadar, mas mesmo assim ia-se afundando”. Desenho então a menina a cair à água. B desenha um golfinho e diz “mas veio um golfinho e salvou-a”. Desenho a menina “às cavalitas daquele”. B diz que “o golfinho voltou a pôr a menina no barco e depois foi-se embora”. Comento que o golfinho ficou, no entanto, no coração da menina e a menina no do golfinho. B comenta “é onde ficam as pessoas que gostamos e temos saudades”. Concordo com ela. B diz que “um menino ia a passar noutra barco e viu a menina e eles apaixonaram-se, e ela aceitou o balão e a flor que ele lhe deu”. Desenho o barco do menino e o leme e B desenha o resto. Comento que ambos se sentiam muito felizes. B diz “depois, o menino foi-se embora, porque só tinha dito à mãe que ia à praia e depois ia logo para casa, mas aos 14 anos encontraram-se outra vez, casaram-se e viveram felizes para sempre”, acrescentando que ambos se haviam conhecido aos 6 anos. Comento que esta foi uma história de salvamentos e de amor. B responde “pois foi!”. B tem-se mostrado progressivamente mais capaz de elaborar as suas ansiedades e receios.

## CONCLUSÃO

Verificamos que B refine um conjunto de sintomas característicos de uma depressão mascarada. Assim, a par de fragilidades ao nível da auto-estima,

tristeza, pessimismo, sentimento acentuado de culpa, falta de entusiasmo alguma falta de apetite e pensamentos frequentemente relacionados com a morte, B apresenta uma excessiva jovialidade, associada a uma certa hiperactividade, dificuldade de concentração e queixas psicossomáticas. Este quadro é agravado pela presença de uma forte ansiedade de separação, sobretudo evidente na relação com a mãe, e pela dificuldade em elaborar o luto decorrente da morte do avô materno com o qual mantinha uma relação próxima e significativa.

## BIBLIOGRAFIA

- Arfouilloux, J.C. (2000). L'état dépressif chez l'enfant. In *L'enfant, ses parents et le psychanalyste* (pp. 757-771, 1st ed.). Paris: Bayard Compact.
- Santos, J. (1990). *Eu agora quero-me ir embora*. Lisboa: Assírio & Alvim.
- Rutter M., Izard C.E., & Read P.B (1986). *Depression in young people: Developmental and clinical perspectives*. New York: Guildford Press.
- Matos, C.A. (2001). Dimensão da depressividade no adoecer somático. In *A depressão* (pp. 62-66, 1st ed.). Lisboa: Climepsi.

## ABSTRACT

*The identification of depressive disorders in childhood is not always obvious for the various social participants, especially when those manifest themselves under the mask of other symptoms. Through the presentation of a clinical experience, we illustrate a case of masked child depression, in the latency phase, associated to the child's contact with her mother's mourning process, and marked by an intense separation anxiety regarding the mother. Simultaneously, we present the child's difficulties in experiencing/elaborating her own mourning process in these conditions.*

*Key words:* Child depression. Mourning process. Separation anxiety.



# INTERVENTIONS EN GROUPE ET DE GROUPE AVEC LES ENFANTS ET LES ADOLESCENTS

---

François Sacco \*

## RESUME

*Le travail psychanalytique avec l'enfant et l'adolescent à nécessité la mise à l'œuvre de nouveaux dispositifs du cadre psychanalytique en particulier des dispositifs groupaux et psychodramatiques.*

*L'auteur se propose dans cet article d'envisager en particulier la pratique du psychodrame dans sa forme individuelle et dans sa forme groupale en institution de soins pour enfants et adolescents, en précisant les différentes techniques, les indications et le processus psychanalytique envisagé.*

*Le titre de l'article: "Interventions en groupe et de groupe avec les enfants et les adolescents" souligne combien il est techniquement utile de différencier les pratiques psychothérapeutiques en groupe et de groupe ainsi que la différence entre interventions et interprétations du psychodramatiste.*

*Un aspect particulier de la technique est mis en évidence: Le psychodrame doit il être conduit par un ou plusieurs thérapeutes? Monothérapie ou cothérapie?*

*Bien entendu les aspects institutionnels sont mentionnés et envisagés comme facilitateurs et limites de ces pratiques de soin.*

## INTRODUCTION

Nous avons souvent discuté dans les confrontations cliniques sur les interprétations et interventions à faire dans les groupes.

Cela ne dépendait pas de la clinique de l'âge des participants, mais des hypothèses théoriques des thérapeutes et de la structure de l'institution de leurs

---

\* Psiquiatra, Psicanalista.

pratiques parce que la pratique psychanalytique nous enseigne que le processus psychique n'est pas séparable de son cadre d'émergence et que la fonction interprétative du psychothérapeute est à la fois, la proposition du dispositif du cadre comme condition de l'analysabilité et la construction de l'objet analytique qui s'y instaure, nous sommes amenés à envisager l'institution comme objet pensable, le mettre au travail, le confronter avec les concepts fondamentaux de la psychanalyse et inventer le dispositif d'analyse et de soins.

Penser l'institution de soins, ne sera pas aujourd'hui mon propos, cependant rappelons quelques éléments à prendre en considération, dès que des psychanalystes interviennent en son sein.

Notons d'abord que le travail en institution mettra à jour ce qui demeure d'insuffisamment désexualisé dans les liens intersubjectifs. René Kaës nous invite à revenir sur la question des restes de transfert insuffisamment analysés et qui poursuivent leur destin dans les groupes et les institutions; restes qui peuvent prendre valeur de déchets, ou encore de ce qui résiste. Ces effets sont redoutés, car le plus souvent agis dans les groupes et l'Institution.

Dès que nous proposons une psychothérapie de groupe d'enfants ou d'adolescents pouvons-nous affirmer d'être toujours dans un cadre qui permet un travail psychanalytique?

Par exemple: quand doit-on envisager une psychothérapie, individuelle, familiale, de groupe ou en groupe?

On parle depuis longtemps de nouveaux contextes culturels et nous devons constater que dans la pratique psychothérapique, nous avons à faire aujourd'hui, plus à l'impossible qu'à l'interdit. Or si de l'interdit nous avons une longue pratique théorique et clinique du constructif et dévastateur du Surmoi archaïque, qu'en est-il de l'impossible où nous allons retrouver le sans traces, l'avant de la parole, le traumatique?

C'est bien ce qui est en question aujourd'hui.

Si nous adoptons ce point de vue, nous aurons sûrement à reconsidérer les théories de la pratique clinique en cours, car il ne s'agira plus seulement d'une recherche sur la diversification du mode d'intervention du psychothérapeute, mais d'une recherche sur les buts de sa pratique, qui se donne comme finalité, la capacité pour les enfants et les adolescents d'inventer d'autres modalités relationnelles. La question du soin se pose, ainsi que son corollaire la guérison.

Un tel projet peut nous amener à faire un bilan de notre pratique.

Commençons par faire un bref rappel: **la question du cadre de notre intervention.**

Dans la théorie psychanalytique, Freud n'a jamais parlé du cadre et ses successeurs ont envisagé cette question dans les problèmes de la technique, jusqu'aux années 70.

Pour simplifier, disons que dans l'évolution de la théorie psychanalytique, à la psychanalyse de la constitution de l'intrapsychique c'est progressivement ajouté la théorie de la relation d'objet qui va conduire à l'inter-psychique et plus tard à l'intersubjectif. C'est bien avec Mélanie Klein, que la question du cadre prendra toute sa dimension car elle accomplit une véritable révolution en proposant son modèle de psychanalyse d'enfant. Rappelons simplement comment en introduisant le matériel du jeu et l'activité de personnification, elle introduit la perception et le mouvement comme matériel possible de la séance, comme substituts possibles de la parole aidant ainsi l'analyste à adopter un dispositif du cadre qui convienne à une telle pratique et de permettre à l'enfant et à l'adolescent de découvrir, saisir en cours de route, de symboliser, ce qui est trouvé dans la séance.

Tout cadre définit un champ, où s'actualise la dynamique du transfert-contretransfert. On voit bien que cadre construction et intégration deviennent dans la pratique actuelle indissociable. Cela est déjà ancien et visible chez Mélanie Klein, comme je l'ai déjà indiqué, dont l'approche théorique a permis la formation d'un modèle théâtral de la psyché, apte à rendre compte d'évènements qui ont lieu "dans des espaces internes et qui viennent modifier ainsi le précédent modèle freudien, axé sur la reconstruction (des faits historiques)". Le transfert peut être observé, la relation actuelle est éclairée par la compréhension des identifications projectives, compréhension qui enrichit celle du contre-transfert.

Nous devrions parler de Winnicott qui a été très attentif à l'environnement dans l'étiopathogénèse des troubles de la personnalité. Ce que cet auteur met en avant, c'est l'objet en tant qu'objet extérieur distinct du sujet. Il s'ensuit une technique différente inductrice de régression avec aménagement, d'où l'importance du dispositif, le cadre.

Donc il faut envisager aujourd'hui, que tout travail psychothérapique doive se faire en rapport au cadre interne préexistant chez le patient, d'où toute l'importance que nous donnons à la consultation. Bien entendu nous parlons de cadre interne et de dispositif les aménagements pratiques que le thérapeute introduit en fonctions des défaillances du cadre interne des enfants.

#### **À qui sommes-nous confrontés aujourd'hui?**

Pour simplifier mon propos je vais me référer à ma pratique de psychiatre en institution: un CMPP.

Je ne vais pas m'attarder sur la question si importante de l'Institutionnel, dont le fonctionnement conditionne toute pratique psychothérapique; notons simplement que tout enfant qui se présente à une consultation psychiatrique est toujours aussi l'expression d'un malaise familial.

La consultation mettra en scène l'enfant et le couple des parents, parfois toute la famille. Notons déjà que les parents en faisant cette demande se dépouillent, en partie de leur investissement narcissique pour en parer le psychiatre et pour cela ils nécessitent toute notre attention et notre capacité de soin.

N'oublions pas que la rencontre de l'enfant avec un adulte, peut-être toujours une rencontre menaçante, car il s'agit de la rencontre d'un appareil psychique en développement et un appareil psychique constitué, entre une sexualité en devenir et une sexualité advenue donc rencontre traumatique possible, si par traumatique.

On entend un événement dont l'intensité déborde les moyens de réponse de l'enfant.

Alors quel dispositif du cadre psychothérapique pouvons-nous envisager si le Moi de l'enfant présente une organisation défensive essentiellement projective, agie?

Dans le contexte social actuel, toute consultation psychiatrique peut ouvrir un traumatique, car la pression narcissique est très importante comme je l'ai déjà souligné:

- 1) Pour l'enfant; dévoilement inquiétant d'une insuffisance des parents.
- 2) Pour les parents; l'aveu d'une crainte de l'échec et le renoncement à l'enfant idéal.

Si nous limitons notre propos à ces enfants qui n'ont aucune motivation pour comprendre ce qui se passe en eux, et qu'ils se sentent essentiellement concernés par la situation actuelle, c'est à dire des expériences qui les font souffrir, frustrations échecs, peurs, inhibitions multiples dysfonctionnements familiaux, et extra familiaux, le plus souvent ces enfants montrent des défenses de caractère, des comportements jugés inacceptables par les familles et les milieux institutionnels organisés et ils réduisent le plus souvent l'adulte à une fonction surmoïque archaïque.

Bien entendu l'abord psychothérapique individuel se révèle dans ce cas très difficile sinon impossible.

C'est maintenant que le titre de la conférence proposée va pouvoir être envisagé et développé:

La psychothérapie de groupe pour enfants et adolescents:

- 1) Interventions en groupe
- 2) Interventions de groupe.

J'ai utilisé le **terme intervention au lieu d'interprétation**, car notre participation au processus de groupe rend la forme et le contenu de l'interprétation complexe et seulement ressaisie dans l'après coup, qu'elle peut être envisagée comme interprétation.

Il est plus correct dire; Psychothérapie en groupe et psychothérapie de groupe pour indiquer là la fois le but de la technique et le fondement théorique.

### *La mise en groupe*

Nous connaissons tous l'appétence des enfants pour le groupe des enfants du même âge, qui peut devenir thérapeutique à condition de trouver un dispositif adéquat, capable en présence de l'adulte de faire face à la sidération initiale et à l'agitation collective.

Au préalable, je pense intéressant que des entretiens individuels soient envisagés pour nouer les prémisses d'une alliance positive. Le groupe d'enfants est habituellement hebdomadaire, duré 1 heure, conjointement il serait utile d'envisager un groupe des parents une fois par mois.

Au cours de la première réunion, les consignes seront énoncées, heures rythme, vacances, discrétion, assiduité. Il ne sera pas mis à la disposition des enfants aucun objet traumatisant et nous devons les protéger de tout passage à l'acte dangereux.

### *Conduite des groupes*

#### La cothérapie

Faut-il envisager la conduite du groupe en monothérapie ou en cothérapie?

La monothérapie par symétrie avec la cure psychanalytique a été le plus souvent recommandée; certains auteurs, dans le courant bionien ont même recommandé la monothérapie pour faciliter une expérience plus symétrique entre tous les membres du groupe.

D'autres auteurs ont critiqué la cothérapie par similitude avec le cadre parental, donc une complexification des manifestations transférentielles et contretransférentielles. On voit bien que cette critique soutient que le réel du couple peut favoriser les manifestations défensives de chaque membre du groupe.

Cependant dans la situation groupale, la solitude du psychanalyste peut être particulièrement difficile à tenir en raison de la qualité de certaines émotions et de manifestations, car dans la mise en pratique de toute psychothérapie, le patient peut réagir par une hallucination négative, par des réactions d'étrangeté, des réactions maniaques, des épisodes de dépersonnalisation transitoires, des

comportements violents, des acting et évolutions dangereuses. L'animateur du groupe peut être débordé, car faisant partie du groupe, il sera comme tous les autres participants soumis à une dynamique inconsciente.

Je pense que la cothérapie n'est pas le recours au modèle familial idéal, de réparation, de soutien à des nouvelles identifications secondaires, mais coprésence de deux ou plus d'adultes attelés à l'événement du processus groupal et individuel.

N'oublions pas qu'un groupe thérapeutique est toujours la coprésence d'enfants et adultes, une menace évidente, inquiétante d'une sexualité advenue et une sexualité en devenir, donc champ d'actualisation des traumatismes infantiles présents dans la séduction narcissique et hystérique. Comme l'a bien indiqué Didier Anzieu le groupe constitue "une menace primaire pour l'individu, une menace pour l'unité personnelle en rapport avec une angoisse de morcellement, une mise en question du moi", il ajoute même que le groupe libre provoque une régression au sadisme oral, une angoisse corrélative de perte d'identité personnelle et une recherche compensatoire de fusion avec l'imgo de la bonne mère (p. 87. Le groupe et l'inconscient).

Au début le groupe actualise les parties psychotiques des participants avec menace identitaire, danger meurtrier, danger incestueux, perte des limites et la présence d'un couple cotherapeute peut être une aide insostituible dès lors qu'un cothérapeute peut assumer le rôle de tiers dans la relation thérapeute groupe. Donc mettre en place une cothérapie, il ne s'agit nullement d'une question de commodité, favoriser le transfert sur les deux sexes, faciliter les identifications secondaires aux parents, car l'alliance des deux thérapeutes s'origine dans les manifestations d'angoisse indiquée et qu'à deux, on peut mieux faire face aux manifestations régressives difficilement élaborables.

Bien entendu l'analyse du transfert reste complexe : transfert sur les cothérapeutes, sur le groupe, sur un thérapeute, transfert latéral, cependant ce qui devient essentiel c'est l'analyse intertransférentiel des deux cothérapeutes.

René Kaës a souligné la difficulté, les résistances à la découverte de la pensée de l'autre et justement la cothérapie est bien la découverte: d'abord pensé comme un double, ou identique, et ensuite par la différence, par les divergences de pensée l'occasion de crises du couple des cothérapeutes, dont l'analyse doit permettre une la poursuite du processus psychique groupal.

Sans entrer dans les détails du processus de l'analyse de l'intertransfert, je suis de l'avis de Jeanne Defontaine qui note trois moments:

- 1) Lune de miel: illusion gémellaire, restes de la séduction narcissique. Un fantasme commun anime les deux partenaires, celui de l'engendrement du groupe: plaisir des deux thérapeutes d'être à l'origine du bébé groupe.

2) Découverte de l'altérité: cela indique l'apparition du tiers dans le couple: le groupe. C'est le travail de différenciation dans le couple qui apparaît avec parfois crise et nécessité de dépasser la crise, par un travail d'élaboration commune.

Ce moment d'illusion gémellaire correspond pour le groupe au fantasme d'illusion groupale. Dans l'illusion groupale, l'union se fait aux dépens d'un membre du groupe ou de l'un des deux thérapeutes. Ainsi une imago terrible est projetée et contre laquelle le groupe doit se défendre. Un clivage peut apparaître à l'intérieure du couple, car un des deux thérapeutes devenu imago maternelle, l'autre aura tendance à faire alliance avec le groupe. Ainsi le couple passerait de l'illusion gémellaire à la scène de ménage et le groupe du fantasme de l'illusion groupale au fantasme de casse.

3) Le transfert dans un groupe n'est jamais vraiment névrotique, car les aspects oedipiens coexistent avec les aspects antoedipiens cependant leur fonction est essentiellement défensive.

Cependant la référence oedipienne est très manifeste, suscitée par la présence du couple des cothérapeute, ce qui entraîne une forte activité fantasmatique.

Un exemple clinique pourra illustrer mon propos.

## CLINIQUE

C'est un groupe d'adolescents qui fonctionne depuis un an. À la rentrée des vacances d'été, nous avons introduit un nouveau venu, un adolescent de 16 ans. Un ancien du groupe cherche à capter mon attention, alors que ma collègue s'intéresse au nouveau venu.

Le nouveau se présente et dit qu'il aime les comédies ce qui va permettre à une adolescente reprendre: c'est idiot aimer les comédies, alors qu'un autre ajoute; les italiens font des bonnes comédies au cinéma et il cite: les Monstres.

La discussion continue sur le monstre qui serait né d'une guenon et d'un homme, mais finalement pas un homme mais une banque de sperme; l'histoire d'un couple amoureux devient l'histoire d'une expérience laboratoire, ce qui me fera intervenir en disant que la séparation des vacances et l'arrivée d'un nouveau venu donnait l'occasion au groupe d'exprimer son mécontentement à l'égard du couple des psychothérapeute. Il nous apparut évident contretransférentiellement que le retour des vacances donnait à chacun le plaisir de se retrouver en groupe et simultanément des sentiments agressifs à l'égard des

thérapeutes qui introduisaient un nouveau venu, rédisaient la configuration groupale. En quelque sorte un nouveau groupe, une régression qui redonnait vie à la dynamique des fantasmes de l'illusion groupale et fantasme de casse.

Pourquoi cette interprétation sinon de mobiliser et déplacer les manifestations transférentielles sur les psychothérapeutes et soulager ainsi le nouveau venu de sa place et fonction de bouc émissaire?

### *La monothérapie*

On peut envisager la conduite du groupe par un seul thérapeute, disons même qu'il s'agit de la conduite la plus adaptée par les thérapeutes.

Bien entendu c'est le modèle du cadre psychanalytique classique qui est évoqué. Cependant les multiples travaux cliniques publiés ont favorisé cette pratique.

Codirecteur du CIRPPA (Centre d'information et de Recherche en Psychologie et Psychanalyse appliquée) pendant longtemps avec le docteur Pierre Privat, dont je vous conseille de lire le livre que ce dernier a publié avec Dominique Quèlin-Souligoux, **Travailler avec les groupes d'enfants**, chez Dunod, 2005, nous avons longtemps discuté sur les différents dispositifs proposés aux enfants.

Pour Pierre Privat en particulier, la monothérapie aurait l'avantage de rendre le thérapeute plus disponible, plus créatif et plus à même à la fois pour s'intégrer au groupe pour que le groupe puisse se structurer et simultanément prendre les distances nécessaires pour pouvoir interpréter le matériel groupal.

Peut-il avoir la fonction maternelle contenante et la fonction paternelle surmoïque?

Cela mériterait que nous en discutions.

Peut-il se situer comme copenseur du groupe alors que la différence de génération en présence le situe dans une position intrusive et au mieux séductrice en fonction des niveaux des régressions du groupe?

D'ailleurs ces manifestations régressives, parfois très intenses, peuvent entraîner le thérapeute à des contre attitudes autoritaires ou laxistes qui peuvent conduire le processus groupal dans l'impasse. Comment faire face à cette situation?

Le groupe de contrôle? La cothérapie?

Je vous invite à discuter ces différents points.

Quelles est la position actuelle?

Très pragmatique comme nous le allons le voir.

D'abord un bref retour au titre de la conférence: Interventions en groupe et de groupe avec les enfants et les adolescents?

Il s'agit des psychothérapie de groupe et sans envisager des formes de psychothérapie de groupe en dehors de la formation psychanalytique, comme je l'ai déjà indiqué, on peut envisager; (1) **Psychothérapie en groupe**, dans ce cas l'intervention-interprétation du psychanalyste serait donné individuellement à chaque participants avec le soutien du groupe; cela peut être envisagé dans le psychodrame de groupe avec des patients en fin d'adolescence. (2) **Psychothérapie de groupe** dans ce cas le thérapeute s'attellera à faire naître le groupe comme processus et non seulement comme réunion de plusieurs personnes. Les interprétations seront groupales et seulement lorsque le groupe est assez avancé dans son processus envisager le dosage d'interprétations en groupe et de groupe.

Se réunir une fois par semaine, une heure, telle était l'indication donnée à un groupe d'enfants de 5 à 6 ans, 5 garçons et une fille.

La mise en groupe, au début de l'âge de la latence, nécessite une mise à leur disposition d'un matériel adéquat à leurs possibilité communicatif, car la parole ne contient pas encore une capacité expressive et symbolique suffisante.

Le thérapeute doit assurer l'aide, par la médiation des objets malléables, c'est à dire favoriser un environnement favorable, contenant, souple, indispensable au bon déroulement d'un processus psychothérapique groupale.

Les enfants agités pendant plusieurs séances ne nous permirent pas de nous installer dans les certitudes de l'expérience acquise. Nous assistions et participions à un évènementiel où l'angoisse de la mise en groupe se manifestait par de véritables projections d'éléments persécuteurs; nous ne pouvions que mettre en évidence notre propre malaise, notre propre sentiment d'imprudence d'avoir déclenché des enjeux où la violence et l'agressivité pouvaient se déployer. La petite fille rapidement quittera le groupe sans que sa disparition puisse être vécu comme une perte, une exclusion.

La prégénitalité pulsionnelle se manifestait dans toute sa force, actualisant des fantasmes dont la violence traduisait l'exaltation de la part de haine et d'amour. L'importance des fantasmes passifs féminins ou masochiques, et des fantasmes sadiques correspondants, était telle, que le maintien du cadre de la séance devint notre tâche essentielle. Pas question que les enfants envisagent leurs difficultés avec l'entourage comme source de leur souffrance. La mobilité affective externe fait de la souffrance l'expression d'un état actuel qui nécessite toujours un traitement d'urgence par l'actualisation d'un comportement qui doit régler l'économie libidinale.

Situation traumatique dans laquelle les enfants, confrontés au projet d'une demande inconnue, étaient plongés par des adultes dans un espace où l'on ne pouvait pas distinguer clairement rêve et réalité, sauf par l'agir.

Entre rêve et réalité, entre identification hystérique et identification projective, entre contrainte à symboliser et violence comportementale, c'est bien l'entre-deux qui devra être élaboré, le transitionnel, l'objet médiateur.

Pendant plusieurs séances, nous nous sommes efforcés de maintenir un dispositif psychothérapeutique, un cadre contenant. Chacun était désireux d'attirer notre attention par un accouplement violemment agressif avec d'autres enfants jusqu'à ce que l'un des partenaires soit endommagé. Même comportement à l'égard des cothérapeutes, avec cependant la variante que la brutalité exercée se transformait en un faire face, en une contention. Le champ des la séance, le plus souvent champ de bataille, devint après un certain temps, espace transitionnel, par l'utilisation par les enfants d'objets malléables, capables de porter les variations émotives présentes dans le *hic et nunc*. Ainsi si une fillette disparut rapidement, les garçons s'employèrent à transformer l'espace en un lieu inconnu et étranger. Il fallut du temps avant que les premières formes de figurations apparaissent et ceci, par accouplement: deux dessinaient au tableau, deux dessinaient sur des feuilles blanches, un continuait à maintenir l'agitation.

Activités multiples, par couples, finalisées. Peut-on penser cette organisation en couples des enfants, comme première manifestation du saisissement du Moi en miroir en présence du regard des cothérapeutes? Ces couples constituèrent finalement l'unité groupale, une limite, un extérieur et un intérieur, par projection à l'extérieur des sentiments agressifs.

En effet, devant la crainte que des enfants de l'extérieur de la pièce puissent envahir notre espace, ils dessinèrent un panneau du code de la route qu'ils découpèrent, et ils nous demandèrent d'écrire dessus: "Il est interdit de passer". "Il est interdit de vider les poubelles". Puis ils scotchèrent le panneau à l'extérieur de la porte. Il apparut évident que le groupe, en se constituant, limitait lui-même l'extérieur et l'intérieur. Il définissait les règles, le droit pour se maintenir, et instaurait le lieu de son évolution.

La diversité des activités des enfants s'élargit. On nota un enrichissement de la capacité représentative par le dessin au tableau, mais aussi sur des feuilles mises à leur disposition. Ils proposent des histoires qui vont de celles des "Trois cochons" à l'histoire de chasseurs avec des flèches contre des animaux inventeurs de toutes les armes. Ils nous interpellèrent sans pour autant abandonner leurs tâches, et les séances, progressivement devinrent plus contenant de l'activité imaginative des tous les présents.

Ce qui participa à l'unité du groupe, ce fût l'abandon progressif du recours aux parents réels avant et pendant la séance, et la reconnaissance de ce lieu comme celui où l'on exerce autrement des activités avec des adultes. Le groupe installé dans son territoire explora ainsi ses capacités constitutives représen-

tatives. Nous pouvions constater que l'investissement privilégié du langage moteur, exploration de l'espace et des choses, donnait lieu à un investissement représentatif par des satisfactions médiatisées d'abord par le jeu et autres figurations, puis par la parole.

Par exemple, à une séance durant laquelle tous les enfants ont participé à l'organisation de la table, lieu des activités, un enfant colla contre le mur un dessin qui représente une maison et un arbre de Noël. Puis les enfants découvrent la pâte à modeler, qui fut d'abord source de conflit, puis source de regroupement pour viser ensemble une cible dessinée sur le tableau noir. L'émerveillement des enfants ne fut pas tellement dû au fait que la pâte à modeler restait collée sur le tableau noir en triptyque, mais parce que la partie mobile de celui-ci rabattue, gardait, après forte pression, l'empreinte de la pâte. Cette observation va exalter les enfants qui, à tour de rôle, lanceront des boules de pâte à modeler, et après avoir rabattu la partie mobile, ils se lanceront à corps perdu sur lui, pour regarder l'empreinte exercée.

Ces scènes vont se répéter assez longtemps, comme si, en groupe ils faisaient la redécouverte du jeu du Fort-Da, en le faisant précéder du processus d'emprise. Plusieurs séances furent employées à répéter ce jeu qui réunissait le groupe dans un plaisir commun, et dans la découverte de la nouveauté, tout en isolant le couple des thérapeutes.

L'absence de la cothérapeute à une séance fut l'occasion pour le groupe de manifester sa capacité d'élaboration métaphorique. La séance commença dans un "brouhaha" indescriptible, avec lancement de craies et leur écrasement, mobilisation du téléphone, renversement de tous les objets posés sur la table. Puis l'un d'entre eux, debout sur le radiateur de la pièce, invita les autres à écouter une histoire: un fantôme ridiculisé par tous le jour, viendra la nuit les persécuter avec des cauchemars, ce qui me laissa penser que le groupe élaborait la question de la présence/absence c'est à dire le travail d'élaboration du deuil. J'intervins pour dire: qu'on se demandait si Madame X était disparue par notre faute, ce qui fut nié par le groupe qui en même temps continua les manifestations d'excitation et décharge motrice ne pouvant que provisoirement soulager le groupe de l'apparition d'un fantôme commun persécuteur. Fantasme ridiculisé le jour par tous en groupe, mais devenant persécuteur la nuit, dès lors que chacun aura seul à faire à son espace intrapsychique. Nous le savons bien, le cauchemar est la figurabilité nécessaire pour que condensation et déplacement s'exercent pour accomplir le travail du rêve. Fantôme ridiculisé le jour, tous ensemble, cauchemar la nuit dans la solitude, c'est bien un travail entre le jour et la nuit que chacun était invité à faire avec le psychothérapeute.

Cela nécessita mon intervention pour dire que l'absence de Madame X, avait inquiété chacun d'entre nous et que nous nous demandions qu'est ce que nous avons fait pour qu'elle ne soit pas là.

Une exaltation générale fit suite, avec jet de boules de pâte à modeler et écrasement entre les deux plans du tableau noir, se terminant par la réunion de toutes les boules en un seul tas, en fin de séance.

Lors d'une autre séance, tous les enfants furent absents, sauf un. Celui-ci refusa de jouer, de quitter sa place, dans l'attente anxieuse de l'arrivée des autres. Enfin il prit la pâte à modeler, il en sépara six boules, à notre étonnement, ce qui nous permit six mois après, de réintroduire la fillette éliminée au début du groupe.

A la séance suivante, tous furent présents sauf le premier indiqué; les enfants se réunirent pour parler de l'absent et ensemble ils transformèrent la pâte à modeler en chair à manger, ce qui me permit de dire qu'ensemble on pouvait être moins tristes de l'absence de Julien et qu'il nous rappelait l'absence de Madame X dans les séances précédentes et d'Annie partie après les premières séances.

Le groupe d'abord reconstitué par le jeu par la médiation s'acheminait vers l'élaboration de la représentation de l'absence, et du travail de deuil.

## PSYCHODRAME

Bien entendu nous pouvons envisager d'autres dispositifs de la pratique groupale: par exemple le psychodrame de groupe, très intéressant pour les enfants à la latence et les préadolescents.

L'expérience du psychodrame dans le champ de la clinique psychanalytique est essentiellement française.

Elle débute très tôt dans les années 45/50 et les noms des psychanalystes importants, René Diatkine, Serge Lebovici, Evelyne Kestemberg, Simone Décobert, Didier Anzieu ont enrichi cette pratique par leur apport clinique et théorique.

Sans rentrer dans les détails historiques de cette filiation disons qu'actuellement nous sommes en présence de deux techniques: psychodrame individuel, qui s'adresse à un seul patient, adolescent ou adulte, où le thérapeute est aidé par un groupe de cothérapeutes, et le psychodrame de groupe qui s'adresse aux enfants à l'âge de la latence et aux préadolescents; le groupe est conduit, dans ce cas par un couple de thérapeutes et plus rarement par un seul thérapeute.

Historiquement nous devons citer Moreno, cependant nous devons souligner l'insuffisance de son approche théorique qui s'étaye sur l'efficacité cathartique, l'improvisation dramatique, et le jeu de rôle.

Rappelons que la finalité de la pratique psychanalytique n'est pas la libération de l'individu, enfant, adolescent ou adulte des contraintes sociales, mais la reconnaissance du primat de la réalité psychique.

Le psychodrame de groupe nous apparaît comme une technique privilégiée, car il permet aux psychothérapeutes de se situer aux plus près du Moi de l'enfant, d'entendre sa souffrance, de rester créatifs et de trouver le langage qui s'articule le mieux aux capacités expressives de l'enfant. L'instauration du transfert et sa diversité d'investissement, du cadre, des participants, du couple des psychodramatistes, à la fois objets réels et fantasmatiques ainsi que l'expérimentation hic et nunc, peuvent favoriser la reprise du processus de symbolisation, de figuration et d'intégration du Moi.

Faire semblant pour jouer, associer symboliquement par des actions, donner au corps sa chance, constituer un espace, c'est ce que nous attendons du psychodrame.

La ligne de partage fiction/réalité externe, est assurée par le couple des psychodramatistes, qui est à la fois une fiction et une réalité:

- fiction puisqu'il ne s'agit pas d'un couple réel
- réalité puisqu'il s'agit d'un couple d'adultes

c'est bien cet écart qui va créer l'espace de la figuration fantasmatique. Schématiquement on peut dire, le couple des psychodramatiste favorise:

- le Moi Idéal car il favorise l'aire d'illusion où s'épanouit le narcissisme de chacun et du groupe, grâce à la participation du couple au jeu psychodramatique.
- le surmoi car le couple est gardien du cadre
- l'Idéal du Moi par la restauration de l'estime de soi et l'atténuation du Surmoi.

L'aire de jeu instaurée, le psychodrame de groupe va développer sa caractéristique essentielle: le jeu des identifications dont dépend la diffraction du transfert.

Comment les psychodramatistes vont intervenir?

La visée thérapeutique est de donner plus d'épaisseur au préconscient: par l'organisation du récit groupal et épanouissement du jeu dans le jeu lui même, par l'interprétation au début du jeu; pendant le jeu, en fin de jeu.

## CLINIQUE

Prenons comme exemple une courte séance:

Il s'agit d'une séance d'un groupe de 5 enfants de l'âge de la latence 3 garçons 2 filles avant les vacances de printemps.

Le groupe est réuni et un garçon Paul prend la parole et occupe toute la place et le temps: il se plaint d'avoir la grippe ayant été contaminé par sa mère.

Il continue à prendre la parole de telle façon que personne ne comprend ce qu'il raconte; nous sommes tous impliqués, à la fois agacés et confus pendant une bonne partie de la séance, jusqu'au moment où une fillette Louise, la plus régressée du groupe, propose le récit suivant:

une famille part en vacances au sport d'hiver ; un fils se casse une jambe, la sœur le bras, la mère les jambes, le père les jambes et les bras.

Nous pouvions dire que nous étions contents d'être ensemble, mais que la prochaine séparation nous mettait tous en colère par la crainte de ne pas nous revoir l'invasion la confusion la contamination vécus par le groupe d'un maternel malade qui risque de se défaire, de perdre ses membres, par le récit va constituer une figuration qui permet à chacun de partager le sadisme anal devant la perte possible de l'objet groupe: tous blessés, mère blessée et en même temps, par le choix des rôles par identification indiquer comment chacun par le retour sur soi, a intégré la scène psychodramatique.

La réalisation du jeu sera la manifestation dramatique de cette capacité pour donner plus de place à la capacité figurative du psychodrame nous devons le rapprocher du rêve.

La référence au rêve et au jeu est habituelle dès lors qu'on parle de groupe et en particulier de psychodrame.

1) La Première question que nous allons nous poser est celle ci: si le jeu est une activité normale dans le développement psychique de l'enfant, quelle est sa spécificité lorsque nous l'envisageons dans la pratique du psychodramatiste?

2) Le rêve est bien une réalité construite par l'appareil psychique, une réalité à laquelle le dormeur croit, peut-on en dire autant de la séance de psychodrame? La séance de psychodrame est elle une nouvelle réalité? Pourquoi envisager une proximité entre jeu, rêve, psychodrame?

3) On oppose le plus souvent le rêve et le jeu car si nous connaissons le premier par le récit et le travail associatif qui nous en est fait donnant une forme constructive et deconstructive de l'identité du sujet, le second nous interdit toute réduction de l'altérité, cependant par la figurabilité et la dramatisation rêvées et jouées, ils nous indiquent les identifications possibles et le

travail psychique que créent les liens interpersonnels. On peut donc envisager un rapprochement avec le psychodrame.

#### 4) Pourquoi le psychodrame aurait une fonction thérapeutique?

C'est le transfert; il induit une régression topique contrôlée à l'origine des transformations du projet psychodramatique, grâce au récit, à la mise en scène de la pluralité des personnages dont la fonction est la dramatisation et la figuration et l'agencement les liens des pensées et du non pensé.

La proximité avec le rêve nous pouvons l'envisager dans la mesure que le jeu de la perception fournit des restes diurnes comme matériaux nécessaires à une fonction onirique que le groupe peut transformer.

5) La constitution d'un groupe de psychodrame d'enfant, est toujours avant tout la construction d'un récit et dans ce sens ce n'est pas seulement un jeu mais aussi la régulation d'un jeu, une organisation du jeu.

C'est aussi une rêverie agie, dont la fonction est aussi d'obtenir par le semblant des satisfactions immédiates.

6) René Kaës a introduit le processus primaire de diffraction, qui associe à la fois la décondensation, le déplacement et la multiplication du semblable pour définir la grupalité interne, psychique, la figuration multiple des aspects du moi comme Freud l'avait défini.

On peut penser que les différents membres d'un groupe de psychodrame peuvent représenter pour un sujet donné les différents aspects de son groupe interne.

R. Kaës ajoute que la diffraction est une défense par camouflage et dissémination dont le regroupement va permettre de restituer l'objet censuré.

Notons cependant, que le modèle du rêve s'oppose au modèle du jeu car si le rêve propose la voie hallucinatoire comme voie de la réalisation du désir, il propose aussi une autre fonction de "lier psychiquement la répétition traumatique en la transformant en angoisse" (J. Gillibert 1985).

Le jeu est capital il permet d'acquérir le concept de séparation, mais jouer n'est pas maîtriser la séparation, mais la créer, nous dit J Gillibert; le jeu est aussi défense, une compensation face au néant et le rêve ne peut avoir lieu que si le jeu a été acquis.

J'ai déjà eu l'occasion de dire ici que le sujet jouant donne forme au principe de plaisir, à l'intégration d'expérience écrasantes, à travers la compulsion de répétition, à la transformation de la passivité en activité, à la prise de distance par rapport à la réalité et au surmoi, à la rêverie concernant les objets réels, au plaisir qui s'en dégage.

Comme le rêve le temps initial de la séance favorise par les associations libres, un récit qui doit satisfaire une logique qui englobe tous les matériaux en une seule situation. La séance de psychodrame favorise les processus de

décondensation, de déplacement, de diffraction, pour faire apparaître un espace psychique comme écart entre le groupe psychique et le groupe réel.

En conclusion, par la constitution du récit, le psychodrame se rapproche du rêve, et par la prise de rôle le psychodrame se rapproche du jeu car chaque participant doit faire valoir ses exigences propres par rapport à la place qui lui a été assignée, comme il devra reconnaître son propre désir à l'œuvre dans la place qu'il pense ou espère occuper (R. Kaës).

## BIBLIOGRAPHIE

- Duparc, François. *Le mal des Idéologies*. Paris: Le fil rouge, PUF.
- Freud, S. (1913/1951). *Totem et tabou*. Paris: Payot.
- Freud, S. (1923/1969). *La disparition du complexe d'Oedipe et quelques conséquences psychologiques de la différence anatomique entre les sexes dans la vie sexuelle*. Paris: PUF.
- Freud, S. (1939/1981). *L'homme Moïse et la religion monothéiste*. Paris: Gallimard.
- Green, A. (2002). *Idées directrices pour une psychanalyse contemporaine*. Paris: PUF.
- Guillaumin, J., & Roger, G. (2003). *Le père, figures et réalité*. L'Esprit du temps.
- Lacan, J. (2005). *Des noms-du-père*. Paris: Seuil.
- Legendre, P. (1990). *Filiation*. Leçons iv, suite 2. Fayard.
- Tort, M. (2005). *Fin du dogme paternel*. Aubier Psychanalyse.

# A TRANSMISSÃO TRANSGERACIONAL DO TRAUMATISMO\*

---

Maria José Gonçalves \*\*

Arlete Correia \*\*\*

## RESUMO

*A propósito dum caso clínico, as autoras descrevem três tipos diferentes de transmissão transgeracional dos conteúdos psíquicos que influenciam o desenvolvimento psico-afectivo da criança, quer em termos da normalidade, quer em termos da psicopatologia. Consideram ainda os efeitos psicopatológicos das experiências traumáticas na geração seguinte, distinguindo os conceitos de trauma e traumatismo. Abordam finalmente os mecanismos subjacentes a transmissão do traumatismo entre gerações e concluem pela importância da abordagem psicoterapêutica, para pôr fim aos ciclos viciosos da psicopatologia e a sua transmissão de pais para filhos.*

*Palavras-chave:* Infância. Psicopatologia. Transmissão transgeracional. Traumatismo.

## A TRANSMISSÃO TRANSGERACIONAL

A noção de transmissão transgeracional tem um âmbito muito vasto e contem vários planos que se influenciam mutuamente:

- O biológico, do código genético e que se refere às características morfológicas ou temperamentais, a identidade de género, a transmissão hereditária de certas doenças com uma ancoragem corporal e somática muito forte.
- O cultural, que se refere à transmissão dos valores, das tradições, dos mitos e que se joga no plano do grupo familiar e social.

---

\* Versão modificada da conferência proferida no XVII Encontro Nacional da APPIA, Coimbra, Dezembro, 2005.

\*\* Pedopsiquiatra.

\*\*\* Enfermeira Especialista de Saúde Mental.

- O psíquico, que se refere à transmissão dos conteúdos psíquicos e aos mecanismos subjacentes a esta transmissão, sobre o qual nos propomos reflectir.

O estudo da transmissão da vida psíquica entre gerações tem acompanhado a história da psicanálise. Em *Moisés e o Monoteísmo*, Freud (1939) refere-se à “herança arcaica” da espécie humana e considera que acontecimentos externos suficientemente intensos e repetidos, vividos pelos nossos antepassados, eram mantidos na memória sob a forma de traços mnésicos e transmitidos de geração em geração, como proibições arcaicas impostas do exterior. Inicialmente, estas proibições ter-se-iam transmitido através das gerações mais arcaicas por via oral e paterna e progressivamente ter-se-iam tornado “parte orgânica” da vida psíquica das gerações ulteriores. Isto explicaria, para Freud, a universalidade dos tabus e dos fantasmas originários, como a sedução, o incesto, a castração.

Sem termos de recorrer à teoria filogenética freudiana, os nossos conhecimentos actuais permitem-nos abordar a transmissão transgeracional, centrada numa perspectiva individual. R. Kaës (Kaës, Faimberg, Enriquez, & Baranes, 1993) considera a transmissão dos conteúdos psíquicos entre gerações como um processo que implica a apropriação pelo sujeito dos conteúdos psíquicos que lhe são transmitidos, bem como a transformação e a re-interpretação desses mesmos conteúdos, no seu contexto histórico. Tratar-se-ia dum verdadeiro “trabalho psíquico” de ligação e transformação, que requer uma diferenciação entre os conteúdos transmitidos e os conteúdos recebidos e transformados. Em certas situações de patologia da transmissão transgeracional, os conteúdos psíquicos transmitidos não são elaborados nem transformados e mantêm-se enquistados no interior do aparelho psíquico do sujeito, sem possibilidade de ser evocados. E o que Kaës chama “não trabalho” de transmissão psíquica e que se traduziria na “não transformação” pelo sujeito do que é transmitido pela geração anterior.

#### A transmissão transgeracional e o desenvolvimento infantil

Diz Coimbra de Matos (2005) que a vida psíquica se inicia quando o bebé descobre que existe no espaço mental da mãe, ou seja quando o bebé descobre que tem “um lugar no interior afectivo do outro” e que esse é um lugar constante. Esse movimento de apropriação materna ou paterna do bebé é importante mas não suficiente para a construção da vida psíquica. Existe simultaneamente um movimento de sentido contrário e que consiste na expansão ou no prolongamento do psiquismo parental nos filhos.

É, portanto, no contacto com o aparelho psíquico dos pais que se desenvolvem as estruturas psíquicas, quer afectivas quer cognitivas, que organizarão a vida mental da criança.

Do ponto de vista do desenvolvimento, a transmissão transgeracional integra 3 aspectos principais:

- **A vinculação**, ou seja a transmissão de modelos ou padrões relacionais, cuja formulação deriva directamente dos trabalhos de Bowlby e da teoria da vinculação. Neste caso, o que se transmite são modelos relacionais, plasmados em padrões comportamentais de vinculação, que se organizam e repetem no interior das relações pais-criança. São no essencial estruturas cognitivas que incluem elementos afectivos e que orientam e antecipam o comportamento relacional do indivíduo, estabelecendo estratégias de interacção social. Influenciam o desenvolvimento cognitivo e afectivo, bem como a adaptação social do indivíduo. A aplicação de entrevistas de vinculação (Adult Attachment Interview de Mary Main) em grupos de mães mostrou uma forte correlação entre os padrões de vinculação dos adultos e dos filhos, indicando uma perpetuação dos padrões de vinculação de geração em geração.
- **A regulação dos estados afectivos** no interior da díada mãe-bebé, que se baseia na capacidade inata e inscrita biologicamente no bebé para apreender e reproduzir os estados emocionais da mãe. Esta capacidade origina estados de mutualidade e ressonância afectiva entre a mãe e o bebé, que se inscrevem nas representações precoces do self e estão na origem da empatia e da intersubjectividade.
- A transmissão dos **conteúdos fantasmáticos e conflitos inconscientes**, que está implicada na construção da identidade psíquica e na qual nos deteremos um pouco mais longamente.

Na criança, o processo de construção do self e de diferenciação das representações do “self” e do outro está intimamente associado às representações mentais dos pais, conscientes (bebé imaginário) e inconscientes (bebé fantasmático) projectados no bebé real. O significado atribuído às manifestações da criança pelos pais, é o fio condutor daquilo a que chamaremos processo de subjectivação das experiências relacionais do bebé (Gonçalves, 2006). Baseia-se nas representações que os pais têm dos bebés, mas também em parte nas representações de si próprios, das suas expectativas, dos seus medos e também das suas fantasias e conflitos inconscientes, forjados no interior das suas próprias relações infantis.

Lebovici (1989) fala de um mandato transgeracional do bebé, em que este é o depositário da cultura familiar e está encarregado de cumprir o destino da família. Para este autor, na relação que se estabelece entre pais e filhos verifica-se um “deslocamento transferencial” dos investimentos narcísicos, libidinais e agressivos dos pais para os filhos, e a repetição dos conflitos infantis inconscientes que viveram com os seus próprios pais. Na “sucessão das transacções entre o bebé e os seus pais instala-se o regime das interacções fantasmáticas” no que se pode considerar uma verdadeira “parentalização do bebé” (Lebovici, 1989).

Podemos dizer que, em última análise, os conteúdos fantasmáticos inconscientes dos pais impregnam o significado que atribuem aos comportamentos dos filhos, e reflectem-se nos seus comportamentos interactivos e na qualidade das suas respostas, transmitindo a criança, através do dito e do não-dito, a natureza dos laços que as unem aos pais.

Cramer (1991) chama ao conjunto das interpretações subjectivas dos pais cenários imaginários, e distinguiu 3 tipos de representações, projectadas na criança, e que se situam num espectro que vai do normal ao patológico. São elas:

- “bebé objecto” que representa uma pessoa importante no passado dos pais, o bebé fantasma de S. Fraiberg (Fraiberg, Adelson, & Shapiro, 1980).
- “bebé estrutura” que representa uma instância psíquica parental, seja o super-eu exigente, o ideal do eu gratificante ou o id incontrolável;
- “bebé extensão do psiquismo parental” que representa o “self” infantil dos pais externalizado.

São essencialmente mecanismos projecção e identificação projectiva/ introspecção e identificação que estão na base deste processo e é a qualidade e a intensidade das projecções e das identificações projectivas parentais que faz a diferença entre as interacções normais e patológicas. Um certo grau de identificação projectiva ajuda a construção da relação pais-bebé, na medida em que da coesão e sentido às experiências emocionais precoces do bebé, vividas ainda de forma muito fragmentada e em que o bebé se torna um “objecto familiar” para os pais. São as chamadas identificações projectivas “*estruturantes*” (Cramer & Palácio-Espasa, 1993). Têm a dupla função de estabelecer laços com os objectos do passado infantil dos pais e de transmitir ao bebé a herança afectiva parental, por um lado, e de desenvolver o sentimento de empatia e de pertença, por outro.

Em contrapartida, as identificações projectivas quando são excessivas e predominam na relação mãe-bebé limitam a capacidade materna de dar um significado empático aos sinais do bebé, a quem é imposta uma identidade que lhe é estranha. São as identificações projectivas “*limitantes e deformantes*”, maternas (Cramer & Palácio-Espasa, 1993) em que o bebé passa a materializar um personagem do passado parental, ao qual é identificado e deixa de ser visto na sua individualidade própria. O conflito dos pais com os seus próprios pais tende a repetir-se na relação com os filhos, distorcendo a percepção que a mãe ou o pai tem da criança, e nos casos mais graves, alienando a sua identidade própria, num processo de verdadeira des-subjectivação.

O efeito tóxico deste tipo de identificação projectiva manifesta-se na inadequação das interacções, que adquirem um valor sintomático e que levam a roturas frequentes e prolongadas na comunicação mãe-criança, com a consequente descontinuidade da experiência subjectiva da criança e o aparecimento de sintomas. Cramer (Cramer & Palácio-Espasa, 1993) chamou-lhes *interacções sintomáticas*, ou seja, interacções que reproduzem o conflito inconsciente e recalcado dos pais e que pelo seu carácter agido e repetitivo se opõem a rememoração e à elaboração psíquica (Freud, 1896) desse mesmo conflito.

As psicoterapias mãe-criança constituem o contexto ideal para a emergência destes “cenários” escondidos e revelam a forma como a relação com o bebé fantasmático interfere na percepção que os pais têm do bebé real. A compreensão dos comportamentos interactivos e do significado atribuído aos comportamentos do bebé, no contexto histórico materno e na relação transferencial, permite a re-significação das manifestações do bebé pela mãe, com a consequente diminuição das suas identificações projectivas, abrindo-se uma nova via para a construção do self e da identidade própria da criança.

Fraiberg (Fraiberg, Adelson, & Shapiro, 1980) foi talvez a primeira autora a descrever a forma como os filhos representam, em certas situações patológicas, personagens do passado infantil da mãe e as perturbações da relação mãe-criança que daí resultam, no seu célebre artigo “Fantasmas no quarto do bebé”. Foi também esta autora (Fraiberg, 1987) que descreveu algumas das consequências destas situações para o desenvolvimento psíquico do bebé, nomeadamente a instalação precoce de mecanismos de defesa patológicos contra o desprazer interactivo e lesivos da construção das relações objectais. Fraiberg considerou: o evitamento, com desinvestimento do objecto frustrante; o congelamento das reacções afectivas do bebé em situação de desprazer; a inversão dos afectos e a hiperactividade como fuga contra a ansiedade.

Outra consequência possível é a identificação forçada e alienante da criança às identificações projectivas das mães/pais, que, de forma evacuativa, se tornam violadoras do aparelho psíquico da criança, dificultando o processo de diferenciação self/objecto e da construção da identidade.

Na clínica, é difícil separar estas três formas da transmissão transgeracional que se interpenetram e são complementares.

O conceito de transmissão transgeracional tem sido ainda particularmente fértil, quando aplicada ao estudo dos efeitos dos traumatismos nas gerações seguintes.

## O TRAUMATISMO

Em psicologia, o conceito de traumatismo está associado às consequências psicológicas dos acontecimentos de vida, disruptivos do equilíbrio psicológico do indivíduo e ao aparecimento de diversas manifestações clínicas da linha da ansiedade.

Na teoria e na história da psicanálise, o traumatismo é um conceito-chave, desde que Freud (1896) o associou à origem das neuroses, ultrapassando largamente os aspectos factuais e externos do acontecimento. Refere-se sobretudo à sobrecarga do aparelho psíquico, incapaz de lidar com o excesso de excitação provocado ou evocado por esses acontecimentos. O que está em causa são as consequências psicopatológicas, especificamente ligadas às vivências traumáticas do sujeito e que em certos casos, se estendem à 2ª, e também à 3ª geração, o que tem sido eloquentemente ilustrado pelos relatos de vida ou das experiências analíticas dos filhos de sobreviventes do holocausto.

Serge Bokanowski (2005), num artigo recente, clarifica o conceito de traumatismo distinguindo-o do conceito de trauma, na medida em que ocorrem em diferentes fases da vida e têm diferentes consequências no funcionamento psíquico.

O traumatismo corresponde à ocorrência dum acontecimento violento na vida da criança, numa altura em que já estão estabelecidas as bases das relações de objecto, do narcisismo e do sentimento de identidade. O seu efeito potencialmente desorganizador é explicado na teoria psicanalítica pela associação entre o acontecimento traumático externo e uma fantasia inconsciente. Esta associação entre o acontecimento e a fantasia dá lugar a um aumento da ansiedade de culpa que agrava as consequências psicológicas deste acontecimento. Um exemplo desta situação é a morte dum familiar ocorrida numa fase de agudização da ambivalência da criança.

O conceito de trauma, definido por Bokanowsky, corresponde à descrição que Freud (1939) faz do que ele chama a saída negativa para o traumatismo.

Freud considera que existem 2 saídas ou soluções para as consequências dos traumatismos ocorridos durante a infância:

- 1 Uma saída positiva que se prende com a capacidade de elaboração psíquica do sujeito, que encontra soluções de compromisso psíquico. Neste caso, a memória do traumatismo não é apagada, mas transformada, mantendo-se viva nalguns traços de carácter da pessoa ou nalguns comportamentos de repetição da linha neurótica.
- 2 Uma saída negativa em que não há a elaboração psíquica do traumatismo e forma-se uma espécie de cripta traumática no interior do aparelho psíquico do sujeito. Este núcleo traumático mantém-se intacto, intocável, sem possibilidade de transformação, enquanto a toda a organização psíquica do indivíduo se mantém, aparentemente, funcionante. Neste caso nada do que foi vivido como traumático pode ser recordado ou repetido, devido à instalação precoce de poderosos mecanismos de clivagem. Freud chama a esta parte do aparelho psíquico, que se mantém inacessível e guarda intacta a memória do traumatismo, “um estado dentro do estado”. Em certas condições de vida do indivíduo, este núcleo pode tornar-se manifesto e adquirir um carácter compulsivo e destruidor, fazendo desaparecer a parte normal do funcionamento do indivíduo.

O conceito de trauma já tinha sido desenvolvido por Ferenczi (1933) e envolve 2 outros aspectos: a qualidade das respostas do meio e a precocidade da experiência.

O trauma, para além de estar relacionado com situações precoces que provocam um grande desamparo na criança está associado a respostas inadequadas da figura parental, em que, como diz Ferenczi (1933), as necessidades emocionais da criança não são tidas em linha de conta, a sua ansiedade não é compreendida nem contida. A criança fica invadida pelo pânico e instala-se uma espécie de paralisia mental. Ela sente que as suas vivências são negadas e desqualificadas, provocando um sofrimento não assimilável pelo seu aparelho psíquico, ainda imaturo. Estas situações atingem, de forma por vezes irreversível, simultaneamente o estabelecimento das suas relações objectais e os fundamentos da sua organização narcísica.

## CASO CLÍNICO

É um caso que está a ser acompanhado semanalmente por uma de nós desde há 2 anos.

Trata-se de um criança actualmente com 7 anos, filho único, a quem chamarei Tiago. Na altura da 1ª consulta tinha 5 anos, frequentava o jardim infantil e a educadora queixava-se dos comportamentos agressivos e destrutivos do Tiago, bem como da imprevisibilidade da sua conduta. A preocupação da educadora e mais tarde da terapeuta contrastava com a despreocupação dos pais.

O Tiago apresentava ainda condutas de risco, fugia, atravessava estradas sem precaução, empoleirava-se em móveis. Tinha dificuldades de aprendizagem e um atraso de linguagem importante.

O pai, de 31 anos, nascido em Lisboa, viveu num ambiente de grande pobreza “teve uma infância desgraçada”, violentamente espancado pelo pai, aos 8 anos correu Lisboa, na vagabundagem. A morte do avô do Tiago quando o pai tinha 10 anos foi, nas suas palavras, a melhor coisa que lhe aconteceu na vida. Fez então um percurso por várias instituições donde fugia sempre, sobrevivendo na rua e à custa de pequenos delitos. Não foi escolarizado, e actualmente tem um trabalho muito pouco qualificado.

A mãe, de 29 anos, imigrou para Lisboa aos 14 anos sozinha, trabalhando como doméstica. A sua própria mãe, fria e seca, não a deixou regressar a casa, numa altura em que se sentiu muito desamparada em Lisboa. Diz ela: “a minha mãe nunca mostrou que gostava das filhas e eu estou a fazer o mesmo com o meu filho”. Quando a terapeuta lhe sugere a possibilidade de brincar com o Tiago diz: “não sei o que é mimo, dar beijinhos, colo, brincar”. E na realidade foi, para ela, uma surpresa e uma aprendizagem poder começar a brincar e a ser meiga para o filho.

O que parecia caracterizar o funcionamento da família era uma relação a que chamei emaranhada, entre pais e filhos, sem regras, sem limites, sem diferença geracional, sem espaços físicos definidos. A grande permissividade dos pais conduzia a uma inversão de papéis em que o Tiago, que dormia ainda no meio dos pais, lhes impunha as suas decisões, como era o caso de quando e quem desligava a TV; as horas de se deitar, etc. A mãe mostrava bastante frieza afectiva e revelava pouca sensibilidade. Um exemplo revelador foi o facto de ter amamentado o filho até aos 2 anos, ao fim dos quais o mandou sozinho para casa de familiares, durante 1 semana, para ele se desabituar. Diz ela “voltou zangado e sem mama”. O pai, por seu lado, tinha por vezes momentos explosivos de grande irritação, aliado a atitudes de manifesta inconsistência educativa.

O ambiente familiar era física e afectivamente caótico e espelhava os percursos traumáticos de cada um dos pais, que funcionavam um para o outro como tábuas de salvação. O filho representava a esperança, escapatória, a oportunidade de vida que eles não tiveram: “o nosso menino está acima de tudo”.

Nesta família, são evidentes as dificuldades dos pais em proporcionar ao filho um ambiente empático e organizador, muito embora manifestassem genuinamente o seu desejo que o Tiago tivesse um futuro melhor que o deles. Mas as falhas nas suas relações de infância e a ausência de referências faziam-nos sentir perdidos e só eram capazes de proporcionar ao filho experiências semelhantes às que tinham tido e que constituíam o seu património afectivo e relacional.

Este caso clínico ilustra, em nosso entender, as várias formas de transmissão dos modelos relacionais e da psicopatologia.

Na realidade, estudos empíricos demonstram que nas famílias com alto risco psico-social, em que a pobreza se associa à patologia mental dos pais, e que têm um funcionamento caótico, o padrão de vinculação mais frequente é o tipo desorganizado, em que as crianças não dispõem de estratégias consistentes e coerentes para lidar com a separação/reencontro com a mãe, quando postas na situação estranha de Ainsworth. Este padrão desorganizado tem uma forte correlação com o aparecimento, em crianças em idade pré-escolar, de perturbações do comportamento, nomeadamente agressividade, agitação, impulsividade, da socialização e da aprendizagem e que correspondem às dificuldades apresentadas pelo Tiago. O passado familiar dos pais e a sua patologia individual e relacional apontam para a existência de perturbações nas suas relações de vinculação e tudo faz pensar que o comportamento da criança se inscreve igualmente na perpetuação dum padrão de vinculação desorganizado que arrasta consigo a patologia comportamental caracterizada pela violência e pela agitação.

Também a transmissão dos estados afectivos no âmbito das interacções precoces está em causa, não só pela forma fria e falha de empatia com que a mãe fala do seu bebé, como pela sua história de abandono afectivo pela sua própria mãe. Com efeito, a descrição das relações entre os pais e o Tiago mostram graves distorções na sua regulação afectiva e como veremos mais adiante, o Tiago demonstra no seu relacionamento com os outros e com a terapeuta, uma ausência de empatia e uma incapacidade no reconhecimento dos estados afectivos do outro.

Verifica-se ainda, no caso do Tiago, que a transmissão fantasmática dos conflitos infantis parentais contribuiu, em grande parte, para uma grave distorção da qualidade das relações pais-filho, com o conseqüente impacto no desenvolvimento do Tiago e nos processos de separação e diferenciação do self.

Os pais repetiam na relação com o filho, muito das experiências que tiveram com os seus próprios pais, algumas de forma consciente e outras de forma inconsciente, com apagamento da diferença entre as gerações. Por exemplo a violência e a crueldade do Tiago exercida sobre os pais, identificava-o ao avô paterno (bebé-objecto) numa verdadeira parentalização da criança, no sentido de Lebovici.

A forma como o comportamento do Tiago parecia reproduzir o comportamento do avô, transportando uma geração para a seguinte a patologia familiar, tornou-se evidente, não só na descrição dos pais, mas também nas sessões com a terapeuta.

Na realidade, houve um grupo de sessões que foi particularmente impressionante. A título de exemplo, apresentamos alguns excertos. Numa das sessões, o Tiago subitamente e sem aviso prévio torna-se agressivo, atira com os livros, com os brinquedos, deixa a sala num caos. Zanga-se com a terapeuta, dá-lhe ordens, ameaça-a “vou dar-te pontapés... vou destruir-te... vou arrancar os teus óculos da cara e parti-los todinhos”. Cospe com raiva para cima dela. Rasga um livro que tinha estado a ler com a terapeuta, sai da sala, volta a entrar, repetidamente e sem razão aparente. Deixa na terapeuta um sentimento de confusão, impotência desorientação perante a violência e a impulsividade dos seus actos e a certeza do seu profundo terror e desespero. Este comportamento repete-se e estende-se ao espaço e às pessoas fora da sessão, alterando com momentos de mais calma em que o Tiago é capaz de brincar, ouvir histórias e, num registo regressivo, aceita mesmo a aproximação física da terapeuta.

Nesta sessão, que acabei de descrever, como noutras, o pai aparece cansado, bocejando frequentemente, enfasiado e desinteressado pelo que se passa na sessão. Assiste passivamente aos desmandos do filho, repreende-o sem convicção, enquanto se ri. Queixa-se, sorrindo, que não tem mão no Tiago. Diz: “ele estraga tudo, estragou uma consola de 50 contos; avariou a TV e o vídeo; estava a pensar comprar-lhe um computador, mas não; senão também o avaria”, ao mesmo tempo que vai dando, sem convicção, e como se fosse um barulho de fundo, indicações de proibição ao filho que as ignora e continua a fazer toda a castas de disparates: mete as mãos no aquário, assusta a gata, aperta-a, dá-lhe beijos, faz gestos obscenos, num comportamento quase maníaco.

Não é muito difícil imaginar que o personagem que subitamente e com enorme violência salta para a cena terapêutica, introduzindo um clima de terror é o avô paterno. Este avô que o Tiago não conheceu, espancava violentamente o filho e também não é difícil imaginar o medo e a humilhação, o “terrorismo do sofrimento” de que fala Ferenczi (1933), infligido ao pai do Tiago, quando era criança. O Tiago, pelo seu comportamento convoca a presença do avô para a sessão e transforma a terapeuta na criança assustada que ele é e que o pai foi. A atitude complacente do pai pode ser explicada pela gratificação narcísica que valor de retaliação da violência do filho consubstancia.

As sessões terapêuticas tornam-se num palco privilegiado no qual se desenrolam as cenas da infância do pai, com a presença de 3 gerações, o avô, o pai e o filho e em que o verdadeiro self do Tiago faz aparições esporádicas,

quando se aproxima da terapeuta e aceita o seu contacto. E é um palco privilegiado, porque é no interior da sessão que os comportamentos da criança adquirem sentido, são compreendidos e podem ser transformados.

## TRAUMATISMO E TRANSMISSÃO DA PSICOPATOLOGIA

Vejam os então qual é o papel específico da experiência traumática paterna na estruturação psíquica da criança e quais os caminhos e os mecanismos que levam ao aparecimento deste tipo patologia, que de acordo com alguns autores (Faimberg, 2005; Mijolla, 2000) só se revelam durante o processo terapêutico.

Para Alain Mijolla (2000) é a criança que se identifica activamente à representação dum antepassado da geração precedente, que teve um papel primordial na história familiar e na economia psíquica dos pais e que estes trazem para a cena interactiva precoce como foi descrito por Lebovici (1989) (mandato transgeracional), Cramer (1991) (cenários imaginários) ou Fraiberg (Fraiberg, Adelson, & Shapiro, 1980). Estas representações parentais conscientes ou inconscientes, ditas ou não ditas, são pressentidas pela criança que constrói verdadeiros cenários fantasmáticos e faz viver esse personagem, através dos sintomas ou de comportamentos agidos e repetitivos. É a criança que se apropria da identificação ao antepassado e Mijolla (2000) chama-lhes *fantasmas de identificação inconsciente*.

Haydée Faimberg (2005) considera que no processo da transmissão transgeracional do traumatismo se verifica uma imbricação das gerações, assente em mecanismos de identificação a que ela chama “telescopage” das gerações. e que são os pais, os principais agentes da transmissão identificatória. Estas identificações patogénicas e alienantes são caracterizadas por serem: (1) identificações que estão clivadas do resto do aparelho psíquico; (2) em que o objecto de identificação a um personagem importante na história familiar – o avô ameaçador e poderoso – (3) em que a própria identificação contém elementos dessa mesma história que, por outro lado não faz parte da história pessoal da criança – neste caso, os maus tratos ao pai.

Neste caso, os mecanismos de “telescopage” das 3 gerações fazem reaparecer, sem transformação, a experiência traumática paterna. Retomando o que foi dito a propósito do conceito de trauma, em que a experiência traumática se mantém intacta e clivada, mas com consequências ao nível da organização narcísica, pode supor-se que a relação do pai com o seu próprio pai feriu de morte o seu narcisismo, levando-o a procurar nas múltiplas actividades que teve legais ou clandestinas uma tentativa de reparação. O nascimento do filho

tornou-se uma oportunidade única para essa reparação e para restaurar o seu equilíbrio narcísico.

Assim, numa lógica de regulação narcísica, o pai, por um lado apropria-se da identidade da criança, não reconhecendo a sua diferenciação e por outro intoxica-o, num mecanismo de intrusão psíquica, com a projecção do imago paternal. O comportamento violento do Tiago adquire então um significado taliónico para o pai, que o reforça, retirando dele um sentimento de prazer e triunfo que o compensam das humilhações sofridas na infância, ao mesmo tempo que actualiza e repete a sua vivência traumática. A identificação da criança ao avô surge num registo de apropriação/intrusão da identidade da criança pelo pai e tem como objectivo manter o equilíbrio narcísico parental.

Provavelmente, quer o do fantasma de identificação inconsciente com origem na criança descrito por Mijolla quer as identificações alienantes parentais descritas por Faimberg se potenciam nos seus efeitos tóxicos para perpetuar a psicopatologia através das gerações.

E o contexto psicoterapêutico que vai permitir a des-identificação ou seja, a libertação progressiva das identificações patológicas e dar início ao processo de diferenciação da criança. O quadro terapêutico e a terapeuta fornecem à criança, num contexto seguro e empático, um suporte transferencial em que a incarnação pela criança do fantasma do avô pode ser elaborado.

A narrativa familiar pode finalmente contrapor-se outra narrativa, escrita a partir das novas experiências vividas na relação terapêutica e reflectidas, como num espelho, pelo “aparelho de pensar” da terapeuta.

Paralelamente, o pai precisa de encontrar uma forma de regulação narcísica e, com a ajuda da terapeuta, aceder uma re-elaboração da sua história familiar, mais compensadora, aceitando que o Tiago se liberte da imbricação transgeracional que o amarra.

Com este exemplo pretendemos demonstrar como as experiências traumáticas precoces que se inscrevem no aparelho psíquico e que aí se mantêm sob a forma de núcleos, criptas, que agregam não só os imagos parentais, mas também as relações, não assimiladas, não elaboradas e não simbolizadas podem ser perpetuadas e transmitidas às gerações seguintes através de mecanismos de identificação e de identificação projectiva poderosíssimos, que amputam a criança da sua individualidade própria e que a tornam portadora, por delegação, da patologia que não lhes pertence.

Retirar os sintomas, sem um trabalho de compreensão e elaboração psíquica mais não faz do que manter, de forma escondida mas actuante, o traumatismo e as suas consequências psicológicas.

## SUMMARY

*The authors describe three different types of transmission, from one generation to the next one, of some aspects of psychic life which are relevant to child development, regarding normality as well as psychopathology. They consider also the pathological consequences of traumatic experiences during childhood and they separate the concepts of traumatism and trauma. A clinical example provides the possibility of describing the mechanisms underlying the process of psychopathological psychic transmission and understanding the importance of psychotherapy, as the only way to stop the psychopathology to disseminate through generations.*

**Key words:** Childhood. Generation transmission. Psychopathology. Traumatism.

## RESUME

*À propos d'un cas clinique, les auteurs décrivent trois différents types de transmission transgénérationnelle, qui ont de l'influence dans le développement psycho-affectif de l'enfant, soit par rapport à la normalité, soit par rapport à la psychopathologie. Elles considèrent aussi les conséquences psychopathologiques des expériences traumatiques, en distinguant les concepts de trauma et de traumatisme et, finalement, les auteurs abordent les mécanismes sous-jacents à la transmission du traumatisme entre générations, en concluant par l'importance de l'approche psychothérapeutique de ces cas, qui seule pourra mettre fin aux cycles vicieux de la psychopathologie et à sa transmission entre parents et enfants.*

**Mots clé:** Enfance. Psychopathologie. Transmission transgénérationnelle. Traumatisme.

## BIBLIOGRAFIA

- Bokanowsky, S. (2005). Variations in the concept of traumatism. *International Journal of Psychoanalysis*, 86, 251-265.
- Coimbra de Matos (2005). Comunicação pessoal.
- Cramer, B. (1991). Les scénarios imaginaires. In T. Brazelton & B. Cramer (Eds.), *Les premiers liens*. Stock/LaurencePernoud/Calman-Lévy.
- Cramer, B., & Palacio-Espasa, F. (1993). *La pratique des psychothérapies mère-bébé*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Faimberg, H. (2005). *The telescoping of generations*. London: Routledge.

- Ferenczi, S. (1933). Confusion de langues entre les adultes et l'enfant. Le langage de la tendresse et de la passion. *Oeuvres Complètes, tomo IV* (1982). Paris: Payot.
- Fraiberg, S., Adelson, E., & Shapiro, V. (1980). Ghosts in nursery: A psychoanalytic approach to the impaired infant-mother. In S. Fraiberg (Ed.), *Clinical studies in infant mental health*. New York: Basic Books, Inc. Publishers.
- Fraiberg, S. (1987). Pathological defenses in infancy. In L. Fraiberg (Ed.), *Selected writings of Selma Fraiberg*. Ohio: The University Ohio Press.
- Freud, S. (1896). The aetiology of hysteria. *S.E., III*.
- Freud, S. (1914). Remembering, repeating and working-through. *S.E., XII*.
- Freud, S. (1939). Moses and monotheism: Three essays. *S.E., XXIV*.
- Goncalves, M.J. (2006). O bebé na psicanálise. Da relação de objecto à intersubjectividade. In P. Luzes, M. Ferraz da Costa, & J. Seabra Dinis (Eds.), *Sigmund Freud 150 anos depois*. Lisboa: Fenda Edições.
- Kaes, R., Faimberg, H., Enriquez, M., Baranes, J.-J. (1993). Transmission de la vie psychique entre generations. Paris: Dunod.
- Lebovici, S. (1989). Les liens intergenerationels. In S. Lebovici & F. Weil-Halpern (Eds.), *Les interactions fantasmatiques in psychopathologic du bébé*. Paris. Le Centurion.
- Mijolla, A. (2000). Les fantasmes d'identification et leurs histoires. In O. Halfon, F. Ansermet, & B. Pierre Humbert (Eds.), *Filiations Psychiques*. Paris: Presses Universitaires de France.

# COMENTÁRIOS À CONFERÊNCIA DE FRANÇOIS SACCO

## *INTERVENTIONS EN GROUPE ET DE GROUPE AVEC LES ENFANTS ET LES ADOLESCENTS*

---

*Maria José Vidigal \**

É um privilégio comentar a conferência de François Sacco, psiquiatra e psicanalista, cuja leitura muito me agradou e surpreendeu, porquanto o seu pensamento, apesar das diferenças, não se afastará muito do nosso, podendo até complementá-lo.

A importância deste trabalho tem a ver com a possibilidade de pensar o grupo e de pensar em grupo e é essa a razão de aqui estarmos, aproveitando toda a sua experiência numa área que julgamos ser de crescente interesse.

Face ao panorama insustentável de trabalho nas nossas equipas, com reduzido número de técnicos e excesso de pedidos de consultas, é fundamental dar livre curso à nossa criatividade, “inventando” intervenções terapêuticas para dar respostas exequíveis e não nos transformar em “dadores” de medicamentos. Esse é o grande risco para as crianças a quem prestamos os nossos cuidados.

Como analistas partimos de intervenções individuais, predominantemente verbais, para outros com métodos de acção e, concordando com Sacco, porque a psicanálise nos dá a liberdade de pensar e de sermos criativos, não devemos ficar presos a uma clínica médica tradicional.

Uma das maiores contribuições da psicanálise foi ter compreendido que o grupo mobilizava processos psíquicos e dimensões da subjectividade, que não são mobilizados, pelo menos da mesma maneira ou com a mesma intensidade, pelas intervenções individuais (R. Kaës).

---

\* Pedopsiquiatra, Psiquiatra, Psicanalista.

A obrigatoriedade desta abertura proposta por Sacco resulta da modificação do “quadro”.

Para integrar este conceito, há a referir, em termos esquemáticos, três movimentos na evolução do pensamento analítico

- 1º – a) num primeiro tempo, a teoria fixa-se na realidade histórica do paciente, que leva a por a descoberto o inconsciente, o conflito, as fixações;
  - b) no segundo tempo aparece o interesse pelo Eu e pelos mecanismos de defesa, surgindo na prática o estudo da transferência e das resistências.
- 2.º No 2º movimento, do intrapsíquico passa-se para o estudo da Relação de Objecto, que leva ao inter-psíquico e mais tarde ao intersubjectivo; e o
- 3.º Movimento é em função do “quadro”, como meio de conhecimento do objecto analítico.

O “quadro” define um “campo”, onde se actualiza a dinâmica da transferência e da contratransferência, uma constante que permite às variáveis do processo um certo jogo. Esta noção alarga consideravelmente a relação com o doente, estende-se ao *setting* e às regras e ao próprio analista como partes do “quadro”.

Se bem entendi o pensamento de Sacco, é o dispositivo deste “quadro” que é uma condição:

- 1) da analisabilidade e
- 2) da construção do objecto analítico. Podemos dizer, utilizando a metáfora bioniana, que o espaço analítico é um espaço potencialmente em expansão... E desde há anos que tem havido propostas de analistas para uma reconceptualização radical da metapsicologia freudiana, levando a um alargamento das nossas intervenções, sustentadas pela formação psicanalítica.

*Assim, o quadro construção e integração tornam-se na prática actual indissociáveis.*

O que está hoje em questão e parece ser a tese de Sacco: na prática psicoterapêutica, face aos novos contextos culturais, temos que fazer hoje mais o impossível do que o interdito.

- 1) Do interdito tem-se uma longa prática teórica e clínica do construtivo e dos efeitos devastadores do Supereu arcaico, mas
- 2) do impossível o que vamos encontrar? O acontecido antes da palavra, o traumático e o que não deixa traços?

Ao ter que se fazer o impossível, tem que se promover a modificação do “quadro”:

- a) foi o que fez Melanie Klein ao propor o seu modelo de psicanálise de crianças;
- b) é o que também aconteceu na análise dos pacientes psicóticos ou
- c) com perturbações da personalidade.

A importância do “quadro” nestas situações é fundamental devido às modificações das técnicas utilizadas.

Sacco dá o exemplo de Winnicott que usou uma técnica indutora de regressão, com arranjos, a comprovar a importância e o valor do “quadro”.

Em relação aos doentes psicóticos, apenas uma referência breve a Gaetano Benedetti, formado na tradição da “grande” psiquiatria alemã, que se interessou depois pelas abordagens da psicanálise e da filosofia, o que o levou a conceber uma clínica das psicoses. E toda a sua obra está consagrada à exploração das relações que se tecem entre inconsciente do paciente e o inconsciente do terapeuta. Com Arieti, outro italiano, este emigrado para os Estados Unidos, consideraram que a diferença fundamental entre os doentes neurótico e psicótico, é que este último é incapaz de utilizar os símbolos. Trabalhou também com Rosen que o orientou na área da psicoterapia das psicoses e ao regressar à Europa, formou o Instituto Terapêutico de Helsínquia com outros nomeadamente com Marguerite Sechehayé que no *Journal d'une schizophrène* (PUF) descreveu a sua intervenção psicoterapêutica de realização simbólica com a jovem Renée.

Assistimos nos últimos anos:

- 1) ao aparecimento de novos contextos sócio-familiares e mesmo a desagregação mais ou menos parcial da família,
- 2) maior mobilidade das pessoas de diferentes raças e culturas, com repercussões no funcionamento mental.

Da nossa experiência, o recurso às intervenções em grupo, foi particularmente precioso em doentes com dificuldades de mentalização; ou pouco interessados em compreender o que se passava com eles, tal como é o caso das crianças da latência, com quem principiámos este modelo de intervenção em grupo.

Todo o trabalho psicoterapêutico deve fazer-se em relação ao quadro interno pré-existente no paciente, daí a importância que damos à consulta. Como diz Sacco, o terapeuta introduz arranjos práticos na terapia em função das falhas do quadro interno das crianças.

A ida dos pais com o filho e, por vezes, toda a família, a uma consulta de psiquiatria, não é fácil, porque vai exigir uma mobilização dos investimentos narcísicos profundos, de modo que a ida a uma consulta destas é admitir que o filho possa estar louco ou que eles falharam enquanto pais.

Assim, toda a consulta psiquiátrica pode abrir uma ferida traumática, como sublinha Sacco:

- na criança – dá-se uma revelação inquietante que é o da insuficiência dos pais;
- e nos pais – é o reconhecimento do medo da loucura e do fracasso e a renúncia da criança ideal.

Além disso, o *encontro da criança com um adulto, pode ser sempre um encontro ameaçador, porque se trata do encontro de um aparelho psíquico em desenvolvimento com um aparelho psíquico já constituído ou entre uma sexualidade em devir com uma sexualidade sucedida dum encontro traumático possível, se por traumático se entende um acontecimento cuja intensidade excede as capacidades de resposta da criança.*

Então que dispositivo do quadro psicoterapêutico podemos utilizar, se o Eu da criança apresenta uma organização defensiva essencialmente projectiva, agida?

Estas crianças que têm defesas caracteriais em organização, com tendência a passagens ao acto, isto é, com patologias do “agir”, são dificilmente suportáveis pelas famílias e pelas instituições, nomeadamente escolares. Como diz Sacco, reduzem muitas vezes o adulto a uma função superegoica arcaica.

É evidente que uma intervenção psicoterapêutica individual revela-se, em muitos destes casos, assaz difícil, morosa e mesmo sem resultados.

No nosso serviço passámos a utilizar intervenções em grupo e as referências teóricas utilizadas, as modalidades de formação dos diferentes técnicos que os animavam, releva do domínio da observação e fica insuficiente para compreender a especificidade e a dinâmica.

Foi possível a participação de médicos e de todos os outros técnicos que compõem uma equipa multidisciplinar, utilizando vários modelos de acordo com as formações de base de cada um. Concluímos mesmo que se conseguiu o aproveitamento máximo de todos os elementos da equipa.

Em primeiro lugar, evocava-se a questão do grupo que era utilizado intencionalmente pelos profissionais no quadro dos seus objectivos implícitos ou explícitos, tais como, socializar a criança, facilitar as aprendizagens. **Se por vezes são necessárias interpretações, isso nem sempre aconteceu.**

O contacto estreito com o terapeuta facilitava:

- 1) a verbalização e permitia à criança partilhar vivências do mundo interno e externo e
- 2) tirar prazer de funcionar. Muitas das crianças estabeleciam, pela primeira vez, experiências relacionais positivas.

No grupo das perturbações do agir, em que as feridas narcísicas e as angústias persecutórias não eram geridas psicicamente, com tendência a serem “evacuadas” através da acção, e em que a linguagem não era um modo de comunicação privilegiado, só as intervenções em grupo podiam dar resultados (ou também as terapias familiares).

O grupo exerceu funções:

- 1) de apoio, de pára-excitação e,
- 2) por outro lado, mobilizou um processo de figuração e de simbolização.

Se bem que não houvesse interpretações no sentido estrito do termo, tudo o **que acontecia era passado à palavra** pelos terapeutas, **dando significados** a comportamentos que iam surgindo na interacção entre os intervenientes, tal como a tradução de afectos e dos movimentos pulsionais. A preocupação era quase sempre do **nós**, porque é o grupo como um todo, que serve de apoio e de contentor.

- 1) Para o autor é mais correcto dizer Psicoterapia em Grupo e Psicoterapia de Grupo para indicar ao mesmo tempo o objectivo (but) da técnica e o fundamento teórico.

Acho importante, em primeiro lugar, efectuar entrevistas individuais para se estabelecer com os pais e com a criança uma aliança positiva. Habitualmente o grupo das crianças é semanal e o grupo dos pais é mensal ou quinzenal (no nosso caso).

Os grupos são sempre com os dois sexos, o que facilita o reconhecimento e a comunicação com o diferente, o que vai no sentido do desenvolvimento – diferenciação, autonomia, genitalidade, criação. Por isso promovem o crescimento psíquico. Também em Sacco, mesmo na latência, o grupo é constituído pelos dois sexos, que é uma discussão que se debate entre nós por se considerar que é um período em que os grupos devem ser todos do mesmo sexo, para haver um reforço da identidade de género, pelo jogo especular dos pares e por uma utilização positiva dos mecanismos de defesa como a clivagem e a identificação projectiva. Os grupos só do mesmo sexo tendem à homogeneidade, indivisibilidade e geometria fixa, são tendencialmente psicóticos (A. Coimbra de Matos).

Assim, nos grupos com os dois sexos, as relações identificatórias não deixam de processar-se, e nas duas necessárias dimensões: da identidade singular ou pessoal e da identidade plural ou colectiva.

A situação de grupo como indicou Didier Anzieu (Sacco) “constitui uma ameaça primária para o indivíduo, uma ameaça para a unidade pessoal, provocando uma regressão ao sadismo oral, uma angústia correlativa de perda de identidade pessoal e uma procura compensatória de fusão com a *imago* da boa mãe”.

### **NAS INTERVENÇÕES DE OU EM GRUPO, HÁ DUAS MODALIDADES:**

1) **Monoterapia** – Os autores da corrente bioniana recomendam a monoterapia para facilitar uma experiência mais simétrica entre todos os membros do grupo. Parece que em França é uma prática muito corrente, provavelmente pelo estímulo da existência do CIRPPA (Centre d’Information et de Recherche en Psychologie et Psychanalyse Appliqués), o que não acontece entre nós.

Se a Monoterapia, isto é, com um único terapeuta, tem a vantagem de tornar o terapeuta mais disponível para interpretar e mais criativo, nós não temos essa experiência. Foi com o grupo de adolescentes psicóticos que utilizámos só um terapeuta, com número reduzido 3 ou 4.

E parecem-me pertinentes todas as questões postas por Sacco, tais como:

1. Pode o terapeuta ter a função materna continente e a função paterna superegoica?
2. Pode situar-se como co-pensador do grupo quando a diferença de gerações o coloca numa posição intrusiva e sedutora em função dos níveis de regressão do grupo? Estas manifestações regressivas, por vezes muito intensas, podem levar o terapeuta a contra-actitudes autoritárias ou demasiado tolerantes, levando o processo grupal a um impasse. O que fazer ou como fazer nesta situação?

2) **Cooterapia** – Há autores que criticam a cooterapia devido à similitude com o quadro parental e das dificuldades daí decorrentes, em relação às manifestações transferenciais e contratransferenciais.

Esta crítica supõe que o casal real pode favorecer as manifestações defensivas de cada membro do grupo.

Assim, no início, o grupo ao actualizar as partes psicóticas dos participantes, com a ameaça identitária e o perigo incestuoso, a presença de um casal

cooterapeuta pode ser uma ajuda insubstituível dado que um terapeuta assume o papel do terceiro na relação com o grupo. O pôr em marcha uma cooterapia favorece a transferência sobre os dois sexos, facilita as identificações secundárias aos pais e só a dois se pode melhor aguentar as manifestações regressivas dificilmente elaboráveis.

Bem entendido, que a análise da transferência se torna complexa:

- 1) transferência sobre os cooterapeutas,
- 2) sobre o grupo,
- 3) sobre um só dos terapeutas,
- 4) transferência lateral,

**Finalmente:** o que se torna essencial é a análise intertransferencial dos dois cooterapeutas.

Para René Kaës:

- a cooterapia é a descoberta, em primeiro lugar do pensamento, como um duplo ou idêntico;
- e em seguida pela diferença, pelas divergências de pensamento nas crises do casal dos cooterapeutas, a sua análise vai permitir uma continuação do processo psíquico grupal.

A citação de Jeanne de Fontaine nota 3 momentos na cooterapia:

- 1) Lua de mel – prazer dos dois terapeutas de estar na origem do bebé-grupo que, segundo a autora, dá origem à ilusão gemelar que é o fantasma comum que anima os dois parceiros.
- 2) Descoberta da alteridade que indica o aparecimento do grupo, que é o terceiro elemento no casal.

Compreendo os movimentos complexos que se estabelecem:

- no interior do casal;
  - no interior do grupo;
  - e entre eles que leva à passagem da ilusão gemelar à cena de “ménage” (de um jogo a três).
- 3) A transferência num grupo nunca é verdadeiramente neurótica, no entanto a referência edipiana é muito manifesta, suscitada pela presença do casal dos cooterapeutas, o que leva a uma forte actividade fantasmática.

*O quadro clínico apresentado em que os terapeutas vêm de férias e dá-se a entrada de um novo elemento para o grupo e em que a interpretação dada vai no sentido da manifestação de descontentamento do grupo, face a estes dois acontecimentos – separação e a introdução de um novo elemento que vai dar origem a um novo grupo, estes factos provocam uma regressão que voltava a dar vida à dinâmica dos fantasmas de ilusão grupal.*

Curiosamente, nós utilizamos um casal de terapeutas (não analistas) precisamente para facilitar a comunicação e os processos de identificação. Em todas as intervenções em grupo propostas por Sacco são essenciais as interpretações num quadro continente:

- a) Psicoterapia **de** Grupo
- b) Psicoterapia **em** Grupo (Psicodrama);

A experiência do psicodrama no campo da clínica psicanalítica é essencialmente francesa, da qual pessoalmente não tenho experiência, mas que outros colegas entre nós a têm.

Podemos dizer que existem duas técnicas:

- 1) psicodrama individual, que se dirige a um só paciente, em que o terapeuta é ajudado por um grupo de cooterapeutas. Curiosamente, houve tentativas da parte de João dos Santos, nos anos 60, não muito distante do tempo em que tinha estado com René Diatkine, no Centro Alfred Binet.
- 2) psicodrama de grupo, conduzido por um casal de terapeutas e mais raramente por um só terapeuta.

O psicodrama de grupo, segundo Sacco, é uma técnica privilegiada, porque permite aos psicoterapeutas situar-se mais perto do Eu da criança, de entender o seu sofrimento e de encontrar a linguagem que se articula melhor com as capacidades expressivas da criança.

A sua descrição clínica é muito esclarecedora de como a realização do jogo na cena psicodramática a aproxima do sonho, o que o leva a colocar algumas questões:

- 1) porquê uma proximidade entre jogo, sonho, psicodrama?
- 2) se o jogo é uma actividade normal no desenvolvimento psíquico da criança, qual é a sua especificidade quando a encaramos na prática do psicodramatista?
- 3) o sonho é uma realidade construída pelo aparelho psíquico e a sessão do psicodrama é uma nova realidade?

Sacco dá uma grande importância ao psicodrama, do qual me parece ter larga experiência.

Em suma, concluímos do seu trabalho que, na prática psicoterapêutica em grupo e de grupo, dado os novos contextos culturais, tem que se fazer hoje mais o impossível do que o interdito.

Não temos que **ter um sonho**, como disse Luther King, temos é que **fazer um sonho** da nossa actividade clínica.



# “SER OU NÃO SER...O QUE SER? ENLOUQUECER?”

## *O PROCESSO DE ADOLESCÊNCIA FACE À IMPOSSIBILIDADE DE INDIVIDUAÇÃO*

### A propósito de um caso clínico

---

*Nuno Farela Neves \**

*Otilia Queirós \*\**

*Dulce Soeiro \*\*\**

#### RESUMO

*As tentativas de suicídio na adolescência encerram múltiplas problemáticas, uma das quais pode ser a dificuldade identitária em famílias com funcionamento patológico.*

*Os autores referem um caso de funcionamento em “falso self” de uma adolescente seguida no Departamento de Pedopsiquiatria do Hospital Maria Pia – Porto.*

*Palavras-chave:* Adolescência. Autonomia. Depressão. Falso-self.

#### INTRODUÇÃO

No período de adolescência, as bases do sentimento de unidade e a aquisição de uma identidade estável (Braconnier & Marcelli, 2000), bem como a necessidade de separação/dependência em relação aos progenitores, podem ser perturbadas por processos de intromissão transgeracionais que dificultem os

---

\* Interno de Pedopsiquiatria do Departamento de Pedopsiquiatria do Hospital Pediátrico de Coimbra.

\*\* Pedopsiquiatra do Departamento de Pedopsiquiatria do Hospital Maria Pia do Porto.

\*\*\* Psicóloga Clínica do Departamento de Pedopsiquiatria do Hospital Maria Pia do Porto.

processos de identificação (Priour, 1999). A diferenciação psicológica da família de origem (Bowen, 1976) pode ser condicionada por um envolvimento afectivo narcísico (Barker, 2000) por parte dos pais, originando uma pseudo-indivuação ou um afastamento em ruptura (Ausloos, 2003). Com frequência, o material projectado pelos pais sobre o filho adolescente, resulta de relações de objecto conflituosas com os pais da sua própria família de origem (Fleming, 2004). O filho adolescente pode-se tornar uma extensão narcísica do self parental e na relação pode prevalecer a vivência de lealdade em detrimento do afecto (Fleming, 2004). A existência de um vínculo inseguro aos progenitores, pode condicionar a capacidade do adolescente de se separar e individualizar (Fleming, 2004).

Uma evolução individual possível para o adolescente é a de submissão e de estabelecimento de um “falso self” (Golse, 1998) com perturbação do sentimento de existir.

Para ilustrar este tipo de funcionamento individual e familiar, descrevemos o caso clínico de uma adolescente internada no Internamento do Serviço de Adolescentes do Departamento de Pedopsiquiatria do Hospital Maria Pia do Porto.

### **CASO CLÍNICO**

A “Maria” de dezasseis anos de idade foi internada em Novembro de 2004 no Internamento do Serviço de Adolescentes, após Tentativa de Suicídio (TS) por intoxicação medicamentosa.

No mês anterior à TS e desde o início do ano lectivo, apresentou agravadas dificuldades de relacionamento com os pares, queixas de dificuldades de memória/raciocínio e instabilidade emocional, sendo negada ideação suicida activa. Na sequência destes sintomas, fez a TS no quarto de sua casa, por ingestão de benzodiazepinas (em quantidade imprecisa) e por flebotomia dos membros superiores. Foi encontrada pela mãe (estava em casa), antes de perder a consciência, após alerta do namorado da jovem; este ter-lhe-á telefonado momentos após a ingestão medicamentosa, tendo estranhado o seu discurso. A “Maria” refere amnésia total para o sucedido, apresentando este gesto auto agressivo um carácter dissociativo.

Recorreram ao Serviço de Urgência de Pedopsiquiatria do Hospital Maria Pia, tendo sido admitida no Serviço de Internamento de Adolescentes. No exame mental, à entrada, apresentava-se orientada no espaço e no tempo, com aspecto cuidado, fâcies inexpressivo e contacto visual pobre. A atitude era, de

forma geral, colaborante apesar de alguma lentificação psicomotora. O discurso era monocórdico, pouco espontâneo e fluido, com um conteúdo pouco consistente, falta de ressonância afectiva e pouca reactividade emocional. Manifestava sérias dificuldades em falar de si na primeira pessoa e em definir os seus próprios sentimentos, projectos e ideias, devolvendo-nos sistematicamente opiniões de terceiros: “dizem que sou inteligente...” (sic). Não eram evidentes alterações do conteúdo do pensamento ou da senso-percepção.

De acordo com a informação dos pais, a gravidez foi desejada e planeada, o parto foi eutócico e de termo, não tendo havido intercorrências. O desenvolvimento psicomotor decorreu dentro dos parâmetros normais. Foi cuidada pelos pais e avó materna e teve boa adaptação escolar, sendo descrita como uma criança aplicada e que apresentava um excelente desempenho escolar. Na relação com adultos demonstrava alguma intolerância à frustração e, na relação com os pares, pouca iniciativa e persistência para brincar. A mãe refere que “ela era perfeita, só lia livros e não brincava com bonecas” (sic), denotando traços obsessivos de personalidade. A partir do segundo ciclo do ensino básico e após o falecimento da sua avó materna, começou progressivamente a isolar-se do grupo de amigos e a ter dificuldades relacionais com os pares, organizando as suas actividades em torno dos estudos (segundo a família, ela queria – desde sempre – ir para o curso de Medicina para ser Pediatra) e da ajuda aos pais nas tarefas domésticas. Até cerca dos quinze anos foi acentuando estes traços obsessivos e de isolamento social: “sentia-me estável, mas aborrecida” (sic). No décimo ano de escolaridade, após mudança de turma, acentuaram-se as dificuldades relacionais surgindo conflitos persistentes com colegas “por ser muito inteligente... eles tinham inveja... chamavam-me a menina certinha” (sic). Nesse ano, esteve internada no Serviço de Neurologia do Hospital de São João (Porto), por “défice motor dos membros direitos, com recuperação em oito dias de causa não determinada”, e foi apresentando queixas somáticas e episódios de agitação psicomotora com heteroagressividade e posterior amnésia para o sucedido. Apesar de ter iniciado noutra Hospital acompanhamento Psiquiátrico (medicada com ansiolítico e antidepressivo) e Psicológico durante esse ano, a sintomatologia reagravou-se, como referido anteriormente.

A “Maria” é filha única e vive com os pais. A mãe de 41 anos, costureira, manifesta sintomatologia depressiva com traços de perfeccionismo, rigidez, meticulosidade e uma atitude controladora e de superioridade moral, referindo que a filha “deve ser perfeita como eu” (sic). A relação mãe-filha assume características simbióticas, sem limites entre gerações e subsistemas e as ténues tentativas de autonomia por parte da filha são entendidas como ameaçadoras para a identidade da díade.

O pai de 39 anos é marceneiro e tem um papel periférico na família, sem poder executivo ou de resolução de conflitos. A figura paterna é mantida à distância, desqualificada abertamente (sob o argumento de alguns consumos esporádicos de álcool) e remetida para uma postura passiva na dinâmica familiar.

A superprotecção materna não implica envolvimento afectivo empático, mas sim narcísico, pelo que a comunicação é deficitária. Diz-nos a jovem: “... nunca me ouviram, tinha medo que me deixassem ou não tivessem tempo para mim...” (sic). A mãe foi privada de relações afectuosas maternas na sua infância e adolescência, tendo sido cuidada por uma irmã mais velha que entretanto faleceu quando ela tinha nove anos: “... não tive carinho de mãe... eu queria ser professora mas não me deixaram...” (sic). As suas ambições pessoais foram sacrificadas para cuidar das tarefas domésticas, pelo que gostaria – intrusivamente – que a sua filha pudesse ter as oportunidades que ela não usufruiu. A “Maria” diz: “a minha mãe molda-me para eu ser como ela quer... se calhar sou aquilo que a minha mãe gostaria de ter sido... eu era um boneco nas mãos deles...” (sic). Verifica-se a impossibilidade do reconhecimento na filha de emoções, pensamentos, ideias ou projectos próprios e distintos dos que lhe são atribuídos pela mãe.

Em termos Diagnósticos (Eixo I – Síndromes Psiquiátricas Clínicas), tivemos em consideração a presença de:

- Humor depressivo, triste e sem esperança, de sentimentos de vazio e aumentos de irritabilidade, de perda de interesse ou prazer nas actividades diárias;
- Isolamento social e negligência das ocupações agradáveis;
- Diminuição do apetite e peso, alterações do sono (insónia inicial), alterações psicomotoras (lentificação), diminuição da energia, fadiga e cansaço, sentimento de desvalorização pessoal e culpa, incapacidade de raciocínio, concentração e tomada de decisões, diminuição no rendimento escolar;
- Ideação suicida e tentativa de suicídio;

A Avaliação Psicológica Projectiva (Rorschach) realizada em Internamento, permitiu observar um discurso desorganizado, caótico, com um ataque às ligações e com perda de sentido lógico. O controlo do real era praticamente nulo, verificando-se um insucesso das defesas narcísicas e as autoreferências serviam de suporte a manifestações mais psicóticas.

Assim, a “Maria” apresentou critérios que permitem fazer um diagnóstico

de Perturbação Depressiva Major e, tendo também em conta a referida Avaliação Projectiva, consideramos existirem sinais claros de descompensação psicótica na linha da depressão psicótica.

No internamento a intervenção baseou-se em sessões de psicoterapia individual, terapia psicofarmacológica (com risperidona 3 mg id e biperideno 3 mg id) e intervenções familiares, numa tentativa de analisar a dinâmica familiar e promover a reestruturação da mesma.

A adolescente, embora inicialmente apresentasse um discurso vago, pouco coerente e espontâneo, com dificuldades de expressão emocional, foi entretanto referindo sentimentos de vazio e de falha na concretização do “destino” para si construído. As dúvidas na construção da sua identidade e o quase desmoronamento do “sentimento de si”, foram surgindo como factores predominantes, bem como a necessidade de corresponder a expectativas omnipresentes de perfeição que condicionavam um funcionamento em “falso self”. Nas palavras da “Maria”, e após dois meses de seguimento psicoterapêutico: “... eu mostrava sempre um sorriso... mas nem sempre estava bem” (sic). O envolvimento familiar, demasiado solícito e sem possibilidade de demonstração de afectos negativos, dificultava a autonomização e a autenticidade.

A reactualização na adolescência do processo de separação – individuação, confrontou a doente com a impossibilidade de cumprir satisfatoriamente algumas das tarefas fundamentais desta fase, nomeadamente a necessidade de construir uma identidade coesa. A vivência de estranheza do Eu e a sensação de não ser real, poderão ter sido a tradução sintomática desta dificuldade, apresentando ainda a jovem o referido funcionamento em “falso self”, com episódios dissociativos que consistiam em passagens ao acto heteroagressivas (episódios de agitação psicomotora) e autodestrutivas (tentativa de suicídio). Face à impossibilidade de serem reconhecidos e validados quaisquer movimentos de individuação e diferenciação, estes episódios poderão ser encarados como tentativas desesperadas de afirmação da sua individualidade e de apropriação do próprio corpo.

O espaço terapêutico empático, contentor e dinamizador de transformações graduais, foi possibilitando o reconhecimento destes aspectos, assim como o reconhecimento de momentos de profunda confusão, desamparo e de ameaça de quase despersonalização nos meses anteriores ao internamento. A validação e reconhecimento destes sintomas tem permitido o início de uma diferenciação individual; no entanto, e tendo em conta a avaliação estrutural da família, houve ainda uma tentativa de tornar mais nítidos os limites mãe-filha e de tornar mais flexível a fronteira rígida mãe-pai, para permitir uma evolução mais autónoma da jovem. A figura paterna tem sido valorizada e incluída na dinâmica

familiar e, na intervenção com a mãe, tem-se avaliado o sentir da sua experiência actual, promovido a auto-reflexão e distanciamento em relação aos seus modos habituais de pensamento. Procurou-se entender as modalidades de vinculação e a narrativa da sua história pessoal, sentimentos vividos, crenças e expectativas de vida que foi construindo. Foi favorecido um discurso sobre o que estava a viver, fazendo a ligação com o que com ela mesma se foi passando, mantendo o foco na relação mãe-filha. Foram definidos limites na relação mãe-filha para promover a diferenciação através do reconhecimento da filha como um indivíduo portador de atributos, afectos e pensamentos distintos dos idealizados pela mãe. Consideramos ainda essencial o emergir, na mãe, do luto da “filha ideal” – vista como uma projecção narcísica do seu próprio ideal do “Eu” – para que possa ir aumentando a capacidade da mãe se relacionar com a “filha real”.

A “Maria” teve alta após cerca de vinte dias, prosseguindo o seu acompanhamento em Consulta Externa. A dificuldade de reestruturação do sistema familiar tem condicionado a contenção de afectos negativos e as tentativas da jovem, para reescrever a sua história pessoal, são ainda encarados como sinais de doença mental. No entanto, individualmente a “Maria” tem vindo a organizar a sua forma de pensar, permitindo-se ser mais autêntica, reconhecendo-se na mudança. Procura agora também metas mais realistas e adequadas a si e às suas capacidades.

## CONCLUSÃO

Este caso clínico ilustra, de forma clara, uma dinâmica familiar em que a atitude materna é dominada por um funcionamento projectivo que anula todas as tentativas de individuação do “outro”; esta modalidade relacional caracterizada por autoritarismo, superprotecção, distância afectiva, necessidade de dependência em relação a si, mas também ansiedade e “medo de falhar” (Bergeret, 2000), parece ter facilitado a construção de um falso self defensivo na adolescente (Ménéchal, 2002). Este modo de relação patológica parece também ter sido potenciado por um funcionamento familiar caracterizado pela indiferenciação afectiva e comunicacional.

Apesar de não subscrevermos conceitos como os de “famílias esquizofrenizantes” ou “psicotizantes”, constatamos que algumas modalidades de relacionamento intrafamiliar observadas na prática clínica podem promover o desenvolvimento e/ou perpetuação de quadros clínicos complexos (como no caso em questão) em que, embora não se constate a presença de uma psicose franca, é patente uma grave desorganização do funcionamento mental com

tradução a nível dos afectos, cognições, comportamento e relação interpessoal, e em que a inserção e contacto com a realidade se podem encontrar episodicamente comprometidas.

Como estratégias terapêuticas neste tipo de situações defendemos uma abordagem a dois níveis: individual, focalizada no próprio adolescente – trabalho psicoterapêutico individual, podendo, num segundo tempo, ser vantajosa uma abordagem em grupo de psicodrama – e familiar, focalizada nas relações intrafamiliares e segundo o modelo sistémico

Neste contexto, a utilização de alguns fármacos pode ter um papel importante no controle de alguns sintomas mais perturbadores impeditivos do sucesso de outras intervenções terapêuticas. O internamento, além da função contentora que exerce (por vezes fundamental nas fases de maior descompensação), e de permitir a realização de uma avaliação mais completa, pode constituir um momento chave no processo terapêutico, uma vez que implica uma “separação física” (temporária) que vai criar condições facilitadoras para uma posterior “separação psíquica”, o que poderá contribuir para a construção do processo de separação/individuação e conseqüente consolidação de identidade.

## BIBLIOGRAFIA

- Braconnier, A., & Marcelli, D. (2000). *As mil faces da adolescência*. Climepsi Editores.
- Prieur, B. (1999). *As heranças familiares*. Climepsi Editores.
- Barker, P. (2000). *Fundamentos da terapia familiar*. Climepsi Editores.
- Ausloos, G. (2003). *A competência das famílias*. Climepsi Editores.
- Fleming, M. (2004). *Adolescência e autonomia – O desenvolvimento psicológico e a relação com os pais*. Edições Afrontamento.
- Golse, B. (1998). *O desenvolvimento afectivo e intelectual da criança*. Editora Artes Médicas.
- Bergeret, J. (2000). *A personalidade normal e patológica*. Climepsi Editores.
- Ménéchal, J. (2002). *Introdução à psicopatologia*. Climepsi Editores.

## SUMMARY

*Suicidal attempts in adolescents enclose many difficulties, one of which can be identity problems in dysfunctional families.*

*The authors report a clinical case of a female adolescent, who has been undergoing treatment in the Department of Child and Adolescent Psychiatry in Maria Pia's Hospital (Porto), due to an “as if” functioning.*

*Key words:* Adolescence. Autonomy. Depression. False self.



# O TRAUMA E O LUTO A PROPÓSITO DE UM CASO CLINICO

---

Paula Vilarica \*

Pedro Caldeira da Silva \*\*

## RESUMO

*Tendo como ponto de partida a noção de resiliência os autores apresentam um caso clínico que pretende exemplificar a importância do estabelecimento de relações como factores de protecção. Trata-se do caso de uma menina de 3 anos que recorreu a consulta de pedopsiquiatria na Unidade da Primeira Infância com queixas do sono, alimentação e comportamento iniciadas após ter testemunhado a morte violenta de ambos os pais. O caso é discutido do ponto de vista da inter-relação entre a Perturbação de Stress Pós Traumático, a construção da memória, os mecanismos do trauma e do luto.*

## INTRODUÇÃO

Durante muito tempo, nas várias esferas das ciências humanas, foi dada atenção sobretudo ao estudo dos estados patológicos. Por este motivo, os investigadores centraram-se em descrições exaustivas da psicopatologia na tentativa de compreender os seus mecanismos e de descobrir os factores responsáveis/ envolvidos.

Apesar dos esforços realizados muitas questões permanecem sem resposta. Muitas vezes os prognósticos negativos feitos em função da existência de

---

\* Pedopsiquiatra.

\*\* Chefe de Serviço Hospitalar de Pedopsiquiatria.

factores de risco para psicopatologia não se cumprem. A aplicação dos modelos de risco, amplamente difundidos nos programas de saúde, mostrou a existência de numerosos casos que se desenvolvem normalmente apesar de constelações de factores que determinariam patologias severas em outros indivíduos (Cyrułnik, 2001).

Desde há muito tempo que se observa que certos seres humanos conseguem superar condições extremamente adversas e muitas transformam as dificuldades em vantagens ou estímulos para o seu desenvolvimento bio-psico-social.

Neste contexto a noção de “invulnerabilidade” apareceu quase por acidente, a partir de um estudo com “crianças de alto risco” que tinham muitos factores adversos ao longo do seu desenvolvimento, da infância até à idade adulta, realizado por Werner em 1987. Entendia-se como “invulnerabilidade” o desenvolvimento de pessoas sãs em ambientes insanos (Bourguignon, 2000).

Com o tempo este conceito perdeu interesse à medida que foram realizados novos estudos epidemiológicos nos quais o principal foco de atenção era “o fenómeno das diferenças individuais nas respostas das pessoas ao stress e adversidade”, tal como Rutter em 1990 (Garmezy, 1994). Estes estudos de crianças e adolescentes em risco para patologia psiquiátrica, delinquência e outros problemas, centravam-se nos indivíduos cujo desenvolvimento era bem sucedido apesar do “mau começo”. Em vez de se concentrarem nos deficits individuais os autores esforçavam-se por compreender as forças individuais e comunitárias e, desta forma, apareceu o conceito de resiliência na literatura psicológica (Cyrułnik, 2001).

Resiliência é o termo usado em metalurgia e engenharia civil para designar a capacidade de alguns metais para recuperarem a sua forma original após terem sido submetidos a uma pressão deformadora. O termo foi adoptado para as ciências sociais para designar ou caracterizar os indivíduos que apesar de nascerem e viverem em condições de alto risco se desenvolvem psicologicamente sãos e socialmente bem sucedidos (Garmezy, 1994).

Tendo como ponto de partida a noção de resiliência vários autores investigaram as suas características e tentaram identificar os factores que a constituíam – os factores de protecção. Rutter descreve quatro tipos: os que reduzem o impacto ou a exposição ao risco, os que reduzem as reacções de cadeia negativas que ocorrem após as más experiências, os que promovem o sentimento de competência e finalmente, as relações positivas e novas oportunidades que fornecem novos recursos e direcções na vida (Garmezy, 1994).

Em seguida apresenta-se um caso clínico que pretende exemplificar a importância do estabelecimento de relações como factores de protecção. Trata-se de um caso de acompanhamento psicoterapêutico em que verificámos, na prática, que por

vezes a trajectória descendente de sofrimento e doença mental que algumas crianças sofrem após um acontecimento traumático pode ser invertida. Constatámos mais uma vez que é nas situações em que o equilíbrio se formou em torno da doença mental que o poder renovador das relações terapêuticas mais claramente se verifica.

## CASO CLÍNICO

Conhecemos a Nicole em Fevereiro de 2005. Tinha 3 anos e meio à data em que foi trazida à Unidade da Primeira Infância (UPI) pela sua tia paterna. Nasceu em Évora e residiu com os pais numa aldeia do concelho até aos 18 meses. Nessa altura veio viver para Odivelas com os tios porque os pais faleceram.

A tia conhecia pouco da vida da criança antes dela ter vindo para sua casa porque havia pouco contacto entre os pais da Nicole e o resto da família. A menina residia com os tios paternos há dois anos, desde que os pais faleceram. Os tios ficaram com a tutela por opção própria. Os pais faleceram tragicamente por crime passional: o pai assassinou a mãe a tiro e suicidou-se em seguida, também a tiro de caçadeira. Isto ocorreu na casa dos avós paternos, na presença da Nicole, que tinha 18 meses e do seu irmão que tinha 5 anos. Existia um tabu familiar acerca desta morte, o que explica as poucas informações que a tia conseguiu fornecer acerca das circunstâncias em que ocorreu.

A criança veio à consulta porque apresentava problemas nas áreas do sono, alimentação e comportamento.

A Nicole tinha dificuldades de adormecimento que levavam a que a tia tivesse que ficar perto dela na fase do adormecer. O sono era agitado, com pesadelos frequentes. Dormia mal especialmente quando os avós paternos a visitavam. Nestas alturas chegava a ficar em pânico, gritando, e não conseguia dormir.

Os problemas alimentares eram recusa em comer e selectividade excessiva dos alimentos. A tia dizia que este problema já existia antes da morte dos pais porque o seu irmão referiu várias vezes que “a bebé era má para comer”. Referia que a Nicole tinha “vontade de ferro” e ninguém a conseguia forçar a fazer o que ela não queria. Não houve perda de peso apesar do ganho ponderal ser pouco.

A Nicole era descrita como sendo exigente e irritável, com tendência para fazer birras e aceitar mal as frustrações. A tia punha-se em causa e referia dificuldades em pôr regras e limites por pena da criança, comentando que “ela já sofreu mais que a conta”.

Também apresentava muita dificuldade de separação da tia. Entrou para o Jardim Infantil com 18 meses e desde então ficava a chorar quando a tia a deixava. Apesar disso estabeleceu uma ligação preferencial à auxiliar de acção educativa e teve uma boa integração no grupo dos pares, onde se dá bem com as crianças.

A Nicole tinha vários medos de grande intensidade, especialmente medo da casa de banho, onde só conseguia entrar com a tia, e dificuldades em ficar sozinha. Quando entrava em pânico começava a gritar “tia” e “mãe”. Existia também medo dos homens. Aos 18 meses não conseguia ver nenhum homem pois ficava muito agitada e começava a gritar. Este sintoma vinha a melhorar.

Desde que estava com os tios não conseguia estar perto dos avós paternos. Quando os via ficava assustada e fugia. Os avós referiam que antes da morte dos pais isto não se passava apesar do pouco contacto deles com as crianças. Quando os pais faleceram as crianças ficaram uns dias com os avós e depois vieram para Lisboa com os tios. A tia dizia não conseguir explicar este comportamento que causava grande constrangimento familiar, mas depois sussurrou que os avós estavam em casa quando os pais morreram e a Nicole podia estar a associar a presença deles ao sucedido.

Os tios nunca falaram com as crianças acerca do que se passou com os pais e estas nunca verbalizaram nada. Segundo a tia os avós também mantinham o silêncio, em luto profundo e ainda transtornados pelo sucedido.

**A tia desconhecia as informações acerca da gravidez e parto.** Os dados recolhidos do Boletim Individual de Saúde revelavam uma criança com dificuldades peri-natais e ligeiro atraso do desenvolvimento até cerca dos 18 meses, com recuperação completa. Tinha uma microcefalia benigna familiar em vigilância pediátrica.

## HISTÓRIA FAMILIAR

A mãe era portuguesa, natural de Lisboa, faleceu com 36 anos, assassinada a tiro pelo marido. Era cabeleireira, com o 9º ano de escolaridade. O pai era português, natural do Alentejo, faleceu com 44 anos por suicídio a tiro após ter assassinado a mulher. Era camionista e tinha o 4º ano de escolaridade.

O casal tinha uma vida isolada e a tia atribuía isso ao facto da “mãe não gostar da família paterna”. Descrevia-a como sendo uma mulher que gostava da vida nocturna, consumia muito álcool e mantinha relações extraconjugais nos períodos em que o pai estava ausente.

A Nicole tinha um irmão que residia com ela. Não apresentava problemas ou dificuldades.

A tia tinha 43 anos, era empregada doméstica, com o 4º ano de escolaridade. O tio tinha 44 anos. Nunca veio à consulta. Em casa também residiam os primos da Nicole, dois rapazes de 22 e 15 anos.

A família tinha boas condições socio-económicas e uma boa rede de apoio social por parte da família alargada, dos vizinhos e das educadoras do Jardim Infantil.

## OBSERVAÇÃO

A Nicole era uma menina de aspecto franzino, cabelo preto escorrido, ar macilento e grandes olhos pretos. Estabeleceu um contacto demasiado fácil e indiferenciado com a observadora. Quando a conheci estava escondida atrás das pernas da tia, assustada e muito séria, mas quando lhe perguntei se queria vir comigo aceitou imediatamente, sem maiores dificuldades. Veio para a sala, de mão dada comigo sem ainda me conhecer e sem se despedir da tia.

Explorou a sala e os objectos com interesse. Usava o adulto disponível (eu) para se apoiar na exploração chamando a atenção para os brinquedos que mais a interessavam e envolvendo-me no seu jogo. Demonstrava bom conhecimento das normas sociais (ex. pedia permissão para pegar nos brinquedos), não manifestava ansiedade e tinha um comportamento global bem adaptado à situação de observação, com nível de actividade normal.

Começou por se interessar pela casinha e convidou-me para entrar com ela, brincando às escondidas com evidente prazer. Depois pegou em cubos de encaixe e conseguiu encaixar todas as peças à excepção do triângulo. Ficou zangada e deitou as peças para o chão dizendo que não gostava desses brinquedos. Este padrão de sensibilidade à frustração foi-se repetindo ao longo de toda a observação. Quando confrontada com alguma contrariedade interrompia a interacção e tornava-se irritável.

O seu tema preferido do jogo foi alimentar as bonecas. Ficou muito excitada quando eu personifiquei uma boneca que se recusava a comer. Ela assumiu uma atitude de zanga em relação à boneca gritando, batendo-lhe e dizendo “és feia, és má, não gosto de ti!”. As bonecas acabaram “enterradas” num monte de almofadas. A Nicole, num esforço evidente para não se desorganizar dizia que ficavam ali para descansar. Os bonecos foram deixados debaixo das almofadas e ela retornou ao jogo dos encaixes, desta vez mais tolerante à frustração e solicitando ajuda.

Apresentou sempre um bom nível de linguagem e interesse na comunicação verbal. Tinha equilíbrio, marcha e motricidade normal.

No fim da sessão evitou o olhar na despedida e não disse adeus.

## PRIMEIRAS IMPRESSÕES DE DIAGNÓSTICO

### Resumo dos factores importantes

- Múltiplos factores de risco biológicos (peri-natais e do desenvolvimento).
- História de provável carência e experiências traumáticas nos primeiros tempos de vida.
- Morte traumática dos pais.
- Atraso minor do desenvolvimento com recuperação quando cuidada pelos tios.
- Dificuldades de sono, medos e recusa alimentar actual.
- Reacção de ansiedade face a factores que lhe recordem a experiência traumática (avós paternos).

## DIAGNÓSTICO

Na UPI a discussão de diagnósticos é feita com base na Classificação DC 0-3 – “*Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood*” criada em 1994 pela Zero-to-Three National Center for Clinical Infant Programs. A DC 0-3 é composta por cinco eixos: Eixo I – Diagnóstico Primário; Eixo II – Diagnóstico da Relação entre a criança e os seus prestadores de cuidados; Eixo III – Condições Orgânicas; Eixo IV – Stress Psicossocial e Eixo V – Nível de Desenvolvimento do Funcionamento Emocional. Esta classificação pretende ser exaustiva e implica que qualquer avaliação na primeira infância deve ser o mais abrangente possível pois existem inúmeras e importantes diferenças individuais.

### Classificação DC 0-3

*Eixo I:* 100. Perturbação de Stress Pós Traumático?

202. Luto Prolongado?

206. Perturbação Reactiva de Vinculação (em remissão)?

*Eixo II:* PIR GAS Tia 70 – Perturbado (apesar da relação ser perturbada em certas áreas não é severa ou pervasiva para constituir uma perturbação de relação).

*Eixo III:* Microcefalia benigna em acompanhamento.

*Eixo IV:* Negligência, ambiente familiar conflituoso, morte violenta dos pais.

*Eixo V:* Funciona no nível esperado mas com restrições (não funciona em todo o leque de afectos porque corta a interacção quando se zanga e tem dificuldade nas situações de maior dependência).

Em seguida apresentamos algumas reflexões sobre o caso, a discussão do diagnóstico e aspectos do seguimento terapêutico.

## DISCUSSÃO DO CASO: O TRAUMA E O LUTO

A morte de alguém querido é um acontecimento que muda a paisagem psicológica porque o mundo nunca pode ser igual sem a pessoa que era amada de forma única e especial (Bowlby, 1980).

Algumas das mais comoventes histórias infantis começam com a morte violenta dos pais testemunhada pelos filhos, como ocorre no Bambi. Estas histórias em geral decorrem a partir da perda violenta e ao longo das atribuições do processo de adaptação do pequeno sobrevivente. O sucesso destes contos da literatura infantil tem o seu segredo na intensa estimulação emocional que provocam e que é derivada dos mecanismos de empatia do leitor.

O luto pela morte dos pais tem sido amplamente estudado por pedopsiquiatras, psicanalistas, pediatras e psicólogos. De entre todos Bowlby salienta-se, não só por ser o criador da Teoria da Vinculação (uma das teorias explicativas do desenvolvimento infantil mais importantes do século XX), mas também por ter dedicado ao Luto (“Perda, Tristeza e Depressão”) um dos volumes da sua trilogia clássica “O Apego e a Perda” (Bowlby, 1980). Com base na sua formidável intuição clínica e capacidades de observação ele concluiu que o sentimento de perda para as crianças pequenas não é transitório mas sim recorrente e marcado por um sofrimento contínuo. Bowlby entendia que o luto nas crianças pequenas era uma fase de um processo mais global de resposta à perda que se iniciava pelo protesto, seguido pela quietude. Este acalmar dos sintomas comportamentais era enganador para os adultos porque escondia o sentimento internalizado de perda que a criança continuava a sentir (Bowlby, 1980).

Para os bebés pequenos a perda dos pais adquire dimensões cataclísmicas pois eles investem uma grande quantidade de energia emocional nos pais como fonte de amor e segurança. O impacto traumático nas crianças mais pequenas relaciona-se com esta dependência quase exclusiva dos pais para o sentimento de segurança. Os bebés e as crianças pequenas pela sua imaturidade são mais vulneráveis às situações traumáticas e sofrem consequências mais graves (Gonçalves, 2003).

Bowlby, em 1980, designou o luto dos pais como *trauma de perda* quando ocorre antes da criança ter adquirido um “sentido autónomo de si” (relativa-

mente) independente da protecção dos pais. Salienta que a morte dos pais é mais gravemente desorganizante quando a criança é demasiado pequena para compreender o significado da morte e quando a pessoa que desaparece era a que cuidava das rotinas diárias, que dão à criança o sentimento de continuidade e previsibilidade ou seja, são a base para o bem estar e a segurança. Nestas circunstâncias a criança tem uma falha na expectativa apropriada de que os pais vão estar disponíveis como prestadores de cuidados e protectores. A violação destas expectativas causa lesão da integridade e sentimento de continuidade da criança (Bowlby, 1980).

A literatura teórica e empírica sobre lutos traumáticos sugere cinco componentes nucleares: a realidade física da morte, as circunstâncias traumáticas, as reacções de luto que incluem as recordações da situação traumática, o impacto proximal (esforços para a adaptação à perda) e o impacto distal (efeitos na progressão do desenvolvimento) (Weller, 2002).

A criança que testemunha a morte violenta fica exposta a fortes estímulos tais como cenas de luta e angústia, ferimentos, agitação, gritos e outros sons fortes e cheiros específicos como a pólvora ou o sangue. Os pais, que normalmente ajudam a regular as respostas dos filhos, não estão disponíveis. Além disto, assistir ao sofrimento dos pais desencadeia o desejo de ajudar que não pode ser concretizado, levando a sentimentos de desamparo e culpa.

Estes traumatismos secundários são registados como memórias intrusivas e interferem com a capacidade da criança fazer o luto pois a recordação dos pais liga-se à recordação das circunstâncias da morte (Lieberman, 2003)

A acrescentar a tudo isto há ainda o facto da morte dos pais acarretar mudanças drásticas na família (como aconteceu no caso da Nicole) que introduzem stress adicional na vida das crianças, colocando o seu desenvolvimento em risco (Pynoos, 2002).

Os factores de stress secundários e circunstâncias adversas levam a efeitos negativos adicionais e à confluência de condições comórbidas tais como a perturbação de stress pós traumático, a ansiedade, a ansiedade de separação e a depressão.

Quando a criança assiste à morte dos pais existe uma dupla vertente: o traumatismo e o luto, que requer atenção clínica.

A Nicole apresentava um quadro grave de perturbação do sono e dificuldades alimentares quando foi referenciada a consulta pedopsiquiátrica na Unidade da Primeira Infância. Ocorreu no seu segundo ano de vida uma sucessão de experiências traumáticas incluindo ter assistido à morte dos pais, a natureza violenta da morte, a mudança de casa e a adaptação à nova família. Todos estes factores tiveram um efeito cumulativo e existiam comportamentos (observados na primeira consulta) considerados como sequelas destas experi-

ências, nomeadamente desconfiança das pessoas e retirada defensiva pela perda antecipada (ex. sai da consulta sem olhar).

Como já referimos anteriormente a problemática desta criança é do domínio do luto e do trauma. Sabe-se que o luto prematuro é traumático em si mesmo porque a criança não tem recursos nem mecanismos de coping para manter a sua regulação neurofisiológica e sentimento de self coerente quando elabora o processo do luto (Gaensbauer, 1995). Estas alterações neurofisiológicas estão na base do síndrome neuropsiquiátrico designado Perturbação de Stress Pós-Traumático.

A Nicole demonstra vários sintomas clássicos de Perturbação de Stress Pós-Traumático tais como:

- Reactuação pelo jogo (jogo de enterrar os bonecos na primeira consulta e, ao longo da terapia, a repetição do jogo de curar as feridas).
- Pesadelos frequentes.
- Evitamento e medo de situações que a recordam do trauma (evitamento dos avós).
- Constrição do jogo, regressão e diminuição da capacidade para ter prazer (características que foram observadas claramente na primeira consulta). A avaliação do desenvolvimento emocional funcional permitiu identificar a existência de áreas de constrição que podem ser ligadas às situações que despertam afectos relacionados com o trauma.
- Sintomas de hipervigilância (dificuldades do sono, dificuldade em acalmar, desorganização e distractibilidade).
- Queixas de ansiedade (ansiedade de separação, medo da casa de banho e de ficar sozinha), sintomas afectivos tais como dificuldade em modular as emoções e humor predominantemente tenso, com dificuldade em relaxar e ter prazer.

Apesar de não haver dados sobre o período em que viveu com os pais a história indica claramente que esta criança tem sintomas graves desde a morte traumática dos pais, o que permite estabelecer a ligação causal que é essencial para fazer o diagnóstico.

Quanto aos outros sintomas (não explicados pela Perturbação de Stress Pós-Traumático) estes podem ser melhor entendidos tendo em conta a etapa do desenvolvimento em que a Nicole se encontrava quando os pais desapareceram. Quanto à esfera alimentar, a Nicole estava na transição para a auto alimentação na altura em que a mãe morreu. Nesta fase as crianças recusam a alimentação como forma de expressar a sua vontade e autonomia. Parece que o comportamento se mantém rigidificado nesta etapa precoce e que a alimentação é sobre-

tudo controlada pelas experiências emocionais e não pelas necessidades fisiológicas, podendo fazer parte de uma reacção de trauma.

Existem desde sempre vários obstáculos ao reconhecimento pelos adultos (famílias e profissionais de saúde ou outros) do impacto do trauma nas crianças pequenas, alguns dos quais se verificaram no presente caso. O mais frequente é a negação ou minimização, baseados em falsas concepções acerca das capacidades das crianças, quer porque há a crença de que as crianças não têm capacidades perceptivas ou desenvolvimento cognitivo suficiente para abarcar toda a dimensão da situação traumática ou porque há a esperança num poder irreal da capacidade de resiliência e da plasticidade das crianças. Outros motivos são a grande variabilidade de apresentações comportamentais (os primeiros três anos de vida são os de desenvolvimento mais rápido e maiores mudanças nos comportamentos) e a complexidade de trabalhar com crianças (pequenas) que têm vários prestadores de cuidados (muitos deles também a lidar com o impacto do trauma). Todos estes factores são frequentes em crianças expostas a situações traumáticas onde perderam os pais.

Outras razões explicam o atraso (de dois anos) no encaminhamento da Nicole para a consulta, nomeadamente o desconhecimento da existência de consultas especializadas e a esperança de que as rotinas diárias organizadas e os cuidados continuados e de boa qualidade fossem suficientes para que os sintomas desaparecessem. Apesar dos tios reconhecerem que a sintomatologia poderia estar relacionada com o trauma, a ideia que prevalecia era a de que a Nicole era demasiado pequena para ter a noção da extensão da tragédia. A crescer a isto existe ainda o duplo estigma familiar do assassinato/suicídio que faz com que a tia se sinta envergonhada de mencionar o sucedido, falando mais baixo e de forma sentida acerca do que se passou (as outras hipóteses de diagnóstico não vão ser aqui discutidas para não alongar mais a apresentação).

## **INTERVENÇÃO TERAPÊUTICA**

Foi proposto o seguimento em psicoterapia individual baseada no jogo e consultas de apoio e aconselhamento à tia. As consultas decorreram de Fevereiro a Junho de 2005.

## **A NARRATIVA E A MEMÓRIA**

*O tratamento proposto foi a psicoterapia pelo jogo porque permite “reexperienciar o trauma e os seus significados em doses afectivamente*

*toleráveis e no contexto de um ambiente seguro de tal forma que os sentimentos traumáticos não ultrapassem as capacidades da criança e possam ser integrados de forma adaptativa na sua vida emocional”*

(Gaensbauer & Siegel, 1995).

A importância do estabelecimento de uma relação (criança-psicoterapeuta) para que a criança possa reexperienciar o trauma e ultrapassar os seus efeitos deve-se à influência do traumatismo no desenvolvimento psico-afectivo da criança. O impacto ocorre a vários níveis: impacto directo do traumatismo, mecanismos de adaptação e consequências sobre o desenvolvimento e as relações.

Existem também razões biológicas que justificam a aplicabilidade da psicoterapia relacional e que estão relacionados com a forma como o trauma interage com o desenvolvimento da memória.

Desde o início da vida o aparelho psíquico/cérebro da criança organiza as experiências e estímulos para que façam sentido. A informação é armazenada nas redes neuronais complexas que compõem a arquitectura do cérebro que, pelas suas características de plasticidade neuronal (Kandel, 2004), se desenvolvem através da estimulação pelas experiências que o bebé vive.

A memória refere-se aos processos pelos quais o aparelho psíquico percebe um estímulo, codifica os seus elementos e os armazena para serem usados mais tarde. A recuperação da memória pode influenciar directamente o comportamento (memória implícita) ou pode levar à consciência de determinado evento (memória explícita) (Kandel, 2004).

Os factores (medo, desamparo, choque e horror) ligados ao traumatismo provocam a disrupção do processamento normal da informação relacionada com as percepções. A inundação de emoções e percepções e a divisão da atenção durante o trauma impedem o processamento hipocámpico da informação mas deixam intacta a codificação implícita, o que pode explicar os comportamentos de evitamento, as respostas de hipervigilância e os sintomas somáticos (memória implícita intacta) em contexto de amnésia dissociativa (memória explícita afectada) que ocorrem na Perturbação de Stress Pós Traumático (Siegel, 1995).

Se considerarmos que os sintomas da perturbação estão relacionados com o tipo de codificação específico do trauma então, o processo de resolução tem que se dirigir aos processos perturbados. Uma forma terapêutica apropriada e eficaz para resolver as memórias intrusivas é desenvolver as capacidades metacognitivas ou seja reflectir sobre as experiências internas e intrusivas e traduzi-las em narrativas explícitas. Esta auto-reflexão aumenta o sentimento de ligação aos outros, permite a elaboração dos sentimentos e medo de abandono,

o maior controle dos factores que os desencadeiam e a tradução das somatizações em estados emocionais expressivos, o que contribui para um desenvolvimento psicológico mais saudável.

A psicoterapia é a construção de um espaço e de uma relação que “permite sentir” sem perigo de destruição ou rejeição. É este poder que têm as intervenções baseadas na relação que as torna eficazes como fundações da saúde mental e emocional.

Desenvolver uma narrativa significativa foi o maior desafio terapêutico no caso da Nicole visto que os acontecimentos ocorreram antes do desenvolvimento da fluência da linguagem. Através do fornecimento de oportunidades para comunicar o conhecimento/entendimento não verbal esperava-se ajudar a converter as representações sensoriais pré verbais comportamentais e afectivas em memórias e sentimentos verbalmente acessíveis. O objectivo foi fazer a ligação dos sentimentos traumáticos aos acontecimentos traumáticos que os evocaram, em vez de os expressar pelo comportamento regressivo generalizado e pela raiva.

A terapia foi semanal durante 4 meses. Durante a intervenção a iniciativa partiu da Nicole quanto à escolha dos temas de jogos e do material. Sempre que possíveis eram feitas associações com aspectos do trauma.

Numa sessão um elefante “foi morto” acidentalmente pela terapeuta e mais tarde tornou-se o pai natal que trazia presentes para a menina. Com os presentes, blocos de madeira, eram construídas cidades. A essas cidades vinha o lobo mau matar a mãe mas a menina batia no lobo mau e ele morria, ia para a prisão ou pedia desculpa.

Durante várias sessões a Nicole foi buscar o material do hospital e fazia o papel de médica que cuidava de famílias inteiras que estavam feridas. Este jogo compulsivo durou muito tempo. Por vezes a Nicole interrompia estas sequências para se refugiar na casinha, numa atitude regressiva e pedia para a terapeuta cantar cantigas para dormir. Depois retomava o jogo.

Outro tema frequente era a alimentação. Como forma de expressar a sua compreensão acerca dos sentimentos da Nicole quando esta estava a ser forçada a comer a terapeuta começou, no jogo, por recusar a comida. A Nicole ficou encantada e trocou os papéis pois era ela que, ali no jogo, queria mostrar a sua vontade. No entanto, visto que os papéis se mantinham intercambiáveis, quando era a vez da terapeuta ser a menina que não queria comer a Nicole instruí-a para que chorasse, vomitasse, recusasse ou fugisse. Nessa altura a Nicole identificava-se ao agressor, zangava-se e dava castigos “terríveis” à terapeuta.

Estes jogos foram-se repetindo e a Nicole começou a falar de meninas que tinham duas mães e um dia disse: “tive uma mãe que foi para o céu e agora a minha mãe é a tia”. Nessa altura começou a chamar mãe à tia. Progressivamente os

sintomas desapareceram e à medida que houve melhoria começou-se a ponderar a alta clínica, que foi cuidadosamente planeada com a criança. Após as férias de Verão as consultas espaçaram-se e com o retorno ao jardim infantil, e tendo havido uma boa integração, foi dada alta clínica.

### **PROGNÓSTICO**

Há motivos para optimismo no que diz respeito à evolução da criança a longo prazo. Os sintomas que a trouxeram à terapia estavam resolvidos ou eram residuais no fim do tratamento. As áreas onde havia sintomas residuais estavam mais acessíveis ao manejo pelos tios que por sua vez estavam mais conscientes do significado dos comportamentos da Nicole e mais sensíveis nas suas respostas a estes.

No entanto, apesar da melhoria, novos sintomas podem ainda vir a aparecer. Esta criança mantém-se frágil e necessitará de atenção especial por parte dos tios durante todo o seu desenvolvimento. A natureza grave do traumatismo é um factor de agravamento mas o apoio parental (dos tios) é um factor de bom prognóstico.

### **COMENTÁRIO FINAL**

Não há sentido na perda trágica dos pais da Nicole mas a terapia pôde ajudá-la a fazer sentido do seu mundo interno e das interações com os outros.

O traumatismo na infância é um problema grave de saúde pública em todo o mundo. Para muitas crianças as consequências do trauma afectam significativamente as suas vidas e as das suas famílias pois os efeitos podem ser perversivos, diminuindo as capacidades cognitivas e originando vários problemas de saúde mental e física gravemente incapacitantes (Pynoos, 2002).

As crianças traumatizadas têm elevadas taxas de problemas emocionais e comportamentais e insucesso escolar e existem fortes evidências de relação entre os traumatismos na infância e a psicopatologia (Pynoos, 2002).

Trabalhar com crianças em luto pela morte traumática dos pais pode ser muito exigente para os técnicos e por isso é essencial estabelecer uma rede de apoio estável. O apoio de uma equipa facilita o acesso à supervisão, o que tem importância fulcral para que os técnicos mantenham a sua disponibilidade emocional e respostas empáticas em relação às crianças e famílias. É esta disponibilidade e a empatia que fazem desequilibrar o equilíbrio patológico que se construiu em torno do traumatismo e ajudam à retoma do desenvolvimento saudável, agindo como verdadeiros factores de protecção.

## BIBLIOGRAFIA

- Bowlby, J. (1980). *Perda, tristeza e depressão*. Martins Fontes. São Paulo, 1998.
- Bourguignon, O. (2000). Facteurs psychologiques contribuant à la capacité d'affronter des traumatismes chez l'enfant. *Devenir*, 77(12).
- Cordeiro, M. (2002). Clinical assessment of infant psychopathology: Challenges and methods. In Osofsky and Fitzgerald (Eds.), *WHAIM Handbook of Infant Mental Health*. John Willey and Sons.
- Cyrulnik, B. (2001). *Resiliência: Essa inaudita capacidade de construção humana*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Gaensbauer, T., Chatoor, I., Drell, M., Siegel, D., & Zeanah, C. (1995). Traumatic loss in a one-year-old child. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34(4), 520-528.
- Garmezzy, N., & Masten, A. (1994). Chronic adversities. In Rutter, Taylor, & Hersov (Eds.), *Child and adolescent psychiatry: Modern approaches*. Blackwell Science.
- Gonçalves, M. (2003). Aumentar a resiliência das crianças vítimas de violência. *Análise Psicológica*, 1, 23-30.
- Kandel, E., Schwartz, J., & Jessel, T. (2004). Learning and Memory. *Principals of neural science*. International Ed MacGraw Hill.
- Lieberman, A., Compton, N., Horn, P., & Ippen, C. (2003). *Losing a parent to death in the early years of life*. Child Trauma Research Project. Zero-To-Three Press. Arlington, VA.
- Pfefferbaum, B. (2002). Posttraumatic Stress Disorder. In Melvin Lewis (Ed.), *Child and Adolescent Psychiatry. A Comprehensive Textbook* (3rd ed.). Philadelphia.
- Pynoos, R. (2002). *Presentation of the President's New Freedom Commission on Mental Health*. Los Angeles. Internet.
- Thompson, R. (2002). Attachment theory and research. In Melvin Lewis (Ed.), *Child and Adolescent Psychiatry. A Comprehensive Textbook* (3rd ed.). Philadelphia.
- Weller, E., Weller, R., Benton, T., & Pugh, J. (2002). Grief. In Melvin Lewis Ed. *Child and Adolescent Psychiatry. A Comprehensive Textbook* (3rd ed.). Philadelphia.
- Zero-To-Three/National Centre for Clinical Infant Programs (1994). *Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood*". Arlington, VA.

## SUMMARY

*Having the concept of resilience as a starting point for reflection the authors present a clinical case that exemplifies the importance of therapeutic relations as protection factors. The child was three years old at the time she went to the first consultation with a child and adolescent psychiatrist at the Unidade da Primeira Infância. She presented sleep; feeding and behavioural problems that initiated after a major traumatic event (witnessed the violent death of the parents). The case is discussed from the standpoint of the interrelationships among posttraumatic stress, memory formation and the mechanisms of trauma and mourning.*