

# **Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria**

Nº 29

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA  
DE PSIQUIATRIA DA INFÂNCIA E DA ADOLESCÊNCIA

**DIRECTOR**

Maria Luís Borges de Castro

**COMISSÃO REDACTORIAL**

Augusto Carreira

Fernando Santos

Filipa Ferreira

Mónica Salgado

Neide Urbano

Pedro Pires

Raquel Quelhas de Lima

Sara Pedroso

**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 Universitário

## Editorial

*Maria José Vidigal* p. 5

**ARTIGOS**

Violência na escola

– A casa e o mundo

*João Mendes Ferreira* p. 7

Síndrome de alienação parental

– Uma realidade médica ou uma construção forense?

*Manuel Salavessa, Pedro Cintra,  
Bruno Pereira, Magda Mendo Jorge,  
Fernando Pego, & Fernando Vieira* p. 13

Da pedagogia à educação: Um caminho...

(Duas vertentes essenciais ao desenvolvimento psicológico infantil)

*Maria Luís Borges de Castro* p. 23

Área de Dia

– Unidade de Pedopsiquiatria do Hospital Garcia de Orta

*R. Esquina, I. Figueiredo, E. Bexiga,  
M. Alves, R. Alves, S. Comparada,  
J. Vasconcelos, & P. Pires* p. 37

A perturbação de personalidade borderline na adolescência

– Dificuldades na intervenção

*S. Almeida & P. Pires* p. 55

Normas de Publicação p. 67

Caros Colegas

A meu convite, este Editorial foi escrito pela Maria José Vidigal.

É uma honra poder partilhar com ela o seu pensamento sobre a sua visão actual da Psiquiatria da Infância e Adolescência.

A sua enorme experiência, o seu conhecimento e a vastíssima investigação nesta matéria com a consequente publicação de várias obras estão bem sintetizados neste Editorial.

Obrigada Maria José.

*Maria Luís Borges de Castro*

Setembro 2010

A psiquiatria infanto-juvenil enfrenta desafios constantes: obriga-a a adaptar-se, a evoluir, a transformar-se... para acompanhar o desenvolvimento extraordinário destes últimos anos quer das Neurociências quer das profundas transformações socioeconómicas. No entanto, sobre ela pesa uma ameaça que é ver afastada a dimensão clínica e relacional em proveito de uma pseudomodernidade objectiva. Outro factor negativo é tentar reduzir a importância da parentalidade, nomeadamente das relações precoces da vinculação.

Estas preocupações são partilhadas por outros especialistas nacionais e estrangeiros. Assim: *“Hoje (Hochmann, 2009) o conceito de autismo introduzido pela DSM oferece analogia com a de Esquirol (1838): unidimensional, mecanicista, positivista, exerce as mesmas funções de unificação e simplificadoras, com consequências comparáveis na prática.”*

Hoje os especialistas têm que defender um modelo polifactorial da psicopa-

tologia, por se estar longe de um determinismo só genético, só neuroquímico, só relacional.

Actualmente um dos problemas mais preocupantes são os do comportamento e da violência nas escolas, que não são resolvidos por medidas punitivas.

Além disso, os princípios da Educação Inclusiva tornaram possível que as crianças com graves *handicaps*, incluindo o autismo, ficassem nas escolas do sistema regular, pelo facto de Portugal ter assinado a Declaração de Salamanca, em 1994, com o objectivo de uma “escola para todos.” Se bem que estejamos de acordo como princípio, não o estamos no modo como foi implementada no nosso país, de forma massificada e sem preparação suficiente dos intervenientes. Desde há muitos anos combatemos soluções do faz-de-conta devido à carência crónica dos serviços de saúde mental infantil.

Enquanto especialistas, para além dos aspectos psicoafectivos que nos devem interessar muito particularmente, não podemos descurar as dificuldades cognitivas, como por exemplo nas crianças autistas, utilizando diversas estratégias educativas até agora conhecida, tais como, o TEACCH, o PECS e o MAKATON. Surge a necessidade de articular com o trabalho psicoterapêutico, porque alguns destes instrumentos ajudam na comunicação com estas crianças.

Trata-se de uma especialidade em que a intervenção na prevenção é ambiciosa mas necessária, além do trabalho em rede nos cuidados que é uma necessidade absoluta que implica os profissionais da saúde, da educação e de outros da comunidade. Isto não quer dizer que todos façam o mesmo, cada um deve manter as suas competências e responsabilidades mas têm que estar informados das complementaridades.

Tendo em conta que a essência da nossa actividade é sobre a relação, é no trabalho psicoterapêutico que nos permite voar no interior da criança, tornando possível apreender e partilhar com ela o seu sofrimento... este é o lado único e apaixonante da psiquiatria infanto-juvenil.

*Maria José Vidigal*

# VIOLÊNCIA NA ESCOLA – A CASA E O MUNDO\*

João Mendes Ferreira \*\*

## RESUMO

*O autor reflecte acerca dos contextos sociais, educativos e familiares prevalentes nos dias de hoje, na compreensão do lugar da violência na vida das crianças e adolescentes.*

*A violência é entendida como uma das expressões de uma crise social, cultural, de valores e da família e é sublinhado o carácter fundamental – pela sua natureza criativa e organizadora – que a função do educador desempenha na prevenção desta patologia das sociedades actuais.*

*Palavras chave:* Autoridade. Conflito. Disciplina. Educação. Educador-écran. Educador-sádico/castrador. Escola. Espaço simbólico. Família. Identidade. Liberdade. Profissão impossível. Relação pedagógica. Violência.

Nas últimas décadas, os discursos acerca da Educação caracterizaram-se por intermináveis debates em torno das metodologias e, mais recentemente, pela exposição reiterada da violência e indisciplina nas escolas, ou dos confrontos entre alunos, professores, pais e ministério, como se o trabalho educativo fosse, apenas, processual, comportamental, disciplinar, político e corporativo.

Relegados para segundo plano, têm sido os factores *conhecimento, relação e transformação*, nucleares da função educativa, como do trabalho psicoterapêutico, duas das três *profissões impossíveis* em que Freud incluiu, ainda, *governar*.

Esta *impossibilidade* enunciada por Freud em 1925 no “Prefácio a ‘Juventude desorientada’”, do pedagogo e psicanalista August Aichhorn, e retomada num dos seus últimos escritos, “Análise terminável e interminável”, de 1937, não corresponde a uma declaração de impotência; pensemo-la, antes, em rela-

\* Título do livro de Rabindranath Tagore.

\*\* Psicólogo Clínico.

ção com duas características comuns a estas profissões: a sua natureza intrinsecamente contraditória – qualquer das três é necessária e simultaneamente restritiva e permissiva; e o seu carácter aberto – o terapeuta, o educador ou o governante não controlam totalmente os resultados da sua actividade, pois esta envolve outros sujeitos, com uma identidade, uma história e projectos próprios; e, em cada sujeito implicado, existem ainda, aquém do domínio da vontade e do planeamento, poderosas dinâmicas inconscientes que determinam o percurso de cada um e daqueles que influencia. Logo, toda a acção é, pelo menos, parcialmente insatisfatória e os seus resultados nunca coincidem em absoluto com o propósito do decisor. No entanto, nenhum dos processos que dão corpo a estas actividades prescinde de decisores e da coerência persistente dos seus *profissionais*.

Em 1980 foi publicado um volume que reúne crónicas e outros textos do poeta Alexandre O'Neill – “Uma coisa em forma de assim” –, o qual inclui um pequeno conto de pendor surrealista: *Exercícios de auto-apoucamento (com vista ao próximo Natal)*. Neste, um homem, Valério, ensaia o próprio apoucamento, enfiando-se em espaços cada vez mais restritos, perante a terna condescendência da mulher, Quinhas, com o objectivo de fazer uma surpresa ao filho, quando este viesse de férias escolares pelo Natal; a narrativa resolve-se assim:

*“Ao levantar-se, pés nus, para ir ver o sapatinho, o Necas já ia a bordo dos patins que a mãe lhe prometera. Quando deu com o pai, apoucado, a acenar-lhe amigavelmente da amurada do sapato, Necas fugiu a procurar no regaço de Quinhas a verdadeira dimensão do seu horror:*

*– Sa... Sa... Saiu-me o... o... o pai no sa... sa... sapato! – soluuuuçava o órfão de vivo. E a mãe, ultrapassada pela reacção do Necas, consolava-o como ia podendo, prometendo-lhe que o pai voltaria a crescer, a crescer.”*

Educadores apoucados, que se desautorizam e diminuem perante os seus educandos, são decepcionantes e geram nestes o medo, a confusão e um funcionamento depressivo que os faz regressar a posições de dependência infantil que entravam o processo educativo: um pai/educador pequenininho, que se oferta no sapatinho, vê-se a braços com um filho/educando desmotivado e revoltado, “órfão de vivo”, que, em vez da prometida patinagem p’ra diante, retorna ao infantil colo materno... ou age a regressão, de modo transgressivo.

Negar a natureza conflitual da relação pedagógica e a sua irredutível assimetria, contribui para agir o conflito em antagonismo – muitas vezes de modo deslocado e violento -, anulando a possibilidade de diálogo.

A resultante imagem caótica de Escola é um factor de diluição do seu valor simbólico e gera um funcionamento paranóide-persecutório, com acréscimo de violência – a resposta patológica complementar do medo.

A alimentar este círculo vicioso, o facto de a noção de autoridade ter sido conotada com arbitrariedade punitiva, contrária à espontaneidade e liberdade do indivíduo, como se não se tratasse de uma das funções reguladoras – de suporte e identificação – que a alteridade assume. Como sequela deste preconceito atávico face ao exercício da autoridade, surge no seu lugar uma complacência indefinida: as figuras de referência deixam de o ser, por demissão, ou são distorcidas, por confusão igualitária; e em vez da contestação dirigida a adultos que pensam e agem em consonância com o seu estatuto – processo normal de renúncia à *submissão* infantil e acesso a uma posição mais activa – surge, sobretudo na adolescência, a raiva narcísica e um funcionamento onnipotente, resultantes da desconfiança naqueles que deveriam ser modelos a questionar, mas que se tornaram em objectos de desprezo.

Na falta de referências seguras – familiares e sociais – os adolescentes adoptam modos primitivos de ligação à realidade, agindo a angústia pela violência, agressores vítimas da impossibilidade de estabelecer ligações construtivas.

A excessiva complacência no quotidiano escolar – e familiar – armadilha os jovens: habituados à gratificação imediata, a agir impulsos escassamente mediados, sem acolhimento por dispositivos que os contenham e lhes dêem significado, deparam-se apenas com a vertente punitiva da disciplina – a autoridade revela-se após o comportamento, e não na prevenção deste.

Autoritarismo e laxismo educativos constituem, ambos, modos e fontes de violência, pela não atribuição de significado aos comportamentos disruptivos: o primeiro, por limitar patogenicamente a expressão individual do sujeito, e as suas naturais manifestações agressivas e comportamentos de oposição, aplicando sanções desproporcionais aos actos, numa tentativa de controlo pelo medo. O segundo, pelo não reconhecimento da agressividade do jovem, o qual se depara com o vazio significante de um receptor não reactivo, indiferente. Este *educador-écran* – depositário do complexo de culpa do *educador-sádico/castador* – gera a excitação livre e a confusão identitária subjacentes à violência, e está constrangido, *a posteriori*, à função punitiva, sem verdadeiramente protagonizar uma acção orientadora prévia, de escuta activa e reconhecimento de limites individuais e interpessoais, éticos e de comportamento.

A banalização da indisciplina no quotidiano das escolas, dota-as de uma identidade negativa, de objecto patogénico, alvo de projecções destrutivas e bode expiatório da crise da família, da crise de valores culturais, da insuficiência dos mecanismos de protecção social, do apetite de alguns *media* pela equação simpli-

ficada *aparência = verdade*.

Em “A Casa e o Mundo”, de Rabindranath Tagore, Bimala está dividida entre a fidelidade ao marido, Nikil, e o fascínio pelo violento Sandip, líder nacionalista sem escrúpulos, por quem se apaixona. Nikil, homem íntegro, de sólidos princípios morais, percebendo o arrebatamento que Sandip provoca em Bimala, adota uma posição passiva, deixando à mulher, até então em clausura no gineceu caseiro, a liberdade de escolher o rumo da sua vida, por ser essa, segundo ele, a mais justa atitude, e a única que daria espaço à autenticidade dos sentimentos. Todavia, desse modo, Nikil desprotege Bimala, deixando o campo livre à perversão ardilosa de Sandip. A demissão de um dos vértices do triângulo de intervir na evolução deste, acaba por resultar em sofrimento. Nikil faz perigar a *casa*, escolhendo não interpor a sua autoridade, abstendo-se de conflitualizar, deixando que o livre curso das pulsões seja o meio privilegiado de descoberta do *mundo*, acabando por levar à imersão na violência.

A Escola, primeiro dispositivo de socialização extra-familiar, representa a saída da *casa* para o *mundo*. Para que esta transição corresponda a um crescimento, é necessário que família e escola desenvolvam, reciprocamente, relações continente-conteúdo. Cada um dos sistemas e a convergência destes na vida psicológica da criança ou do adolescente, são fundamentais para a representação dos conteúdos psíquicos mais primários, que podem deste modo ser secundarizados e ensaiados em expressões benignas, as quais tenham respostas disciplinares adequadas – verdadeiros actos interpretativos e, como tal, significantes e construtivos.

Estas medidas disciplinares representam a sanção do comportamento aliada ao reconhecimento e aceitação do sujeito na sua identidade, processo preventivo da irredutibilidade da violência.

Enquanto espaço simbólico e produtivo, de relação e transformação, a Escola é a Casa e o Mundo, o encontro do mundo interno do sujeito com o mundo dos outros e com o conhecimento e as realidades geradas por estes universos.

Educar é uma imprescindível profissão impossível.

E, ou é uma afirmação de coragem, ou será, apenas, uma *coisa em forma de assim...*

## BIBLIOGRAFIA

Freud, S. (1925). Prefácio a Juventude Desorientada de Aichhorn. *Obras Completas* (vol. XIX). Imago, Rio de Janeiro: 1990.



Freud, S. (1937). Análisis Terminable y Interminable. *Obras Completas*. Ed. Bibl. Nueva, Madrid: 1973.

O'Neill, A. (1980). *Uma Coisa em Forma de Assim*. Editorial Presença, Lisboa: 1985.

Tagore, R. (1916). *A Casa e o Mundo*. Editorial. "Inquérito" Limitada, Lisboa: sem data.

## RESUME

*L'auteur réfléchit aussi bien sur les contextes sociaux, éducatifs et familiaux qui prévalaient de nos jours que sur la compréhension de la place de la violence dans la vie des enfants et des adolescents.*

*La violence est perçue comme une des expressions d'une crise sociale, culturelle, des valeurs et de la famille et on souligne l'aspect fondamental – par sa nature créative et organisatrice – que l'éducateur a dans la prévention de cette pathologie des sociétés actuelles.*

## ABSTRACT

*The author makes a reflection on the social, educational and family contexts prevailing today, pointing out the role of violence in children and adolescents' lives.*

*Violence is faced as one of the expressions of a crisis affecting social, cultural and family values. Due to its creative and organizing nature, the fulcral role played by the educator concerning the prevention of such pathology in today's societies is emphasized.*

# SÍNDROME DE ALIENAÇÃO PARENTAL – UMA REALIDADE MÉDICA OU UMA CONSTRUÇÃO FORENSE?

---

*Manuel Salavessa \**

*Pedro Cintra \*\**

*Bruno Pereira \*\*\**

*Magda Mendo Jorge \*\*\*\**

*Fernando Pego \*\*\*\*\**

*Fernando Vieira \*\*\*\*\**

## RESUMO

*Os autores abordam a formulação descrita por Gardner, causa de acesa controvérsia actual, confrontando aspectos da prática forense e clínica. Procedeu-se a uma discussão no sentido de uma compreensão desta conceptualização.*

*Palavras chave:* Alienado. Alienador. Responsabilidade parental. Síndrome de alienação.

## INTRODUÇÃO

O Síndrome de Alienação Parental (SAP) é um conceito que tem sido fonte de controvérsia entre psiquiatras, psicólogos, assistentes sociais e juristas, desde que foi descrito por Gardner em 1985. Surgiu numa altura de um aumento de pedidos de regulação do exercício de responsabilidades parentais (RERP),

---

\* Interno Pedopsiquiatria, Hospital D. Estefânia, CHLC.

\*\* Interno Psiquiatria, CHPL, Lisboa.

\*\*\* Interno Psiquiatria, Hospital Divino Espírito Santo, Ponta Delgada.

\*\*\*\* Consultora em Pedopsiquiatria, Coordenadora da Pedopsiquiatria Forense, Hospital D. Estefânia, CHLC.

\*\*\*\*\* Consultor em Pedopsiquiatria, ex-Coordenador da Pedopsiquiatria Forense, Hospital D. Estefânia, CHLC.

\*\*\*\*\* Chefe de Serviço da Psiquiatria, Director da Clínica Psiquiatria Forense, IML.

tendo, em alguns casos, sido descritas dinâmicas de manipulação dos filhos por parte de um dos pais contra o outro (1). É neste contexto que Gardner, a partir da sua própria experiência forense nestas situações, descreve o SAP como um síndrome, entidade nosológica, alegadamente passível de diagnóstico, prognóstico e tratamento (2). Defendeu perante a comunidade médica a validade deste seu construto, ainda que sem investigação científica formal. Vários artigos e livros têm sido publicados, ora suportando e defendendo as observações de Gardner, ora tecendo críticas à sua formulação.

Assiste-se em contexto judicial a citações e a diagnósticos de um síndrome não aceite de forma consensual pela comunidade científica. A banalização de tal termo na cultura jurídica e o aumento de divórcios litigiosos parecem ser a razão para que haja um número crescente de pedidos do Tribunal para avaliação de diagnóstico de SAP.

Pela actualidade do tema e pelas dúvidas e controvérsia que suscita, propomo-nos neste artigo, fazer uma revisão do conceito descrito inicialmente por Gardner, em termos de critérios, tipos e “diagnóstico” diferencial de SAP. Partiremos posteriormente para uma análise e discussão do que julgamos ser um conceito fundamentalmente usado em contexto jurídico.

## **SÍNDROME DE ALIENAÇÃO PARENTAL**

Gardner definiu “Síndrome de Alienação Parental” como a expressão de uma campanha difamatória de um dos pais para “alienar” o outro, criando uma relação preferencial com um filho. É importante referir que apesar de Gardner inicialmente ter definido SAP como exclusivo em situações de RERP, posteriormente os seus continuadores não restringem este conceito a estas situações, descrevendo SAP em contextos familiares conflituosos (1) (3).

Gardner descreveu oito critérios para a avaliação da existência de SAP, sendo importante referir que estes se centram exclusivamente na criança (discurso e comportamento) (1) (2) (3) (4):

### *Campanha para denegrir o progenitor alienado*

São levantadas acusações não confirmadas (por exemplo de abusos sexuais, maus tratos físicos e psicológicos), injúrias e/ou ataques depreciativos. Inicia-se uma redução do contacto com justificações diversas (doenças, excursões, actividades extra-curriculares, familiares, etc.) No culminar do processo, o filho

começa a agir de modo espontâneo mas induzido encarando o progenitor alienado como alguém odioso cuja proximidade sente como uma agressão.

#### *Racionalizações fracas, absurdas ou frívolas para descrédito do pai alienado*

Gardner refere-se a aspectos e situações banais da vida diária da criança (como simples regras do dia-a-dia) que assumem nas descrições desta um valor punitivo exagerado. Há um exagero dos traços de personalidade e carácter do progenitor alienado; faz referência no discurso actual, a episódios negativos prévios à separação dos pais. São aspectos que podem inviabilizar qualquer tentativa de contacto com o progenitor alienado.

#### *Falta de ambivalência*

Mesmo quando se nutre sentimentos fortes por alguém, ninguém é absolutamente maravilhoso ou completamente mau; existe uma mistura de sentimentos. Até crianças abusadas sexualmente são capazes de evocar situações agradáveis que viveram com o abusador noutras circunstâncias. Um filho de progenitor alienado é capaz de exhibir um sentimento de ódio, sem qualquer ambivalência perante um progenitor.

#### *Fenómeno do “pensador independente”*

O filho passa a tomar como suas as formulações antes insinuadas pelo progenitor alienador. Nesta altura este assume um novo papel de “pseudo-conciliador” quanto à recusa do filho em se encontrar com o progenitor alienado. Este critério articula-se com a falta de ambivalência já referida.

#### *Apoio automático ao progenitor alienador*

O conflito entre os pais é vivido como uma ameaça, restando à criança apoiar o progenitor alienador com quem tem uma relação de profunda dependência.

#### *Ausência de sentimento de culpa relativamente à crueldade e/ou exploração do progenitor alienado*

Nos casos em que o SAP está bem consolidado, não existe qualquer culpabilidade do menor relativamente aos sentimentos gerados no progenitor alienado, nem relativamente à habitual exploração económica deste. Existe uma anu-

lação do sentimento de culpa, precedente da perda de ambivalência, ao tomar-se o bom como totalmente bom e o mau como totalmente mau, permitindo odiar sem culpa.

#### *Presença de encenações encomendadas*

O filho adopta como próprios, ou vividos na primeira pessoa, cenas, paisagens, conversas e termos, mesmo que nunca tenha estado presente quando ocorreram, ou sejam inconsistentes com a sua idade. Quando entrevistado, necessita de um maior esforço para “recordar” factos, as recordações são mais incongruentes, têm menos pormenores e maior número de contradições. Se a mãe estiver presente (nos casos em que é alienadora), podem ocorrer olhares ou contactos físicos subtis, como forma de confirmação.

#### *Propagação de animosidade aos amigos e/ou família alargada do progenitor alienado*

De uma forma geral existe uma propagação generalizada da animosidade à família alargada do progenitor alienado, amigos, e eventualmente novos companheiros(as).

### **TIPOS DE SAP**

Com vista a facilitar a aproximação terapêutica e legal, Gardner dividiu SAP em três tipos, que mais não são que estádios de diferente intensidade dos 8 critérios definidos por si. Gardner e os seguidores sublinham que estes não são verdadeiramente “tipos” de SAP, mas sim uma diferenciação de um continuum dinâmico (1) (3). Assim Gardner define os tipos ligeiro, moderado e grave de SAP (remetemos para artigo da revista *Julgar* nº7, 2009) (5).

Tratando-se de um continuum, chamamos a atenção para um aspecto importante. À medida que a campanha se intensifica e os critérios de Gardner vão surgindo e aumentando de intensidade, verifica-se uma *distorção do vínculo afectivo parental*, em ambos os sentidos e com ambos os progenitores. Assim, no início, o vínculo com o alienador caracterizar-se-ia como “forte”, mas com traços patológicos embora mínimos. Por sua vez, o vínculo com o alienado seria semelhante ao estabelecido previamente à situação de SAP. Em pleno SAP, os traços patológicos da relação com o alienador, gradação da dependência patológica, seriam máximos, com defesa irracional deste, partilhando os

seus argumentos, preocupações e acusações (1). Com o alienado, a relação não evolui para uma ausência de vínculo, antes para um vínculo negativo, expresso por um “ódio cego”. Gardner salientava ainda a utilidade da divisão do SAP nestes três tipos ao argumentar que na presença de um SAP ligeiro uma decisão judicial/jurídica nessa altura poderia evitar a sua evolução para tipos mais graves (3). Chamava e bem a atenção aos tribunais para a importância da celeridade na resolução destes processos, sob pena de agravamento relacional e destruição de laços afectivos de uma forma potencialmente irreversível.

## DISCUSSÃO

Após esta exposição acerca das características descritas por Gardner e colaboradores sobre a entidade por si descrita como SAP, iremos tentar perceber de que forma e por que razão este conceito tem sido objecto de contestação e polémica por parte de vários autores.

Primeiro que tudo convém recordar que, apesar de controverso, o conceito não constituiu novidade no meio médico-legal quando descrito em 1985 por Gardner. De facto, em 1976, Wallerstein e Kelly descreveram, numa amostra de famílias divorciadas, um fenómeno que apelidaram de “pathological alignment” (6), em que uma criança rejeitava de forma irracional o pai com o qual não coabitava, recusando visitas ou contactos com este. Wallerstein e Kelly atribuíram este tipo de comportamento à dinâmica de separação dos pais. Após esta identificação por parte destes autores, vários outros artigos publicados no âmbito da RERP abordaram e analisaram o padrão de manipulação intencional das emoções e crenças dos filhos por parte de um progenitor contra o outro (6). Vários autores usaram diferentes expressões para apelidar este fenómeno, mas nenhum de forma tão marcante como Gardner, que após 1985, defendeu o seu conceito de SAP como uma entidade clínica, com sintomas e sinais característicos (critérios), formas de intensidade e gravidade (tipos) e até mesmo diagnóstico diferencial, pretendendo desta forma atribuir-lhe uma identidade médica (1) (2) (3).

Ao analisar a denominação de “Síndrome de Alienação Parental” verificamos que esta presta-se, de uma forma pernicioso, a equívocos. Síndrome define-se como um conjunto de sinais e sintomas que surgem associados, com etiologia, evolução e tratamento definido. Classicamente sintomas definem-se como anomalias clínicas referidas pelo doente durante a anamnese e sinais como anomalias percebidas pelos sentidos do médico durante o exame do

doente (7) (8). Desta forma verifica-se que os critérios definidos por Gardner não são de facto sintomas e sinais, não preenchendo os requisitos para denominação da sua entidade como Síndrome.

Também o termo “alienação” nos parece algo deslocado do seu significado etimológico. O termo alienação mental, do latim *alienatione mentis* (aberração mental), era utilizado no passado para designar indivíduos que sofriam de perturbação psíquica grave (os alienados). Os especialistas em doença mental chamavam-se então alienistas, e não psiquiatras como hoje em dia (9).

Acresce que o termo SAP não é aceite em sistemas de classificação actuais, não constando designadamente da Classificação da DSM-IV (Manual de Estatística e Diagnóstico da Academia Americana de Psiquiatria), nem da CID-10 (Classificação Internacional de Doenças da Organização Mundial de Saúde), as mais utilizadas em Psiquiatria. O conceito não é também actualmente reconhecido pela Associação Psiquiátrica Americana nem pela Associação Médica Americana, nem por nenhuma das Associações Médicas Europeias.

Reforçando a nossa experiência clínica, Amy Baker descreveu 3 padrões familiares distintos, mães alienadoras narcísicas em famílias com divórcio, mães alienadoras narcísicas em famílias intactas, mães e pais abusivos (rejeitantes), o que contraria a formulação de que SAP só existe em casais separados e em conflito judicial (10).

De um ponto de vista científico não há também evidência que suporte as observações de Gardner. Alguns dos seus críticos defendem que o conceito serviria basicamente para ser usado por advogados para destruir a credibilidade dos oponentes em casos de disputa na RERP (6).

Tendo em conta as definições apresentadas, levantam-se sérias dúvidas sobre se o SAP será, em rigor, uma patologia individual ou antes uma problemática do grupo familiar. O que parece de facto estar em causa são um conjunto de alterações dinâmicas nas interrelações dos diferentes intervenientes do processo, com uma disfunção do vínculo afectivo parental, obtida através de uma campanha sistemática, continuada, intencional, dirigida à passagem de tal vínculo de positivo a negativo.

A restrição à observação dos 8 critérios enunciados por Gardner centrados nas declarações e comportamentos das crianças não contribuem, em nossa opinião, para a defesa do que cremos ser o seu superior interesse, sendo antes utilizáveis no desenrolar processual. Evita-se a formulação de quesitos que na sua maioria não obtêm resposta, ou se as obtêm, estas são insatisfatórias para ajudar na tomada de decisão. Diminuiria o número de relatórios e de conclusões, tornando o processo célere para um dos pais e não centrado no superior interesse da criança. Desvalorizam-se as dificuldades individuais e grupais da comunica-

ção e a elaboração afectiva dos conflitos do grupo familiar. As crianças continuam sozinhas a lidar com conflitos delegados, sujeitas a alianças perversas com adultos egocêntricos.

Parece-nos que Gardner foca-se exclusivamente no papel do alienador como agente etiológico, descontextualizando-o da dinâmica do grupo familiar.

Os pais que privilegiam as necessidades e interesses da criança negociando a sua autonomia e independência situam-se no pólo saudável do narcisismo. O nosso conhecimento através da clínica infanto-juvenil revela-nos que em algumas famílias do tipo “nuclear tradicional” existem pais narcísicos que necessitam da presença, disponibilidade e apoio do cônjuge e dos filhos para si próprios, não lhes permitindo um desenvolvimento saudável e autónomo. Com o nascimento dos filhos estes pais estabelecem um tipo de ligação “ansiosa” com eles que os vai impedir de atingir uma plena diferenciação, autonomia e independência ao longo dos diversos ciclos da sua vida. Estas crianças podem pseudo separar-se psicologicamente mas restringem a sua autonomia e realizações a tudo o que esteja relacionado com os interesses da mãe ou do pai. Na grande maioria destes casos, a situação de conflito conjugal é devida a um narcisismo patológico de um ou dos dois elementos parentais. E a criança desenvolve-se no sentido de manter o frágil equilíbrio narcísico do progenitor com quem fica.

Do ponto de vista da intervenção psicoterapêutica individual em indivíduos narcísicos reconhecemos a sua grande dificuldade. As personalidades narcísicas são demolidoras e desvalorizadoras das intervenções do terapeuta, abandonando frequentemente as diferentes terapias porque passam e que iniciam em períodos em que apresentam sintomas depressivos e vivências de vazio.

As crianças, essas, encontram-se reféns de uma aliança emocional patológica com o elemento “alienador” de narcisismo patológico. As sessões terapêuticas são vividas como ameaçadoras à sua ligação parental; outras defendem-se destes sentimentos desvalorizando e sabotando a aliança terapêutica.

Posto isto, questionamo-nos qual o sentido do papel do médico, numa peritagem, no “diagnóstico” de tais situações. Como se explicou, o SAP não corresponde a uma patologia, que possa ser clinicamente diagnosticada, pelo que não nos faz sentido que seja, à partida e por princípio objecto de perícia médica. Importa nestas situações a apreensão da realidade contextual, tendo uma visão global e longitudinal das situações.

Ao questionarmos a validade do construto de Gardner não estamos a menosprezar o sofrimento e repercussão psicológicas nas crianças vítimas desta situação, forma de abuso emocional, nem tão pouco a desvalorizar o papel das perícias. cremos que, ao contrário de Gardner urge olhar para a situação de uma forma não redutora, mais abrangente e multidimensional/familiar.



A compreensão e mobilização dos conflitos nestas famílias são difíceis, como parecem ser reduzidos os resultados das intervenções terapêuticas obtidos em casos seguidos a mando dos tribunais. Creemos que a intervenção da mediação familiar pode mobilizar em algumas destas famílias as forças necessárias para virem a iniciar um trabalho terapêutico. Certas famílias recusarão o trabalho de mediação mantendo-se em conflito indefinidamente.

Para finalizar deixaremos a interrogação se a virtude da decisão do Rei Salomão residiu na identificação da verdadeira mãe da criança, ou antes no reconhecimento de qual delas tinha a capacidade de identificar as necessidades da criança de forma a poder protegê-la.

## BIBLIOGRAFIA

- (1) Tejedor, A. (2006). *El Síndrome de Alienación Parental*. Madrid: Editorial EOS.
  - (2) Gardner, R.A. *O DSM-IV tem equivalente para o diagnóstico de Síndrome de Alienação Parental (SAP)*. <http://www.mediacaoparental.org/page22.php>
  - (3) Aguilar, J.M. (2008). *Síndrome de Alienação Parental*. São Paulo: Caleidoscópio.
  - (4) [http://www.ipce.info/library\\_3/files/pasynndrome.htm](http://www.ipce.info/library_3/files/pasynndrome.htm)
  - (5) Cintra, P., Salavessa, M., Pereira, B., Jorge, M., & Vieira, F. (2009). Síndrome de Alienação Parental: Realidade Médico-Psicológica ou Jurídica? *Julgar*, 7, 197-204.
  - (6) Rand, D.C. (1997). The Spectrum of Parental Alienation Syndrome. *Amer. J. For. Psychol.*, 15, 3.
  - (7) DeGowin, R.L. (1996). *Exame Clínico*. Alfragide: Mc Graw Hill Lda.
  - (8) <http://archives.nd.edu/latgramm.htm>
  - (9) Manuila, L., Manuila, A., Lewalle, P., & Nicoulin, M. (2003). *Dicionário Médico*. Lisboa: Climepsi.
  - (10) Baker, A.J.L. (2006). Patterns of parental alienation syndrome: A qualitative study of adults who were alienated from a parent as a child. *Am. J. Fam. Therap.*, 34, 63-78.  
<http://www.equaljustice.ca/cgi-bin/forum.cgi/noframes/read/28542>
- Dias, M.B. *Síndrome de Alienação Parental, o que é isso?* <http://jus2.uol.com.br/doutrina/texto.asp?id=8690>
- Napp-Peters, A. (2005). Multi-parent families as “normal” families-segregation and parent-child-alienation after separation and divorce. *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr*, 54(10), 792-801.
- The Judiciary role in the Etiology, Symptom Development, and Treatment of the Parental Alienation Syndrome (PAS). [http://www.bradeslaw.com/child\\_custody/rg\\_judiciary%20role.htm](http://www.bradeslaw.com/child_custody/rg_judiciary%20role.htm)
- Podevyn, F. *Síndrome de Alienação Parental* (trad. Português: Apase – Associação de Pais e Mães Separados). <http://www.mediacaoparental.org/page14.php>

*What is the Parental Alienation Syndrome?* <http://www.paskids.com/>

*Parental Alienation Information Network.* <http://www.education.mcgill.ca/pain/>

Lowenstein, L.F. *Parental Alienation.* <http://www.parental-alienation.info/>

Bone, M. *Parental Alienation Syndrome.* <http://parental-alienation.com/>

Vieira, F., & Brissos, S. (2006). Direito e Psiquiatria: Um olhar sobre a Cultura Judiciária na Sua Intersecção com a Psiquiatria. *Julgar*, 3, 45-60.

## **ABSTRACT**

*The authors address the controversial formulation described by Gardner confronting aspects of the forensic and clinical practice. This will be followed by a discussion aiming to understand this conceptualization.*



# DA PEDAGOGIA À EDUCAÇÃO: UM CAMINHO... (Duas vertentes essenciais ao desenvolvimento psicológico infantil) \*

---

Maria Luís Borges de Castro \*\*

## RESUMO

*Neste trabalho estuda-se a influência, que desde a 1ª infância, o berçário, o jardim infantil e a escola exercem sobre o desenvolvimento cognitivo/emocional da criança.*

*Assim, inter-relacionam-se os conceitos psicanalíticos de desenvolvimento e estrutura com conceitos de educação e pedagogia, não deixando de realçar os trabalhos dos autores clássicos, que fizeram história nesta última disciplina do conhecimento.*

*Palavras chave:* Desenvolvimento. Educação. Instrução. Pedagogia. Relação precoce. Vinculação.

## 1ª PARTE \*\*\*

Pour parler des autres,  
Il faut avoir de la modestie et  
L'honnêteté de parler de soi

*Jean-Luc Godard*

---

\* Comunicação apresentada no Iº Encontro da Fundação Lucinda Atalaya, a 23 de Janeiro de 2010.

\*\* Pedopsiquiatra, Psiquiatra, Psicanalista.

\*\*\* Esta primeira parte, em conjunto com outros textos de alguns colegas, nomeadamente a Dr.ª Maria José Vidigal, foi dramatizada e representada no Teatro Meridional no próprio dia da sua apresentação.

*Esta frase de Godard sugere-me iniciar desta forma:*

Tinha 6 anos quando fui para a Escola. Já sabia “ler tudo” desde os 5 anos, coisa, que muito honrava a minha família! Contas, só somar e multiplicar. Isto de subtrair e dividir não era comigo! Nada podia perder... era neta única e filha única. Vivia com os meus avós, desde sempre, com os quais fiquei, após a morte da minha mãe, quando eu tinha 18 meses.

Estava eu rodeada de “todas as atenções deste mundo”, quando me comunicaram que era chegada a hora de ir para a escola. Que horror!!! Escola?? *Vais brincar com outros meninos, exclamava a minha Avó; eu nem olhava para ela...* O meu Pai acrescentava: *vais adorar*; eu voltava-lhe as costas, fazendo um ar enfasiado, como se esta sugestão fosse a coisa mais louca deste mundo. Mas, era inevitável, o dia chegou e... com ele o Rucucu.

O drama ia estalar!

Após pedido encarecido de que me não sujeitassem a tal humilhação passei à ameaça. Vômitos, diarreia seguidos de choro convulsivo. Nada resultava. Eles estavam decididos! A minha revolta era tremenda! A preocupação deles era enorme! Mas tudo tem o momento em que as coisas se invertem. Aí está, eles revoltaram-se e chamaram alguém por eles, cujo poder estivesse muito para além do seu próprio poder, ou seja, só poderia ser, um fantasma...

*Se não fores para a escola aparece alguém vestido de preto que te leva e nós não poderemos fazer nada por ti. Não te esqueças, chama-se RUCUCU.* Espantação, perplexidade e medo, muito medo. Gaguejando, perguntei: *se for só amanhã para a escola, ele não vem?* Assim, consegui um dia de adiamento...

Passei as próximas 24 horas perguntando-me como apareceria ele, se falaria e como me desembaraçar de tão terrível personagem. Nada me ocorreu e no dia seguinte lá fui para a Escola, verdadeiramente possessa de medo, quase muda, e sem respirar.

Hoje quando penso neste pavor sentido e como pedopsiquiatra que sou, tento compreender, como eu própria e a ESCOLA (com letra grande) resolvemos este assunto.

Aqui vai a continuação da história infantil feita, portanto em “après coup”:

Chegada pela primeira vez à Escola fui acolhida como “a nova”. Todas, mulheres e crianças, me olhavam suspeitando, que algo se passava comigo de estranho e diferente. Penso que a minha sideração era evidente. Sentia-me estática corporal e até mentalmente. Quase sem me poder virar, tal estava rígido o meu

meu corpo, faço uma ligeira contorção e é-me permitido vislumbrar um vulto negro, que se aproxima de mim, saído de uma porta que não vislumbrei na altura.

Afinal, apesar da minha cedência negocial o RUCUCU tinha aparecido!!!... Nada havia a fazer, senão entregar-me ao seu poder e esperar sobreviver.

Então ouvi uma voz feminina, melodiosa e de lindo timbre:

Então, és tu a Maria Luís?

Não esperando pela resposta, acrescentou: estava à tua espera, vem comigo.

Corri corredores atrás dela, voava! Fui-me apercebendo, que ela era uma freira cujo hábito negro esvoaçava à minha frente. Tinha começado uma relação, para mim, completamente envolvente. A serenidade, o apaziguamento e a descoberta representavam aquilo, que mais precisava na altura. Não sabia quem ela era, mas percebia, que a sua função era de protecção, porque de autoridade, de beleza porque de verdade, de afecto porque de atenção.

Lembro-me agora, que René Diatkine dizia: o bebé primeiro relaciona-se com a função materna e só depois conhece e se relaciona com o objecto-mãe. É verdade, eu fiz com ela, a Directora da Escola, uma grande regressão, que me levou aos primórdios da minha infância, devido ao meu estado de pânico. Regressão essa, que possibilitou o meu avanço afectivo.

Sucessivamente, a nossa relação foi-se estruturando, fui conhecendo-a... Apercebi-me que a exclusividade que eu tão bem conhecia, aqui não tinha lugar e assim a separação não era abandono. A plasticidade relacional evitava a necessidade de retaliação. Com ela era permitido concordar sem ter de me submeter e discordar sem me sentir por isso rechaçada. O medo da Escola, que representava o abandono da minha família, transformou-se no objecto/espaco transitivo, que me impulsionou para a vida...

Foi esta a grande transformação, por mim sentida na altura e hoje compreendida.

É verdade, “vivi na pele”:

- que autoridade, verdade e afecto são os três eixos relacionais mais importantes para o desenvolvimento do aparelho psíquico da criança,
- que eles devem estar presentes em todo o sistema educacional, seja ele familiar, escolar, ou social,
- que a Escola é a “rampa de lançamento”, que medeia a família e a sociedade para a construção de uma personalidade autónoma e serena.

Talvez, por tudo isto, me tenha ultimamente debruçado sobre a problemática educacional e pedagógica da Escola.

## 2ª PARTE

A Saúde Mental Infantil, se a considerarmos como a meta para o bem-estar emocional, através de um normal desenvolvimento psico/afectivo, tem diferentes vertentes de abordagem, consoante encararmos a criança integrada na família, escola e sociedade. Cada vez mais, se torna obrigatório considerá-las imbricadas numa forma analógica para, assim podermos actuar de forma global.

Mas, consoante as fases do desenvolvimento infantil vão-se destacando com mais premência a relação deste último com a vida da criança ligada à escola e à sociedade (relação com os pares). *A par destas duas vertentes, a família é o pilar de integração para a completude do desenvolvimento e, conseqüentemente do BEM-ESTAR evolutivo.*

Mas voltemos ao funcionamento mental:

Estes dois aspectos, o lúdico e a organização da realidade não são contraditórios, como tantas vezes se julga, são sim, complementares. Um dos processos essenciais ao desenvolvimento cognitivo é a integração na imaginação, do método, ou seja da regra, a que essa imaginação pode, ou não, estar sujeita.

Este trabalho mental é iniciado na relação precoce com a mãe (constituição da díada) e feito ao longo dos anos de forma continuada, em relação dual, ou colectiva a fim de se poder ir construindo os seus objectos internos de forma sólida e conseqüentemente poderem ser estáveis.

No que diz respeito à relação precoce é-me impossível não referenciar autores como *Bowlby*, e muitos outros com a criação e desenvolvimento da teoria da vinculação e depois *Lebovivi*, *Mazet*, e outros, que criaram e desenvolveram o conceito de díada e de tríada. E tantos outros autores, como *Nacht e Racamier*, (os primeiros a observar a relação precoce entre mãe psicótica e o seu bebé), que dedicaram grande parte da sua vida de clínicos e de investigadores à compreensão deste fenómeno essencial à vida de todos nós.

Falando assim, é importante referir, que aponteí duas formas de pensar o objectivo relação mãe/bebé. Durante anos houve críticas mútuas destas 2 escolas como se ambas tomassem a parte pelo todo. Aparentemente seria assim; por um lado a Psicologia Positivista e por outro a Psicanálise. Mas se melhor aprofundarmos estes dois modelos compreenderíamos, que são complementares.

Peter Fonagy e colaboradores após trabalho exaustivo de investigação clínica concluíram: “A teoria da vinculação e a teoria psicanalítica têm raízes comuns, mas desenvolveram-se em direcções epistemológicas diferentes. A teoria da vinculação, bastante mais próxima da psicologia empírica, com a sua

herança positivista, foi a maior parte do tempo reduzida só à sua metodologia. O seu campo de interesse foi determinado pelo domínio definido pelos fenómenos relacionais respeitantes a uma díada baseada na relação de cuidados maternos. A psicanálise mais reportada às inter-acções reais e fantasmáticas entre o recém-nascido e a sua mãe”. *Fim de citação*. Este conteúdo fantasmático vai-se desenvolvendo em introjectos, criadores do self-objecto.

Percebe-se, então, a importância da relação afectiva entre a criança e o seu mundo externo. É nas trocas das diferentes emoções (prazer, medo, perplexidade, zanga e... outras), que se vai estabelecendo uma relação enriquecedora, ou não, possibilitadora do aparecimento de mais desejo de novas experiências afectivas.

Está assim formada a génese da imaginação, que irá permitir enriquecer a realidade. É deste jogo de balanço entre o real e o imaginário que se irá constituir o desejo de conhecer.

Mas, tal como daqui se depreende, a imaginação assenta em conteúdos formados de forma ordenada; representam a estabilidade, que advém da transformação do caos na organização mental.

Assim chegamos ao momento de perceber a real e indispensável necessidade, que forma o substrato do conhecimento – o conteúdo.

Este surge como uma necessidade vital no desenvolvimento da criança. Ela própria assim o expressa, quando de forma insistente, faz duas perguntas essenciais: porquê e onde.

Todos os pais e educadores conhecem bem a “chaga” destas duas perguntas, que por vezes surgem do nada, ou então parecem despropositadas. Acresce, ainda, que a criança nunca fica satisfeita com as respostas, uma vez que, as repete até à exaustão.

*No que diz respeito ao “porquê”:*

É preciso tempo e repetição para a consolidação da constituição da ideia... e, por esta estar a absorver um novo conhecimento de certo conteúdo e este precisar de se arrumar em algo de lógico, porque de coerente, a criança regista, duvida e se tudo corre bem, confere.

Daqui se infere como é importante a resposta do adulto interrogado!!!... Obviamente a assertividade, mas também o afecto posto na resposta vai provocar o entusiasmo de aprender. Aprender é ter confiança no outro, no que ensina; só se pode ter confiança, se ele representar um objecto não retaliador, mas exigente de retribuição. Assim, se inicia a aceitação da avaliação do conhecimento, hoje tão difícil de exercer! Será que o afecto participativo ligado ao juízo de valor se está a tornar difícil, criando uma desconfiança social generalizada?

*Agora no que diz respeito ao “onde”:*

O conteúdo e o lugar têm a ver com a história da vida. Nada ficará esclarecido se estas duas coordenadas não estiverem presentes na psique humana; e este imbricamento é fundamental ao desenvolvimento afectivo/cognitivo do ser humano. A noção de “onde” é a génese da forma, visto ser ele (o “onde”) o seu ponto de aplicação.

Na adultícia este estado de integração é genialmente descrito por *Fernando Pessoa da seguinte forma:*

A maioria pensa com a sensibilidade  
Eu sinto com o pensamento.  
Para o homem vulgar,  
Sentir é viver e pensar é saber viver.  
Para mim, pensar é viver  
E sentir não é mais que o alimento de pensar

Vamos, então, pensar como este BEM-ESTAR pode e deve ser proporcionado à criança pela Escola.

Recordemos então dois conceitos:

1) Educação

e

2) Pedagogia

A Educação define-se em sentido alargado (*senso lato*) como:

o desenvolvimento de toda a natureza do Homem, física, intelectual e moral, graças à interacção com os ambientes físico e social; em *sentido estrito* e mais usado, designa-se assim o desenvolvimento das capacidades do espírito por especiais processos de treino.

Durante muito tempo o sentido mais comum limitou-se ao conceito de “INSTRUÇÃO”, mas rapidamente se tornou claro, que qualquer estímulo que provoque uma série de reacções psíquicas tem influência na modulação do seu carácter.

Assim hoje é válida a seguinte formulação:

“Constituem a *educação* todos os processos conscientes adoptados por uma dada sociedade para realizar nos indivíduos os ideais que são aprovados pelo



agregado social a que eles pertencem; ao passo que constituem a *instrução* todos os meios definidos e todos os métodos adoptados sob a direcção duma instituição (a maior parte das vezes, a escola) para o atingimento de certos fins particulares, inteiramente ou na maior parte, de índole intelectual.

Bom e agora a *pedagogia*: esta seria a arte de instruir e educar a criança, a melhor maneira de transmitir o Conhecimento inteiro do próprio, ou seja adquirir o seu bem-estar na relação consigo e com os outros.

O *pedagogo* não possui quanto ao seu objecto de estudo, um conteúdo intrinsecamente próprio, mas um domínio próprio (a educação) e um enfoque próprio (o educacional), que lhe assegurara o seu carácter científico. Como todo cientista da área sócio-humana, o pedagogo apoia-se na reflexão e na prática para conhecer o seu objecto de estudo e produzir algo novo na sistemática própria da Pedagogia.

Apesar de o campo educativo ser lato na sua abrangência, estritamente são as práticas escolares, que constituem o seu enfoque principal. O objecto de estudo do pedagogo compreende os processos formativos, que actuam por meio da comunicação e intercâmbio da experiência humana acumulada.

Portanto, o pedagogo estuda o processo de transmissão do conteúdo da mediação cultural, que se torna o património da humanidade. No plano das ideias, *Platão* (427-347 a.C.) foi de facto o primeiro pedagogo, não só por ter concebido um sistema educacional para o seu tempo mas, principalmente, por tê-lo integrado numa dimensão *ética e política*.

A Escola, é pois, o meio ambiente colectivo por excelência da criança. Na escola, a criança passará a maior parte do seu tempo a vivenciar o seu lado lúdico e expressivo e a adquirir a capacidade de organizar o pensamento, de forma mais sistematizada.

Articulando mais uma vez com a saúde mental podemos dizer

Como diz Colette Chiland no seu maravilhoso livro “A criança de 6 anos e o seu futuro”: *A Escola, onde vão obrigatoriamente todas as crianças, excepto os grandes deficientes, é o lugar por excelência, onde se pode fazer o trabalho de prevenção primária da saúde mental e onde se pode, parcialmente, compensarem-se as desigualdades familiares*”.

### 3ª PARTE

Iremos agora pensar a Escola como sistema de desenvolvimento mental e de fornecimento de conhecimento.

Para a construção e desenvolvimento deste sistema temos duas vertentes de pensadores: os pedagogos e os psicólogos.

*Pestalozzi (Zurique, 12 de janeiro de 1746 — Brugg, 17 de fevereiro de 1827) que foi um pedagogo suíço e educador pioneiro da reforma educacional.*

*Pestalozzi foi um dos pioneiros da pedagogia moderna, influenciando profundamente todas as correntes educacionais, e longe está de deixar de ser uma referência. Fundou escolas, cativava a todos para a causa de uma educação capaz de atingir o povo, num tempo em que o ensino era privilégio exclusivo.*

*Foi o primeiro a interessar-se pela criação de um sistema nacional de educação primária.*

*Hoje nem nos apercebemos, que ele foi o grande impulsionador do ensino para todos com a consequência inevitável da expansão da cultura actual.*

*A oferta da educação básica universal é considerada como uma das principais prioridades para iniciar o processo de mudança social e de desenvolvimento sustentado dos países em vias de desenvolvimento.*

*Múltiplos estudos provam que a expansão da educação básica se repercute directamente na melhoria dos padrões de saúde pública, na demografia e na economia. Outro benefício da escolarização, embora mais difícil de medir, é a melhoria acentuada do respeito pelos direitos humanos.*

*Está também demonstrado que o aumento da literacia conduz à aceleração da transição demográfica, ao aumento da esperança de vida e a um melhor uso dos mecanismos de controlo da natalidade, reduzindo as gravidezes indesejadas e a pobreza entre as crianças. Também se demonstrou o seu efeito na redução da desigualdade de género, traduzindo-se em geral em grandes ganhos em matéria dos direitos das mulheres e na sua taxa de participação no mercado de trabalho.*

*Do ponto de vista económico, a melhoria na literacia resulta no aumento da produtividade das sociedades, com o consequente aumento do poder de compra e de procura de serviços.*

*Citando Johann Heinrich Pestalozzi*

*“A vida educa. Mas a vida que educa, não é uma questão de palavras, e sim de acção. É actividade.”*

*No segundo caso (ou seja na Psicologia) e cerca de 100 anos depois temos marcos igualmente significativos como sejam Henri Paul Hyacinthe Wallon (França, 15 de junho de 1879 – 1 de dezembro de 1962) foi filósofo, médico,*

*psicólogo e político francês, e marxista convicto. Tornou-se bem conhecido pelo seu trabalho científico sobre Psicologia do Desenvolvimento, devotado principalmente à infância.*

*Sir Jean William Fritz Piaget (Neuchâtel, 9 de agosto de 1896 — Genebra, 16 de setembro de 1980) foi um epistemólogo suíço, considerado o maior expoente do estudo do desenvolvimento cognitivo tornando-se mundialmente reconhecido pela sua revolução epistemológica a este nível.*

Obviamente, não vou debruçar-me sobre estes dois autores, uma vez que sobejamente conhecidos.

Vou antes tecer algumas considerações da forma mais actual possível sobre a escola do presente e do futuro sob o ponto de vista do técnico de saúde mental.

Assim, pensar a escola é pensar aprender; e aprender é aprender-se. Conhecer as matérias escolares, mas não só, conhecer o que lhe reserva a vida.

*“Aprender, é aceitar depender, é ousar conquistar, para fazer seu um saber/poder, que vai utilizar no futuro para o seu próprio prazer”* como dizia a minha amiga e colega *Françoise Coutou*.

Este acesso à autonomia intelectual vai implicar, inevitavelmente, a uma certa solidão. Os pais do estudante irão favorecer este acesso à autonomia ou pelo contrário, irão entravá-la? Irão facilitar uma aprendizagem essencial para a criança, que consiste em aprender a esperar? Esta aprendizagem será longa e de acordo com o grau de diferenciação do desenvolvimento infantil; tem como finalidade ultrapassar a angústia de separação.

Situada no fim da primeira infância, a escolaridade será durante longos anos o terreno privilegiado para as trocas harmoniosas, ou conflituais entre os pais e as crianças.

Aprender, é ainda, rivalizar com as suas próprias raízes. Pode haver uma reactividade da parte da criança, que banhada por uma cultura muito específica dos pais se negue de forma expressa a segui-la. “Os meus pais são médicos, mas eu nunca o serei”. Por outro lado, os novos conhecimentos podem estar realmente muito afastados da cultura familiar, o que pode provocar um conflito de gerações com as suas óbvias consequências.

Paralelamente, a criança vai ser obrigada, na sua forma de pensar a distanciar-se, em relação a si própria, para poder observar-se e observar os outros.

Que forma mais evidente do que acabo de expressar! É com apreensão que se dão conta da relação de poder/sujeição, que se começa a instalar e que vai perdurar por alguns anos, se não por toda a vida profissional.

Aqui a Escola tem muito a cumprir. É o meio colectivo, por excelência, para exercer a autoridade de forma continuada e coerente. Agora gostaria de por em realce a diferença entre autoridade e autoritarismo.

A primeira significa, que a regra é administrada de forma não conflitual, assertivamente e com afecto para compreender, sem cedências, a reactividade do outro.

O autoritarismo administra a regra de forma incompreensível, com tibieza interna, porque despropositada e sem afecto. A criança é super atenta a esta fraqueza, pseudo-força, e rapidamente se desorganiza em comportamentos agressivos e desconexos. Lembrem-se da autoridade da directora da minha 1ª escola!!! A autoridade organiza o aparelho psíquico da criança. O autoritarismo desorganiza.

### **Entramos, assim, na aprendizagem da regra.**

E que regras? A maior parte, perturbadoras ao nível da motricidade. A criança habituada a poder expandir-se sem constrangimento, passa agora a ter de se controlar na forma e no tempo escolhido pelos adultos. Os alunos são reduzidos à impotência física. Lembro-me de um professor, que trabalhava no Club du Soir (Centre Alfred Binet) me ter dito: tenho a sensação de trabalhar com futuros *homens e mulheres tronco*. Mas é realmente essencial, que o corpo se estabilize em períodos da actividade e de passividade. Esta alternância constrói um espaço de tempo psíquico, de que resultará o apaziguamento necessário à elaboração mental tão necessária para aprender. É da alternância entre tempo lúdico e tempo de realidade, que resulta a capacidade de imaginar de forma criativa.

Mas aprender implica, que se junte à imaginação/forma o conteúdo, já atrás falado, que será o resultado da organização das diferentes respostas às perguntas, porquê e onde.

Penso, que hoje em dia este aspecto tem sido um pouco relegado para 2º plano. A origem deste facto não me é completamente clara. É verdade que, se deve deixar livre a imaginação criativa da criança. Mas mesmo este tipo de imaginação tem de assentar em premissas conhecidas e sobejamente elaboradas. Só da conjugação destes dois factores: conhecimento adquirido e testado mais imaginação derivada do espaço lúdico, se pode chegar ao conhecimento.

A propósito desta afirmação *René Diatkine* dizia: a criança tanto aprende durante as aulas como durante o recreio!!!

Logo no início a aquisição da aprendizagem das matérias dá muito prazer... A criança sente regozijo e poder e...também tem muito gosto em mostrar o seu saber. É a altura ideal para introduzir como algo de rotineiro, a avaliação. Esta, não tem de ser vivida pelo aluno, de forma persecutória e para que assim seja o professor deve dar notícia do desaire de forma adequada, ou seja, como algo a corrigir, de forma serena, com a expectativa de boa resolução.

Criam-se, assim, condições, que permitem a não instalação da desvalorização narcísica, caminho contínuo para que a angústia dita existencial não se transforme num sentimento depressivo, que poderá influenciar um futuro desinteresse por novas matérias.

Em contraponto, a não avaliação nas idades mais baixas, adiando algo de estruturante, que irá provocar a valorização narcísica, leva a que quando esta é introduzida extemporaneamente já pode esta ser vivida, pela criança, com mais facilidade, de forma persecutória.

Há, no entanto, um ponto muito importante a ter em consideração, que é o grau de desenvolvimento psico/afectivo da criança. Nem todas evoluem da mesma forma. É preferível assegurarmo-nos primeiro, que o nosso grau de exigência está de acordo com a capacidade, não só cognitiva como afectiva da criança.

As dificuldades escolares dos alunos são uma das causas de maior sofrimento para eles próprios e para os pais. São situações, que prolongadas no tempo se podem tornar, para toda a família, altamente traumatizantes. Estabelece-se um jogo de forças resultantes de feridas narcísicas, que a maior parte das vezes são transgeracionais, logo mal resolvidas por toda a família.

Mais uma vez, a Escola pode ser um auxiliar muito grande para a resolução ou minimização deste problema. Pode detectar precocemente a especificidade da dificuldade e assim, informar os pais de forma adequada. Espera-se nessa altura, que resposta da família seja cordata. Caso esta situação se torne demasiadamente conflitual, deverá ser sugerida a introdução de um técnico de saúde mental.

A propósito *Michael Balint* afirmava:

*A família é para a criança, não somente o seu universo,  
mas também o ambiente sobre o qual ela exerce o seu poder.*

*A criança tem tanto peso sobre a mãe e sobre o pai, como os pais sobre ela.*

Com excepção das alterações do comportamento, são as dificuldades da leitura e da escrita, que causam mais frequentemente dificuldades escolares.

Por isso, gostava de pensar convosco o que será para uma criança aprender a ler e escrever, que são, com efeito duas aprendizagens simultâneas. Denise Diatkine afirma: “o aluno aprendendo a ler o que está escrito, escreve para ser lido”.

Para a maior parte das crianças ler representa a entrada no estatuto de ser grande, e ser grande, é ser como os pais, autónomos nas suas tarefas. Este facto é vivenciado como uma promoção; logo, ler é crescer. Por exemplo, poder ler o

recado, que mãe deixa sobre o balcão da cozinha, ler os nomes das estações de metro, ou da carris, ou ainda ler os grandes títulos dos jornais e perceber de que os pais estão a falar, etc. ...

Mas é também partilhar um código, ao qual os adultos também se submetem, a fim de puderem na ausência de cada um, comunicar. Todo o código expressa uma razão imutável. Neste caso a letra, qualquer que ela seja, será sempre ela própria. A criança perde a liberdade do rabisco, para obedecer ao código. Ela terá de sentir posteriormente, que esta aceitação lhe trará firmeza na relação com o outro. Lembro-me do João, que um dia aterrorizado face à professora, me disse: “tenho a certeza, ela até escreveu!”

E escrever? Escrever é deixar rasto. Além de que, a escrita precisa do esforço de todo o nosso corpo. Exige um controle da conjugação da visão e da mão, que raramente é atingido antes dos 5,6 anos de idade. Este controle é o resultado de um sistema complexo, que liga, por um lado os movimentos finos de baixo para cima e de cima para baixo e por outro lado, movimentos mais amplos da esquerda para a direita. É fundamental não forçar extemporaneamente esta capacidade biológica sem que, ela esteja bem consolidada, uma vez que toda a aprendizagem deve ter lugar de forma descontraída e não crispada.

Por outro lado, a escrita, implicando o nosso corpo, também exprime a nossa fragilidade emocional. Sabemos bem, que ela se pode degradar quando estamos cansados ou deprimidos. Também vemos frequentemente no aluno como ela se altera de dia para dia, ou mesmo em instantes mais curtos, consoante o grau de tensão, ou fadiga.

E para finalizar este assunto, podemos acrescentar que quem escreve, escreve para alguém. A representação gráfica é assim o suporte da relação a quem se escreve, logo o aluno escreve para o professor. Este é o seu alvo relacional... Percebe-se aqui, a importância do educador e professor primário no estabelecimento de uma relação suficientemente estável e tranquilizadora a fim de que esta actividade se possa desenvolver de forma harmoniosa, porque com prazer.

O nosso desejo é que a escola possa e deva ser um local de desenvolvimento cultural e afectivo da criança, onde o conflito seja vivido com apaziguamento e esperança.

## BIBLIOGRAFIA

Balint, M. (1993). *Les voix de la Régretion*. Paris: Payot.

Chiland, C. (1980). *L'enfant de six ans*. Paris: Presses Universitaires de France.

- Diatkine, R. (1994). *L'enfant dans l'adulte ou l'éternelle capacité de rêverie*. Delachaux et Niestlé S.A., Neuchâtel (Switzerland), Paris.
- Fonagy, P. (2000). *Théorie de l'attachement et psychanalyse*. Paris: Eres.
- Green, A., Diatkine, R., Jabès, E., Fain, M., & Fónagy, I. (1984). *Langages*. Paris. Confluents psychanalytiques. Les belles lettres.

## RESUME

*Ce travail étudie l'influence que, depuis la première enfance, la crèche, et l'école maternelle ont sur le développement cognitif et affectif des enfants. Ainsi, les concepts psychanalytiques de développement et de la structure s'associent avec les concepts de l'éducation et de la pédagogie, tout en mettant en relief les œuvres des auteurs classiques qui ont marqué l'histoire dans cette dernière discipline de la connaissance.*

# ÁREA DE DIA – UNIDADE DE PEDOPSIQUIATRIA DO HOSPITAL GARCIA DE ORTA \*

---

R. Esquina \*\*\*

I. Figueiredo \*\*\*\*

E. Bexiga \*\*\*\*

M. Alves \*\*\*\*\*

R. Alves \*\*\*\*\*

S. Comparada \*\*\*\*\*

J. Vasconcelos \*\*\*\*\*

P. Pires \*\*

## RESUMO

*O projecto da Área de Dia desenvolvido na Unidade de Pedopsiquiatria do Hospital Garcia de Orta tem como objectivo responder às dificuldades encontradas na intervenção terapêutica com crianças que apresentam alterações de comportamento, falhas na capacidade de mentalização, de simbolização e tendência para agir, com repercussões a nível familiar e escolar. Este trabalho é desenvolvido por uma equipa multidisciplinar e pretende proporcionar um espaço de contenção que permita a elaboração de conflitos internos que impedem ou dificultam o desenvolvimento saudável destas crianças. A intervenção é centrada em 3 domínios: criança, família e escola e desenvolve-se em grupos. Deste modo, foram constituídos dois grupos de quatro crianças do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 7 e os 9 anos, escolarizadas, que integram semanalmente*

---

\* Poster apresentado no XX Encontro Nacional de Psiquiatria da Infância e da Adolescência, que decorreu nos dias 21 e 22 de Maio de 2009, em Bragança.

\*\* Pedopsiquiatria, Chefe da Unidade de Pedopsiquiatria do Hospital Garcia de Orta E.P.E., Almada.

\*\*\* Pedopsiquiatra na Unidade de Pedopsiquiatria do Hospital Garcia de Orta E.P.E., Almada.

\*\*\*\* Psicóloga Clínica na Unidade de Pedopsiquiatria do Hospital Garcia de Orta E.P.E., Almada.

\*\*\*\*\* Educadora de Infância.

\*\*\*\*\* Estagiários de Psicologia Clínica.



*de forma alternada dois ateliers: expressão plástica e jogo livre. Paralelamente é realizada uma intervenção mensal com o grupo de famílias e no final de cada período lectivo é feita uma reunião com o grupo de professores.*

*Desta forma, pretendemos implementar uma metodologia baseada na promoção do simbólico que apele à criatividade e à ligação entre os afectos e os pensamentos para obter uma melhoria dos problemas de comportamento destas crianças e das suas dinâmicas relacionais.*

*Neste artigo os autores procedem à apresentação do projecto bem como à descrição de aspectos relacionados com a experiência relativa ao primeiro ano de intervenção.*

*Palavras chave:* Área de dia. Equipa multidisciplinar. Infância. Intervenção em grupo.

## INTRODUÇÃO

*“É no seio de um grupo – o grupo familiar – que a criança nasce e se desenvolve. A sua evolução depende, em grande parte, das relações interpessoais e vivências passadas no contexto deste primeiro grupo. Mesmo quando, mais tarde, se separa da família, transporta-a dentro de si, numa representação interna mais ou menos securizante e que influenciará o seu modo de se relacionar com os outros (incluindo vários grupos: escolar, pares, socioprofissional, etc.) e consigo própria. Os grupos oferecem uma grande riqueza quanto às possibilidades de experiência e de comunicação, que, quando favoráveis, potenciam a evolução do indivíduo. Os resultados terapêuticos obtidos pela modalidade grupal suportam-se na observação, compreensão e elucidação dos aspectos específicos ligados à dinâmica psicológica consciente e inconsciente, mas também na riqueza experiencial e de comunicação oferecida”* (Sá, 2003, p. 91).

A literatura disponível no âmbito do trabalho com grupos mostra como esta área tem sido foco de interesse tanto para autores internacionais (Anzieu, 1986; Bion, 1970; Freud, 1921; Haag, 1987; Kernberg & Chazen, 1993; Taborda & Toranzo, 2002; Torrás de Bea, 1992, 1999; Villanueva et al., 2007) como nacionais (Carreira & Correia, 2005; Malpique et al., 1998; Sá, 2003; Vidigal, 2005), nomeadamente no que respeita à população infantil.

Segundo Filipe Sá (2003) as primeiras populações de pacientes às quais se aplicaram abordagens psicoterapêuticas de carácter grupal foram as crianças da idade da latência. Nesta sequência, o autor supracitado refere autores americanos como Slavson (1943) e Axline (1947), que criaram modelos, de orientação psicanalítica, os quais partiam do desenvolvimento psicosexual e procuravam abordar as perturbações da infância. Esses modelos eram, sobretudo, dirigidos à promoção de *insight*, levando muitos clínicos a questionar a capacidade de certas crianças, em tratamento e com dificuldades acentuadas de desenvolvimento psicoafectivo, para alcançar o mesmo. Foram, assim, surgindo modelos alternativos, com predominância de técnicas compensatórias que propunham o grupo como um espaço no qual a expressão dos desejos, medos e dificuldades das crianças era facilitada. Paralelamente, eram oferecidas experiências emocionais específicas, no sentido da compensação de carências originárias das perturbações e, a interpretação verbal, enquanto modalidade tradutora de fantasias inconscientes, era desvalorizada (Schamess, 1993, cit. por Sá, 2003). Surgem, deste modo, duas correntes técnicas divergentes que progridem até à actualidade: a *actividade interpretativa*, que inclui o jogo livre ou actividades dirigidas como forma de expressão; a *tónica experiencial*, que permite compensar e ultrapassar as experiências anteriores que promovem dificuldades no desenvolvimento. Em ambos os casos, a visão geral da teoria e da prática na psicoterapia de grupo com crianças enraíza-se, sobretudo, numa perspectiva desenvolvimental da psicopatologia. Os grupos de tratamento de crianças pretendem facilitar a aquisição de “competências” específicas da fase de desenvolvimento em que as mesmas crianças se encontram (Sá, 2003).

Foi com Bion (1970) que surgiu o primeiro referencial para o enfoque analítico dos grupos, através da elaboração de um modelo teórico que articula duas modalidades de funcionamento psíquico. A primeira define o grupo de trabalho, no qual prevalece um nível de funcionamento consciente, que leva os membros do grupo a um esforço de cooperação numa tarefa comum, verificando-se uma capacidade de tolerar a frustração, um controlo das emoções e uma comunicação simbólica. A segunda define o grupo de pressupostos básicos, que reporta ao processo primário e faz-se constituir por emoções inconscientes, intensas e de origem primitiva, que são impostas ao sujeito pelas angústias despertadas na situação de grupo. Os pressupostos básicos são: a *dependência*, a *luta e fuga* e o *acasalamento*. A *dependência* traduz a fase em que os terapeutas são representados como figuras idealizadas, onnipotentes e cuidadoras de todos os membros do grupo. A *luta-fuga*, tende a ser dos mais duradouros e representa o desejo inconsciente dos membros do grupo para se tornarem líde-

res, atacando-se agressivamente uns aos outros. Neste pressuposto surge a convicção de que existe um inimigo contra o qual se luta ou de quem se foge, representando a fuga uma defesa contra a luta. O mau objecto pode ser projectado no terapeuta (que introduz a frustração), num membro do grupo ou numa entidade abstracta. O *acasalamento* diz respeito a um clima emocional de esperança e optimismo, pressupondo uma fantasia partilhada de aliança entre os membros do grupo para encontrarem uma solução que o salve. Surge, assim, um sentimento de pertencer e de ser cuidado pelo outro.

Os três pressupostos básicos não têm uma sequência evolutiva rígida, podendo persistir por muito tempo ou alternar na mesma sessão. O grupo de pressupostos básicos caracteriza-se pela resistência à evolução, à mudança resultante do “insight” e à cura num grupo terapêutico, cabendo aos terapeutas a função de transformar um grupo de pressupostos básicos num grupo de trabalho, permitindo, através da interpretação, o “insight”, o conhecimento, a tolerância à frustração e o crescimento mental.

Estas formulações sobre os processos do grupo ajudam na compreensão das percepções inconscientes das crianças e do grupo como um todo bem como nas transferências que emergem.

Através da sua experiência neste campo, Kerneberg et al. (1993) mostraram que a intervenção terapêutica, com grupos de crianças com alterações do comportamento, permite que as mesmas beneficiem da inserção num grupo de pares, mas de uma forma protegida e, sob o olhar atento dos terapeutas. Neste contexto, as crianças podem praticar novos comportamentos, desenvolver competências de auto-observação e ensaiar novas formas de relacionamento com pares e adultos. No desenvolvimento desta intervenção com grupos, focam três conceitos fundamentais: a *estrutura*, o *apoio à coesão* do grupo e o *encorajamento à socialização*. A *estrutura* do grupo pretende criar um ambiente consistente, no qual as crianças se possam sentir seguras, sabendo que estão a ser observadas pelos terapeutas. A atmosfera de apoio criada dentro da estrutura do tratamento depende de vários elementos como são os materiais usados, os limites colocados e a autoridade dos terapeutas. É fundamental que a estrutura se mantenha durante todo o processo de tratamento, tendo como objectivo ajudar a reduzir a ansiedade das crianças para um nível tolerável de modo a que os sentimentos e impulsos caóticos possam ser exprimidos e partilhados. O *apoio à coesão* do grupo postula que a experiência da terapia em grupo pode permitir que os seus membros tenham um sentimento de pertença ao mesmo. Para as crianças é importante a percepção de que outras vivenciam as mesmas dificuldades e, assim, podem partilhar entre si modos de comportamento mais apropriados e gratificantes. As oportunidades mútuas de dar e receber ajudam-nas a

sentir que têm algo para oferecer e partilhar, o que pode conduzir a um aumento do sentido de competência, tanto a nível individual como grupal. Por último, o *encorajamento à socialização* refere-se às interacções que ocorrem dentro do grupo e que permitem uma melhoria na capacidade de observação de sentimentos e do comportamento dos outros, o que, por consequência, vai permitir uma melhoria ao nível do auto-conhecimento e da socialização.

Assim, a intervenção em grupo permite canalizar comportamentos mais agressivos para formas socialmente mais aceitáveis, cabendo aos terapeutas facilitar a expressão afectiva e encorajar a substituição da acção pela verbalização. A experiência do grupo ajuda os seus membros a perceberem a importância de poderem assumir a responsabilidade pelas suas próprias acções.

Neste contexto da intervenção com grupos, Kaës (n.d., cit. por Vidigal, 2007) considera que o grupo mobiliza processos psíquicos e dimensões de subjectividade, que não são mobilizados, pelo menos da mesma maneira ou com a mesma intensidade, pelas intervenções individuais.

Em Espanha, Torras de Beà (1996, cit. por Taborda & Toranzo, 2002), menciona que a psicoterapia de grupo permite: compartilhar experiências e sentimentos; experimentar novas vivências relacionais e de comunicação, configurando uma dinâmica em que cada membro oferece elementos psicoterapêuticos aos restantes e recebe do conjunto; elaborar sentimentos de solidão e de culpa; dar-se a conhecer e desenvolver ligações empáticas, facilitando a aproximação aos outros. Assim, esta intervenção possibilita a consolidação das modificações individuais originadas na elaboração de fantasias inconscientes, na expressão e captação da realidade interna de si mesmo e dos outros e abre, conseqüentemente, um caminho no processo de separação-individuação e identificação-diferenciação. O grupo oferece a cada um dos seus membros um continente para os seus objectos internos e, através de uma relação especular, pode estabelecer-se uma unidade funcional que, no período da latência e da adolescência, constitui um suporte ao processo de identificação, permitindo o distanciamento das figuras parentais.

A nível nacional, autores como Malpique et al. (1998), referem que os grupos terapêuticos oferecem um continente para a expressão e para a análise de conteúdos, bem como para o encontro de novos equilíbrios dinâmicos que podem ajudar o paciente a retomar o seu crescimento mental através do “insight” proporcionado pela interpretação. A psicoterapia de grupo no período da latência procura reinserir a criança nos processos dinâmicos próprios da idade, através da expressão livre, podendo assim confrontar-se com fantasias e mecanismos de defesa de grupo que se encontravam bloqueados ou em falência. Para os autores referenciados, o funcionamento grupal exerce uma influên-

cia notável na organização psíquica na idade da latência e permite observar a criança fora da relação dual, facilitando a compreensão da sua psicopatologia. Permite, também, oferecer-se como um contexto protegido de interacção com pares para as crianças com dificuldades neste campo.

A experiência de Vidigal (2007) evidencia que o recurso às intervenções em grupo se tem mostrado particularmente precioso em doentes que apresentam dificuldades de mentalização, perturbações do agir, que gerem as suas feridas narcísicas e as angústias persecutórias evacuando-as através da acção e que não conseguem fazer uso da linguagem como meio de comunicação privilegiado. Nestes casos, a intervenção psicoterapêutica individual pode ser muito difícil, morosa e mesmo sem resultados, sendo as intervenções em grupo vantajosas. Partindo da sua experiência, concluiu que o grupo exerce funções de apoio, de pára-excitação e pode mobilizar um processo de figuração e de simbolização, considerando que, neste processo interventivo, o trabalho com os pais assume um cariz primordial.

A nossa prática clínica desenvolvida no Hospital Garcia de Orta tem vindo a revelar que a intervenção terapêutica individual se mostra pouco eficaz nos casos de crianças com alterações do comportamento, fraca capacidade de mentalização e de simbolização, tal como referido por Vidigal (2005), e que exprimem o seu sofrimento emocional através da acção com condutas agressivas, destrutivas e de instabilidade, cujas repercussões operam no contexto familiar e escolar. Assim, tornou-se pertinente o desenvolvimento do projecto “Área de Dia”, que nos propomos apresentar, e que assenta numa intervenção em grupo baseada na metodologia quadrangular desenvolvida na Área de Dia do Hospital Dona Estefânia (Carreira & Correia, 2005). Assim, a partir desta nova modalidade terapêutica temos como objectivo ajudar a desenvolver nestas crianças a capacidade de ligar afectos e pensamentos, transformando o agir em processos de mentalização e criatividade, bem como, ajudar à construção do “Eu na presença e com o Outro”.

Importa salientar o forte entusiasmo, motivação, empenho e curiosidade que este projecto tem suscitado em toda a equipa que considera, tal como Vidigal (2007), ser “fundamental dar livre curso à nossa criatividade, “inventando” intervenções terapêuticas” (p. 65), pois “na nossa especialidade não se pode separar a imaginação das técnicas de intervenção” (Vidigal, 2005).

## **METODOLOGIA**

O projecto “Área de Dia” está a ser implementado desde Fevereiro de 2009 e foi desenvolvido com o intuito de dar resposta às dificuldades encontradas na intervenção psicoterapêutica individual com crianças que apresentavam alterações do comportamento, dificuldades de mentalização e de simbolização, com repercussões no contexto familiar e escolar.

Trata-se de uma Unidade de Cuidados a Tempo Parcial que integra um Grupo de Crianças, um Grupo de Famílias, uma Equipa Cuidadora Multidisciplinar e um Grupo de Professores, tendo sido desenvolvida de acordo com o Modelo de Intervenção Quadrangular do Departamento de Pedopsiquiatria no Hospital D. Estefânia (Carreira & Correia, 2005). Este modelo pressupõe a existência de uma intervenção dinâmica e permanente entre as quatro instâncias: crianças, família, professores e terapeutas, cuja finalidade se dirige à transformação do funcionamento psíquico e da dinâmica relacional das crianças e suas famílias. Assim, pretendemos desenvolver nestas crianças a capacidade de ligar afectos e pensamentos, transformando o agir em processos de mentalização e criatividade, apoiando a sua socialização com os pares e com os adultos.

### **O INÍCIO...**

O desenvolvimento do projecto integrou várias etapas. Numa primeira etapa, as crianças eram pensadas pelos seus técnicos responsáveis (médicos ou psicólogos da Unidade de Pedopsiquiatria do HGO) que, tendo em conta a sua problemática emocional e os critérios de inclusão e exclusão do projecto, as propunham como candidatas a integrar a nova modalidade de intervenção. Os critérios de inclusão definidos foram: alterações do comportamento; dificuldades de integração escolar e insucesso académico; inibições e problemas de socialização; dificuldades na capacidade de pensar, fraca mentalização e pouca capacidade de simbolização; insucesso em intervenções terapêuticas individuais anteriores; disponibilidade e assiduidade das famílias para a intervenção. Optámos por excluir: quadros de debilidade e de atraso global do desenvolvimento; hiperactividade sem comorbilidade; psicoses.

Posteriormente, o projecto foi apresentado a cada família, individualmente, pelo técnico responsável pela criança candidata e, quando a mesma se mostrou disponível e interessada, a criança foi submetida a uma avaliação psicológica completa: cognitiva (WISC III), emocional (CAT; Rorschach; Teste do Desenho da Família; Teste do desenho da figura humana) e grafo-perceptiva e

de orientação e estruturação espacial (Bender e Figura Complexa de Rey). Esta avaliação não se aplicou nos casos em que as crianças já dispunham de uma avaliação prévia e actualizada.

O início da intervenção teve lugar com uma sessão de apresentação, integrada pelas famílias das crianças seleccionadas e pela equipa técnica do projecto. Nesse primeiro encontro foi estabelecido o contrato terapêutico, sendo distribuído um folheto explicativo do projecto bem como o calendário de todas as sessões. Foi debatida a importância da pontualidade e da assiduidade como cruciais para o bom funcionamento da intervenção e reforçado o aspecto da confidencialidade. Face ao confronto dos técnicos com uma presença forte de avós cuidadores e responsáveis pelas crianças, o “Grupo de Pais” rapidamente se converteu em “Grupo de Famílias”.

### **A EQUIPA E O ESPAÇO...**

A intervenção terapêutica de grupo é desenvolvida por uma equipa multidisciplinar constituída por:

- Uma Pedopsiquiatra responsável pelo projecto, que representa uma figura de referência/autoridade; é o elemento que recebe as crianças e as entrega às famílias em todas as sessões, que intervém junto das crianças individualmente nas situações em que, por algum motivo, não conseguem permanecer dentro do grupo e que responde às famílias nas questões pontuais que podem surgir; está também responsável pela dinamização do grupo de pais;
- Uma Psicóloga co-responsável pelo projecto, que integra o atelier de Expressão Plástica;
- Uma Psicóloga integrada no estágio da carreira de psicologia clínica e que dinamiza o atelier de jogo livre;
- Uma Educadora do Hospital Garcia de Orta que integra o atelier de expressão plástica;
- Uma Técnica de Serviço Social do Hospital Garcia de Orta, que faz a avaliação social das famílias e tenta dar resposta a situações que possam surgir na sua área;
- Uma Enfermeira do Hospital Garcia de Orta, que oferece apoio quando necessário;

- Três Estagiários de Psicologia (2 profissionais e 1 académico), sendo que um integra o atelier de jogo livre e os restantes são observadores e fazem os registos escritos do que sucede nas sessões;
- Uma Administrativa da Unidade que dá um apoio incondicional na gestão dos lanches e é visivelmente uma figura muito respeitada por todas as crianças.

O espaço físico caracteriza-se por duas salas integradas no Centro de Saúde da Cova da Piedade: uma no 4º piso do edifício (atelier de jogo livre) e outra situada no 1º piso (atelier de expressão plástica), ladeada pelos gabinetes de consulta da Unidade de Pedopsiquiatria.

### AS CRIANÇAS...

A população de crianças é composta por 8 rapazes com idades entre os 7 e os 9 anos que vieram à Unidade de Pedopsiquiatria na sequência de alterações do comportamento (agressividade, instabilidade psicomotora) e dificuldades de aprendizagem. São, na sua maioria, crianças com patologia do agir, inadequação na gestão dos impulsos e da agressividade, dificuldades ao nível da comunicação e socialização com os pares e com os adultos. Assim, têm dificuldade em pensar os pensamentos e sentir os sentimentos, que não são mentalizados e escoam-se na acção.

De um modo geral, apresentam um funcionamento mental depressivo e borderline.

Pertencem a famílias com características de disfuncionalidade, que representam um fraco suporte emocional, têm pouca capacidade para proteger e conter, onde é comum a ausência da figura paterna (em certos casos mesmo real) vs. figura de autoridade, associada a uma figura materna que oferece um fraco envolvimento emocional e revela dificuldades ao nível da leitura das necessidades emocionais dos seus filhos/netos e da transformação das suas angústias.

Importa salientar que, numa fase inicial, pensámos fazer grupos mistos relativamente ao sexo o que, segundo Vidigal (2007) facilita o reconhecimento e a comunicação com o diferente, indo no sentido do desenvolvimento – da diferenciação, da autonomia, da genitalidade, da criação e, por isso, promovendo o crescimento psíquico. No entanto, e porque a realidade assim se impôs, foram formados dois grupos de rapazes, o que tem a vantagem de permitir um reforço



da identidade sexual pelo jogo especular dos pares (Cabral, n.d., cit. por Sá, 2003).

## OS GRUPOS E A INTERVENÇÃO...

Foram organizados dois grupos, sendo cada um constituído por quatro crianças do sexo masculino, dois terapeutas e um observador (que faz os registos do que acontece nas sessões). Os grupos são fechados, pelo que uma vez constituídos não permitem a entrada de novos elementos.

A intervenção é desenvolvida pela equipa multidisciplinar supramencionada que intervém em três domínios: a criança, a família e a escola. O trabalho com as crianças – desenvolvido nos ateliers de expressão plástica e de jogo livre – adopta um quadro terapêutico de grupo e utiliza como mediadores terapêuticos as actividades lúdico-expressivas. Esses ateliers ocorrem uma vez por semana e têm a duração de 60 minutos. São integrados alternadamente e mediados por um lanche.

Com periodicidade mensal é realizada uma intervenção com o grupo de famílias (pais e/ou avós) – grupo de partilha de reflexão e palavra – cuja duração é de hora e meia e que, pelo facto de ainda não termos disponível uma terceira sala, decorre num dia diferente das sessões das crianças.

A articulação com a escola faz-se através de contactos regulares com as professoras para a construção de um trabalho em rede e estão agendadas reuniões presenciais para cada final de período lectivo. As reuniões semanais da equipa terapêutica e os momentos de supervisão, de carácter mensal, assumem um papel fundamental e imprescindível nesta prática clínica.

Todas as reflexões realizadas no âmbito deste trabalho, o nosso pensar e a forma como intervimos têm por base a teoria psicanalítica.

## OS ATELIERS...

É no âmbito de dois ateliers que a intervenção com os grupos de crianças se desenvolve: o *atelier de expressão plástica* que recorre a mediadores como as tintas, materiais reciclados, barro, massa de farinha, plasticinas, entre outros e o *atelier de jogo livre* cujos mediadores se caracterizam por uma mala de brinquedos, almofadas e jogos de regras.

Em todas as sessões privilegiamos três momentos: uma conversa inicial de grupo onde as crianças são livres de partilhar o que quiserem (15 minutos); a realização de uma actividade proposta pelos terapeutas ou pelo grupo, relacionada com a expressão plástica ou de jogo livre (30 minutos); o momento de reflexão sobre o que aconteceu na sessão (15 minutos).

Desde o início tentámos que as crianças tomassem consciência das suas dificuldades de modo a compreenderem o porquê de estarem num grupo terapêutico (diferente dos demais grupos a que pertencem).

Instituímos um conjunto de regras claras que cumprimos de forma consistente e que têm sido interiorizadas, partilhadas e progressivamente cumpridas pelas crianças. As mesmas são: não magoar os outros nem o próprio; não estragar objectos nem materiais; não sair da sala durante a sessão. Estas regras têm sido fundamentais na intervenção sendo, também, detentoras de um papel contendor e oferecendo-se como organizadores externos que são muito estruturantes nestas patologias.

Em ambos os ateliers verificámos, com o evoluir da intervenção, alguns marcos importantes:

- *As primeiras sessões* foram caóticas, marcadas pela inquietação, excitação, instabilidade, destacando-se uma clara ausência de limites associada ao desafio da autoridade/ não reconhecimento da mesma, à testagem das regras, a constantes agressões entre pares, a comportamentos agidos (ex.: atiravam objectos pelo ar, sem pensar, ficando surpreendidos com o estrago provocado ou simplesmente ignorando o mesmo), o que era muito difícil de conter e de evitar do lado dos adultos que não raras vezes ficavam com o sentimento de não terem sido escutados. A intolerância à frustração era marcada, a incapacidade de esperar frequente e, apesar da regra, as saídas da sala iam acontecendo. O grupo parecia, assim, descontrolado e desamparado, ficando instalado um verdadeiro caos. Nesta fase, em toda a Unidade ouviam-se os gritos de excitação e todos os técnicos sabiam que era dia de Área de Dia, o que a título de curiosidade é também descrito por outros autores (Villanueva et al., 2007) que desenvolvem uma intervenção semelhante. Apesar da consciência dos terapeutas face à importância da contenção grupal, na maior parte das vezes confrontavam-se com a sua própria dificuldade o que, em termos contrasferenciais gerava sentimentos de frustração e de impotência. A acção era por excelência uma forma de descarga (mas para os terapeutas também uma linguagem do sofrimento), sendo notórias as dificuldades para representar no plano simbólico as vivências do mundo interno e para entrar em relação. Vários autores consi-

deram que qualquer início de um processo de grupo é semelhante ao funcionamento psicótico, predominando um comportamento paranóide (Bion, 1970; Sá, 2003; Cabral & Magalhães, 2006; Kernberg, Weiner, & Bardenstein, 2003).

- Com o *evoluir das sessões*, a situação caótica foi sendo contida e estabilizada, começando a haver uma maior tranquilidade que foi dando lugar a espaços de diálogo e de elaboração através do jogo e da expressão plástica. O reconhecimento dos terapeutas como figuras adultas foi-se estabelecendo e as regras foram sendo reconhecidas e partilhadas entre pares. Era possível partilhar aspectos do dia-a-dia e as crianças começaram a trazer objectos próprios para partilhar com o grupo, o que para algumas parecia prender-se com um lado mais exibicionista, mas que para ambos os casos, indicava uma capacidade de guardar o grupo dentro de si mesmas e recordá-lo mesmo na sua ausência. As sessões que, até aí, pareciam desligadas entre si começaram a ter, claramente, uma continuidade de semana a semana.
- Os *momentos de separação*, marcados pelo final de cada sessão, eram muitas vezes caracterizados pela agitação que se fazia acompanhar de preocupações associadas à separação, reactivando, provavelmente, o medo da separação ou do abandono, o que nos pareceu representativo de uma ligação ao grupo. Importa realçar a dificuldade em promover um diálogo/reflexão neste final e, por vezes, a negação da importância do grupo.

De um modo geral, estes ateliers têm pretendido oferecer às crianças espaços protegidos e contentores, no contexto dos quais se podem exprimir, através da palavra, da expressão plástica e do jogo livre, com o intuito de serem ajudadas a elaborar os conflitos que impedem ou dificultam o seu desenvolvimento psico-afectivo bem como de encontrarem novas modalidades de relação entre pares e com adultos. Pretendem, igualmente, ajudá-las ao nível da socialização, do reconhecimento da autoridade e da tolerância à frustração. No contexto dos grupos, e tendo em conta o nosso referencial teórico da teoria psicanalítica, tentamos passar à palavra o que se vai passando na interacção entre os elementos que o integram com o intuito de dar significado aos comportamentos e aos sentimentos. Os terapeutas pretendem, assim, exercer uma função de continente, contendo as angústias e tentando transformá-las, permitindo gradualmente uma interiorização das regras/limites, das noções de espaço e tempo, do eu e do outro.

## OS DOIS GRUPOS NOS ATELIERS...

### *Grupo 1*

Trata-se de um Grupo de crianças com um funcionamento mais primitivo ao nível do desenvolvimento do Eu e muito dependentes da relação dual. Ao nível do *atelier de jogo livre*, verificámos que este grupo apresentava muitas dificuldades em organizar um jogo simbólico, pelo predomínio de um funcionamento impulsivo e um mecanismo de defesa de identificação projectiva maciça. Assim, recorriam às almofadas existentes, quer para atirar sem objectivo claro, quer para lutar como forma de reagir a uma qualquer frustração momentânea e se protegerem, quer para se aninharem como forma regressiva de relacionamento. Procedeu-se à redefinição da metodologia inicial através da introdução de jogos e brincadeiras mais estruturadas que pressupunham a organização de regras e a atribuição de pontos. O grupo foi-se estruturando progressivamente enquanto grupo, sendo as temáticas abordadas as que se relacionam com os limites Eu-Corpo, Eu-Outro. No que concerne ao *atelier de expressão plástica*, apresentaram dificuldades iniciais ao nível das construções espontâneas individuais, sendo a relação dual com os terapeutas determinante para que as produções comesçassem a emergir do caos. Posteriormente, foi-se instalando uma maior autonomia na elaboração dos trabalhos que exprimiam receios e angústias internas.

### *Grupo 2*

Grupo de crianças em que sobressai a temática edipiana, ainda por elaborar, destacando-se movimentos de rivalidade, competição, procura de potência/força, de modelos de identificação, bem como o desafio da autoridade. Os comportamentos impulsivo-agressivos alternavam com comportamentos de dependência regressiva. As sessões iniciais foram vividas numa grande dispersão, onde os jogos violentos entre pares eram frequentes. Com o evoluir do processo, instalou-se uma verdadeira dinâmica grupal, com a emergência de um líder que assegurou a coesão do grupo. Tornou-se possível a partilha pela palavra das vivências reais que os terapeutas foram associando a aspectos do mundo interno. No *atelier de jogo livre*, as brincadeiras eram, sobretudo, aos “polícias e ladrões”, “agentes secretos”, jogos de competição e também de reparação. As guerras corporais, violentas, como forma de verbalização da rivalidade e da competição, foram dando lugar ao brincar simbólico (polícias/ladrões, agentes secretos, jogos de reparação, entre outros). O desafio da autoridade/regras por todos os

elementos do grupo foi dando lugar a momentos desafiadores por um único elemento, com a crítica dos restantes face a esse comportamento. No *atelier de expressão plástica*, o grupo desenvolveu trabalhos (individuais e em grupo) que revelaram uma riqueza simbólica. Dialogavam entre si sobre os trabalhos que queriam produzir e foi sendo delineada uma identidade grupal a qual, eles próprios, nomearam de “o bando dos quatro”.

De um modo geral, estas crianças tinham em comum uma inadequação na gestão da agressividade, sendo as pulsões agressivas superiores às libidinais, um escasso controlo dos impulsos, havendo um domínio do processo primário sobre o secundário, um recurso à descarga automática das tensões, uma intolerância à frustração que dava protagonismo ao princípio do prazer e à actuação da angústia, uma baixa auto-estima compensada através de defesas omnipotentes com identificações a objectos grandiosos.

### O GRUPO DE FAMÍLIAS...

No grupo de famílias pretendemos estabelecer uma aliança terapêutica consistente que permita: o apoio das famílias ao nível das suas competências; a compreensão sobre o funcionamento psíquico dos filhos na tentativa de diminuir as representações negativas que têm dos mesmos e de melhorar a sua relação com eles; partilhar experiências e reflexões, diminuindo o sentimento de solidão face às vivências problemáticas; possibilitar as identificações com outros pais/terapeutas.

A intervenção com o grupo de famílias – assim denominado pelo facto de ser constituído por pais e por avós – complementa o trabalho desenvolvido com as crianças. Como refere Badaracco (2000), relativamente aos grupos multifamiliares, estes grupos “geram um clima psicológico, em que se facilita a convivência e a possibilidade de pensar, a resolução de conflitos e de aprendizagem recíproca”. Por parte dos técnicos, implementam-se intervenções de apoio que facilitem uma “presença empática” (Badaracco, 2000) entre as famílias.

De início, os participantes mostraram-se defensivos e resistentes, estando pouco confiantes relativamente à eficácia da intervenção. Progressivamente, foi-se observando uma maior partilha, um reconhecimento de que não estavam sozinhos no seu problema, parecendo começar, também aqui, a desenvolver-se um esboço de uma coesão grupal. A melhoria de uma das crianças e essa partilha por parte dos seus familiares no grupo parece ter trazido uma maior confiança-esperança aos restantes.

No contexto das sessões, surgem preocupações relacionadas com: o futuro dos filhos/netos, nomeadamente associadas aos contextos de violência; a falta de suporte da figura paterna; as dificuldades de relação, nomeadamente no que concerne ao estabelecimento dos limites e da autoridade; as dificuldades no contexto escolar.

### **A EQUIPA...**

Tal como descrito na literatura (Kerneberg et al., 1993) é fundamental a capacidade por parte dos técnicos para: estabelecer limites e oferecer uma estruturação que combata o caos que tende a emergir nestes grupos de crianças; manterem-se seguros, conseguindo tolerar as flutuações rápidas do estado emocional das crianças; terem uma atenção grupal que identifique os temas que sobressaem nas sessões sem escamotear cada elemento na sua individualidade; colaborarem entre técnicos, ao que acrescentamos a importância de uma sintonia no trabalho dentro de cada atelier bem como a capacidade para partilhar as dificuldades e frustrações emergentes entre todos.

Tendo em conta que este projecto é uma construção, quer no contexto de toda a Unidade de Pedopsiquiatria, quer na equipa técnica da Área de Dia, quer para cada um dos técnicos que a integram individualmente, consideramos que as reuniões semanais bem como as reuniões de supervisão sob o olhar experiente e motivador da Dra. Maria José Vidigal têm sido cruciais e têm permitido integrar a acção terapêutica e a formativa. Este olhar externo facilita a análise do impacto emocional que o grupo tem nos terapeutas e, esclarece experiências difíceis, criando alternativas metodológicas de intervenção.

### **O GRUPO DE PROFESSORES...**

A articulação com a escola tem sido feita através de contactos regulares com as professoras para a construção de um trabalho em rede. Aos professores solicitamos a possibilidade de não marcarmos testes de avaliação nos dias em que as crianças vêm às sessões e pedimos, no final do ano lectivo, um relatório que englobe os aspectos académicos, sociais e comportamentais da criança. Procura-se criar com este grupo uma “aliança cooperativa” (Kernberg, 1993), através de um trabalho em rede. Esta ponte serve tanto às necessidades das pro-

fessoras, como dos terapeutas, ou seja, é a oportunidade de devolver a compreensão dos comportamentos destas crianças, tendo também uma enorme utilidade na avaliação da intervenção.

### PARA TERMINAR...

O projecto da “Área de Dia” está ainda no decurso do seu primeiro ano de intervenção, pelo que continuaremos a investir no seu crescimento, que pretendemos ser também o crescimento interno das crianças que o integram bem como o crescimento teórico e prático neste campo de intervenção por parte da equipa técnica. Face ao que descrevemos anteriormente, foi possível identificar uma evolução em termos da dinâmica grupal em ambos os grupos de crianças, sendo já descritas pelas famílias ou pelos professores algumas melhorias a nível individual em algumas crianças, nomeadamente a nível do comportamento e das aprendizagens. No entanto, a abordagem dos resultados obtidos com a presente modalidade de intervenção só a iremos concretizar no final da intervenção terapêutica.

### BIBLIOGRAFIA

- Anzieu, D. (1986). *El grupo y el inconsciente. Lo imaginario grupal*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Badaracco, J. (2000). *Psicoanálisis multifamiliar*. Buenos Aires. Editorial Paidós
- Bion, W.R. (1970). *Experiência com grupos*. Rio de Janeiro: Editora Imago.
- Cabral, F., & Magalhães, S. (2006). Do brincar e do pensar... No reino do faz de conta. In *Cadernos do bebé* (pp. 95-100). Fim de Século – Edições.
- Carreira, & Correia (2005). Área de Dia – Uma experiência de tratamento de crianças em grupo. In M. Vidigal e col. (Eds.), *Intervenção terapêutica em grupos de crianças e adolescentes* (pp. 157-171). Lisboa: Trilhos.
- Freud, S. (1921). *Psicología de las masas y análisis del yo. Obras completas*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Haag, G. (1987). Petits groupes analytiques d'enfants autistes et psychotiques avec ou sans troubles organiques. *Revue de Psychothérapie Psychanalytique de Groupe*, 7/8, 53-62.
- Hariton, J., Kernberg, P., & Chazen, S. (1993). Psicoterapia lúdica de grupo. In P. Kernberg & S. Chazen (Eds.), *Crianças com transtornos de comportamento: Manual de psicoterapia* (pp. 191-214). Porto Alegre: Artes Médicas.

- Kernberg, P., Weiner, A., & Bardenstein, K. (2003). *“Transtornos da Personalidade em Crianças e Adolescentes”*. Porto Alegre: Artmd Editores.
- Malpique, C., Cabral, F., Flores, F., & Soares, I. (1988). Psicoterapia de grupo no período da latência (2ª parte). *Revista Portuguesa de Psicanálise*, 6, 69-96.
- Sá, F. (2003). *Psicoterapia analítica de grupo com crianças no período da latência*. Lisboa: Climepsi.
- Taborda, R., & Toranzo, E. (2002). Del diagnóstico individual al tratamiento grupal de grupos paralelos de hijos y de padres. *Cuadernos de Psiquiatria y Psicoterapia del Niño y del Adolescent*, 33, 219-238.
- Torrás de Bea, E. (1992). Los grupos en la atención psicoterapéutica en la infancia y la adolescencia. *Cuadernos de Psiquiatria y Psicoterapia del Niño y del Adolescent*, 13/14, 51-67.
- Torrás de Bea, E. (1999). La actividad anti-tarea en los grupos de niños y adolescentes. *Cuadernos de Psiquiatria y Psicoterapia del Niño y del Adolescent*, 28, 145-155.
- Vidigal, M. (2005). *Intervenção terapêutica em grupos de crianças e adolescentes*. Lisboa: Trilhos.
- Vidigal, M. (2007). Comentários à conferência de François Sacco. Interventions en groupe et de groupe avec les enfants et les adolescents. *Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria*, 22, 65-74.
- Villanueva, A., Franco, Y., Buruchaga, I., & Ruiz, M. (2007). Entre la acción y el pensamiento: El grupo terapéutico. *Cuadernos de Psiquiatria y Psicoterapia del Niño y del Adolescent*, 43/44, 117-126.

## ABSTRACT

*The objective of Partial Time Care Unit project implemented in the Child Psychiatry Unit of the Garcia d’Orta Hospital is to address the difficulties found in the therapeutical intervention with children that have conduct disorders, failure of the mentalization and the symbolization processes as well as their “tendency to act”, with impact in both familiar and school context. This work is done by a multidisciplinary team and aims to provide a container setting that allows the children to elaborate their internal conflicts that either block or make difficult their healthy development.*

*The intervention is developed in groups and is focused in three areas: child, family and school. We made two groups of four boys each, aged between seven and nine years old, that participate weekly and alternatively in two ateliers: art activities and free playing. This intervention is done in parallel with the family group and the link with the school is done in a meeting with teachers at the end of each school period.*

*We aim to implement a model based in promoting the symbolic that strives for*



*the creativity and the connection between affection and thoughts in order to obtain not only an improvement of the children conducts' disorders but also their relationships.*

*In this article the authors presented the project and the experiences lived in its first year of intervention.*

*Key words:* Childhood. Group intervention. Multidisciplinary team. Partial time care unit.

# A PERTURBAÇÃO DE PERSONALIDADE BORDERLINE NA ADOLESCÊNCIA – DIFICULDADES NA INTERVENÇÃO \*

S. Almeida \*\*

P. Pires \*\*\*

## RESUMO

*Tendo em conta o tema do Encontro da APPIA – Violência na Criança e Adolescente – o nosso objectivo com este artigo é partilhar as dúvidas que nos surgem no diagnóstico e tratamento de adolescentes com problemáticas relacionadas com a violência – quer enquanto agentes, quer enquanto vítimas, ou mesmo ambos.*

*O crescente aumento das patologias do agir na infância e adolescência, levanta várias dificuldades aos Serviços e Unidades de Pedopsiquiatria. Entre elas, destacamos a dificuldade na realização do diagnóstico e posteriormente a modalidade de intervenção mais adequada.*

*A Unidade de Pedopsiquiatria do HGO, à semelhança de outras Unidades, debate-se actualmente com o crescente aumento da lista de pedidos de consulta e concomitantemente com as dificuldades no tratamento dos jovens com patologia do agir, e que preenchem os critérios diagnósticos para a perturbação de personalidade borderline na adolescência, mais precisamente – Perturbação Estado-Limite na adolescência.*

*Com este trabalho pretendemos partilhar a nossa experiência e dificuldades na intervenção clínica, com vista a um maior aprofundamento da compreensão psicodinâmica dos mesmos, assim como um manejo mais fino da técnica. Para tal abordaremos de forma sucinta dois casos clínicos, expondo o modelo de intervenção psicoterapêutica proposto por Kernberg (1995), para adolescentes com perturbação de personalidade Borderline.*

\* Comunicação livre apresentada no XX Encontro Nacional de Psiquiatria da Infância e da Adolescência, Bragança, 2009.

\*\* Psicóloga Clínica, Unidade de Pedopsiquiatria do Serviço de Pediatria, Hospital Garcia de Orta. E-mail: saragirao@hotmail.com

\*\*\* Pedopsiquiatra, Chefe de Equipa, Unidade de Pedopsiquiatria, Serviço de Pediatria, Hosp. Garcia de Orta.

*Palavras chave:* Adolescência. Diagnóstico. Intervenção psicoterapêutica. Perturbação de personalidade Borderline.

O pensamento clínico e científico actual reconhece que as patologias do agir abarcam todo um espectro, sendo que do ponto de vista etiológico envolvem aspectos constitucionais (particularmente genéticos), sociais, e psicodinâmicos. Sem desconsiderar os dois primeiros, por questões que se prendem com o nosso modelo teórico de pensamento, debruçar-nos-emos sobre o último. Nestes jovens, o terreno psíquico (com as suas representações simbólicas e afectivas) perde para as dimensões do campo sensorial e perceptivo, nas manifestações da adolescência. Desta forma, as relações de dependência associam-se com a predominância das patologias do agir, tais como os comportamentos aditivos (consumo de álcool e drogas), e os comportamentos auto-destrutivos, entre outros (Jeammet & Corcos, 2005).

Nestas patologias, falham funções que sabemos essenciais no processo adolescente, como a capacidade reflexiva e a possibilidade de simbolização.

Entre os adolescentes com patologias do agir existe um grupo, que mesmo não sendo consensual dentro da comunidade científica, parece preencher os critérios para o diagnóstico de Perturbação Estado-Limite de Personalidade na Adolescência. Contudo, sendo muito subtil a barreira que separa o “normal” do “patológico” especialmente nesta faixa etária, e sabendo que o adolescente é um sujeito que se encontra num processo de formação da sua personalidade, a realização de um diagnóstico de perturbação de personalidade, torna-se ainda mais difícil. Ao pensarmos no funcionamento mental destes jovens, surge-nos o conceito de estado-limite, que se diferencia tanto no plano dos comportamentos que ele envolve, como no seu funcionamento, da Perturbação Borderline do DSM-IV. Assim, esta última seria apenas uma das expressões comportamentais possíveis do estado-limite, que poderia também dar lugar a uma expressão narcísica ou esquizoide. Para o desenvolvimento deste conceito, têm contribuído várias correntes teóricas, das quais destacamos nos países anglo-saxónicos, depois de Fairbairn e Kernberg, Peter Fonagy. Este autor tem-se dedicado à investigação das inter-ligações entre os conceitos de estado-limite e de vinculação, dando especial ênfase à teoria das relações de objecto e dos défices de interiorização, próprios aos estados-limites, ligando-os com uma valorização das relações interpessoais e intersubjectivas. Também nos países Francófonos, tem surgido uma teorização que reserva um lugar importante para a dimensão pulsional, a agressividade e destruição, a sexualidade infantil e os conflitos

edipianos, juntamente com o conflito depressivo e as falhas no narcisismo, do qual os trabalhos de Jeammet sobre adolescentes, são uma referência.

Se já em 1974 Bergeret, fazia referência aos traumatismos precoces, como tendo um peso importante na emergência e constituição deste tipo de funcionamento no sujeito adulto, também Kernberg (1989), considerava que existia uma clara evidência, a partir das pesquisas e do contexto clínico, de que os adolescentes *borderline* vêm de famílias severamente patológicas, referindo que existe sempre a questão da dificuldade de se saber até que ponto o adolescente *borderline* simplesmente reflecte a grave patologia familiar ou um problema estrutural interno. Acrescenta o autor “... *sempre que um estudo cuidadoso do adolescente demonstra a existência da Síndrome de difusão da identidade e uma predominância de operações primitivas de defesa, devemos admitir que, apesar da família ter contribuído para a doença dele no passado, o paciente tem uma patologia borderline genuína estruturada a exigir um intenso tratamento individual*”.

Jeammet (1994) acrescentava que no que toca à adolescência, esta é uma fase em que o jovem se depara com duas tarefas essenciais: por um lado o reconstruir as suas identificações infantis, e por outro lado a tarefa de estar mais distante e ter autonomia em relação aos seus pais. Nesta linha de pensamento pensamos que o autor se aproxima da ideia anterior de Bergeret, ao considerar que este duplo movimento conjunto questiona a solidez das interiorizações anteriores, principalmente em relação aos fundamentos narcísicos que permitirão a libertação da dependência infantil. A adolescência, apresenta-se para o autor como uma fase do desenvolvimento, que pelo seu impacto traumático, constitui um momento revelador da qualidade da organização narcísica prévia, criando condições para um possível antagonismo entre investimentos narcísicos e objectais, susceptível de gerar a psicopatologia. Desta forma, a qualidade destes investimentos depende da qualidade da relação precoce, do prazer vivenciado na troca objectal, gerando o auto-erotismo e capacidade de estar só. Capacidades estas que parecem estar em falha nos adolescentes a que nos referimos.

Numa investigação realizada por Ramos (2008) acerca da Perturbação Estado-Limite na Adolescência, realizada em vários Centros de Pedopsiquiatria da área de Lisboa, foram identificados dois grupos específicos de jovens. Por um lado os que apresentavam sintomas da internalização, e por outro lado os da externalização. Sendo estes segundos, os que nos levantam maiores dificuldades na intervenção clínica, pela importante patologia do agir que apresentam e conseqüente dificuldade na adesão ao tratamento.

É sobre estes adolescentes que gostaríamos de partilhar a nossa experiência e dificuldades na intervenção clínica. Para tal passaremos a descrever sucintamente dois casos clínicos.

Começaremos pela Luísa. É uma adolescente de 14 anos, que vem à consulta de pedopsiquiatria, acompanhada pelos pais. É a filha mais nova de uma fratria de três, de um casal, cujo pai tem uma história de alcoolismo e a mãe uma surdez moderada. Entre os dezoito meses e os três anos, os pais ausentaram-se levando consigo os outros filhos, pelo que nesta fase fica aos cuidados da avó materna numa outra cidade.

Toda a história é narrada pelos pais de forma desafectada e negando ou desvalorizando os acontecimentos de vida. A Luísa inicia a escolaridade com boa adaptação e mantém bom rendimento escolar até ao 7º ano de escolaridade, com doze anos. Nesta fase inicia um quadro de alterações do comportamento, caracterizado por auto-mutilações, impulsividade generalizada e insucesso escolar. Após uma tentativa de suicídio, na Urgência Pediátrica é iniciado planeamento familiar e enviada para a Unidade de Pedopsiquiatria. Enquanto aguarda a vinda à nossa consulta, faz nova tentativa de suicídio com ingestão medicamentosa, utilizando para tal o anticoncepcivo que lhe foi prescrito na urgência.

Quando é vista a primeira vez em consulta de pedopsiquiatria, encontra-se no início do 8º ano, em recusa escolar. Apresenta um quadro clínico caracterizado por auto-mutilações e grande impulsividade. Mantém relações sexuais desprotegidas, desde o seu início, aos onze anos.

Após esta primeira consulta, é proposta uma intervenção familiar, inicia psicofarmacologia e é encaminhada para avaliação psicológica. Levantamos como hipótese diagnóstica inicial: Perturbação do Controle dos Impulsos (Eixo-I) e Perturbação de Personalidade Borderline (Eixo-II), segundo os critérios diagnósticos da DSM-IV TR.

Na Avaliação Psicológica realizada, observou-se no Rorschach o aparecimento de representações objectais precárias, com um nível de socialização em superfície adequado, mas importantes falhas na socialização em profundidade, dando conta de representações da relação ambivalentes, instáveis e contraditórias. Também a representação de si aparecia instável e desorganizada. Ocorriam falhas na capacidade de controlo afectivo, com impossibilidade de dar um contorno, um limite, às experiências. O pólo pulsional evidenciava-se, fazendo-se acompanhar de um afecto intenso, com falhas nos mecanismos de auto-controlo. As angústias mais frequentes eram de desamparo, apoiadas em relações de objecto de tipo anaclítico. No TAT destacava-se a existência de um funcionamento mental marcado por fragmentações e narrativas marcadas pela onnipotência, com dificuldades em diferenciar a sua perspectiva da dos outros,

o que dificultava o nível de legibilidade das histórias. Em suma: dava-nos conta de um funcionamento mental frágil, com núcleos psicóticos, difusão de identidade, mecanismos de defesa frágeis e relação de objecto de tipo anaclítico, confirmando organização de tipo Borderline.

Tendo em conta a avaliação diagnóstica inicial, traçamos como plano terapêutico a intervenção familiar, farmacológica e psicoterapia individual de frequência semanal. O modelo psicoterapêutico a que recorremos foi o preconizado por Kernberg (1995) para adolescentes com perturbações de personalidade.

Esta intervenção, sendo uma psicoterapia de orientação psicanalítica, apresenta algumas adaptações do ponto de vista da técnica psicoterapêutica, que passamos a referir de forma resumida:

- Atitude mais activa por parte do terapeuta (imposição de limites mais rígidos no início do tratamento);
- Desenvolvimento da capacidade reflexiva (nomear as turbulências);
- Proporcionar o acesso à mentalização e simbolização;
- Dar sentido às vivências e representá-las em palavras;
- O terapeuta oferecer-se como modelo de identificação (ligação entre os conflitos inconscientes e a devolução de uma adequada avaliação da realidade externa);
- Elaboração sistemática da transferência negativa manifesta e latente;
- Reforço dos recursos do jovem, através do estabelecimento pelo terapeuta, de nexos associativos entre os conteúdos revelados. Desta forma, tentamos melhorar a capacidade de *insight* do jovem sobre a interdependência causal entre os estados emocionais e os comportamentos;
- Manuseamento cuidadoso da contra-transferência e da dependência.

Paulina Kernberg (2003) na obra *Transtornos de Personalidade em crianças e adolescentes* acrescenta ainda que, quanto mais perturbado for o adolescente tardio, tanto mais o tratamento deve assemelhar-se ao trabalho psicoterapêutico do paciente adulto. Para os menos graves, o tratamento deve focar inicialmente nas tarefas desenvolvimentais da adolescência.

Na senda deste modelo, foi iniciado o plano terapêutico anteriormente referido, onde o pedopsiquiatra realizava a intervenção familiar e farmacológica e o psicólogo a psicoterapia à jovem. O caso mantém-se em acompanhamento há um ano e meio. Durante o processo psicoterapêutico, têm surgido alguns movimentos, que resumidamente gostaríamos de partilhar convosco. Inicialmente a

revelação de um abuso sexual, que ocorre de forma indirecta, ou seja, a jovem assume este abuso no preenchimento de um questionário em que participa na Unidade. Posteriormente trás este tema para a psicoterapia, considerando a terapeuta como “mais um adulto que não se preocupa e não protege”, parecendo recorrer a um mecanismo de identificação projectiva, em que identifica a terapeuta às figuras de referência da sua vida. A Luísa partilha a experiência traumática de forma indirecta, ao mesmo tempo que tenta pedir ajuda, mas reproduz a sua experiência relacional anterior, onde parece não existir lugar para o reconhecimento do seu estado mental ou o do outro. Nesta linha, Agrawal (2004), afirma que nestes pacientes ocorre uma diminuição da função reflexiva, devido a um padrão de vinculação inseguro (muitas vezes até de tipo desorganizado), durante a infância, que se mostra um factor de risco significativo para o desenvolvimento da personalidade borderline.

À medida que a psicoterapia se desenrola, vamos tentando relacionar os seus comportamentos, com as vivências, o que se mostrou muito difícil durante muitas sessões. Os mecanismos de dependência foram também visíveis, quando após a desmarcação da sua sessão, faz uma nova tentativa de suicídio, dando-nos conta da sua impossibilidade de mentalizar ou sequer organizar-se na ausência de um objecto que sente como anaclítico. Ao seu próprio ritmo, a Luísa começou a pôr em palavras as vivências familiares, aparecendo progressivamente de forma mais clara, a grave disfunção familiar. Começou a ligar os comportamentos sexuais de risco com o vazio que sentia, o que pareceu novamente fragilizá-la, e se fez acompanhar de uma importante ideação suicida, pelo que é internada. Neste internamento, exige acompanhamento diário da equipa de saúde mental. Pensamos em Green (1999) quando refere que as organizações estado-limite se situam no *no man's land*. Um território com fronteiras não definidas, em que devido à carência do ambiente, por sobre ou subinvestimento (que nos parece o caso da Luísa), a pulsão tem dificuldade em representar-se e transformar-se numa acção específica dirigida a um objecto confiável e seguro que traria satisfação, transformando assim a situação de impotência em experiência satisfatória. Como tal não ocorre, a pulsão é evacuada, descarregada na passagem ao acto, comprometendo a elaboração psíquica, que a Luísa sente como excessivamente dolorosa, e confundindo a ligação entre representação e afecto.

A psicoterapia manteve-se, e as auto-mutilações começaram a ocorrer só no dia da consulta, o que a Luísa considerava acontecer, porque antecipava a dificuldade de “ter que pensar na vida”. À data de preparação desta apresentação, estamos numa fase em que parece começar o primeiro esboço de simbolização, trazendo como material para a sessão os sonhos de infância. E uma porta se abre, ligando a sua infância à sua forma de estar e de reagir. Concomitante-

mente, na sessão familiar filha e mãe falam abertamente acerca da violência no ambiente intra-familiar, aspecto até aí nunca abordado.

As dificuldades de mentalização da Luísa mostram-se muito importantes, suscitando na própria equipa muitas dúvidas e inquietações acerca do investimento no seu tratamento. Não observamos mudanças no seu funcionamento mental de um ponto de vista dimensional, parecendo manter um funcionamento de tipo estado-limite. Contudo, reconhecemos mudanças do ponto de vista categorial, visível numa maior contenção nas passagens ao acto, as quais diminuiriam substancialmente, e no não preenchimento dos cinco critérios clínicos necessários para o diagnóstico de perturbação de personalidade.

O segundo caso que gostaríamos de partilhar é o da Alexandra. Veio encaminhada pela consulta de neuropediatria por cefaleias. Quando foi observada na consulta de pedopsiquiatria tinha 13 anos e frequentava o 5º ano. Apresentava alterações de comportamento no ambiente intra e extra-familiar, caracterizadas por consumo esporádico de drogas, impulsividade e envolvimento com grupos de risco. Mantinha vida sexual activa desde os 12 anos, de forma desprotegida.

Da sua história pessoal salientava-se: ser a única filha de um casal separado desde os sete anos da jovem. No ano seguinte à separação dos pais, mudou de cidade, passando a ver o pai apenas nas férias e de forma pouco consistente. Tem irmãos paternos e maternos, com os quais mantém contacto muito esporádico. Iniciou acompanhamento pedopsiquiátrico aos 4 anos, por isolamento social, tristeza e dificuldades na relação com os pares, tendo tido à data o diagnóstico de depressão. No início da escolaridade básica foram referidas dificuldades de aprendizagem, com uma retenção no 1º ciclo. No 2º ciclo inicia um quadro de insucesso escolar, encontrando-se actualmente a repetir pela terceira vez o 6º ano, por absentismo escolar. Paulatinamente começou a envolver-se com grupos marginais e delinquentes, participando em roubos e iniciando consumo de drogas. Residia sozinha desde os onze anos, no 2º andar do prédio onde a mãe e o padrasto viviam, por dificuldades de relação com o padrasto, especialmente a imposição de regras. Iniciou consultas terapêuticas quinzenais de pedopsiquiatria e foi medicada. Como Hipótese Diagnóstica inicial, colocámos: Perturbação do Controle dos Impulsos (Eixo-I), da DSM-IV TR. Nove meses depois deste plano terapêutico se ter iniciado, foi re-avaliada a intervenção, pela recusa e oposição da Alexandra em colaborar. As queixas de cefaleias tinham desaparecido, mas o quadro de alterações de comportamento era agora muito marcado. Permanecia calada, não colaborando com o médico e não cumprindo a medicação prescrita. Após reunião de supervisão foi traçado novo plano terapêutico, que passaria por psicoterapia individual (com um técnico), intervenção familiar e farmacologia (por outro técnico).



Antes de iniciar o acompanhamento, preencheu o questionário MACI – Millon Adolescent Clinical Inventory (1999), do qual se destaca: uma configuração que representa um sentimento crónico de disforia/depressão, que está presente no número de atitudes e comportamentos negativos que apresenta. Exibiu uma intensa instabilidade e queixas somáticas, expressas em alterações de comportamento, particularmente quando as escalas 2B (Pessimista) e 8A (Oposicionista) eram as mais elevadas.

Os comportamentos para-suicidários e os sentimentos intensos de culpa apresentavam-se como mecanismos defensivos contra a expressão de hostilidade e ressentimento elevados, que manifestava.

A Escala 9 apareceu também muito elevada, indicando um nível severo de psicopatologia e a tendência para a depressão e vazio apresentava-se como incapacitante e crónica Surgiram também sérias preocupações em torno da identidade, acompanhadas de pensamentos confusos, com elevada instabilidade do funcionamento mental. O humor tendia a ser intenso e instável, acompanhado de depressão, expressa através da instabilidade e zanga.

O perfil neste questionário era indicador de perturbação de personalidade, o que juntamente com a elevação das escalas anteriormente referidas, e com a impressão clínica existente nos parece dar conta de perturbação de personalidade de tipo borderline.

Desta forma, iniciámos a intervenção terapêutica, no modelo já referido neste trabalho. As primeiras sessões foram usadas para trabalhar as regras da psicoterapia, tentando impor limites ao comportamento e sobretudo à linguagem obscena, que a Alexandra apresentava. Durante os primeiros meses manteve o comportamento de oposição e recusa em colaborar, mas progressivamente começou a descrever os seus comportamentos marginais e delinquentes. Sempre com uma forte idealização dos imagos parentais. Após uma intervenção da CPCJ, reagiu com um mecanismo de clivagem, em que a psicoterapia foi identificada aos bons, sempre acedendo com dificuldade, ou de forma rudimentar ao simbólico. Neste sentido, pensamos em Fonagy e Target (2004), quando consideram que o acréscimo das manifestações psicopatológicas entre adolescentes expressas por meio de passagens ao acto, supõe uma precariedade dos mecanismos de simbolização. Contudo a aliança terapêutica foi sendo fortalecida e começou a aceitar ligeiras interpretações do material. Este aspecto fez-se acompanhar por uma idealização da psicoterapia, começando a *verbalizar* forte angústia de desamparo. A tentativa de identificação da psicoterapeuta aos seus núcleos depressivos parece ter permitido à Alexandra aceder aos seus próprios sentimentos de vazio e a função reflexiva começou a emergir. Este momento foi acompanhado de uma alteração da dinâmica

familiar, com uma aproximação da mãe, que voltou a viver na mesma casa que a filha, o que levou à emergência de ideação suicida. Nesta fase, foi trabalhada a necessidade de recorrer à farmacologia, conseguindo a sua colaboração e envolvimento. Aceitou a medicação, mas parou-a autonomamente, após melhoria sintomática. Pensamos em Fonagy e Target em 2003, quando referem que as dificuldades na capacidade de mentalização, com o não reconhecimento do seu próprio estado mental e o do outro, parecem diminuir a função reflexiva, devido a um padrão de vinculação inseguro com os próprios pais. As experiências relacionais anteriores, parecem impedir o processo de mentalização, já que se toma assustador, reconhecer as intenções dos pais. Referia a Alexandra nesta fase “o que pretende ela (mãe) ao voltar ao fim destes anos a viver comigo?”.

Com a evolução do processo terapêutico, foi começando a ligar o seu vazio com os grupos e comportamentos de risco em que estava envolvida, mostrando-nos como a ténue integração do super-ego contribuía para as tendências anti-sociais que apresentava, com um predomínio do processo primário. O grupo parecia desempenhar aqui um papel importante do ponto de vista do reforço da sua identidade, ao conferir-lhe um papel nesta configuração de difusão de identidade que apresentava. Face à possibilidade de separação da figura de vinculação, aumentou o consumo de drogas, surgindo de forma cada vez mais evidente a forte angústia de desamparo e dependência do objecto, que não era sentido como autónomo.

A intolerância à frustração, a precariedade da capacidade de sublimar, a falta de constância objectal e as falhas narcísicas, têm sido muito evidentes no seu processo terapêutico, e parecem acarretar graves perturbações na construção da sua identidade e nas relações de objecto, sendo visível uma importante indiscriminação self-objecto. Apesar das fragilidades que apresenta, a evolução que parece estar a ocorrer, é comparativamente ao caso anterior, maior. Pensamos que este aspecto se deve, entre outros, ao facto do núcleo depressivo ser mais evidente, o que permitiu em termos transferenciais e contratransferenciais, reforçar a aliança terapêutica.

Terminamos partilhando dúvidas que nos têm surgido, enquanto equipa:

#### O QUE TÊM EM COMUM ESTAS ADOLESCENTES?

Ambas apresentam sintomas graves da externalização, ambas conseguiram que a equipa trabalhasse e se envolvesse activamente e ambas são adolescentes com dificuldades na capacidade reflexiva e na capacidade de mentalização. Estas falhas, parecem ter feito com que a patologia do agir ocupasse o espaço das simbolizações, já que as suas vivências afectivas com os objectos

primários, por terem ocorrido de forma precária, não conseguiram transformar-se em representações. A falha ocorrida no processo de simbolização, parece assim ter aberto espaço para as inúmeras passagens ao acto.

Mas, outro aspecto nos surge: ambas as adolescentes, têm em comum, o facto de terem aderido à proposta terapêutica, sem o *drop-out* tão frequente nestes pacientes. Este ponto, poderá estar relacionado com o tipo de padrão de vinculação de ambas, o que nos tem suscitado dúvidas e se encontra a ser objecto de estudo na investigação de Ramos (2008) já referida. Por outro lado, o modelo terapêutico usado pareceu-nos também ocupar nesta dinâmica um papel importante, levantando uma outra discussão, acerca da avaliação dos modelos psicoterapêuticos usados.

Terminamos pensando que: se as experiências traumáticas, negligências, abusos, violências dos mais variados tipos, são apontados como precursores do desenvolvimento de uma organização de personalidade borderline na adolescência (Bradley & Western 2005; Reich & Zanarini 2001), parece-nos também de crucial importância no momento actual, aferir acerca da pertinência na precocidade do diagnóstico de Perturbação Estado – Limite de Personalidade na Adolescência, com vista a desenvolver o modelo de intervenção mais adequado.

## BIBLIOGRAFIA

- Agrawal, H.R., Gunderson, J., Holmes, B.M., & Lyons Ruth, K. (2004). Attachment studies with borderline patients: A review. *Harvard Review Psychiatry*, 12, 94-104.
- Bergert, J. (1974). *A personalidade normal e patológica*. Porto Alegre: Artes Médicas
- Bradley, R., & Western, P. (2005). The psychodynamics of borderline personality disorder: A view from developmental psychopathology. *Development and Psychopathology*, 17, 927-957.
- Fonagy, P., Target, M., Gergely, G., Allen, J.G., & Bateman, A. (2003). The developmental roots of borderline personality disorder in early attachment relationships. *Psychoanalytic Inquiry*, 23, 412-459.
- Fonagy, P., & Target, M. (2004). *Psychotherapy for borderline personality disorder*. Oxford, University Press.
- Green, A. (1999). Sur la discrimination et l'indiscrimination affect-representation. In A. Green (Ed.), *La pence clinique* (pp. 189-257). Paris: Ovide Jacob.
- Jeammet, P. (1994). Adolescence et processus de change ment. In D. Wildoher (Ed.), *Traité de psychopathologie* (pp. 638-724). Paris: Presses Universitaires de France.

- Jeammet, P., & Corcos, M. (2005). *Novas problemáticas da adolescência: Evolução e manejo da dependência*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Kernberg, P., Werner, A.S., & Bardenstein, K.K. (2003). *Transtornos da Personalidade em crianças e adolescentes*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Kernberg, O.F., Selzer, M.A., Koenigsberg R.A., Carr, A.C., & Appelbaurn, A.H. (1989). *Psychodynamic psychotherapy of borderline patients*. New York: Basic Books.
- Kernberg, O. (1995). *Transtornos graves de personalidade – Estratégias psicoterapêuticas*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- McCann, J.T. (1999). *Assessing adolescents with MACL*. New York: John Wiley & Sons.
- Ramos, V., Leal, I., & Maroco, J. (2008). Desenvolvimento da Perturbação Estado-Limite da Personalidade na Adolescência. XIX *Encontro nacional de Psiquiatria da Infância e Adolescência*.
- Ramos, V., Leal, I., & Maroco, J. (2009). Borderline Personality Disorder in Adolescents – Personality traits in the Adolescents and in the Parents. *17th European Congress of Psychiatry*. Paris. Elsevier – Masson.
- Reich, D.B., & Zanarini, M.C. (2001). Developmental aspects of borderline personality disorder. *Harvard Rev. Psychiatry*, 9, 295-301.

### ABSTRACT

*The present article purpose is to share diagnosis and treatment doubts concerning adolescents living with violence – as agent and /or as victim and is based on the APPIA's Congress theme- Child and Adolescent Violence.*

*Child and Adolescent Mental Health Units and Services needs to face the difficulties due the increase of child and adolescent conduct disorders. The authors make a point of the diagnostic and therapeutic model difficulties.*

*Hospital Garcia de Orta Child and Adolescent Mental Health Unit, like others, have some problems to deal with: the increase number of referrals and the difficulties to treat adolescents with conduct symptoms that have criteria to Borderline Personality Disorder.*

*The authors intend to share their clinical intervention experience and difficulties in order to a better psychodynamic comprehension and to improve the intervention technique model.*

*The authors present two brief case examples describing the Kernberg (1995) psychotherapeutic intervention model with Borderline Personality Disorder adolescents.*

*Key words:* Adolescence. Diagnosis. Psychotherapeutic intervention. Borderline personality disorder.