

Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria

Nº 33

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA
DE PSIQUIATRIA DA INFÂNCIA E DA ADOLESCÊNCIA

DIRECTOR

Maria Luís Borges de Castro

COMISSÃO REDACTORIAL

Augusto Carreira

Catarina Cordovil

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 Luís Borges de Castro p. 5

ARTIGOS

La place de la sensorialité
aux sources de la métaphorisation

Bernard Golse p. 9

Psicoterapia analítica de grupo
na idade da latência...
Breve incursão pelo mundo do
“faz de conta”...

Joana Calejo Jorge & Cláudia Falco p. 27

Perturbação obsessivo-compulsiva
na infância e adolescência

*Joana Teixeira, Isabel Carvalho,
& Pedro Pires* p. 37

Conversas entre famílias

*R. Esquina, I. Figueiredo, M. Alves,
P. Silva, S. Comparada, F. Mota,
M. Amaro, & P. Pires* p. 53

Factores etiológicos e
precursores desenvolvimentais da
perturbação borderline da personalidade
na adolescência

*Vera Ramos, Guilherme Canta,
Pedro Pires, & Isabel Leal* p. 65

Normas de Publicação p. 81

QUANDO O PEDOPSIQUIATRA É PSICANALISTA...

(Este é um tema, que me tem acompanhado ao longo de toda a minha vida profissional, e que conseqüentemente, gostaria de partilhar com os colegas mais novos de profissão.)

Durante muito tempo e na nossa civilização ocidental, a infância foi considerada como um período negro e desinteressante da vida. Negro, porque vazio de conteúdo; desinteressante porque os adultos, a maior parte das vezes, preferiam defensivamente não se lembrar da sua própria infância.

Cientificamente, a criança era algo precisa de ser cuidada no seu corpo, mas a relação com ela estabelecida era menosprezada pela “incompetência psicológico/intelectual”, que lhe era atribuída. O sofrimento afetivo infantil não era valorizado por se considerar o aparelho psíquico da criança incapaz de reconhecer, reter e elaborar o conflito.

Foi com os primórdios dos estudos da Psicologia – que entretanto se tinha destacado da Filosofia – que o funcionamento psicológico infantil começou a ser considerado como uma entidade, sim em desenvolvimento, mas com características próprias e suficientemente complexas para ser alvo de estudo.

Simultaneamente, com o aparecimento de Freud e da Psicanálise, com a sua Metapsicologia, pondo em foco os seus três aspetos tópicos, dinâmico e económico, houve uma nova forma de pensar o afeto e o pensamento. Estes três conceitos mais a noção de defesa vieram realçar a importância do desenvolvimento psicológico e conseqüentemente abordar o passado mais “remoto” do homem, que é a sua infância.

É assim, que chegamos à noção psicanalítica de que, a experiência de vida e o percurso da sua análise – entenda-se psicanálise – será o reviver e o

reconstruir da criança, que qualquer adulto foi. É óbvio, que daqui saiu um natural interesse pela fantasia reconstruída do passado, integrada no presente.

Posto isto, não podia deixar de acontecer, que os continuadores do movimento psicanalítico estudassem agora, não só a infância do seu paciente adulto, mas também, a própria criança no seu ambiente familiar e social. Dispensamo-nos de citar autores extremamente conhecidos...

Este novo olhar veio criar um movimento científico, que aconteceu de duas maneiras: ou, influenciando na sua observação clínica os psiquiatras infantis, ou mesmo criando uma nova maneira relacional terapêutica: a Psicanálise da criança.

Este movimento vai-se dar em todo o mundo. O seu sentido geográfico corre da Europa de Leste para Oeste e daqui para os Estados Unidos.

Julgo não exagerar se disser que, pelo menos na Europa, a maior parte dos pedopsiquiatras mais notáveis foram psicanalistas. Estava criada, desta forma, **a postura pedopsiquiátrica de orientação analítica.**

Assim, a compreensão do desenvolvimento do aparelho psíquico leva obviamente ao desejo de o relacionar com o comportamento a si inerente. Da união destes dois aspetos resultou a conceptualização de interação, tradutora da relação, esboço do afeto.

No que diz respeito ao processo de mentalização resultante da relação, este é de início unilateral e é com o desenvolvimento desta interação, que a criança vai desenvolvendo o seu processo integrativo dos afetos com a consequente formação das emoções.

A minha experiência de pedopsiquiatra leva-me a concluir da enorme vantagem da observação da interação mas, esta sempre acompanhada da minha capacidade de **compreensão interpretativa da vida fantasmática da família para com a criança e do resto da família entre si.**

Uma vinheta clínica:

A Joana é uma rapariguinha de cinco anos, de raça negra, bonita e elegante. Os pais são ambos igualmente de raça negra.

Vem bem arranjada e com a particularidade de trazer o cabelo todo enrolado em pequenas tranças como é usual em certas etnias negras.

No entanto, notava-se facilmente uma alopecia não muito extensa na região parietal direita.

Estabelece rapidamente bom contato comigo, não sem se certificar, que os pais continuavam presentes no meu gabinete.

O motivo da consulta é a tricotilomania, que se tinha desencadeado há cerca de onze meses.

Durante quase toda a entrevista é o pai que fala, aceitando a mãe olhar para mim num gesto apelativo tímido.

O pai enquanto expõe não parece tranquilo em relação à filha, seguindo-a com o olhar. Nem sequer se tranquiliza quando a mãe toma alguma atitude de contenção, ou de proteção, em relação à Joana.

Após bastante tempo ouço a mãe dizer: para a minha filha o pai é tudo! O pai interrompe imediatamente: é Dra., ela diz-me que quer casar comigo! A mãe acrescenta: isso é normal, toda a filha diz isso ao pai!

Nesta primeira entrevista foi-me evidente a excessiva proximidade deste pai à filha e do reforço, que a mãe fazia desta situação. A consequência evidente para a criança era a excitação, que talvez só fosse colmatada com uma auto-agressão do seu aspeto físico, que aqui era defensivo desta proximidade.

Na segunda entrevista foi-me mais fácil, que os pais falassem deles próprios. Assim o pai diz-me em determinada altura: “a guerra – referia-se à guerra colonial – foi muito má, mas o pior foi não ter conseguido vir para Portugal com os meus dois filhos. A minha primeira mulher não me deixou trazê-los e a minha filha morreu! Recebi cá o seu retrato já morta! Tinha a cabeça cheia de sangue! Ela que tinha o cabelo tão bonito!” Neste momento eu reparo que a Joana estava parada e como que siderada a ouvir o pai a falar!!!...

Soube posteriormente, que a sua primeira mulher é de raça branca e a filha não tinha cabelo encaracolado.

Tem este caso, assim, dois níveis: um, o edipiano, o outro relacionado com a culpabilidade do abandono, abandono que, neste caso, levou à morte!

Do primeiro resulta a excitação auto-agressiva da Joana, do segundo a reparação da culpa, que leva à punição.

Penso que este apontamento do caso ilustra bem a importância da observação da inter-relação entre a criança e os seus pais e da inter-relação dos pais entre si. Ilustra igualmente, como é tão importante a capacidade de compreender **a comunicação inconsciente da vida fantasmática da família.**

Por outro lado, com este exemplo, também é evidente que o tempo disponível durante a entrevista e a atitude serena e neutra sem a compulsão de logo tudo compreender são de extrema importância para o estabelecimento de uma relação terapêutica sem sentimentos persecutórios. Também este caso foi

evidente, que só depois de alguns dias passados sobre a primeira entrevista, depois deste movimento que eu costumo chamar de “aproximação e fuga”, foi possível ao pai falar-me da outra filha morta com os cabelos cheios de sangue...

Há, ainda, um aspeto no campo da Psicanálise particularmente importante na criança, com o qual não podemos hoje deixar de trabalhar: **a comunicação inconsciente transgeracional**. Este aspeto implica uma aprofundada compreensão da dinâmica familiar para podermos ultrapassar o estudo das três gerações habituais: avós, pais e filhos. Se na maior parte das vezes com estas três gerações já nos pode ser evidente o aspeto transgeracional, por vezes a problemática situa-se mais longe... Pode, assim acontecer, que uma característica familiar ou facto passado seja tão marcante na relação intrafamiliar, que predomine durante algumas gerações.

O pedopsiquiatra, mesmo só com o seu paciente na realidade do seu gabinete, está confrontado com a problemática fantasmática transgeracional deste **e com a sua própria vivência relacional**.

Maria Luís Borges de Castro

LA PLACE DE LA SENSORIALITE AUX SOURCES DE LA METAPHORISATION

Bernard Golse *

La métaphorisation se trouve, bien évidemment, au cœur même du travail psychique de l'être humain, c'est-à-dire de ses différents systèmes de symbolisation, comme l'avait bien rappelé, à la toute fin de sa vie, Serge Lebovici.

Les travaux actuels sur le développement précoce permettent de mieux comprendre le rôle des interactions dans la maturation de ce processus complexe qui est le fruit d'une co-construction entre le bébé et les adultes qui en prennent soin, et cette co-construction se fonde sur la mise en œuvre d'une possibilité de polysensorialité synchrone chez le bébé.

C'est ce que nous aimerions montrer dans ce chapitre.

Pour ce faire, nous dirons d'abord un mot du rôle de la polysensorialité du bébé quant au passage des précurseurs de l'empathie et de l'intersubjectivité à une empathie et à une intersubjectivité plus matures, avant d'évoquer le passage de la symbolisation primaire à la symbolisation secondaire.

Ceci nous permettra alors d'aborder plus directement la question de la métaphorisation.

Il va de soi que ces quelques pages n'ont pas d'autre ambition que de stimuler de manière *utile* la réflexion, sans avoir au demeurant la prétention de présenter des faits "*valides*" au sens méthodologique actuel de ce terme.

* Pédopsychiatre-Psychanalyste (Membre de l'Association Psychanalytique de France) / Chef du service de Pédopsychiatrie de l'Hôpital Necker-Enfants Malades (Paris) / Professeur de Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent à l'Université René Descartes (Paris 5) / Inserm, U669, Paris, France / Université Paris-Sud et Université Paris Descartes, UMR-S0669, Paris, France / LPCP, EA 4056, Université Paris Descartes / CRPMS, EA 3522, Université Paris Diderot / Membre du Conseil Supérieur de l'Adoption (CSA) / Ancien Président du Conseil National pour l'Accès aux Origines Personnelles (CNAOP) / Président de la section française de l'AEPEA (Association Européenne de Psychopathologie de l'Enfant et de l'Adolescent) / Président de l'Association Pikler Loczy-France / Président de l'Association pour la Formation à la Psychothérapie Psychanalytique de l'Enfant et de l'Adolescent (AFPPEA).

A PROPOS DES PRECURSEURS DE L'EMPATHIE ET DE L'INTER-SUBJECTIVITE: LE TRAVAIL DE LA POLYSENSORIALITE

Il s'agit, ici, de réfléchir à une possible modélisation du passage des précurseurs de l'empathie et de l'intersubjectivité à une empathie et à une intersubjectivité matures, en tenant compte d'une dimension dynamique des processus de comodalisation polysensorielle.

1) Polysensorialité et extériorité de l'objet

La question de la synchronie polysensorielle se trouve aujourd'hui au cœur de toutes les réflexions sur les interactions précoces (A. Ciccone & D. Mellier, 2007).

La comodalisation des flux sensoriels selon le point de vue cognitif

Un certain nombre de travaux de type cognitif (A. Streri, 1991, 2000) nous apprennent aujourd'hui que l'articulation des différents flux sensoriels issus de l'objet, est nécessaire pour que le sujet puisse prendre conscience du fait que l'objet concerné lui est bien extérieur.

Autrement dit, aucun objet ne peut, en effet, être ressenti comme extérieur à soi-même, tant qu'il n'est pas appréhendé simultanément par au moins deux modalités sensorielles à la fois, ce qui met nettement l'accent sur l'importance de la comodalisation comme agent central de l'accès à l'intersubjectivité.

Il nous semble qu'à leur manière, les cognitivistes rejoignent, là, une position psychodynamique classique selon laquelle la découverte de l'objet est fondamentalement coextensive de la découverte du sujet, et réciproquement dit, même si les travaux cognitivistes font, en réalité, le plus souvent référence à une intersubjectivité primaire d'emblée efficiente chez le bébé.

En effet, repérer l'objet comme extérieur à soi-même suppose, dans le même mouvement, de reconnaître le Soi comme l'agent des perceptions en jeu, et pas seulement comme l'agent des actions produites (processus d'agentivité).

Le vécu d'extériorité de l'objet: Une convergence entre psychanalyse et cognition

Vivre l'objet comme extérieur à soi-même, soit le vivre en extériorité, suppose donc, bien évidemment l'accès à l'intersubjectivité, et l'élaboration du deuil de l'objet primaire qui sous-tend le processus de différenciation extra-psychique.

D'un point de vue psychodynamique, cette possibilité de vivre l'objet en extériorité se trouve éclairée par les concepts de *mantèlement et de démantèlement*.

ment (D. Meltzer et coll., 1980), tandis que d'un point de vue cognitiviste, c'est le processus de *comodalisation* des flux sensoriels émanant de l'objet qui se trouve au premier plan des réflexions.

Il y a donc, là, à propos de l'articulation des flux sensoriels, une certaine convergence à signaler entre les deux approches, psychodynamique et cognitive.

Cette convergence entre les deux types d'approche – psychodynamique et cognitive – est suffisamment rare pour qu'on prenne la peine de la souligner, et de considérer qu'elle témoigne, probablement, du fait que ces concepts de mantèlement ou de comodalisation représentent deux approches complémentaires d'un seul et même phénomène développemental, appréhendable selon différents vertex.

Ceci étant, on peut faire l'hypothèse d'un équilibre nécessaire entre d'une part le couple dialectique mantèlement-démantèlement (mécanisme inter-sensoriel) et le phénomène de segmentation des sensations (mécanisme intra-sensoriel), étant entendu qu'il n'y a pas de perception possible sans une mise en rythme des différents flux sensoriels.

Ce travail de comodalisation perceptive ne peut se faire, en effet, que si les différents flux sensoriels s'avèrent mis en rythmes compatibles, et si ce travail de comodalisation s'effectue, comme on le pense aujourd'hui, au niveau du sillon temporal supérieur, alors s'ouvre une piste de travail passionnante, dans la mesure où cette zone cérébrale se trouve également être la zone de la reconnaissance du visage de l'autre (et des émotions qui l'animent), de l'analyse des mouvements de l'autre et de la perception de la qualité humaine de la voix.

La voix de la mère, le visage de la mère, le holding de la mère apparaissent désormais comme des facteurs fondamentaux de la facilitation de, ou au contraire de l'entrave à, la comodalité perceptive du bébé, et donc de son accès à l'intersubjectivité. Ceci nous montre que les processus de subjectivation se jouent fondamentalement, au niveau des interactions précoces, comme une coproduction de la mère et du bébé, coproduction qui doit tenir compte à la fois de l'équipement cérébral de l'enfant, de ses capacités sensorielles, et de la vie fantasmatique inconsciente de l'adulte qui rend performants, ou non, ces divers facilitateurs de la comodalité perceptive.

II) Des précurseurs l'empathie et de l'intersubjectivité à l'empathie et à l'intersubjectivité matures

Dans le processus de construction de son sens de l'agentivité, qui débute très tôt dans la vie du bébé, le rôle de la mère ou de la personne qui prend soin de lui, est tout à fait crucial. Elle doit aider le bébé à organiser ses affects, ses

sensations et ses expressions, à travers les interactions, ce qui veut dire aider le bébé à organiser ses flux perceptuels en lien avec les stimuli qui lui viennent du monde extérieur.

Nous savons aujourd'hui que le bébé possède une sensorialité transmodale (B. Golse), ce qui veut dire qu'il est capable de transférer l'information sensorielle reçue par un canal sensoriel dans un autre canal.

Ce qu'il semble, en réalité, repérer et identifier, ce sont les caractéristiques amodales de l'expérience, soit des caractères globaux tels que le rythme, l'intensité et les formes, à travers un système perceptif initialement unifié.

* Notre hypothèse est donc qu'au tout début de sa vie, les perceptions du bébé fonctionneraient selon un processus transmodal, global, mais tout de même quelque peu "chaotique", pendant cette période dédiée à une empathie et à une intersubjectivité primitives et surtout affectives qui correspondent à la période du "we-ness" des auteurs anglo-saxons (soit le sentiment d'être-ensemble, sans que l'un et l'autre soient encore clairement différenciés dans la psyché de l'enfant).

Pour éviter les risques d'être submergé par de multiples stimulations sensorielles, le bébé utiliserait alors, dans un deuxième temps, le mécanisme du "démantèlement" si bien décrit par D. Meltzer.

Et c'est seulement dans un troisième temps, que le bébé deviendrait capable de re-comodaliser ses différents flux sensoriels, mais désormais en pouvant le faire d'une façon harmonieuse, grâce à sa propre capacité de segmenter ces flux en des rythmes compatibles, mais aussi grâce au rôle de la mère qui l'aide à retrouver cette segmentation co-rythmique, synchrone, au sein de la dyade. Elle favoriserait ainsi la perception des objets en tant qu'objets extérieurs à lui, car pouvant désormais être perçus, par le bébé, selon plusieurs modalités sensorielles à la fois, de façon synchrone et organisée.

Ce processus pourrait alors ouvrir la voie à une empathie et à une intersubjectivité plus matures et enracinées désormais non seulement dans le champ affectif, mais également dans le champ cognitif.

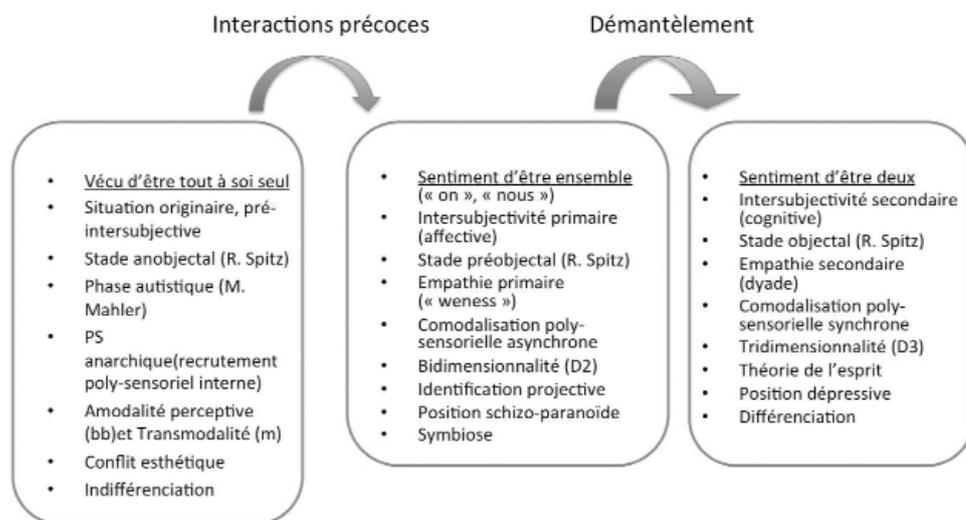
Autrement dit encore, dans ce modèle, les clivages sensoriels et le démantèlement meltzerien ne seraient pas premiers, mais plutôt un mécanisme second permettant le passage d'une polysensorialité asynchrone et primitive, à une polysensorialité synchrone et plus sophistiquée.

En outre, cette hypothèse développementale centrée sur la polysensorialité, nous permet aujourd'hui de proposer une série de correspondances entre des étapes évolutives appartenant à différents modèles épistémologiques (cf. Tableau ci-dessous).

Il ne s'agit en rien d'établir des analogies conceptuelles, mais seulement de faire valoir des correspondances chronologiques entre des processus développementaux repérés et étudiés dans des modèles théoriques différents mais complémentaires.

TABLEAU

Empathie(s), intersubjectivité(s) et correspondances chronologiques



* Dès lors, nous pouvons mieux comprendre aujourd'hui comment certains dysfonctionnements interactifs peuvent venir gravement entraver l'accès à l'intersubjectivité. Ceci peut être pris en compte dans différentes circonstances, qu'il s'agisse de dysfonctionnements du côté du bébé – par exemple au niveau de son lobe temporal supérieur où se trouve le système intégratif des stimuli sociaux (N. Boddart et coll., 2004; B. Golse & L. Robel, 2009) – ou qu'il s'agisse de dysfonctionnements du côté maternel dans sa capacité à être en empathie, en synchronie avec son bébé – comme parfois au cours de certains états psychopathologiques tels que la dépression (L. Murray) ou les troubles borderline (L.E. Crandell, M.P.H. Patrick, & R.P. Hobson, 2003) – en l'absence, bien sûr, d'autres personnes ressources dans l'entourage du bébé susceptibles de remplir cette fonction à son égard.

* En tout état de cause, c'est cette convergence d'approches entre les données actuelles des neurosciences et des acquis de la réflexion psychanalytique qui fonde le concept actuel de "neuro-psychanalyse", concept certes discutable mais qui peut être fécond si l'on prend garde de ne pas le réifier, et de ne pas l'utiliser en rabattant de manière épistémologiquement imprudente un champ sur l'autre (L. Ouss, B. Golse, N. Georgieff, & D. Widlöcher, 2009; L. Ouss-Ryngaert & B. Golse, 2010).

DE LA SYMBOLISATION PRIMAIRE A LA SYMBOLISATION SECONDAIRE

PLAIDOYER POUR UN GRADIENT SPATIO-TEMPOREL CONTINU AUTOUR DE LA NOTION D'ECART

L'accès à la symbolisation¹ est un processus relativement lent et graduel, qui s'instaure au cours des premières années de la vie, et qui ne concerne pas d'emblée, tant s'en faut, l'objet absent, et encore moins la question de l'absence de l'objet.

En son temps, R. Diatkine (1994) avait pu dire que pour que l'enfant soit, un jour, capable de symboliser (de se représenter) la mère absente, il fallait qu'il ait, d'abord, bénéficié d'une grande quantité, et d'une grande qualité, de présence maternelle, ce qui sous-entendait que la mère voit donc son statut passer de celui d'objet contenant à celui d'un objet contenu, mais d'un objet contenu exerçant peu à peu, grâce à son intériorisation progressive par l'enfant, sa fonction contenante à partir de l'intérieur même de la psyché de l'enfant.

Comme on le voit, cette question de la symbolisation renvoie donc à la fois aux deux problématiques de l'absence et de la présence de l'objet, et c'est ce que cet article aimerait faire sentir en évoquant le passage de la symbolisation primaire (en présence de l'objet) à la symbolisation secondaire (en l'absence de l'objet).

Ces deux types de symbolisation sont nécessaires, et ne s'excluent évidemment en rien, contrairement à ce que pourraient faire croire certains aspects de l'insistant débat entre les tenants de la théorie de l'attachement et ceux de la théorie psychanalytique.

¹ Dans le cadre de ce chapitre, nous utiliserons le terme de symbolisation pour désigner toute forme de représentation – corporelle ou psychique – à fonction de communication ou non.

Certains ont pu dire, en effet, que la psychanalyse était au fond une sorte de métapsychologie de l'absence, alors que la théorie de l'attachement ne serait qu'une pauvre théorisation des effets de la présence de l'objet.

Il est clair que cette opposition radicale n'a, en réalité, que peu de sens, et nous savons qu'un auteur comme A. Green (1989) l'a, d'ailleurs, violemment contestée, tant il est clair que l'absence et la présence s'avèrent fondamentalement indissociables, comme le sont, chacun le sait bien, la convexité et la concavité d'une même courbe: il n'y pas d'absence sans présence préalable, et il ne peut y avoir de présence sans possibilité d'absence.

Après avoir rappelé la place de la présence et de l'absence au sein des deux corpus théoriques de l'attachement et de la psychanalyse, et insisté sur la notion d'écart, nous dirons un mot des deux systèmes de symbolisation en présence et en absence de l'objet, avant de présenter notre concept de gradient spatio-temporel continu qui permet, selon nous, le passage maturatif d'un système à un autre, soit le passage de la symbolisation primaire à la symbolisation secondaire.

1) L'absence et la présence au regard de la psychanalyse et de la théorie de l'attachement

Tout part, en fait, d'une apparente contradiction chez S. Freud entre d'une part l'adage célèbre selon lequel "l'objet naît dans l'absence", et d'autre part la remarque énoncée en 1925 dans son article fameux sur "La négation" qui souligne que toute représentation suppose qu'il y a d'abord eu rencontre avec l'objet, et même, plus précisément, avec un objet qui avait d'abord été, *per se*, à la source d'authentiques satisfactions.

Autrement dit, S. Freud prend en compte à la fois la présence de l'objet, initialement nécessaire, et son absence, facteur de re-présentation, c'est-à-dire de nouvelle présentation à l'esprit de l'objet manquant, objet qui, cependant, ne peut manquer que parce qu'il a d'abord été rencontré².

Il n'y a donc pas, en réalité, de réelle contradiction chez S. Freud, mais il est vrai que l'ensemble du corpus métapsychologique s'est ensuite davantage consacré aux effets de l'absence de l'objet qu'à l'impact de sa présence.

Autrement dit encore, la réflexion psychodynamique a peut-être plus porté sur la symbolisation de l'objet absent que sur celle de l'objet présent, mais la

² On pourrait objecter que la représentation imaginaire d'un objet inconnu sous-tend en partie les vécus d'espoir ou d'attente. En réalité, la représentation mentale d'objets inconnus ou non encore rencontrés, soit s'avère être un composite d'éléments de figuration appartenant à d'autres objets déjà connus (objet en mosaïque, ou objet hybride), soit renvoie surtout à un surinvestissement du processus de l'attente et non pas de l'objet-image en tant que tel.

primauté de la rencontre avec l'objet n'a, au fond, jamais été mise en question par S. Freud.

C'est donc tout l'intérêt de la théorie de l'attachement que de nous inviter, aujourd'hui, à porter notre regard sur la symbolisation en présence de l'objet.

Avant de se pencher sur cette question, remarquons encore que si la nécessaire rencontre avec un objet source de satisfaction est signalée par S. Freud dans son article de 1925 comme la condition *sine qua non* de sa possible symbolisation ultérieure, à l'inverse, la "Strange situation" se centre, certes, sur l'observation du comportement de l'enfant lors du retour de sa mère, mais il va de soi qu'il n'y a, bien sûr, de retour possible que parce qu'il y a d'abord eu départ!

Autrement dit, si l'on nous permet de nous exprimer de la sorte, il y a de la présence du côté de la psychanalyse, et il y a de l'absence du côté de l'attachement, avec même un chassé-croisé intéressant puisque la présence précède l'absence dans l'article de S. Freud sur "La négation", alors que l'absence de la mère précède son retour et sa présence dans le protocole attachementiste de la "Strange situation"...

Dans les travaux actuels cependant, l'attention portée à cette problématique de l'absence et de la présence paraît céder le pas, au tout début du développement en tout cas, à celle portant sur l'écart et sur les différences.

Tout se passe en effet comme si l'enfant, avant de se demander si sa mère est là ou n'est pas là, se demandait d'abord si elle est comme d'habitude ou non?

C'est là, l'une des grandes questions "phénoménologiques" du bébé (B. Golse, 2006) qui rejoint en fait la proposition de W.R. Bion (1962, 1963 et 1965) selon laquelle l'absence de l'objet serait d'abord ressentie comme "une présence hostile", avant que de pouvoir être vécue en tant qu'absence proprement dite.

Cette question du bébé concernant sa mère: "Est-ce qu'elle est comme d'habitude?", s'avère donc, en réalité, très différente de celle de savoir si elle est là ou non, et ceci revient à dire que le bébé travaille sur de petites différences, soit sur l'équilibre entre le "pareil et le pas-pareil" si bien mis en exergue par G. Haag (1985), problématique beaucoup plus importante pour lui, dans un premier temps tout au moins, que celle de l'absence et de la présence qui ne pourra être élaborée que dans un temps second.

Si la mère est trop différente de d'habitude, l'écart est intolérable pour le bébé (ce qui peut se voir en cas de dépression maternelle, par exemple), mais si l'écart n'est pas trop important, alors il peut jouer comme "surprise" stimulante pour les processus de pensée du bébé (D. Marcelli, 2000).

Il est certain que cette observation de la mère par le bébé et son travail d'évaluation de ses différences par rapport à d'habitude se fera, dans le deuxième semestre de la vie, par le biais de l'analyse du style interactif de la mère, soit de la qualité de son accordage affectif (D.N. Stern, 1989), plus ou moins uni ou transmodal, plus ou moins immédiat ou différé, plus ou moins atténué ou amplifié, mais ce travail du bébé peut commencer plus tôt, dès le premier semestre de la vie, par l'observation des réponses de sa mère à ses comportements d'attachement³.

Le bébé inscrit en effet dans sa psyché une sorte de moyenne des réponses maternelles en termes d'attachement, et lors de chaque nouvelle rencontre interactive avec elle, il va alors mesurer l'écart entre la réponse maternelle présente et ces représentations moyennes qu'il s'est forgées d'elle, représentations moyennes qui ne sont autres que ses futurs "working internal models" ou "modèles internes opérants" décrits par I. Bretherton (1990).

Si la mère n'est pas comme d'habitude (parce qu'elle est anxieuse ou déprimée, par exemple), le bébé se trouve alors introduit à la tiercéité puisque mieux vaut incriminer un tiers que lui-même à l'origine de ces modifications maternelles.

Cette question infiltrera, on le sait, la vie durant, toutes nos histoires d'amour dans la mesure où c'est la question de la différence de l'objet aimé d'avec ce qu'il est d'habitude, qui suscitera toujours en nous la crainte d'un tiers rival, à la manière dont, en tant que bébé, nous avons été introduits à la tiercéité par cette question d'une variabilité de l'image et du fonctionnement de notre mère.

Comme on le voit, le système de l'attachement permet donc au bébé de se représenter et d'inscrire psychiquement les variations des réponses maternelles, ce qui correspond, sans conteste, à une certaine forme de représentation des manifestations de l'objet présent.

II) Les processus de symbolisation en l'absence et en présence de l'objet

Il est clair aujourd'hui que la théorie de l'attachement n'évacue ni la question de la représentation mentale (les "modèles internes opérants" ayant, à l'évidence statut de représentation mentale), ni la question de la sexualité

³ Sous le terme de comportement d'attachement, on désigne tout comportement revêtant une double fonction de signalisation et d'appel, c'est-à-dire tout comportement du bébé signifiant à l'adulte: "J'existe et je veux que tu viennes". Ainsi définis, les comportements d'attachement sont multiples, sans doute spécifiquement de chaque dyade et, en tout cas, beaucoup plus nombreux que les quatre ou cinq comportements initialement signalés par J. Bowlby (le cri, le suivi du regard, le grasping, et de manière plus ambiguë la succion) en lien avec les réflexes archaïques précédemment décrits par les pédiatres.

infantile (le système de l'attachement pouvant tout à fait se voir rapidement libidinalisé au sein même de la dynamique de l'étayage chère aux psychanalystes), comme nous avons tenté de le montrer dans d'autres textes (B. Golse, 1998, 2006).

Finalement, la polémique entre les tenants de la métapsychologie et les tenants de la théorie de l'attachement devrait donc surtout nous inciter à nous concentrer sur cette réflexion quant aux processus de symbolisation de l'objet, ces processus n'étant sans doute pas les mêmes selon que l'objet est présent ou absent.

Le concept de "pulsion d'attachement" prend alors ici toute sa valeur car, empruntant à la fois aux deux corpus théoriques, il peut nous permettre de dépasser le risque de clivage entre symbolisation en absence, et symbolisation en présence de l'objet (B. Golse, 2004).

* Pour ceux qui aspirent à une complémentarité de la psychanalyse et de la théorie de l'attachement à l'instar de P. Fonagy (2001), sans rabattement de l'une sur l'autre et sans confusion épistémologique, la première piste de réflexion consiste probablement à penser que la rencontre initiale avec l'objet maternel va donner lieu à une symbolisation primaire des liens d'attachement et de leurs éventuelles variations, tandis que les absences de l'objet donneront lieu, quant à elles, à une symbolisation secondaire à partir des traces mnésiques, le retour de l'objet permettant ensuite une mise en perspective, une confrontation entre les données issues de ces deux types de symbolisation.

Dans cette première hypothèse, on comprend alors que les processus de symbolisation via les systèmes de l'attachement (en présence de l'objet), et les processus de symbolisation via les inscriptions de la mémoire (en l'absence de l'objet) renvoient de fait à deux étapes développementales différentes, mais qui demeurent articulées tout au long du cours de la vie.

* Il existe cependant une autre piste de réflexion, et c'est sur celle-ci que nous souhaitons insister ici, tout en ne faisant que soulever diverses questions, non seulement développementales mais structurales, qui nécessiteront sans doute d'être approfondies ultérieurement.

Nous venons de voir en effet que c'est la présence de l'objet qui donne lieu aux premières figurations corporelles à valeur pré ou proto-symbolique, alors que c'est peut-être l'absence de l'objet qui va permettre, par le biais des mécanismes d'évocation et de réévocation, la réactivation de ces premières figurations corporelles et leur transformation en représentation mentale.

Pour autant, ces deux voies de la symbolisation ne sont sans doute pas aussi radicalement distinctes (l'évocation de l'objet absent pouvant sans doute en rester à la réactivation des premières figurations), mais surtout, les deux posent différemment la question de l'objet, de l'autre et de son travail psychique.

Les premières figurations corporelles ("boucles de retour" et "identifications intracorporelles" décrites par G. Haag, manœuvres de rassemblement sur la ligne médiane, comportements d'auto-attachement...) permettent une figuration présymbolique (en régime "d'équation symbolique" selon la terminologie d'H. Segal (1957), soit en identité de perception plus qu'en identité de pensée) des vécus subjectifs liés à la présence de l'autre et à la mise en jeu des liens primitifs, alors que le passage aux représentations mentales de l'objet en son absence nécessite fondamentalement le travail psychique de l'objet lui-même, comme facteur de transformation.

Ce dernier point a été relevé par de nombreux auteurs: D.W. Winnicott (1965) bien sûr, W.R. Bion ensuite, et même A. Green qui, il y a longtemps déjà, en 1987, soulignait l'importance de la mère pour aider le bébé à passer de la figuration à la mentalisation, soit à faire accéder le représentant psychique inactif de la pulsion (le représentant-représentation ou "Vorstellung-Repraäsentanz") à un état activé de représentation de chose.

Dans cette deuxième perspective, on peut donc dire que la symbolisation en présence de l'objet concerne une proto-symbolisation des manifestations de l'objet et de ses variations – mais aussi des vécus subjectifs qui s'attachent à cette présence – et notamment par le biais du système d'attachement, alors que la symbolisation en l'absence de l'objet ouvre sur la symbolisation, non seulement de l'objet mais aussi sur la prise en compte du travail psychique de l'objet que le bébé va devoir progressivement intégrer et intérioriser.

La proto-symbolisation en présence de l'objet serait ici davantage inscrite dans le registre interpersonnel et intersubjectif, tandis que la symbolisation en l'absence de l'objet serait davantage inscrite dans le registre intra-personnel et intrapsychique, ce qui renvoie, *mutatis mutandis*, à nouveau à la dialectique classique entre psychanalyse et théorie de l'attachement, et ce que le concept de pulsion d'attachement vise, précisément, à transcender et à dépasser.

III) Le gradient spatio-temporel des symbolisations, en fonction de l'écart

De la symbolisation en présence de l'objet (symbolisation primaire) à la symbolisation en absence de l'objet (symbolisation secondaire), on peut postuler de manière plausible, du point de vue clinique et théorique, l'existence d'un gradient spatio-temporel continu, centré sur la question de l'écart, qu'il

s'agisse pour le bébé (le sujet) d'un écart spatial (par rapport à l'objet) et/ou d'un écart temporel (par rapport au moment de la rencontre avec l'objet).

On peut ainsi penser à plusieurs types de situations symbolisantes, se jouant d'abord à un niveau surtout corporel (figurations corporelles présymboliques), puis à un niveau de plus en plus mentalisé ou "psychisé" (représentations mentales ultérieurement verbalisées).

Notre proposition actuelle de classification est alors la suivante:

- 1 En présence de l'objet et en temps direct, il s'agit, pour le bébé, des moments d'inscription psychique et des caractéristiques de l'objet, ainsi que de la qualité affective de sa présence.
- 2 Viennent ensuite des situations de décalages spatio-temporels divers:
 - Décalage spatial sans décalage temporel: situations d'être-à-côté de l'objet primaire (D.W. Winnicott),
 - Décalage temporel sans décalage spatial: en présence de l'objet, mais juste après un moment interactif ("boucles de retour" décrites par G. Haag),
 - Décalage spatial et temporel: à distance de l'objet et juste après un moment de rencontre (identifications intracorporelles de G. Haag et déplacements symboliques en activité libre).
- 3 En absence de l'objet et en différé, c'est enfin le registre de la symbolisation secondaire qui s'ouvre et qui renvoie, dès lors, à la symbolisation de l'objet absent, voire de l'absence de l'objet en tant que telle.

Entrons un petit peu dans le détail de certaines de ces situations.

* *En présence de l'objet et en temps direct.* La symbolisation primaire passe obligatoirement, pour le bébé, par l'inscription psychique des caractéristiques de l'objet présent, et de l'atmosphère émotionnelle de leur rencontre.

C'est cette inscription psychique des réponses de l'adulte en termes d'attachement ou d'accordage affectif qui va, en effet, fournir la matière première en quelque sorte, de ses figurations corporelles pré ou proto-symboliques lui permettant de se traduire, à lui-même, sa vision, son éprouvé, son ressenti de l'objet, dans la mesure où la symbolisation primaire reconnaît, probablement, une dimension "auto" prévalente, et hors communication.

Ces moments d'inscription psychique de l'objet en présence de l'objet et en temps direct, s'observent dans toutes les situations de rencontre individuelle un

tant soit peu intenses entre le bébé et les adultes qui en prennent soin (change, bain, repas...) et, à partir des travaux de l'Institut Pikler-Loczy notamment (M. David & G. Appell, 1973), nous avons été amenés à proposer le terme d'allaitement relationnel pour décrire la manière dont le bébé peut alors percevoir l'objet en extériorité, grâce à l'articulation (mantèlement ou comodalisation) des différents flux sensoriels en provenance de l'objet (accès à une polysensorialité synchrone).

* *Décalage spatial sans décalage temporel*. L'émergence progressive de la capacité d'être seul passe, en effet, par une étape très importante que constitue la capacité d'être seul à côté d'un adulte observant, empathique et pensant.

Il s'agit au fond de l'acquisition de la capacité d'être seul comme aptitude à ne l'être pas.

Par cette proposition paradoxale, nous aimerions seulement évoquer le fait que les processus de croissance et de maturation psychiques de l'enfant ne peuvent être assimilés au simple fait de l'apprentissage de la solitude.

Bien entendu, D.W. Winnicott (1958) a parlé de la "capacité d'être seul" comme d'un progrès dans l'ordre de l'autonomisation de l'enfant.

Mais il a aussi beaucoup insisté sur le fait que devenir capable d'être seul passait inexorablement, pour l'enfant, par une étape intermédiaire correspondant à la situation d'être-seul-à-côté (de la mère).

Ce n'est pas tant de faire les choses seul dont l'enfant a envie, que de les faire seul-à-côté-d'un-adulte qui le regarde, qui le rêve et qui le pense.

Ce que D. Winnicott pointe, ici, c'est que la capacité d'être seul dépend en fait, fondamentalement, d'un mécanisme d'intériorisation de la mère dont l'absence au dehors ne pourra être supportée que par l'instauration de sa présence au dedans de la psyché de l'enfant.

Autrement dit encore, être capable d'être seul, c'est au fond avoir les moyens de ne l'être pas, grâce à la présence interne de l'objet (primaire) qui s'est absenté au dehors.

Ceci rejoint, nous semble-t-il, ce que visait aussi A. Freud (1965) quand, à propos de la maturation des différentes "lignes de développement" qui permet l'acquisition de l'indépendance et de l'autonomie, elle disait que l'enfant devait intérioriser un certain nombre de fonctions maternelles afin de pouvoir, un jour, jouer lui-même, et pour son propre compte, à la mère et à l'enfant.

En tout état de cause, ce travail psychique à côté de la mère (décalage spatial) permet à l'enfant, sur le fond de la présence de l'objet primaire, de pré-symboliser quelque chose d'elle-même et de leur être-ensemble ("weness" des auteurs anglo-saxons).

* *Décalage temporel sans décalage spatial.* A la suite de certains moments interactifs particulièrement harmonieux et intensément investis (juste après), G. Haag (1993) a montré que le bébé, encore dans les bras de son partenaire interactif, effectue parfois des mouvements caractéristiques et très harmonieux des bras et des mains, en une sorte de mouvement circulaire antéropostérieur, les mains se propulsant en haut et en avant vers l'adulte, pour revenir ensuite vers le bébé selon une direction en bas et en arrière, et ceci chez des enfants de quelques mois qui, en accédant à l'intersubjectivité, découvrent en quelque sorte le circuit de la communication et qui le figurent, ainsi, dans ces mouvements des mains ayant alors valeur d'image motrice.

G. Haag propose le terme de "boucles de retour" pour désigner ces mouvements particuliers qui correspondent, de fait, à des figurations présymboliques, et qui s'effectuent donc en présence de l'objet et juste après le moment d'interaction.

Tout se passe un peu, dit G. Haag, comme si ces bébés voulaient nous montrer ou nous "démontrer" qu'ils ont ressenti qu'on peut envoyer à un autre, différent de soi, quelque chose de soi-même (un message, ou surtout une émotion), et que ce matériel psychique ou proto-psychique va ensuite trouver chez l'autre un fond, un "point de rebonds" (corporel et psychique) à partir duquel il va pouvoir faire retour à l'émetteur sous une forme reconnue et transformée.

Ces boucles de retour nous offrent une très belle illustration d'un travail de figuration corporelle présymbolique se jouant encore en présence de l'objet, mais en léger différé par rapport au moment interactif préalable concerné par cette mise en forme, par cette symbolisation encore primaire.

* *Décalage spatial et temporel.* Sous le terme d'identifications intracorporelles, G. Haag (1985) décrit la capacité des bébés à représenter dans leur petit théâtre corporel, quelque chose d'une rencontre qui vient d'avoir lieu avec un adulte, et notamment avec leur mère, afin de donner suite à cette rencontre en régime d'identité de perception (et pas encore en régime d'identité de pensée)⁴.

Cela l'amène, alors, à distinguer un "hémicorps- bébé" et un "hémicorps-maman", d'où le terme d'identifications intracorporelles.

Quoi que l'on puisse penser de ce type d'interprétations du comportement de l'enfant, il y aurait bien là un travail de (re)figuration corporelle d'un

⁴ Certains bébés sont ainsi capables, au départ de la mère, de joindre les mains sur la ligne médiane et d'effectuer toute une série de jonctions corporelles (manœuvres de rassemblement) comme pour vivre encore le moment de réunion, et se "souvenir" du lien qui vient d'avoir lieu avec leur mère. Tel est le cas du petit Kevin, âgé de 2 mois environ, et qui a fait l'objet d'un film réalisé par le département audio-visuel de la pouponnière de Sucy-en-Brie, document souvent commenté dans ce sens par G. Haag elle-même.

événement interactif, et ceci en l'absence de l'objet quelque peu à distance (décalage spatial), et en léger différé (décalage temporel).

Il est intéressant de redire que le probable vécu du bébé lors de ces rassemblements sur la ligne médiane, se joue en terme d'équation symbolique (H. Segal), et non pas encore en termes de symbole mature.

Autrement dit, il y a, alors, pour le bébé une identité de perception, et non pas une identité de pensée, dans la mesure où le rassemblement sur la ligne médiane procure à l'enfant un prolongement polysensoriel de la rencontre qui a eu lieu mais non pas une pensée en tant que telle de la mère absente.

Dans la même perspective, et dans le cadre des travaux de l'Institut Pikler-Loczy (à Budapest), il est frappant de remarquer que les enfants qui viennent de vivre un temps de relation individuelle particulièrement réussi avec leur nurse, vont pouvoir – quand ils seront à nouveau en activité libre et que leur nurse, à quelque distance d'eux, s'occupe d'un autre enfant – tenter de retrouver sur les objets ou les jouets mis à leur disposition, telle ou telle caractéristique de l'adulte qu'ils viennent de quitter, illustrant ainsi magnifiquement, en léger différé, ce que E. Jones (1916) avait pu dire de la symbolisation comme moyen de rendre plus familier l'environnement en y projetant des traces mnésiques d'expériences préalables.

On a donc bien là, nous semble-t-il, une étape décisive au sein du gradient temporo-spatial, une étape – à distance de l'objet et en léger différé – qui préside au passage du registre de la symbolisation primaire (en présence de l'objet) au registre de la symbolisation secondaire (en absence de l'objet).

* Tout au bout de ce gradient, se situent, enfin, les capacités de symbolisation secondaire permettant au sujet de (se) représenter l'objet absent, et de penser son absence, ce qui suppose l'intériorisation définitive et réussie de certains aspects du fonctionnement psychique de l'objet lui-même, et pas seulement du climat émotionnel ou affectif de la rencontre entre le sujet et l'objet.

AMODALITE PERCEPTIVE, TRANSMODALITE MATERNELLE ET RACINES DE LA METAPHORISATION

Les compétences du bébé et celles de l'adulte se tissent de manière étroite pour permettre et organiser les différents niveaux de l'interaction (à savoir comportementale, affective et fantasmatique notamment).

Ceci étant, l'adulte ne peut être compétent que parce qu'il a d'abord lui-même été un bébé, dans un mouvement de retrouvailles avec ses propres composantes infantiles via un mouvement d'identification régressive.

Dès lors, on peut penser que les capacités de perception amodale de l'enfant et les capacités d'accordage affectif transmodal de l'adulte se conjoignent, probablement, pour fonder les racines de la métaphorisation dans l'espèce humaine, hypothèse qui a déjà été avancée par H. Sitbon et Ph. Mazet et qui renvoie à l'idée que la métaphorisation repose sur une ouverture de sens liée à l'introduction d'un signifiant inattendu.

Dans cette perspective, la capacité de l'enfant à transférer une information sensorielle d'un canal de perception à un autre, lui permettrait au fond de procéder à ce qu'on pourrait appeler des "correspondances" sensorielles, au sens de Ch. Baudelaire.

Le bébé serait ainsi un poète...

Mais de son côté, l'accordage affectif transmodal de la mère a aussi valeur de mise en correspondance sensorielle de la réponse interactive qu'elle apporte, en écho, au signal de son enfant.

Il y a ainsi une sorte de dialogue des compétences interactives de l'enfant et de la mère (ou de l'adulte qui prend soin de lui) qui permet la co-construction interactive des capacités de métaphorisation lesquelles, ancrées dans le corps et les sensations, se transposeront ensuite dans le domaine du langage tout en gardant cependant, à jamais, une trace de cette source corporelle première.

CONCLUSIONS

Telles sont nos principales pistes actuelles de réflexion à propos de la maturation des processus de symbolisation qui exige, nous semble-t-il, une élaboration progressive de l'écart spatial et temporel à l'égard de l'objet à symboliser, et de la mise en place des capacités de métaphorisation qui repose sur une dialogue mère/bébé au niveau de leurs compétences transmodales respectives. Nous avons délibérément laissé de côté la question de la symbolisation projetée qui permet au bébé de faire symboliser par l'autre ce qu'il n'est pas en mesure de symboliser lui-même, mais ceci est une autre histoire qui indique toutefois que, même la symbolisation et la métaphorisation sont bel et bien le fruit d'une co-construction de la dyade et de la triade.

BIBLIOGRAPHIE

- Bion, W.R. (1962). *Aux sources de l'expérience*. P.U.F., Coll. "Bibliothèque de Psychanalyse", Paris, 1979 (1ère éd.)
- Bion, W.R. (1963). *Eléments de Psychanalyse*. P.U.F., Coll. "Bibliothèque de Psychanalyse", Paris, 1979 (1ère éd.)
- Bion, W.R. (1965). *Transformations – Passage de l'apprentissage à la croissance*. P.U.F., Coll. "Bibliothèque de Psychanalyse", Paris, 1982 (1ère éd.)
- Boddaert, N., Chabane, N., Gervais, H., Good, C.D., Bourgeois, M., Plumet, M.-H., Barthelemy, C., Mouren, M.-C., Artiges, E., Samson, Y., Brunelle, F., Frackowiak, R.S.J., & Zilbovicius, M. (2004). Superior temporal sulcus anatomical abnormalities in childhood autism: A voxel-based morphometry MRI study. *Neuroimage*, 23, 364-369.
- Bowlby, J. *Attachement et perte* (3 volumes). P.U.F., Coll. "Le fil rouge", Paris, 1978 et 1984.
- Bretherton, I. (1990). Communication patterns – Internal working models and the intergenerational transmission of attachment relationships. *Infant Mental Health Journal*, 11(3), 237-252.
- Ciccone, A., & Mellier, D. (sous la direction de). (2007). "Le bébé et le temps". Dunod, Coll. "Inconscient et Culture", Paris.
- Crandell, L.E., Patrick, M.P.H., & Hobson, R.P. (2003). Still-face interactions between mothers with border-line personality disorder and their 2-month-old infants. *British Journal of Psychiatry*, 183, 239-247
- David, M., & Appell, G. *Loczy ou le maternage insolite*. C.E.M.E.A., Editions du Scarabée, Paris, 1973 et 1996. Erès, coll. "1001 BB – Bébés au quotidien", Ramonville Saint-Agne, 2008 (préface de B. Golse et postface de G. Appell)
- Diatkine, R. (1994). *L'enfant dans l'adulte ou l'éternelle capacité de rêverie*. Delachaux et Niestlé, Neuchâtel, Paris.
- Fonagy, P. (2001). *Attachment theory and Psychoanalysis*. Other Press, New York.
- Freud A. (1965). *Le normal et le pathologique*. Gallimard, Coll. "Connaissance de l'Inconscient", Paris, 1968.
- Freud, S. (1925). *La négation* (pp. 135-139). In "Résultats, idées, problèmes", Tome 2 (S. Freud). P.U.F., Coll. "Bibliothèque de Psychanalyse", Paris, 1985 (1ère éd.)
- Golse, B. (1998). *Attachement, modèles opérants internes et métapsychologie ou comment ne pas jeter l'eau du bain avec le bébé?* In "Le bébé et les interactions précoces" (sous la direction de A. Braconnier & J. Sipos). P.U.F., Coll. "Monographies de Psychopathologie", Paris.
- Golse, B. (2004). La pulsion d'attachement, un concept stimulant dans le débat entre théorie des pulsions et théorie de la relation d'objet. *Perspectives Psychiatriques*, 43(4), 261-268.
- Golse, B. (2006). *L'Être-bébé* (les questions du bébé à la théorie de l'attachement, à la psychanalyse et à la phénoménologie). P.U.F., Coll. "Le fil rouge", Paris.
- Golse, B., & Robel, L. (2009). Pour une approche intégrative de l'autisme: Le lobe temporal supérieur entre neurosciences et psychanalyse. *Bull. Acad. Natle Méd*, 2, 307-313.

- Green, A. (1987). La représentation de chose entre pulsion et langage. *Psychanalyse à l'Université*, 12(47), 357-372.
- Green, A. (1989). *Du tiers* (pp. 9-16). *De la tiercéité* (pp. 243-277). Introduction et conclusions du Colloque de la SPP: "La psychanalyse: questions pour demain" (UNESCO, les 14 et 15 janvier 1989). Monographies de la Revue Française de Psychanalyse, P.U.F., Paris, 1990 (1ère éd.).
- Haag, G. (1985). La mère et le bébé dans les deux moitiés du corps. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 33(2-3), 107-114.
- Haag, G. (1993). Hypothèse d'une structure radiaire de contenance et ses transformations (pp. 41-59). In "Les contenants de pensée" (ouvrage collectif). Dunod, Coll. "Inconscient et Culture", Paris.
- Jones, E. (1916). *La théorie du symbolisme*. In "Théorie et pratique de la psychanalyse" (E. Jones). Payot, Paris, 1969.
- Lebovici, S. (2002). *Le bébé, le psychanalyste et la métaphore*. Editions Odile Jacob, Paris.
- Marcelli, D. (2000). *La surprise – Chatouille de l'âme*. Albin Michel, Paris.
- Meltzer, D. et coll. (1980). *Explorations dans le monde de l'autisme*. Payot, Paris.
- Murray, L. (1992). The impact of postnatal depression on infant development. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 8(1), 37-55.
- Ouss, L., Golse, B., Georgieff, N., & Widlöcher, D. (sous la direction de). (2009). *Vers une neuropsychanalyse?* Editions Odile Jacob, Paris.
- Ouss-Ryngaert, L., & Golse, B. (2010). Linking neuroscience and psychoanalysis from a developmental perspective: Why and how? *Journal of Physiology*, 104, 303-308.
- Segal, H. (1957). Notes on symbol formation. *Int. J. Psycho-Anal*, 37(6), 391-397. [Traduction française: "Notes sur la formation du symbole". *Revue Française de Psychanalyse*, XXXIV(4), 685-696, 1970].
- Simas, R., & Golse, B. (2008). Empathie(s) et intersubjectivité(s) – Quelques réflexions autour de leur développement et de leurs aléas. *Psychiatrie de l'enfant*, LI(2), 339-356.
- Sitbon, H., & Mazet, Ph. (1991). Harmonisation affective et transmodalité: Mère et bébé en communion. *Devenir*, 3(2), 87-95.
- Stern, D.N. (1989). *Le monde interpersonnel du nourrisson – Une perspective psychanalytique et développementale*. P.U.F., Coll. "Le fil rouge", Paris (1ère éd.).
- Streri, A. (1991). *Voir, atteindre, toucher*. P.U.F., Coll. "Le psychologue", Paris.
- Streri, A. (2000). *Toucher pour connaître*. P.U.F., Coll. "Psychologie et sciences de la pensée", Paris.
- Winnicott, D.W. (1958). *La capacité d'être seul* (pp. 205-213). In "De la pédiatrie à la psychanalyse" (D.W. Winnicott). Petite Bibliothèque Payot, Paris, 1975.
- Winnicott, D.W. (1965). *Processus de maturation chez l'enfant*. Petite Bibliothèque Payot, Paris, 1974.

PSICOTERAPIA ANALÍTICA DE GRUPO NA IDADE DA LATÊNCIA... BREVE INCURSÃO PELO MUNDO DO “FAZ DE CONTA”...

Joana Calejo Jorge*

Cláudia Falco**

RESUMO

A Psicoterapia Analítica de Grupo na Idade da Latência é uma abordagem psicoterapêutica em grupo destinada a crianças que encontram dificuldades em vivenciar a latência, apresentando perturbações emocionais e relacionais que as impedem de prosseguir o seu crescimento.

Esta modalidade de intervenção psicoterapêutica existe no Departamento de Pedopsiquiatria do Centro Hospitalar do Porto desde a década de 80, a partir do trabalho da Dra. Celeste Malpique e da Dra. Fátima Cabral. Ao longo dos tempos, com o entusiasmo e a colaboração de outros técnicos, a técnica foi-se mantendo até ao modus faciendi de hoje, sendo levada a cabo pelas Terapeutas Manuela Bravo e Cláudia Falco.

No âmbito da sua formação, a autora teve a oportunidade de participar como observadora num grupo de jogo livre de meninas, contactando de perto com a dinâmica grupal e constatando in vivo a emergência dos conteúdos latentes que impedem o crescimento psicológico destas crianças.

Pretende-se com este trabalho: descrever sucintamente o enquadramento teórico da técnica psicoterapêutica, o quadro e o processo psicoterapêuticos e as vivências subjectivas da observadora no grupo.

Palavras-chave: Idade da latência. Psicoterapia analítica. Terapia de grupo.

* I. C. de Psiquiatria da Infância e da Adolescência.

* Psicóloga Clínica, Departamento de Pedopsiquiatria, Centro Hospitalar do Porto.

O MODELO TEÓRICO...

A idade da latência

O termo latência foi introduzido por William Fliess e, posteriormente, utilizado por Freud que delimita a Latência entre o declínio do complexo de Édipo, aos 5,5-6 anos, e o despertar da puberdade, aos 9-10 anos. (in “*Três Ensaios sobre a Teoria da Sexualidade*”, 1905)

Caracteriza-se, tradicionalmente, por uma diminuição da vida pulsional, dessexualização das relações de objecto e um reforço do Eu através de mecanismos defensivos do tipo da sublimação e da formação reactiva. (Golse)

Outros autores dedicaram-se ao estudo da Idade da Latência, vislumbrando-se novas formas de compreensão da latência, enquadradas num continuum desenvolvimental.

Citando C. Sarnoff (in *A estrutura do Eu na Latência*, 1971), “*a Latência é um fenómeno dinâmico sincrético que se caracteriza por um estilo particular de funcionamento do Eu*”.

Segundo o autor, não há uma diminuição biológica das pulsões mas sim novos modos de expressão do movimento pulsional, sendo activadas diversas modalidades defensivas que oferecem novas possibilidades de satisfação.

Tendo por base o carácter dinâmico do período da Latência e a progressiva autonomização do Super Eu, vários autores defendem a existência de 2 fases: a primeira latência, dos 5,5-6 anos aos 8-9 anos, e a latência tardia, dos 8-9 anos aos 10-11 anos, em que as vivências conflituais entre o super eu e a sexualidade infantil (edipiana) são diferentes. (Bornstein, Teresa Ferreira, Celeste Malpique)

Num período de luta pela maturidade e coesão do seu mundo interior, a criança evolui de uma primeira latência, marcada pela regressão, ambivalência e oscilação entre o processo primário e o processo secundário para uma segunda latência, com um Eu mais forte e adequado ao princípio da realidade e com uma maior capacidade de pensamento secundário e, portanto, de representação de si própria e dos outros. (Bornstein, in *On Latency*, 1951)

Fantasia e jogo

A idade da Latência constitui um período de grande mutabilidade (crescimento cognitivo, construção da identidade sexual) e vulnerabilidade, dada a realidade da perda narcísica associada à renúncia edipiana que instala na criança um sentimento de inferioridade e insuficiência que ela tenta vencer

através da Fantasia. Neste âmbito, P. Denis (1985) defende que o cerne da vida emocional da criança nesta idade é a produção da fantasia e a actividade elaborativa (sublimatória) como contra investimento narcísico.

Citando uma vez mais C. Sarnoff (in *A estrutura do Eu na Latência*, 1971), “*Antes da latência, os desejos são claramente expressos. Na adolescência, os objectos de substituição podem ser procurados ou os desejos podem ser submersos pela regressão. Durante a latência, os desejos encontram normalmente a sua expressão na fantasia, ou seja, no jogo.*”

Pode-se afirmar que o imaginário e o simbólico evitam a vivência cruel da perda, mantêm a promessa edípica e oferecem conforto e esperança. Esta submissão à lei simbólica constitui o “*organizador do psiquismo da latência*” de Arbiso-Lesourd (1977)

Grupo de jogo e terapia

Tendo em conta estas vicissitudes psíquicas das crianças na idade da latência, a psicoterapia analítica de grupo permite às crianças representar os seus conflitos interiores num meio contentor, através da realização imaginária de desejos no jogo livre.

O jogo é um “*como se*”, em que a criança vive as suas fantasias, sentindo no grupo um continente para a sua emoção e excitação.

Ao jogar uma pessoa torna-se capaz de empenhar o seu ser inteiro: somente ao ser criativo o indivíduo pode descobrir o seu próprio *self*, ao mesmo tempo que descobre o mundo (Winnicott, 1975). Citando o autor (in *Consultas terapêuticas em psiquiatria infantil*, 1984), “*é a brincadeira que é universal e que é própria à saúde: o brincar facilita o crescimento e, portanto, a saúde; o brincar conduz aos relacionamentos grupais; o brincar pode ser uma forma de comunicação na psicoterapia; finalmente, a psicanálise foi desenvolvida como forma altamente especializada do brincar, a serviço da comunicação consigo mesmo e com os outros.*”

A tarefa dos terapeutas é descobrir o material inconsciente e interpreta-lo no *aqui e agora* da sessão, traduzindo em palavras as ansiedades e fantasias das crianças como uma totalidade, tornando-as mais acessíveis ao pensamento e expressão verbal.

O grupo é visto “*como um todo*”, em que existe uma “*mentalidade de grupo*” (inconsciente), que ultrapassa a problemática de cada elemento e funciona como continente dos desejos, ansiedades e fantasias individuais.

O CENÁRIO E AS PERSONAGENS...

O quadro e o material

Tendo por base o conceito de quadro proposto por J. Bleger (1966), o grupo psicoterapêutico analítico é composto por dois elementos: um elemento variável, individual, constituído pela dinâmica pessoal da criança e que é alvo de interpretação- *o processo*- e um elemento constante- *o não processo*- formado pelo quadro propriamente dito, pelas regras e protocolos que conferem constância à psicoterapia.

Com efeito, antes do início das sessões, estabelece-se um contrato terapêutico, entre os técnicos, os Pais e as crianças. Numa primeira reunião, todos são envolvidos e o funcionamento do grupo é esclarecido- sessões semanais de jogo para as crianças, reuniões quinzenais para os Pais, durante todo o ano lectivo.

O Grupo de pais, realizado por outro técnico, constitui um espaço onde é possibilitada a expressão e elaboração das ansiedades dos pais em relação ao crescimento e separação dos filhos.

Trata-se de um grupo fechado, em que a saída e entrada de elementos ocorre essencialmente no fim e no início, respectivamente, de cada ano lectivo- o ciclo de vida de cada grupo.

O facto de ser um grupo unissexual fundamenta-se não só no conhecimento empírico da tendência à formação de subgrupos do mesmo sexo dentro de um quadro de grupo misto, mas também no conhecimento teórico das diferenças das vivências edipianas do rapaz e da rapariga. Com efeito, a unissexualidade constitui uma condição facilitadora do processo terapêutico, sendo evidentes distintas dinâmicas grupais em função do sexo. No grupo de rapazes, predomina a temática da agressividade/ rivalidade, privilegiando a competição para vencer os outros, numa derivação da rivalidade originariamente dirigida à figura paterna; no grupo de raparigas, evidenciam-se o investimento na imagem corporal e os comportamentos de sedução, enquanto manifestações da promessa edipiana pela identificação à mãe e pelo desejo de vir também a ter bebés mais tarde.

A frequência regular e fixa das sessões, determinando uma constância do espaço e do tempo, garante à criança uma função reguladora e contentora permitindo-lhe, citando Amaral Dias, “*definir a zona intra psíquica, onde a palavra e o corpo se dispõem*” (in *Espaço e Relação Terapêutica*, 1983).

Assim, na mesma sala, à mesma hora, no mesmo dia, todas as semanas do ano lectivo, o grupo de sete crianças, o “casal” de terapeutas e a observadora reúnem-se.

A sessão tem a duração de 60 minutos e é dividida em 3 tempos (falar-brincar-falar). Num primeiro tempo, as crianças estão sentadas em círculo e falam livremente durante o tempo que desejarem; segue-se o segundo tempo, o tempo de brincar (corpo, acção, jogo/sonho); 10 minutos antes de terminar a sessão, as crianças são chamadas à roda e são convidadas a falar sobre o que se passou, é o terceiro tempo, em que os terapeutas ouvem e devolvem a interpretação ao grupo. Isto porque através do jogo (terapia) as crianças demonstram os seus conteúdos e conflitos e através da palavra os terapeutas podem re-significar os conteúdos, colocá-los em pensamento.

Existem somente três regras que todos devem cumprir: pode-se dizer tudo, sendo um jogo livre do “faz de conta”, não se pode fazer tudo- não magoar, não destruir material- e tudo o que se passa no grupo é segredo.

A experiência da autora consistiu na participação como observadora de um grupo psicoterapêutico de meninas.

As crianças têm idades compreendidas entre os 6 e os 8 anos, encontrando-se, portanto, na primeira latência, o que, no sentido de Bornstein e outros autores, constitui uma condição facilitadora da intervenção terapêutica pela maleabilidade das estruturas do pensamento e permeabilidade a fantasias verbalizadas espontaneamente em contexto de jogo livre.

São crianças que falharam pelo menos parcialmente em integrar a latência, evidenciando perturbações na esfera psicoafectiva e relacional, na sua maioria patologias neuróticas, que impedem a sua maturação e desenvolvimento. Dificuldades como conflito edipiano ainda muito activo, atraso no processo de separação/ individuação, tendências regressivas face às exigências do crescimento traduzem-se em sintomas como ansiedade, angústia de separação, enurese, encoprese, insucesso escolar, medos, inibição, agressividade, instabilidade, rivalidade fraterna, dificuldades alimentares, entre outros.

O “casal” de terapeutas representa a entidade observadora, contentora, pensante e transformadora. A presença de um “casal” de terapeutas, pela equivalência fantasmática ao casal parental, promove a existência de movimentos transferenciais ligados à problemática edipiana. Na lei do simbólico, representam os *pais com sete filhos*.

A observadora permanece em silêncio, observa e regista o que se passa no grupo, de modo a discutir-se posteriormente. Tudo interessa e todos os movimentos são registados. Apesar do seu silêncio, presume-se o seu papel

fantasmático no mundo inconsciente das meninas, as quais simbolicamente a identificaram como *a Tia*.

PELO MUNDO DO FAZ DE CONTA...

O conhecimento dos membros do grupo faz-se no âmbito do próprio jogo, no *aqui e agora* da sessão terapêutica.

O início do grupo é marcado pela saída de elementos antigos e entrada de novos.

Sentadas na roda em frente às terapeutas e à observadora, as meninas que continuam em psicoterapia sentem-se inseguras em relação às meninas que entraram pela ameaça que estas trazem de modificação da dinâmica grupal construída no ano anterior.

“Eu tenho oito anos e estou quase a fazer nove”... “Eu tenho quase oito e já ando no 3º ano”...

“Primeiro falamos e depois é que vamos brincar”... “Mas só vais brincar se quiseres”...

Dizem a idade que vão fazer num desejo de serem grandes e explicam as regras do grupo, como uma tentativa de reforço de forças e superioridade para enfrentarem as outras meninas que agora disputam com elas a atenção dos terapeutas.

Todas elas dizem que estão no grupo porque se zangam muito... *“Eu estou no grupo porque tenho problemas em brincar com as amigas na escola”... “E eu porque me zango com a minha irmã”... “E eu porque me zango muito”.*

As personagens estavam apresentadas, o cenário introduzido... podia emergir, então, a fantasia das meninas sempre sob o olhar materno (e paterno) das terapeutas. À semelhança da *área transicional* (Winnicott, 1971) onde o real, o imaginário e o simbólico se articulam, também no grupo terapêutico o jogo e a realidade são uma díade constante.

É revelador ver como algumas meninas *“ficavam coladas à cadeira”* atentas e desejosas de ir brincar, tentando prolongar a protecção e sentimento de segurança que a roda junto dos terapeutas lhes oferecia e adiando a inevitável partida para o espaço de jogo; é a ambivalência inerente às meninas na idade da latência, ora querendo crescer ora reaproximando-se dos pais e recolhendo-se no espaço-casa.

Durante as primeiras sessões, a construção imaginária é ainda bastante pobre, abundam os jogos colectivos da infância que, apesar do seu valor

socializante e de reforço da auto estima, são pobres em conteúdos simbólicos e a intervenção interpretativa é reduzida. Foram sentidos como uma defesa das meninas em manifestar as suas vivências internas e um medo de desiludir ou de não serem desejadas pelas terapeutas e observadora que elas ainda não sentiam como de confiança.

Ao longo das sessões foi evidente o progressivo conforto que as meninas encontravam no grupo, revelado pela crescente fantasia e imaginação que investiam no brincar e pela capacidade de aceitação e interiorização do simbolismo que as terapeutas promoviam na roda.

Constroem personagens como Reis, Rainhas e Princesas... Existe sempre uma Rainha-mãe poderosa que manda no Rei e nas Princesas e que até profere ameaças de abandono *“se continuas a portar-te mal vais para adopção”*. Constroem espaços-casa onde se sentem protegidas, com *“túneis secretos que as levam a sítios secretos”*.

De volta à roda, as meninas são convidadas a falar do que se passou no jogo *“os colchões eram um túnel secreto que dava para um esconderijo onde podíamos contar segredos entre nós”*, *“a casa tinha uma janela secreta onde as princesas se escondiam”*...

Era evidente o efeito tranquilizador que este momento trazia às meninas, como se as interpretações das terapeutas lhes devolvesse o significado da sua realidade interna que as inquieta.

“Havia sempre uma Mãe Rainha que queria todas as meninas à volta dela e que acabava sempre com as brincadeiras. As filhas defendem-na para não ficarem mortas-vivas. Imaginavam que se não fizessem o que a Mãe Rainha queria ficavam sozinhas”.

“Há sempre um lado das meninas que não sabe se pode crescer...”, *“Estou a lembrar-me da história de uma menina que é posta fora do palácio porque estava a crescer e a ficar mais bonita do que a madrasta...”*, *“É a história da Branca de Neve!”*

Mudança do quadro

O grupo vivenciou uma experiência pouco habitual que implicou a mudança do quadro.

A vivência da saída temporária do Pai terapeuta e do abandono de uma menina do grupo desencadeou nas meninas medo de abandono e ansiedade face à alteração do quadro. Perante a fantasia de que o Pai terapeuta as abandonou e levou consigo uma filha, a preferida, as meninas sentiram-se ameaçadas e reactivou-se a agressividade associada à rivalidade fraterna, manifesta pelas

meninas mais externalizadoras, e o medo de abandono pelas meninas mais frágeis, recolhendo-se nos seus refúgios.

Com efeito, as sessões seguintes foram vividas ora com muita agressividade e dispersão sentidas pelo terapeuta e observador como um ataque à onipotência dos Pais terapeutas sentida pelas meninas, ora com movimentos de retirada em espaços-casa, distantes e escondidos por lençóis, onde as meninas permaneciam quase sem brincar.

Estes movimentos de ataque e de não-crescimento foram interpretados tentando-se atingir uma tranquilização das meninas e uma reorganização do grupo.

“Acho que têm pouca confiança em nós. Ficam a pensar se os pais terapeutas são pais de confiança ou se é melhor guardarem os vossos segredos só para vocês. Não conseguiram sair da casa dos segredos. Esses pensamentos secretos (zangas, tristezas, medos) ficam a assustar-vos muito e até parecem monstros que não vos deixam dormir descansadas.”

“Gostavam de poder continuar a ser bebés para estarem enfiadas nas saias da mãe...”

Em resumo

O quadro descrito de Psicoterapia Analítica de Grupo permite, através da compreensão e interpretação do material bruto apresentado pelas meninas no jogo, criar algo que não existia antes explicitamente.

Devolve-se às meninas um conteúdo mais enriquecido e ordenado, tranquilizando-as e ajudando-as a crescer...

Em seguida, apresenta-se um excerto de uma sessão “crescimento” do grupo...

“Hoje estiveram a mostrar que estão crescidas. Até iam viver sozinhas, hoje não havia mãe nem filhas nem ninguém ficou atrás das saias da mãe. Mostraram que estão mais crescidas nos pensamentos, não puseram ninguém de fora. Hoje deram largas à imaginação...”

BIBLIOGRAFIA

Ajuriaguerra, J., & Marcelli, D. (1984). *Manuel de Psicopatologia Infantil*. Porto Alegre, Artes Médicas, 1986.

Amaral Dias, C. (1995). *A (Re)Pensar*. Porto, Afrontamento.

Malpique, C. (1984). *A Ausência do Pai*. Porto, Afrontamento, 1990.

- Malpique, C. (1986). "Valor das "Latências" na construção da identidade". *Revista Portuguesa de Psicanálise*, 4, 87-97.
- Malpique, C., Cabral, F., & Soares, I. (1988). "Psicoterapia de grupo no período de latência". *Revista Portuguesa de Psicanálise*, 6, 69-96.
- Sá, F. (2003). *Psicoterapia analítica de grupo com crianças no período de latência*. Climepsi Editores.
- Golse, B. (1985). *O desenvolvimento afectivo e intelectual da criança*. Climepsi Editores, 2005.
- Ferreira, T. (2002). *Em defesa da Criança, teoria e prática psicanalítica da infância*. Assírio e Alvim.
- Segal, H. (1973). *Introdução à obra de Melanie Klein*. Rio de Janeiro, Imago, 1975.
- Winnicott, D.W. (1971). *O Brincar e a Realidade*. Rio de Janeiro, Imago, 1975.
- Winnicott, D.W. (1984). *Consultas terapêuticas em psiquiatria infantil*. Rio de Janeiro: Imago.
- Zimerman, D. (1971). *Estudos sobre Psicoterapia Analítica de Grupo*. Editora Mestre Jou.

ABSTRACT

The Group Analytic Psychotherapy in the Age of Latency is a group psychotherapeutic approach for children who are experiencing difficulties in latency, with emotional and relational disorders that prevent them from enduring its growth. This type of psychotherapeutic intervention exists in the Department of Child and Adolescent Psychiatry of "Centro Hospitalar do Porto" since the 1980's, and started with the work of Dr. Celeste Malpique and Dr. Fatima Cabral.

Over time, and with the enthusiasm and collaboration of other experts, the technique was being developed until the modus faciendi of today, being carried out by the therapists Manuela Bravo and Claudia Falco.

As part of her training, the author had the opportunity to participate as an observer in a play therapeutic group with girls, contacting closely with group dynamics and experiencing in vivo the surfacing of latent content that block the psychological growth of these children.

Aim of this work: brief description of the theoretical framework of this psychotherapeutic technique, the structure and the psychotherapeutic process, and the subjective experiences of the observer in the group.

Key-words: Analytic psychotherapy. Group therapy. Latency age.

PERTURBAÇÃO OBSESSIVO-COMPULSIVA NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA

Joana Teixeira *

Isabel Carvalho **

Pedro Pires **

RESUMO

A perturbação obsessivo-compulsiva com início na infância e na adolescência é uma doença mental relativamente frequente que interfere gravemente na qualidade de vida das crianças e adolescentes afectados. A perturbação obsessivo-compulsiva com início na infância, apesar de apresentar sintomatologia clínica semelhante à perturbação obsessivo-compulsiva de início na idade adulta, parece ser um subtipo de perturbação obsessivo-compulsiva com características particulares, nomeadamente nas características dos sintomas apresentados, na distribuição por género, na hereditariedade e nos padrões de co-morbilidade. A perturbação obsessivo-compulsiva com início na adolescência tem características que se assemelham à perturbação obsessivo-compulsiva com início na idade adulta, apresentando em regra melhor prognóstico que a perturbação obsessivo-compulsiva com início na infância.

O nosso trabalho pretende fazer uma revisão actualizada sobre a perturbação obsessivo-compulsiva em idade pediátrica, nomeadamente em relação às características epidemiológicas e etiológicas, ao diagnóstico e ao tratamento desta patologia em crianças e adolescentes.

Palavras-chave: Adolescência, Diagnóstico, Epidemiologia, Etiologia, Infância, Perturbação obsessiva-compulsiva, Tratamento.

* Interna de Psiquiatria, Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa.

* Pedopsiquiatra, Unidade de Pedopsiquiatria, Serviço de Pediatria, Hospital Garcia de Orta.

A perturbação obsessivo-compulsiva (POC) é uma doença mental relativamente frequente em crianças e adolescentes (1,2) bem como em adultos (3).

Apesar da sintomatologia clínica ser semelhante na POC com início na infância e na POC com início na idade adulta, a POC com início da infância parece ser um subtipo de POC que apresenta características particulares, nomeadamente nas características dos sintomas apresentados, na distribuição por género, na hereditariedade e nos padrões de co-morbilidade. (4,5)

O primeiro caso clínico de POC em idade pediátrica foi descrito em 1903 por Janet, em França (3). Desde então têm sido descritos na literatura mais casos clínicos de POC em crianças e em adolescentes.

A POC em idade pediátrica interfere gravemente no quotidiano das crianças e dos adolescentes tendo consequências negativas a nível académico bem como a nível do desenvolvimento social e emocional, diminuindo assim a qualidade de vida dos doentes afectados por esta patologia (1,2,4). Por este motivo tem havido uma crescente necessidade clínica de tratar eficazmente crianças e adolescentes com POC (1).

A prevalência de POC em crianças e adolescentes é de 1% a 3% (2,3,4,5,6) e em adultos é de 1,9% a 3,3% (5,6,7). Os valores de prevalência de POC são muito semelhantes em adultos e em crianças e adolescentes, o que sugere que a POC de início na infância pode entrar em remissão quando se atinge a idade adulta. (5) De facto, se todos os casos de POC com início em crianças e adolescentes permanecessem sintomáticos na idade adulta seria de esperar um aumento cumulativo da prevalência da POC ao longo do tempo, à medida que novos casos de POC, com início na idade adulta, fossem acrescentados. O facto da prevalência da POC em adultos não ser superior à verificada para crianças e adolescentes indica que pelo menos alguns casos de POC em crianças e adolescentes se tornam sub-clínicos na idade adulta. (3)

A idade de início da POC em crianças e adolescentes apresenta uma distribuição bimodal, com um primeiro pico na pré-puberdade, em média aos 11 anos, e com um segundo pico de início no final da adolescência ou no início da idade adulta, em média aos 21 anos. (2,3,4,6)

Quando os sintomas de POC têm início antes da puberdade denomina-se POC de início precoce ou POC infantil, enquanto que, quando os sintomas de POC têm início durante ou após a adolescência denomina-se POC de início tardio ou POC do adulto. (5) A POC de início na adolescência tem características que se assemelham à POC de início na idade adulta, daí estar englobada na denominação POC do adulto. (3) Iremos adoptar estas denominações a partir daqui para distinguir cada uma das situações.

Sabe-se que até 50% dos casos de POC têm início na infância e na adolescência e em 21% dos casos o início dos sintomas da doença ocorre antes dos 10 anos de idade. (2,4) O diagnóstico de POC é feito, em média, 2,5 anos após o início da doença. (3)

Na POC infantil o sexo masculino é mais frequentemente afectado do que o sexo feminino, com uma proporção de 3:2. (2,3,5,6) A idade de início da POC é geralmente mais precoce no sexo masculino comparativamente com o sexo feminino. (2,6) Na POC do adulto a proporção de indivíduos afectados do sexo feminino e do sexo masculino é semelhante, com um ligeiro predomínio do sexo feminino em relação ao sexo masculino, numa proporção de 1,3:1. (2,3,5,6) Os sintomas de POC são em regra mais graves no sexo masculino. (6)

O diagnóstico de POC é sempre um diagnóstico clínico em qualquer grupo etário. O DSM-IV-TR define os critérios de diagnóstico de POC, sendo as características essenciais desta patologia as obsessões ou as compulsões recorrentes, que são suficientemente intensas para serem consumidoras de tempo (mais de 1 hora por dia) ou que causam forte mal-estar ou deficiência significativa. (2,4,5,6,8)

O DSM-IV-TR define ainda as obsessões como ideias, pensamentos, impulsos ou imagens persistentes que são experimentados como intrusivos e inapropriados e que causam forte ansiedade ou mal-estar. Estas características das obsessões, de serem experimentadas como intrusivas e inapropriadas, permite classificá-las como egodistónicas. Os doentes com obsessões habitualmente tentam ignorá-las, suprimi-las e/ou neutralizá-los através de outros pensamentos e/ou acções, isto é, compulsões. (8)

No entanto, e de acordo com os critérios do DSM-IV-TR, o diagnóstico de POC em crianças e adolescentes é possível mesmo se estas não reconhecerem que as obsessões e as compulsões são excessivas ou irracionais e não lhes fizerem qualquer tipo de resistência, ou seja, mesmo se não forem egodistónicas. (5,8,9) De facto, sabe-se que 18% das crianças com POC não reconhecem que as obsessões e as compulsões são excessivas enquanto que a ausência desse reconhecimento apenas ocorre em 6% dos adolescentes e 6% dos adultos. (3)

Analisando o conteúdo das obsessões nos diversos grupos etários, foram encontradas várias diferenças nas suas frequências relativas em crianças, adolescentes e adultos. (3)

As obsessões mais frequentes em crianças são as obsessões de contaminação, os pensamentos de conteúdo agressivo e a simetria. É em relação às obsessões de conteúdo agressivo, religiosas e sexuais que se verificam maiores discrepâncias entre os vários grupos etários. As crianças e

adolescentes têm taxas mais elevadas de obsessões de conteúdo agressivo (incluindo medos de eventos catastróficos, como morte ou doença do próprio ou dos que amam) do que os adultos (63% vs 69% vs 31%, respectivamente). As obsessões religiosas são mais frequentes em adolescentes (36%) do que em crianças (15%) ou adultos (10%). As obsessões sexuais encontram-se mais em adolescentes (36%), uma vez que na adolescência esta temática é proeminente e frequentemente causadora de ansiedade, do que em adultos (24%) ou crianças (11%). (2,3,4,5)

As compulsões são definidas no DSM-IV-TR como comportamentos repetitivos ou actos mentais que na maioria dos casos o indivíduo se sente compelido a executar em resposta à obsessão e com o objectivo de evitar ou reduzir a ansiedade ou o mal-estar e não criar prazer ou gratificação. (8)

As compulsões mais frequentes em crianças são as compulsões de limpeza, verificação, contagem e ordem. (3,5)

É em relação às compulsões de acumulação de objectos que se verificam maiores discrepâncias entre os vários grupos etários, sendo estas mais frequentes em crianças e adolescentes do que em adultos (30% e 36% vs 18%, respectivamente). Também é de destacar que os rituais envolvendo os pais (como a verificação verbal) são particularmente frequentes em crianças. (3)

As crianças e adolescentes com POC frequentemente manifestam múltiplas obsessões ($\geq 93\%$) e compulsões (100%), muitas vezes em simultâneo, tal como acontece nos adultos com POC. (2,3)

O diagnóstico diferencial da POC em crianças e adolescentes faz-se com os rituais adequados do desenvolvimento, as perturbações da ansiedade, nomeadamente a perturbação de ansiedade generalizada, as perturbações globais do desenvolvimento, as estereotipias, os tiques (incluindo o Síndrome Gilles de la Tourette) e as perturbações psicóticas e pré-psicose. (2,8,9)

Em crianças e adolescentes com POC, a co-morbilidade psiquiátrica é a regra, existindo em 68% a 100% dos casos uma co-morbilidade psiquiátrica (2) e em até 50% dos casos duas ou mais co-morbilidades psiquiátricas no doente com POC. (6)

As crianças com POC apresentam como co-morbilidades psiquiátricas mais frequentes as perturbações disruptivas do comportamento, nomeadamente a hiperactividade e défice de atenção (51% dos casos) e perturbação de oposição (51% dos casos), e os tiques incluindo o Síndrome Gilles de la Tourette (25% dos casos). (3,10)

Os adolescentes com POC apresentam como co-morbilidades psiquiátricas mais frequentes a depressão major (62% dos casos) e as perturbações disruptivas do comportamento, nomeadamente a perturbação de oposição (47%

dos casos) e perturbação de hiperactividade e défice de atenção (36% dos casos). (3,10)

Sabe-se ainda que a co-morbilidade com a perturbação de hiperactividade e défice de atenção é mais frequente no sexo masculino quando comparado com o sexo feminino (53% vs. 24%). (3) É também de realçar que quer em crianças como em adolescentes a co-morbilidade com perturbações da ansiedade é muito frequente. (6)

A escala CY-BOCS (Children's Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale), é uma das escalas mais utilizadas em crianças com POC e corresponde a uma adaptação da escala Y-BOCS (Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale) utilizada em adultos com POC. As escalas CY-BOCS (11) e Y-BOCS (12) são muito semelhantes diferindo apenas no modo como as questões são formuladas, encontrando-se a CY-BOCS adaptada ao desenvolvimento infantil. (5)

A escala CY-BOCS aplica-se aproximadamente em 5 minutos, não é influenciada pelo tipo de obsessões ou compulsões apresentadas pelas crianças e utiliza-se para avaliar a gravidade dos sintomas de POC quando é feito o diagnóstico inicial, permitindo a monitorização da evolução da doença bem como da resposta ao tratamento. (5,13)

A CY-BOCS atribui uma pontuação à sintomatologia obsessivo-compulsiva, numa escala de zero a 40 pontos, correspondendo o zero ao indivíduo assintomático e o quarenta à POC mais grave. De acordo com a pontuação final obtida a POC é classificada numa de 5 categorias: POC sub-clínica se os valores são entre 0 e 7, POC ligeira se os valores forem entre 8 e 15, POC moderada se os valores forem entre 16 e 23, POC grave se os valores forem entre 24 e 31 e POC muito grave se os valores forem entre 32 e 40. (13)

Os valores médios obtidos na CY-BOCS quando se faz o diagnóstico inicial de POC em crianças e em adolescentes é semelhante (em média 23 +/- 6,5), o que indica que a gravidade clínica da POC é equivalente em crianças e adolescentes. (3)

Em termos etiológicos, há várias teorias sobre as causas da POC, que se dividem em 3 áreas: psicodinâmica, cognitivo-comportamental e biológica. (14)

Em 1909, Freud formulou a teoria da psicose obsessiva como sendo o protótipo das psicose de defesa. Na teoria psicanalítica de Freud, as obsessões e as compulsões são, como todos os sintomas neuróticos, as formações de compromisso entre o desejo edipiano e o interdito. As particularidades da neurose obsessiva devem-se aos mecanismos de defesa particulares utilizados face aos desejos recalcados quando estes retornam. Na neurose obsessiva a angústia de castração não provoca apenas o recalçamento

dos desejos edipianos, mas também uma regressão parcial da libido ao estado sádico-anal. Os desejos recalçados mudam assim de natureza e adquirem os componentes sádico (desejo de dominar) e anal (interesse pelas funções de excreção; prazer com a sujidade e com a desordem). Os mecanismos de defesa utilizados para opor aos desejos regressivos na neurose obsessiva são mecanismos de defesa específicos, a que os psicanalistas chamam frequentemente de obsessivos, sendo os principais o isolamento, a anulação e a formação reactiva. (14, 15,16,17)

As teorias cognitivo-comportamentais não se interessam pela origem das obsessões e compulsões mas sim pelas condições actuais susceptíveis de explicar a repetição dos sintomas. Para os comportamentalistas a POC é uma forma extrema de comportamento aprendido de evitamento, tornando-se numa resposta condicionada clássica que resulta de modelos de pensamento irracionais excessivos com padrões interpretativos disfuncionais. (2,14,17)

Do ponto de vista biológico, há 3 hipóteses colocadas para a etiologia da POC: a disfunção dos gânglios da base, a disfunção de neurotransmissores e a disfunção neuroimune. (5)

A hipótese etiológica colocada da disfunção dos gânglios da base (conjunto dos núcleos caudado, putamen, globo pálido interno e externo, substância nigra e núcleo sub-talâmico no Sistema Nervoso Central que estão conectados ao córtex cerebral, tálamo e medula espinhal, estando associados a funções como o controlo motor, cognição, emoções e aprendizagem) deve-se a estudos de neuroimagem recentes que identificaram uma hiperactividade na via cortico-estriada-talâmica-cortical, o que traduz uma disfunção nessa via. (4,5,6,18)

A hipótese etiológica colocada da disfunção de neurotransmissores, nomeadamente da serotonina, baseia-se no efeito terapêutico dos fármacos antidepressivos inibidores da recaptação da serotonina em doentes com POC infantil e POC do adulto. (1,19) Estudos recentes indicam também a possibilidade da existência de uma disfunção dopaminérgica em adultos com POC mas ainda não existem estudos semelhantes em crianças e adolescentes com POC. Mais recentemente foram também encontradas elevadas concentrações de glutamato na via fronto-estriado-talâmica-cortical em adultos com POC, tendo sido colocada a hipótese de este neurotransmissor estar também envolvido na etiologia da POC. (5,20,21)

A hipótese etiológica colocada de disfunção neuroimune na etiologia da POC baseia-se em casos documentados de crianças a quem é diagnosticada POC após uma infecção viral ou bacteriana, tendo sido o agente infeccioso mais estudado o *Estreptococos beta hemolítico do grupo A*. No entanto, a importância do sistema imune na etiologia da POC ainda é pouco clara. (5)

O subtipo de POC infantil que é desencadeado por uma infecção viral ou bacteriana é conhecido pelo acrónimo PANDAS (Pediatric Autoimmune Neuropsychiatric Disorders Associated with Streptococcal infections) e caracteriza-se pelo início pré-pubertário dos sintomas, pelo início abrupto dos sintomas ou evolução episódica, pela associação temporal entre presença de sintomas e infecção com estreptococos beta hemolítico do grupo A e pela existência de anomalias neurológicas associadas (por exemplo, movimentos coreiformes e hiperactividade motora). (5,8)

O componente hereditário na POC é muito significativo, sobretudo na POC com início na infância. A influência genética ocorre em 27% a 47% dos casos de POC do adulto e em 45% a 65% dos casos de POC infantil. (22) De facto, sabe-se que a probabilidade de vir a ter POC na idade adulta quando há um familiar adulto afectado é de 11% a 12%, mas quando há uma criança na família com POC a probabilidade sobe para 25%, o que mostra que quanto menor a idade de aparecimento da POC no familiar afectado, maior o risco para vir a ser diagnosticada POC. (2,3,5,23,24,25) Relativamente aos genes especificamente relacionados com a POC ainda não há dados robustos e os genes candidatos encontrados apenas têm uma influência moderada. (23)

Existem dois tipos de tratamento para a POC: psicoterapêutico e farmacológico. Dentro do tratamento psicoterapêutico este pode ser de orientação psicodinâmica ou de orientação cognitivo-comportamental.

Apesar da tendência actual da Psiquiatria para considerar a POC como tendo uma etiologia biológica e do consenso a nível farmacológico sobre os antidepressivos serem o tratamento farmacológico de escolha para a POC (quando necessário), não há consenso sobre qual o tipo de psicoterapia que se deve realizar. Para vários autores a terapia cognitivo-comportamental deve ser a utilizada enquanto que para outros autores é a psicoterapia psicodinâmica que deve ser escolhida.

Os objectivos principais da psicoterapia psicodinâmica no tratamento da POC são abordar os aspectos dinâmicos com especial enfoque na área da sexualidade e da agressividade, que são as duas principais zonas de conflito interno que surgem nestes doentes activando o seu aparelho defensivo (nas compulsões e rituais).

A psicoterapia psicodinâmica tem ainda muitas outras vantagens a oferecer no tratamento da POC. De facto, os sintomas determinados biologicamente têm significados inconscientes para o doente que o podem levar a investir na manutenção dos mesmos. Também os factores psicodinâmicos podem estar envolvidos no desencadear ou na exacerbação dos sintomas e as compulsões e os pensamentos obsessivos, nesta perspectiva teórica, têm significados

relacionais que precisam de ser esclarecidos. Por último, as características caracteriais dos indivíduos com POC tendem, em muitos casos, a minar os esforços terapêuticos e podem beneficiar de uma intervenção terapêutica psicodinâmica. (15)

Segundo vários autores a terapia cognitivo-comportamental é eficaz no tratamento da POC em idade pediátrica, apresentando eficácia semelhante quer seja realizada individualmente ou com familiares (effect size de 1,77 e 1,88, respectivamente). (2,26)

Os objectivos principais da terapia cognitivo-comportamental no tratamento da POC são a identificação dos desencadeantes das obsessões e das compulsões e a criação de estratégias personalizadas de exposição aos estímulos e prevenção de resposta. O grau de exposição aos estímulos a que as crianças e os adolescentes são submetidos deve ser aumentado gradualmente, tendo como objectivo final que as crianças não sintam ansiedade e não se sintam compelidas a concretizar ao ritual compulsivo quando expostas ao estímulo ameaçador. (27-29)

As crianças e adolescentes com POC que reconhecem a natureza excessiva das obsessões e compulsões ou que não têm co-morbilidades são as que apresentam melhores resultados no tratamento com terapia cognitivo-comportamental. Os efeitos terapêuticos deste tipo de terapia aparentemente tendem a manter-se a médio prazo (3 anos) (30) e sabe-se também que doentes a realizar terapia cognitivo-comportamental abandonam menos o tratamento do que os medicados com psicofármacos. (4,31)

O tratamento farmacológico é bastante eficaz no tratamento da POC em idade pediátrica (effect size de 0,46) e apresenta eficácia semelhante à terapia cognitivo-comportamental. (2,31,32)

Considera-se que há resposta ao tratamento realizado quando há uma diminuição de 25% a 35% nos valores iniciais da CY-BOCS, sendo o valor total inferior a 16. Sabe-se que o tratamento farmacológico reduz em média os valores obtidos na CY-BOCS em 30% a 38%, sendo uma opção terapêutica bastante eficaz. (32) No entanto, mesmo quando há resposta ao tratamento farmacológico realizado é frequente as crianças e adolescentes permanecerem com sintomas residuais de POC, pois valores de CY-BOCS de 8 a 15 correspondem a uma POC ligeira. (3)

Os fármacos que inibem a recaptação da serotonina a nível pré-sináptico e assim aumentam a concentração de serotonina na sinapse têm sido utilizadas há vários anos para tratar eficazmente crianças e adolescentes com POC.

Os inibidores selectivos da recaptação da serotonina (SSRI) são os fármacos de primeira linha para o tratamento de POC em crianças e

adolescentes pela sua elevada eficácia e tolerabilidade. (1,2,33) Dos vários fármacos da classe dos SSRI, apenas a fluoxetina, a fluvoxamina, a sertralina e a paroxetina estão aprovadas pela Food and Drug Administration (FDA) para o tratamento da POC e apenas a fluoxetina, a fluvoxamina e a sertralina estão aprovadas para o tratamento da POC em crianças e adolescentes. (34)

É de realçar que os fármacos da classe dos SSRI aprovados para o tratamento da POC têm eficácia semelhante, não havendo um mais eficaz do que os outros. (2)

No tratamento da POC em adultos sabe-se que cerca de 50% a 60% dos doentes responde ao primeiro fármaco da classe dos SSRI prescrito mas 70% a 80% dos doentes responde pelo menos a um fármaco da classe dos SSRI. Assim, recomenda-se reavaliar o doente após 8 a 12 semanas do início da terapêutica e, na ausência de resposta ao fármaco utilizado, substituí-lo por outro também da classe dos SSRI (tratamento de 2ª linha). Os resultados acima mencionados são semelhantes em crianças e adolescentes apesar de haver poucos estudos semelhantes em idade pediátrica. (35)

Como terceira linha no tratamento farmacológico da POC em crianças e adolescentes utiliza-se a clomipramina, que é um fármaco antidepressivo, da classe dos tricíclicos, que inibe de modo não selectivo a recaptação da serotonina e, portanto, pode provocar um maior número de efeitos secundários, mas que continua a ser o medicamento mais eficaz para o tratamento da POC em crianças, adolescentes e adultos. (1,2,32)

As dosagens dos fármacos aprovados e utilizados no tratamento da POC em idade pediátrica estão indicadas no Quadro I. (5)

Em relação à duração do tratamento farmacológico na POC, o antidepressivo prescrito deve ser mantido durante pelo menos 6 meses. (2)

Crianças com co-morbilidades psiquiátricas apresentam pior resposta ao tratamento farmacológico, sobretudo se a co-morbilidade for com tiques ou com perturbações do comportamento disruptivo, sendo muito frequente nestes casos a associação de um antipsicótico ao antidepressivo, melhorando significativamente a resposta do doente ao tratamento. (36-38)

Em 2004, a Food and Drug Administration (FDA) lançou um alerta sobre o aumento do risco de aparecimento de ideias e comportamentos suicidários em crianças e adolescentes medicados com antidepressivos de todas as classes, pelo que se deve ponderar individualmente o início deste tipo de fármacos em doentes em idade pediátrica bem como monitorizar a sua resposta ao tratamento. (39-41)

O estudo americano POTS (Pediatric OCD Treatment Study) em 2004 avaliou a resposta de crianças e adolescentes com POC a três tipos de

tratamento obtendo os seguintes resultados: 54% dos doentes apresentou remissão clínica após tratamento com terapia cognitivo-comportamental em associação com farmacoterapia com sertralina, 40% apresentou remissão clínica após tratamento com terapia cognitivo-comportamental, 21% apresentou remissão clínica após tratamento com farmacoterapia com sertralina e 3% apresentou remissão clínica com placebo. (42)

O estudo POTS foi muito importante nos Estados Unidos da América na área do tratamento da POC em crianças e adolescentes, pois comparou diferentes tipos de tratamento nestes doentes, tendo servido de base para definir as actuais recomendações do tratamento da POC em idade pediátrica. Deste modo, segundo o referido estudo, o tratamento actualmente recomendado nos Estados Unidos da América para a POC em crianças e adolescentes é a terapia cognitivo-comportamental associada ou não com um antidepressivo da classe dos SSRI. (31,42-44)

Estudos sobre a evolução da POC em crianças e adolescentes revelam que, apesar de poder ocorrer remissão, a evolução da doença para a cronicidade é muito frequente verificando-se em mais de 40% dos casos evolução para POC sintomática e em mais de 60% dos casos evolução para POC sintomática ou sub-clínica. A taxa estimada de remissão da POC em crianças e adolescentes é de 39%. (45-46)

Os factores que apontam para persistência da POC infantil na idade adulta são: a idade de início precoce, a necessidade de internamentos prévios, a maior duração total da doença, a existência de co-morbilidade psiquiátrica e uma má resposta inicial ao tratamento. (5)

Os factores de bom prognóstico para a POC infantil são o início precoce do tratamento, a manutenção do tratamento após o seu início e o insight para a doença. Os factores de pior prognóstico são a idade de início de doença mais precoce, a má resposta inicial ao tratamento e a existência de co-morbilidade psiquiátrica, sobretudo com a perturbação de hiperactividade e défice de atenção. (45,47-49)

Em conclusão, a POC com início na infância e na adolescência é uma doença psiquiátrica relativamente frequente que interfere gravemente na qualidade de vida das crianças e adolescentes afectados. A POC infantil apesar de apresentar sintomatologia clínica semelhante à POC de início na idade adulta, parece ser um subtipo de POC com características particulares, nomeadamente nas características dos sintomas apresentados, na distribuição por género, na hereditariedade e nos padrões de co-morbilidade. A POC de início na adolescência tem características que se assemelham à POC de início na idade adulta, apresentado em regra melhor prognóstico que a POC infantil.

QUADRO I

Dosagens dos fármacos antidepressivos aprovados para o tratamento da perturbação obsessivo-compulsiva em idade pediátrica

Fármaco	Dosagem pediátrica	Dosagem adulto	Semi-vida
Clomipramina	<10anos: NE; >10anos: 25mg/dia PO aumentado 2 a 3 mg/Kg/dia PO, não excedendo os 200mg/dia	75-250mg PO	12-24H
Fluoxetina	<12 anos: 1mg/Kg/dia PO, máximo 40mg/dia; >12 anos: 1mg/Kg/dia PO, máximo 80mg/dia	20-80mg PO	48-96H
Fluvoxamina	<8 anos: NE; 8-17 anos: 25mg PO, aumentar 25mg/semana, máximo 200mg/dia PO	100-300mg PO	12-24H
Sertralina	<6 anos: NE; 6-12 anos: 25mg/dia PO, aumentar 50mg/semana, máximo 200mg/dia; >12 anos: dosagem de adulto	50-200mg PO	12-24H

Nota. NE=não estabelecido; PO=per os.

BIBLIOGRAFIA

- 1 – Gentile, S. (2011). Efficacy of Antidepressant Medications in Children and Adolescents with obsessive-compulsive disorder – A systematic appraisal. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 31(5), 625-632.
- 2 – Walitza, S., Melfsen, S., Jans, T., Zellmann, H., Wewetzer, C., & Warnke, A. (2011). Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. *Dtsch Arztebl Int*, 108(11), 173-9.
- 3 – Geller, D.A. (2006). Obsessive-compulsive and Spectrum disorders in children and adolescents. *Psychiatr Clin N Am*, 29, 353-370.
- 4 – Brem, S., Hauser, T.H., Iannaccone, R., Brandels, D., Drechsler, R., & Walitza, S. (2012). Neuroimaging of cognitive brain function in paediatric obsessive compulsive disorder: A review of literature and preliminary meta-analysis. *J Neural Transm*, Epub ahead of print.
- 5 – Kalra, S.K., & Swedo, S.E. (2009). Children with obsessive-compulsive disorder: Are they just “little adults”? *J. Clin. Invest.*, 119, 737-746.

- 6 – Friedlander, L., & Desrocher, M. (2006). Neuroimaging studies of obsessive-compulsive disorder in adults and children. *Clinical Psychology Review*, 26, 32-49.
- 7 – Leckman, J.F., Bloch, M.H., & King, R.A. (2009). Symptom dimensions and subtypes of obsessive-compulsive disorder: A developmental perspective. *Dialogues Clin Neurosci.*, 11, 21-33.
- 8 – American Psychiatric Association. (2002). *DSM-IV-TR – Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*. Lisboa: Climepsi editores.
- 9 – Sadock, B.J., & Sadock, V.A. (2007). *Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry – Behavioral Sciences / Clinical Psychiatry*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- 10 – Geller, D., Biederman, J., Jones, J., Park, K., Schwartz, S., Shapiro, S., & Coffey, B. (1998). Is juvenile obsessive compulsive disorder a developmental subtype of the disorder? A review of the pediatric literature. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 37(4), 420-427.
- 11 – Scahill, L., Riddle, M.A., McSwiggin-Hardin, M., Ort, S.I., King, R.A., Goodman, W.K., Cicchetti, D., & Leckman, J.F. (1997). Children's Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale: Reliability and validity. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 36(6), 844-852.
- 12 – Goodman, W.K., Price, L.H., Rasmussen, S.A., Mazure, C., Fleischmann, R.L., Hill, C.L., Heninger, G.R., & Charney, D.S. (1989). The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. I. Development, use, and reliability. *Arch Gen Psychiatry*, 46(11), 1006-1011.
- 13 – Goodman, W.K., Price, L.H., Rasmussen, S.A., Mazure, C., Fleischmann, R.L., Hill, C.L., Heninger, G.R., & Charney, D.S. (1989). The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. I. Development, use, and reliability. *Arch. Gen. Psychiatry*, 46, 1006-1011.
- 14 – Brauer, L., Lewin, A.B., & Storch, E.A. (2011). A review of psychotherapy for obsessive-compulsive disorder. *Mind Brain J Psychiatr*, 2(1), 38-44.
- 15 – Gabbard, G.O. (2001). Psychoanalytically informed approaches to the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Psychoanalytic Inquiry*, 21(2), 208-221.
- 16 – Esman, A.H. (2001). Obsessive-compulsive disorder: Current views. *Psychoanalytic Inquiry*, 21(2), 145-156.
- 17 – Petot, D. (2003). *L'évaluation Clinique en psychopathologie de l'enfant*. Paris: Dunod.
- 18 – Figeet, M., Matthijs, V., Geus, F., Vulink, N., Veltman, D., Westenberg, H., & Denys, D. (2011). Dysfunctional reward circuitry in obsessive-compulsive disorder. *Biol Psychiatry*, 69, 867-874.
- 19 – Insel, T.R., Mueller, E.A., Alterman, I., Linnoila, M., & Murphy, D.L. (1985). Obsessive-compulsive disorder and serotonin: Is there a connection? *Biol. Psychiatry*, 20, 1174-1188.
- 20 – Grant, P., Song, J.Y., & Swedo, S.E. (2010). Review of the use of the glutamate antagonist riluzole in psychiatric disorders and a description of recent use in childhood obsessive-compulsive disorder. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 20(4), 309-315.
- 21 – Chakrabarty, K., Bhattacharyya, S., Christopher, R., & Khanna, S. (2005). Glutamatergic dysfunction in OCD. *Neuropsychopharmacology*, 30, 1735-1740.
- 22 – Hudziak, J.J., Van Beijsterveldt, C.E., Althoff, R.R., Stanger, C., Rettew D.C., Nelson, E.C., Todd, R.D., Bartels, M., & Boomsma, D.I. (2004). Genetic and environmental contributions

- to the Child Behavior Checklist Obsessive-Compulsive Scale: a cross-cultural twin study. *Arch Gen Psychiatry*, 61(6), 608-616.
- 23 – Nestadt, G., Grados, M., & Samuels, J.F. (2012). Genetics of OCD. *Psychiatr Clin North Am*, 33(1), 141-158.
- 24 – Nestadt, G., Samuels, Riddle, M., J., Bienvenu, J.O., Liang, K.Y., LaBuda, M., Walkup, J., Grados, M., & Hoehn-Saric, R. (2000). A family study of obsessive compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry*, 57(4), 358-363.
- 25 – Walitza, S., Wendland, J.R., Gruenblatt, E., Warnke, A., Sontag, T.A., Tucha, O., & Lange, K.W. (2010). Genetics of early-onset obsessive-compulsive disorder. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 19, 227-235.
- 26 – Freeman, J.B., Choate-Summers, M.L., Moore, P.S., Garcia, A.M., Sapyta, J.J., Leonard, H.L., & Franklin, M.E. (2007). Cognitive behavioral treatment for young children with obsessive-compulsive disorder. *Biol Psychiatry*, 61, 337-343.
- 27 – Rapoport, J.L., & Inoff-Germain, G. (2000). Treatment of obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. *J Child Psychol Psychiatry*, 41, 419-431.
- 28 – Baer, L., & Greist, J.H. (1997). An interactive computer-administered self-assessment and self-help program for behavioral therapy. *J Clin Psychiatry*, 58(suppl.12), 23-28.
- 29 – Piacentini, J. (1999). Cognitive behavioral therapy of childhood OCD. *Child Adolesc Psychiatry Clin N Am*, 8, 599-616.
- 30 – Shalev, I., Sulkowski, M.L., Geffken, G.R., Ricketts, E.J., Murphy, T.K., & Storch, E.A. (2009). Long-term durability of cognitive behavioral therapy gains for pediatric obsessive-compulsive disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 48, 766-767.
- 31 – O’Kearney, R.T., Anstey, K.J., von Sanden, C., & Hunt, A. (2010). Behavioural and cognitive behavioural therapy for obsessive compulsive disorder in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 4*: Art. No.: CD004856, The Cochrane Library, Issue 1.
- 32 – Geller, D.A., Biederman, J., Stewart, S.E., Mullin, B., Martin, A., Spencer, T., & Faraone, S.V. (2003). *Which SSRI?* A meta-analysis of pharmacotherapy trials in pediatric obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry*, 160, 1919-1928.
- 33 – Grados, M., Scahill, L., & Riddle, M.A. (1999). Pharmacotherapy in children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. *Child Adolesc Psychiatry Clin N Am*, 8, 617-634.
- 34 – <http://www.mayoclinic.com/health/antidepressants/MH00059/NSECTIONGROUP=2>
- 35 – McDougle, C.J. (1997). Update on pharmacologic management of OCD: agents and augmentation. *J Clin Psychiatry*, 58(Suppl.12), 11-17.
- 36 – Geller, D., Biederman, J., & Wagner, K. (2001). Comorbid psychiatric illness and response to treatments, relapse rates, and behavioral adverse event incidents in pediatric OCD. *J Child Adolesc Psychopharmacol*, 11(4), 331-332.
- 37 – Leckman, J.F., Grice, D.E., Boardman, J., Zhang, H., Vitale, A., Bondi, C., Alsobrook, J., Peterson, B.S., Cohen, D.J., Rasmussen, S.A., Goodman, W.K., McDougle, C.J., & Pauls, D.L. (1997). Symptoms of obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry*, 154, 911-917.

- 38 – March, J.S. (2007). Tics moderate treatment outcome with sertraline but not cognitive-behavior therapy in pediatric obsessive-compulsive disorder. *Biol Psychiatry*, *61*, 344-347.
- 39 – US Food and Drug Administration. (2004). *Public health advisory on suicidality in children and adolescents being treated with antidepressant medications*. Disponível em: <http://www.fda.gov/NewsEvents/Newsroom/PressAnnouncements/2004/ucm108363.htm>. Acedido a 18 Setembro 2012.
- 40 – Schneeweiss, S., Patrick, A.R., Solomon, D.H., Dormuth, C.R., Miller, M., Mehta, J., Lee, J.C., & Wang, P.S. (2010). Comparative safety of antidepressants agents for children and adolescents regarding suicidal acts. *Pediatrics*, *125*, 876-888.
- 41 – US Food and Drug Administration. (2007). *FDA proposes new warnings about suicidal thinking, behaviour in young adults who take antidepressant medications*. Disponível em: <http://www.fda.gov/bbs/topics/NEWS/2007/NEW01624.html>. Acedido a 18 Setembro 2012.
- 42 – Pediatric OCD Treatment Study (POTS) Team. (2004). Cognitive-behavior therapy, sertraline, and their combination for children and adolescents with obsessive-compulsive disorder: The Pediatric OCD Treatment Study (POTS) randomized controlled trial. *JAMA*, *292*, 1969-1976.
- 43 – Foa, E.B., Liebowitz, M.R., Kozak, M.J., Davies, S., Campeãs, R., Franklin, M.E., Huppert, J.D., Kjernisted, K., Rowan, V., Schmidt A.B., Simpson, H.B., & Tu, X. (2005). Randomized, placebo-controlled trial of exposure and ritual prevention, clomipramine, and their combination in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry*, *162*(1), 151-161.
- 44 – Action A.O. (1998). Practice parameters for the assessment of treatment of children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *37*(Suppl.10), 27S-45S.
- 45 – Stewart, S.E., Geller, D.A., Jenike, M., Pauls, D., Shaw, D., Mullin, B., & Faraone, S.V. (2004). Long term outcome of pediatric obsessive compulsive disorder: A meta-analysis and qualitative review of the literature. *Acta Psychiatr Scand*, *110*(1), 4-13.
- 46 – Wewetzer, C., Jans, T., Muller, B., Neudörfl, A., Bücherl, U., Remschmidt, H., Warnke, A., & Herpertz-Dahlmann, B. (2001). Long-term outcome and prognosis of obsessive-compulsive disorder with onset in childhood or adolescence. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, *10*, 37-46.
- 47 – Walitza, S., Zellmann, H., Irblich, B., Lange, K.W., Tucha, O., Hemminger, U., Wucherer, K., Rost, V., Reinecker, H., Wewetzer, C., & Warnke, A. (2008). Children and adolescents with obsessive-compulsive disorder and comorbid attention-deficit/hyperactivity disorder; preliminary results of a prospective follow-up study. *J Neural Transm*, *115*, 187-190.
- 48 – Valderhaug, R., & Ivarsson, T. (2005). Functional impairment in clinical samples of Norwegian and Swedish children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, *14*, 164-173.
- 49 – Storch, E.A., Milsom, V.A., Merlo, L.J., Larson, M., Geffken, G.R., Jacob, M.L., Murphy, T.K., & Goodman, W.K. (2008). Insight in pediatric obsessive-compulsive disorder: Associations with clinical presentation. *Psychiatry Res*, *160*, 212-220.

ABSTRACT

Obsessive-compulsive disorder is a relatively common disorder among children and adolescents, which affects negatively the everyday lives of children and adolescents.

Childhood obsessive-compulsive disorder seems to be an obsessive-compulsive disorder subtype with similarities but also with important differences from adult-onset obsessive-compulsive disorder namely in what concerns symptom's characteristics, gender distribution, hereditary and associated comorbidities. Adolescent onset obsessive-compulsive disorder has more similarities with adult onset obsessive-compulsive disorder and usually presents a better outcome than childhood onset obsessive-compulsive disorder.

The aim of our work is to review the most recent knowledge on the epidemiology, etiology, diagnosis and treatment of pediatric obsessive-compulsive disorder.

Key-words: Adolescence, Childhood, Diagnosis, Epidemiology, Etiology, Obsessive-Compulsive disorder, Treatment.

R. Esquina **
I. Figueiredo ***
M. Alves ****
P. Silva ***
S. Comparada *****
F. Mota *****
M. Amaro *****
P. Pires *

RESUMO

A Área de Dia da Unidade de Pedopsiquiatria do Hospital Garcia de Orta é uma Unidade de Cuidados a Tempo Parcial que assenta numa intervenção terapêutica de grupo para crianças com alterações do comportamento e patologia do agir, que se encontram associadas a dificuldades importantes nos processos de mentalização e de simbolização e têm repercussões significativas nos contextos familiar e escolar.

Esta intervenção, de periodicidade semanal, é desenvolvida por uma equipa multidisciplinar que intervém com dois grupos de quatro crianças do sexo masculino, de idades compreendidas entre os 6 e os 8 anos, no contexto de dois ateliers diferentes – o atelier de expressão plástica e o atelier de psicomotricidade – que se desenvolvem alternadamente. Quinzenalmente, e em paralelo com os grupos de crianças, ocorre um trabalho com as respetivas famílias. Por fim, é feita uma articulação com as escolas através de reuniões periódicas com os professores.

O objetivo desta modalidade terapêutica é ajudar as crianças a transformar a tendência para o agir em processos de mentalização – abrindo-se assim um espaço para o pensar, imaginar, sonhar, sentir e criar –, apoiando-as ao nível

* Pedopsiquiatra, 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.

***** Estagiária de Psicologia Clínica.

***** Estagiária de Psicomotricidade.

das suas dinâmicas relacionais e ajudando-as a ultrapassar ou a minimizar os conflitos e angústias que estão a impedir o curso saudável do seu desenvolvimento psico-afetivo.

Com esta apresentação, pretendemos dar a conhecer o trabalho de intervenção desenvolvido com o grupo de famílias, fundamental para o processo de mudança, destacando-se a importância do papel das projeções feitas sobre os filhos/netos, das representações internas que têm sobre eles, das experiências passadas que viveram enquanto crianças na relação com os próprios pais e a sua importância na dinâmica relacional atual.

Palavras-chave: Crianças. Família. Grupos terapêuticos. Unidade de cuidados a tempo parcial.

INTRODUÇÃO TEÓRICA

A relação com as figuras de referência primárias e as interações vividas no contexto da mesma permitem à criança tomar consciência de si própria, situar-se e compreender-se face aos outros, diferenciando-se deles cada vez mais. Esta relação, cuja complexidade vai crescendo ao longo do tempo, contribuiu decisivamente para a construção do mundo interno da criança e para a compreensão da sua realidade envolvente (Montaner, 2007). O desenvolvimento da criança fica então dependente do ambiente que a rodeia e das respostas que dele provêm, assim como das interações que ocorrem entre os intervenientes, primeiramente da relação diádica e posteriormente da tríade.

A parentalidade é, talvez, uma das mais complexas e desafiantes tarefas da vida adulta (Zigler, 1995), sendo os pais influências cruciais na vida dos seus filhos. Corresponde ao conjunto organizado de representações mentais, afetos, desejos e comportamentos que os pais têm na relação com os filhos, que se enraízam na história pessoal de cada um e se elaboram, particularmente, com base nas identificações com os seus próprios pais (Stoléru, 2004). Neste contexto, a parentalidade requer uma qualidade empática que subentende a capacidade para se colocar no lugar da criança, percebendo as suas vivências e necessidades. A empatia, é por vezes confundida com tolerar e ceder a comportamentos inaceitáveis, sendo a sobreproteção, a falta de limites e de firmeza, características muito comuns hoje em dia (Montaner, 2007).

Com frequência, o olhar dos pais dirige-se ao comportamento das crianças e não ao que o motiva, o que o torna incompreensível. Sentem-se, muitas vezes, desorientados e culpabilizados pelo comportamento do filho e são cada vez menos empáticos na relação com este. O terapeuta deve ser capaz de os ouvir, de modo a ajudá-los a não perderem ou a recuperarem a empatia e a aprofundarem o que a criança está a viver e a sentir (Montaner, 2007). Desse modo, consideramos importante, tal como alguns autores (Almeida, 2005; Vidigal, 2005), implicar os pais na relação com os filhos e torná-los parte integrante do processo terapêutico com vista a promover a existência de uma relação mais saudável que permita à criança retomar o seu desenvolvimento. É necessário haver uma mudança nos pais para que o mesmo ocorra nos filhos (Montaner, 2007; Vidigal, 2005).

Na área da intervenção com grupos terapêuticos é unânime a ideia de que o trabalho paralelo, com os pais ou prestadores de cuidados, é de extrema relevância (Carreira & Correia, 2005; Hariton, Kernberg, & Chazan, 1993; Torrás de Bea, 1992; Vidigal, 2005), pois permite reforçar o trabalho com as crianças, estabelecer uma aliança terapêutica com as famílias, aumentar as suas competências e obter uma adesão mais regular e continuada ao tratamento (Carreira & Correia, 2005; Torrás de Bea, 1992).

Estes grupos de pais ou familiares têm como principal objetivo oferecer um espaço de acolhimento, criado num clima de confiança e segurança, que permita e estimule uma sensibilização dos prestadores de cuidados. Possibilitam a expressão, a partilha, a troca de informações, experiências e dúvidas, o contacto com vivências e pensamentos diferentes, pondo as famílias em ligação com novos pontos de vista e estimulando-os a uma reflexão conjunta sobre as suas dificuldades com as crianças, de modo a facilitar a elaboração dos seus sentimentos e emoções (Almeida, 2005; Carreira e Correia, 2005; Torrás de Bea, 1992; Villanueva, Franco, Buruchaga, & Ruiz, 2007). O grupo permite ainda o estabelecimento de identificações com outros pais/terapeutas (Torrás de Bea, 1992) e apoia na compreensão da problemática das crianças e do seu funcionamento psíquico, suas implicações e associações com a problemática dos próprios pais, na tentativa de diminuir as representações negativas que têm dos mesmos e de melhorar a sua relação com eles (Carreira & Correia, 2005). Pretende cuidar da auto-estima, diminuindo os níveis de ansiedade e viabilizando-lhes a conquista de uma “distância” emocional que permita adequar respostas e favorecer a construção de uma função reparadora (Almeida, 2005).

O GRUPO DE FAMÍLIAS

Pretendemos, com este trabalho, partilhar o conjunto de experiências e reflexões que têm surgido com base na intervenção realizada com o grupo de famílias (paralelo aos grupos de crianças) da Área de Dia da Unidade de Pedopsiquiatria do Hospital Garcia de Orta.

Tal como Carreira e Correia (2005), no grupo de famílias, o nosso principal objetivo é o estabelecimento de uma aliança terapêutica consistente que permita: o apoio das famílias ao nível das suas competências; a compreensão sobre o funcionamento psíquico dos seus filhos/netos na tentativa de diminuir as representações negativas que têm dos mesmos e de melhorar a sua relação com eles; a partilha de experiências e reflexões, diminuindo o sentimento de solidão face às vivências problemáticas; as identificações com outros pais e com os terapeutas.

As sessões do grupo de famílias, composto por pais e avós, ocorrem com uma frequência quinzenal e em paralelo com o grupo de crianças. Temos verificado uma boa adesão do grupo, com uma presença superior a 75% das famílias, o que tem permitido realizar um trabalho de continuidade, num espaço de partilha e empatia que tem possibilitado o estabelecimento de uma coesão grupal e uma melhor compreensão sobre as características emocionais das crianças, bem como uma maior empatia sobre o sofrimento das mesmas. Consideramos, tal como Villanueva, Franco, Buruchaga e Ruiz, (2007), que através de um grupo de apoio, as famílias podem falar das suas preocupações e do modo de enfrentar os problemas, podem ser ajudadas a compreender as problemáticas dos seus filhos/netos e também a sua própria implicação relativamente às mesmas.

Desde o início da intervenção, até ao momento atual, foram realizadas treze sessões com este grupo de famílias.

Na primeira sessão – a Apresentação –, observou-se um clima de grande partilha e identificação entre as diferentes famílias à medida que se confrontavam com o facto de vivenciarem os mesmos problemas de comportamento dos seus filhos/netos. Uma mãe referiu: *“o meu filho meteu o gato no frigorífico, que ficou lá uma hora”*, e logo de seguida outra mãe, encolhendo os ombros, mencionou: *“Oh! E o meu meteu o cão na máquina de lavar”*.

Nessa primeira sessão, falaram das expectativas sentidas face à nova intervenção em grupo, das possibilidades de melhoria dos seus filhos/netos, nomeadamente ao nível do seu comportamento, sobressaindo, assim, uma Idealização da Intervenção. Verificou-se, ainda, uma tendência para associarem

o problema das crianças à escola, culpabilizando o contexto escolar de não ser capaz de lidar de forma satisfatória e adequada com os seus filhos/netos: “*as escolas não estão preparadas para estas crianças (...)*”; “*(...) há falta de pessoal!*”; “*(...) o meu neto fugiu e a auxiliar mandou outros miúdos irem a correr atrás dele (...)*”. Por outro lado, desculpabilizam-se enquanto pais/cuidadores e não estabelecem uma relação entre o comportamento dos filhos/netos e as dinâmicas relacionais e familiares: “*(...) dei a mesma educação a todos os meus filhos (...)*”; “*(...) eu acho que em casa faço o meu papel (...)*”. Foi possível verificar também uma valorização das crianças, sobretudo no plano académico: “*(...) acompanha a matéria sem problemas.*”; “*(...) pediu à professora os trabalhos para fazer enquanto está aqui no grupo (...)*”.

As preocupações relacionadas com a escola, assentes numa díade comportamento – aprendizagens, mantêm-se durante todas as sessões.

Na segunda sessão, emerge uma curiosidade face ao que se passa dentro do grupo de crianças – “*não dizem nada do que se passa lá (...)*”; “*(...) o meu diz que o Dinis bateu-lhe (...)*”. Esta curiosidade mantém-se muito evidente na terceira sessão, observando-se, igualmente, uma rivalidade passiva com os técnicos – “*não queria vir (...), diz que lhe batem.*”; “*(...) diz asneiras e antes não dizia (...)*”.

A expectativa face ao tratamento, que se prendia com a resolução dos problemas de comportamento das crianças, vai dando lugar a um sentimento de culpa nos pais e avós que é muito reforçado pelas queixas diárias que são feitas por parte da escola. Nesta fase, observa-se uma associação, que eles próprios fazem, entre os comportamentos agressivos dos filhos e o medo, que eles próprios têm, de reagir a isso agressivamente e serem sinalizados a instituições como a CPCJ ou a Polícia.

É na terceira sessão que começa a ser evidente o papel do grupo como lugar de partilha e de ajuda mútua. Assim, aparece a fragilidade emocional de uma mãe que se sente incapaz de lidar com o filho e, culpabilizada pela escola, refere: “*Até pode ser problema da educação que eu lhe dou, não sei (...)* ninguém nasce ensinado”. Perante este comentário, o grupo vai tentar reparar ou minimizar este sentimento de culpa com comentários como “*mas não tem outro filho?*”; “*ele também é assim?*”, numa atitude contentora e empática e, nessa sequência, comentam sobre os diferentes modelos educacionais e as diferenças entre a educação atual e a educação que tiveram quando crianças, descrita como muito rígida.

A valorização da intervenção em grupo volta a ter lugar. Uma mãe perguntou ao filho: “*Por que é que te portas assim comigo?*” e o filho respondeu: “*não sei, mas para a semana lá na terapia vou pedir ajuda a elas*”.

Nesta terceira sessão vem ao grupo, pela primeira vez, a mãe do menino Jorge. Anteriormente, não podia vir por motivos de trabalho mas, segundo o que refere, deixou de trabalhar para poder acompanhar o filho à terapia. O Jorge é um menino que se destaca por ter um pensamento desorganizado. Esta mãe vai falar da sua relação talvez incestuosa com o filho, que ocupa o papel de parceiro na cabeça da mãe – *“o meu Jorge diz que quer fazer sexo comigo”*. Perante este discurso o grupo reage, na sua maioria, com total aceitação, sem limites nem censuras e dizem: *“as conversas do sexo são normais”*; *“começam a descobrir-se agora”*. A sessão termina mas, na seguinte, o tema da sexualidade é retomado, desta vez por iniciativa da terapeuta, sendo evidente a falta de limites através da exposição do corpo, da nudez e da sexualidade dos pais, nomeadamente das mães que vão falar quase com orgulho do *“à-vontade”* com que estão em casa. Na sua maioria, tomam banho com os filhos, induzem os filhos a *“dar beijinhos na boca das namoradas”* (...). É importante salientar a contratransferência negativa que esta atitude e os relatos dos pais geraram nos técnicos. Esta temática da sexualidade/sexo não voltou a emergir, sendo importante salientar que foi feita nesta altura uma interrupção das sessões na sequência das férias do Natal.

Após o período de férias, o grupo faz um *“balanço do primeiro período de intervenção em grupo”*, mostrando certa desilusão face ao tratamento que estava tão idealizado. A maioria dos pais/avós referem que as crianças não melhoraram e, em vez de isso, pioraram desde que estão no grupo. Fazem comentários como: *“não há melhorias nenhuma, hoje está sossegado porque eu tive uma conversa com ele antes de vir”*, menciona um pai; *“não posso dizer que esteja melhor”*; *“o meu só está pior quando sai daqui”*. Surge a zanga dirigida aos técnicos nesta primeira sessão, após a separação decorrente do período de férias de Natal, e, do mesmo modo, no grupo de crianças verificou-se uma maior agitação bem como uma grande dificuldade no momento de separação sentida com o final da sessão.

Tendencialmente, fomos verificando que, a maioria dos participantes do grupo eram mães e avós, havendo pouca representação da figura masculina. Desse modo, ficou combinado que a sétima sessão seria apenas para os pais/avós das crianças. Essa sessão realizou-se, excepcionalmente, com a presença do chefe da equipa de pedopsiquiatria (terapeuta homem), em co-terapia com a terapeuta habitual, a fim de se representar um casal de terapeutas. Nesta sessão, estiveram presentes três pais e um avô (50% do total). O trabalho dos técnicos foi o de reforçar o papel da autoridade e a necessidade da presença de uma figura masculina de referência nestes meninos. Todos – pais e avô –

vão referir que os seus filhos/netos não respeitam as mães e só têm respeito por eles, considerando que apenas se portam bem na sua presença física.

Na oitava sessão, após a sessão de pais-avô – as mães vão sentir a necessidade de comunicar que se esforçam para ensinar o que é certo e errado aos seus filhos.

Na nona, falam das brincadeiras dos filhos e, por associação, vão falar da própria infância, tendo como denominador comum serem *“reguilas, gozões, sofrerem maus-tratos, serem expulsos da escola por maus comportamentos”*. A temática dos maus-tratos e da negligência vai ser transversal a muitas mães/avós e, segundo a mãe do Zé: *“ficamos traumatizadas de pequenas”*. Nesta sessão, é evidente a transgeracionalidade dos sintomas, sendo abordada a importância das relações precoces como modelo de relação. Falam sistematicamente da escola, sentem que os filhos estão *“marcados por serem assim”* e mencionam que *“(…) por serem endiabrados, levam sempre a culpa”*. No entanto, aos poucos, vão sendo capazes de encontrar também um lado mais positivo e protetor da escola.

Na décima sessão os pais identificam melhorias nos filhos e valorizam, novamente, a intervenção em grupo: *“Já estou farta de dizer que, desde que está neste tratamento, ele já obedece ao não”*; *“ele, agora, aceita melhor o não”*; *“ele está melhor e a professora veio falar comigo para ele retomar as atividades extracurriculares de que tinha sido expulso.”* Fazem depois uma identificação aos filhos e aos comportamentos dos mesmos, mas mencionam as diferenças de educação e as brincadeiras deles, reforçando que as brincadeiras dos seus filhos são mais agressivas. Terminam a sessão a falar de aspetos positivos das suas crianças, dizendo que partilham brinquedos e o lanche e estão a ficar mais cuidadosos com as suas próprias coisas.

Nas últimas quatro sessões, foi muito evidente a coesão do grupo e a cumplicidade entre os seus elementos, sendo de salientar que os pais referem que os filhos gostam de vir às sessões e falam das *“dicas”* que lhes são dadas na terapia e que aplicam em casa.

VINHETA CLÍNICA

A mãe do Zé

O caso que iremos apresentar pretende ilustrar as mudanças observadas numa das mães do grupo de famílias – a Mãe do Zé.

O Zé tem 8 anos e é seguido na Unidade de Pedopsiquiatria do HGO desde os 6 anos por alterações do comportamento: heteroagressividade com pares e adultos, nomeadamente, com a mãe. O Zé é um menino louro, harmonioso, que estabelece um contacto agradável com os adultos. Apresenta um potencial cognitivo dentro da média esperada para a idade, mas revela dificuldades ao nível da linguagem e no plano instrumental que se repercutem no plano académico, nomeadamente pela dificuldade em ler. A mãe refere que ele sempre teve dificuldade em controlar impulsos e cumprir regras. Considera-se uma mulher “*deprimida*” e diz que, quando o Zé nasceu, sentiu necessidade de dar mais atenção à irmã que apenas tinha 16 meses.

Na primeira sessão do grupo, a mãe vai verbalizar a representação negativa que tem do filho – “*pior do que o meu filho não há*”; “*a minha filha mais velha está com depressão porque o Zé tentou matá-la três vezes*”; “*Eu digo ao meu filho que é o filho de Satanás.*” Ao contrário dos outros pais, esta mãe considera que a escola faz tudo pelo filho que é uma criança muito difícil.

Na sessão a seguir, a mãe espera pela sua vez de falar e diz: “*o meu filho está pior (...) diz que vai matar a irmã que está a ser seguida em Pedopsiquiatria, tenho que dormir com ela porque não dorme e acorda aos gritos a dizer que o irmão a vai matar*”. A partir daqui emerge um medo nas outras mães face ao que o Zé poderá fazer aos seus filhos dentro do grupo.

Na terceira sessão, queixa-se do comportamento do filho e não consegue fazer nenhuma leitura do seu sofrimento. Refere: “*estou com medo do Zé*”; “*o Zé diz que vai pôr as pessoas em coma*”. Nesta altura, faz referência a outros comportamentos que ocorreram ao longo do desenvolvimento do filho: “*Com um ano partiu a cabeça à irmã, com cinco anos apontou-lhe com uma faca, com seis anos atirou um martelo à cabeça da irmã (...)*”; “*não sei o que vai ser do Zé.*”

O seu registo mantém-se igual até à oitava sessão, altura em que se esboça uma mudança positiva na maneira de ver e sentir o filho: “*quando o pai diz ‘Não’ ele aceita logo*”. A sessão seguinte, a nona, é decisiva na mudança desta mãe. Assim, as outras mães falam da sua própria infância difícil e a mãe do Zé vai falar, pela primeira vez, dos maus-tratos que sofreu por parte de ambos os pais dizendo: “*eu acho que ficamos sempre marcadas, traumatizadas; se o meu filho ou meu marido me levantam a mão na brincadeira eu encolho-me porque me lembro de quando era criança*”. Começa, a partir daqui, a observar-se uma distância entre aquilo que faz parte das suas vivências passadas e a maneira de olhar o filho, afastando-o das suas projeções negativas.

Surge, então, uma visão mais positiva do seu filho bem como dos outros meninos do grupo – “*estes meninos têm coisas boas, gostam de partilhar; mas*

o Zé, quando tem um amigo, quer que seja só para ele. O Zé adorava um primo mais velho mas um dia, quando o viu brincar com outro menino, atirou-lhe uma pedra, só tinha dois aninhos mas não pensou (...)”.

Nas últimas sessões vai referir-se satisfeita porque o Zé já aceita o ‘Não’ e porque em casa nota melhorias. Vai falar do tempo que passa com o filho a jogar consola, dizendo que “*ele adora e eu também*”. O Zé começa a ler na escola e a professora nota melhorias no seu comportamento.

Importa salientar que o único casal que comparece, em conjunto e de forma continuada, às sessões, são os pais do Zé.

CONCLUSÃO

Tal como refere a literatura, verificamos que a intervenção com o grupo de famílias – assim denominado pelo facto de ser constituído por pais e avós – complementa o trabalho desenvolvido com as crianças.

Muitas vezes, quando estes pais/avós chegam à consulta, à procura de ajuda, estão tão desorientadas e frustrados que não se apercebem que o problema está, em parte, relacionado com eles. A nossa função será ajudá-los a perceber os sintomas, que expressam uma dificuldade que poderá perceber-se e, inclusivamente, resolver-se quando explorada em conjunto (Montaner, 2007).

O papel do terapeuta será então criar uma relação empática e uma aliança terapêutica com os pais/avós que não os culpabilize mas os compreenda ao nível das suas motivações e sofrimentos, não esquecendo a decepção que sentem por terem percebido que algo falhou enquanto cuidadores (E. Dio Bleichmar, 2005, cit. por Montaner, 2007). Ao conhecer as problemáticas destes pais/avós e as suas capacidades parentais, podemos então estabelecer um projecto de trabalho conjunto que lhes proporcione ferramentas, de forma a que a sua participação ativa lhes crie esperança de mudança e melhoria. A possibilidade desta uma nova relação terapêutica exerce uma influência positiva, gerando um clima psicológico que estimula a capacidade de pensar e de observar os aspetos que originaram o mal-estar que determinou o pedido da consulta. Ao mesmo tempo que se sentem apoiados no seu sofrimento, reforçamos as suas capacidades que, devido ao acumular de ansiedade, estavam diminuídas (Badaracco, 2000; Montaner, 2007).

Nas crianças com alterações do comportamento, os pais ou cuidadores não se constituíram como suporte das suas falhas narcísicas, nem como elementos contentores das suas angústias que, ao não serem transformadas, se expressam

numa constante agitação e agressividade (Carreira & Correia, 2005). Assim, uma parte importante da nossa intervenção com as famílias consiste em reforçar e dar apoio às suas características positivas e ajudá-las a perceber como as experiências de desilusão, desprazer e de conflito parental perturbam a criança e influenciam o seu desenvolvimento (Barudy & Dantagnan, 2005, cit. por Montaner, 2007).

No trabalho com os grupos de famílias, tal como refere Vidigal (2005b), pretendemos promover uma compreensão empática do sofrimento dos cuidadores na relação com as crianças, designadamente pelas consequências das suas próprias perturbações. Procuramos diminuir a utilização de mecanismos de clivagem, com projeções negativas, e levá-los a desenvolver uma empatia para com o sofrimento dos filhos/netos bem como a reconhecerem aspetos positivos do seu comportamento. É importante que tomem consciência de que as interações entre eles e os filhos/netos podem estar na base dos seus comportamentos alterados, tentando estabelecer-se uma ligação entre esses conflitos e as relações passadas e infantis deles próprios.

O confronto, em grupo, com as dificuldades das crianças permite ainda aos seus familiares dissipar a imagem negativa e cristalizada que, por vezes, têm delas e de si próprios, levando-os a perceber que existem outras famílias com dificuldades semelhantes. Esta compreensão é importante para o início dum movimento de reparação narcísica da sua imagem como pais/cuidadores e, conseqüentemente da imagem que transportam das próprias crianças, permitindo-lhes, assim, um “outro olhar” sobre as mesmas. O grupo tem ainda um efeito dinâmico, mobilizando as famílias com posições mais rígidas que, ao tranquilizar-se, podem ficar mais abertas a outras modalidades relacionais (Carreira & Correia, 2005).

Na literatura, são descritas uma série de etapas características, representativas de uma evolução nas intervenções com grupos de pais/famílias (Zegri, 2007), também observadas no grupo que apresentámos. Assim, numa primeira etapa, os pais fazem referência às dificuldades dos filhos, focando-se nos problemas de comportamento e pedindo orientações para os resolver. Na segunda, tendem a falar de si mesmos, fazendo alusão à sua infância e expressando sentimentos mais íntimos. No final, se a evolução do grupo foi positiva, predomina a capacidade dos pais para fazer uma leitura mais empática dos comportamentos dos filhos, sentindo-se com mais recursos para os ajudar.

Tal como nos grupos desenvolvidos por Carreira e Correia (2005), “os resultados mostram um alto grau de satisfação e cooperação dos pais (e avós) nesta intervenção.” Concordando com os autores supracitados, podemos concluir que conciliar, num mesmo momento terapêutico, o movimento e a

atividade criativa do grupo de crianças, por um lado, com a capacidade de reparação narcísica e aumento da empatia dos pais/avós para com as dificuldades dos filhos, por outro, se poderá revelar como um processo terapêutico útil na abordagem das patologias do agir.

Para terminar, um agradecimento especial à Dra. Maria José Vidigal, pelo entusiasmo, disponibilidade e dedicação com que tem feito a Supervisão do nosso trabalho.

BIBLIOGRAFIA

- Almeida, B. (2005). Abordagem da família – Grupo de pais. In M. Vidigal (Ed.), *Intervenção terapêutica em grupos de crianças e adolescentes* (pp. 311-320) Lisboa: Trilhos Editora.
- Badaracco, J. (2000). *Psicoanálisis Multifamiliar*. Buenos Aires. Editorial Paidós.
- 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 Editora.
- Montaner, A. (2007). Nuestra Tarea com los padres. In E. Torres de Beà (Ed.), *Normalidad, psicopatología y tratamiento en niños, adolescentes y familia* (pp. 153-167). Ediciones Lectico.
- Stoléro, S. (2004). Parentalidade. In D. Houzel, M. Emmanuelli, & F. Moggio (Eds.), *Dicionário de Psicopatologia da Criança e do Adolescente* (p. 672). Lisboa: Climepsi.
- Vidigal, M. (2005). *Intervenção terapêutica em grupos de crianças e adolescentes*. Lisboa: Trilhos Editora.
- Vidigal, M. (2005b). Uma modalidade de intervenção na família: – Reflexões. In Vidigal, M. (Ed), *Intervenção terapêutica em grupos de crianças e adolescentes* (pp. 299-310). Lisboa: Trilhos Editora.
- Villanueva, A., Franco, Y., Buruchaga, I., & Ruiz, M. (2007). Entre la acción y el pensamiento: El grupo terapêutico. *Cuadernos de psiquiatria y psicoterapia del niño y del adolescent*, 43/44, 117-126.
- 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 adolescente*, 13/14, 51-67.
- Zegri, G. (2007). Tratamientos en grupo. In Torres de Beà, E (Ed), *Normalidad, psicopatología y tratamiento en niños, adolescentes y familia* (pp. 341-357).
- Zigler, E. (1995). Foreword. In M.H. Bornstein (Ed.), *Handbook of parenting* (X-XII). Mahwah, NJ: Erlbaum.

ABSTRACT

The Partial Time Care Unit project developed at the Child Psychiatry Unit of the Garcia d'Orta Hospital is a therapeutic group intervention for children with conduct disorders and "tendency to act" that are related to important difficulties in the mentalization and symbolization processes with influence in both familiar and school context.

This weekly intervention is done by a multidisciplinary team that works with two groups of four boys aged between six and eight years old, that participate alternatively in two ateliers: art activities and psychomotricity. Every two weeks, at the same time of the children groups, the family therapeutic group takes place as well as meetings with the schools' teachers.

The aim of this therapeutic intervention is to provide a container setting that help children in changing their tendency to act in mentalization processes – allow them to think, imagine, dream, feeling and create – supporting them in their relationships and helping them to overcome and minimize the conflicts and distress that are blocking their healthy development.

Our aim with this presentation is to share the intervention with the family group, crucial in the changing process, emphasizing the role of the projections on the children, the internal representations of their own children, their experiences as children in the relationship with their own parents and respective impact in the current relationship with their children.

Key-words: Childhood. Family. Partial time care unit. Therapeutic groups intervention.

FACTORES ETIOLÓGICOS E PRECURSORES DESENVOLVIMENTAIS DA PERTURBAÇÃO BORDERLINE DA PERSONALIDADE NA ADOLESCÊNCIA

Vera Ramos *
Guilherme Canta **
Pedro Pires ***
Isabel Leal ****

RESUMO

Este artigo procura fazer uma revisão da literatura empírica recente relativa à Perturbação Borderline da Personalidade (PBP) em Adolescentes. É discutida a relevância deste diagnóstico e a evolução das concepções relativas a esta psicopatologia, abordando os aspectos psicodinâmicos, precursores desenvolvimentais e factores etiológicos. Embora sejam abordados os diversos elementos desencadeantes da PBP é colocado maior enfoque sobre os factores ambientais.

Palavras-chave: Adolescência. Factores etiológicos. Perturbação borderline da personalidade.

Este artigo resulta de uma comunicação com o título de “Parentalidade e Novas Patologias: Perturbação Borderline da Personalidade na Adolescência”, apresentada no XXII Encontro Nacional de Psiquiatria da Infância e Adolescência, Almada, 18 de Maio de 2012.

* Psicóloga Clínica, Doutoranda, Unidade de Investigação Psicologia e Saúde (UIPES), ISPA – Instituto Universitário, Lisboa e Unidade de Pedopsiquiatria, Serviço de Pediatria do Hospital Garcia de Orta, Almada. E-mail: verasantosramos@hotmail.com

** Psicólogo Clínico, Programa de Tratamento de Perturbações da Personalidade, Equipa Lisboa Cidade, Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa (CHPL), Lisboa.

*** Médico Pedopsiquiatra, Coordenador da Unidade de Pedopsiquiatria, Serviço de Pediatria do Hospital Garcia de Orta, Almada.

**** Psicóloga Clínica, Professora Associada, Unidade de Investigação Psicologia e Saúde (UIPES), ISPA – Instituto Universitário, Lisboa.

A forma como observamos os problemas colocados pelos adolescentes, ou dizendo de um modo mais rigoroso, a forma como categorizamos as manifestações clínicas dos adolescentes e agregamos em estruturas patológicas o seu sofrimento possui uma matriz dinâmica: evoluindo ao longo do tempo, quer seja por modificações nos padrões de apresentação das patologias, ou por existir um potencial crescente da comunidade clínica e científica para identificar e interpretar esses padrões. Esta será a situação actual para a entidade psicopatológica que queremos explorar, pois existe uma tendência e capacidade crescente para identificar a *Perturbação Borderline da Personalidade* (ou Perturbação Estado-Limite da Personalidade) em adolescentes (Bleiberg, 2000; Flaherty, 2011; Kestenbaum, 2012; Paris, 2006). Este aspecto decorre do facto dos sistemas de classificação de doenças o possibilitarem e de uma evidência crescente da adequação deste diagnóstico a esta faixa etária (Kernberg, Weiner, & Bardenstein, 2003; Kestenbaum, 2012; Miller, Muehlenkamp, & Jacobson, 2008; Paris, 2006). Nos últimos anos diversos estudos têm demonstrado uma significativa prevalência das Perturbações de Personalidade em adolescentes, com especial incidência da Perturbação Borderline da Personalidade (PBP), cujos sinais e sintomas são claramente identificáveis e consideravelmente estáveis na evolução para a idade adulta (Paris, 2006). No entanto, persiste ainda alguma controvérsia em torno da utilização deste diagnóstico, que carece de maior investigação, quer no plano clínico, quer no plano empírico, mas cujas evidências actuais suportam a sua prevalência, validade, fiabilidade e consistência, permitindo o recurso ao diagnóstico de PBP na adolescência (Bleiberg, 2000; Miller, Muehlenkamp, & Jacobson, 2008). A considerável resistência dos clínicos em realizar o diagnóstico de Perturbação de Personalidade subsiste, podendo esta postura levar a falhas consideráveis nas estratégias terapêuticas adoptadas (Bleiberg, 2000; Flaherty, 2011; Kernberg, Weiner, & Bardenstein, 2003; Miller, Muehlenkamp, & Jacobson, 2008; Paris, 2006).

Neste trabalho procuramos sintetizar alguma da informação existente relativamente aos precursores desenvolvimentais e possíveis factores etiológicos e explicativos relativos a esta forma psicopatológica, analisando quais os aspectos ambientais que poderão contribuir para o desenvolvimento da Perturbação Borderline da Personalidade. Mas, poderá mostrar-se relevante observar uma situação clínica concreta, antes de explorar os aspectos disponíveis na literatura científica.

ILUSTRAÇÃO CLÍNICA

De modo a ilustrar o contexto de desenvolvimento da PBP vamos recordar a primeira consulta de Rita (nome que escolhemos para designar esta paciente), uma jovem adolescente, na altura com 15 anos de idade, que foi acompanhada durante pouco mais de um ano em consultas de Psicologia e Pedopsiquiatria na Unidade de Pedopsiquiatria do Hospital Garcia de Orta em Almada.

Rita aparentava pela sua atitude inicial, e facilidade em se explicar, uma maturidade, que encobria a ansiedade latente e as suas inseguranças mais infantis. Respondeu sem hesitar: “Chamo-me Rita. Não, venho só eu à consulta porque a minha mãe tinha trabalho e não pode vir, mas eu posso falar.” (sic). De seguida forneceu um relato sobre a sua história: “Nasci na Suécia, porque o meu pai é sueco, mas eu nunca o conheci. Tinha 11 meses quando a minha mãe veio comigo para Portugal. Sabe, quase sempre andei em psicólogas porque eu não tenho uma vida normal, porque uma vida normal é ter uma família feliz, sair com os amigos. Mudei há um ano para Almada e não tenho muitos amigos, porque nós não podemos confiar nas pessoas. Nós podemos confiar, mas há certas coisas que não podemos salvaguardar porque nesta idade nós ainda não temos consciência das coisas. As pessoas com quem eu me dou aqui, têm uma vida normal, e elas dizem que compreendem o que lhes digo, mas não compreendem.

A minha mãe quando engravidou disse ao meu pai que estava grávida de mim e o meu pai deu-lhe uma estalada e desapareceu. Desde então a minha mãe teve sempre muitos namorados, mas eu nunca critiquei. Só de contar ela teve sete namorados. Eu fui criada pelos meus avós enquanto a minha mãe estava a viver a sua adolescência. Os meus avós não são mesmo os pais da minha mãe. A minha mãe cresceu num orfanato. A minha avó trabalhava nesse orfanato e ajudou a criar a minha mãe. Até ao 5º ano vivi com os meus avós e ia ter com a minha mãe aos fins-de-semana. A minha mãe não tinha condições porque trabalhava muito e estava a viver a adolescência que lhe foi roubada. No 5º ano, a minha mãe tinha a vida mais estável e fui viver com ela. Desde essa altura e até agora lembro-me em três anos viverem lá em casa quatro homens. Isto é uma crítica. Ela namorava dois meses e depois eles iam lá para casa. Eu não queria que a minha mãe se chateasse e por isso não dizia nada. Mas quando terminavam a minha mãe ficava muito triste e chorava no meu colo e éramos confidentes. Quando tinha mais ou menos 12 ou 13 anos, a minha mãe ficou grávida do meu padrasto e ficou muito doente por causa da gravidez. Eu voltei a viver com a minha avó, mas todas as semanas ia ver a minha mãe ao hospital. Quando saiu do hospital, a minha mãe perguntou-me se eu queria ir viver com ela mas eu disse que não e a partir daí começámos a dar mal. Ela perdeu o

bebé. A partir daí mudou radicalmente comigo porque o meu padrasto passou a ser o centro das atenções. A partir daí comecei a fazer tudo às escondidas da minha mãe. Há um ano voltei a viver com a minha mãe e o meu padrasto. Mas ele dá empurrões e chama nomes à minha mãe. A minha mãe até já foi à cozinha buscar uma faca, o que vale é que não aconteceu nada. Depois casaram-se e viemos viver para aqui. Mas nada mudou, o meu padrasto continua a chamar nomes e a bater na minha mãe, o bom é que não é todos os dias. Eu não vejo melhoras. A partir do 9º ano voltei a ir visitar os meus avós, gosto de ir lá mas a minha avó está a ficar chata. Desde que a neta da minha avó nasceu, as coisas mudaram um pouco, os meus avós deixaram de se preocupar tanto comigo, a minha tia começou só a criticar-me e o meu tio, que era como um pai para mim, também se afastou.

Quando a minha mãe regressou da lua-de-mel achei que estava mais fria comigo, enquanto esteve lá telefonou-me só três vezes. Nessa altura andavam a gozar comigo na escola, chamavam-me gorda. Num período provocava o vómito com a escova de dentes. Tenho vezes que como muito, sou muito ávida a comer, e outras não como para fazer dieta. Durante esse período da lua-de-mel, fiquei na casa dos pais do meu padrasto. Eu praticamente não os conhecia. Lembro-me que comecei a chorar e a minha mãe não me ligou nenhuma e foi para o café e eu passei-me e tomei os comprimidos que havia lá em casa. Quando a minha mãe chegou contei-lhe o que fiz e ela começou a gritar comigo e levou-me ao hospital. Ela não ficou a dormir comigo no hospital, deixou-me sozinha. Eu não fiz isto para morrer, fiz isto para a minha mãe perceber que eu preciso da atenção dela. Já tinha feito isto quando estava muito desesperada. Eu tenho um grave problema de insegurança, eu posso arranjar-me em casa e gostar de me ver, mas quando saio de casa e chego à escola começo a sentir-me feia. Agora nas aulas não consigo fazer as coisas porque acho que se os outros olham para mim é porque estão a pensar mal de mim. Este ano estou num curso profissional, mas não tenho tido grande cabeça para estudar, eles ontem começaram a discutir novamente.” (sic).

De entre vários pensamentos que sobrevinham no final desta primeira consulta com Rita recordamo-nos de uma profunda inquietação, resultante do intenso movimento de projecção de uma angústia de desamparo. A sua narrativa precisa, mas simultaneamente distante no plano afectivo, revelou uma dissociação, em que se percebe a si própria como uma personagem na sua própria história, distanciando-se defensivamente de acontecimentos plenos de significação e revelando a dificuldade na construção duma identidade coesa. A sua representação da relação com os objectos primários é marcada pelo sentimento de rejeição ou abandono, que convoca uma angústia de separação,

ou pela tensão e conflito, que evoca uma angústia de intrusão. Mas, o que parece sobressair na sua descrição é a percepção de uma instabilidade relacional e inconstância objectal.

O carácter impressionista do seu relato parecia dificultar uma primeira tentativa de construção de uma compreensão clínica, deixando apenas lugar para dúvidas e inquietantes interrogações, que já nos haviam surgido a partir da observação de outros pacientes adolescentes com um funcionamento Borderline da personalidade:

- 1 Qual o impacto de acontecimentos traumáticos precoces na estruturação do funcionamento psíquico?
- 2 Será que a história de vida anteriormente apresentada corresponde a um padrão observável neste grupo de jovens?
- 3 De que modo o padrão relacional dos pais, também ele construído dentro de uma história de vida marcada por eventos traumáticos, vai influenciar o desenvolvimento psicológico dos filhos, criando um padrão intergeracional de transmissão de funcionamento patológico?

Estas questões, que emergiram a partir da experiência clínica com jovens apresentando uma Perturbação Borderline da Personalidade, levaram-nos a efectuar uma pesquisa dos elementos disponíveis na investigação em psicopatologia do desenvolvimento, e que procuramos sintetizar em seguida.

FAMÍLIAS PATOLÓGICAS OU PSICOPATOLOGIA NAS FAMÍLIAS DE PACIENTES COM PBP

Quando revemos os estudos sobre a patogénese da PBP um dos aspectos desde logo saliente, é a mudança de paradigma de observação ao longo dos diversos períodos de investigação. Num primeiro momento, no período entre 1970 e 1980, quando surgiram os primeiros estudos sobre as famílias de pacientes com Perturbação Borderline da Personalidade, existiu uma tentativa de associar a patologia ao funcionamento pretensamente patológico da dinâmica familiar. Estes estudos procuravam explicar, numa lógica de causalidade linear, a patologia da interacção familiar como sendo o factor etiopatogénico da perturbação de personalidade. O progresso da investigação conduziu a modelos explicativos mais conscientes da complexidade do fenómeno observado, apenas compreensível dentro de uma abordagem

multifactorial (Bleiberg, 2000; Silk, Wolf, Ben-Ami, & Poortinga, 2010). Deste modo, quando colocamos o enfoque sobre o estudo da família e do ambiente familiar precoce, por entendermos o importante impacto dos factores ambientais na etiologia da PBP, é recomendável uma chamada de atenção sobre os factores constitucionais, ou seja, sobre as características temperamentais que conjuntamente com determinados padrões de desenvolvimento pós-natal influem na construção da personalidade (Bleiberg, 2000; Kestenbaum, 2012; Leichsenring, Leibing, Kruse, New, & Leweke, 2011; Paris, 1994, 2006).

Deste modo, não podemos negligenciar o que podemos definir como reportório de características temperamentais inatas, que influenciam o comportamento precoce do bebé, tendo um impacto na forma como este interage com a mãe, condicionando a resposta desta e a relação de vinculação que a mãe estabelece com o bebé (Bleiberg, 2000; Bradley & Westen, 2005; Kestenbaum, 2012). Entendido como as diferenças individuais na reactividade e auto-regulação determinadas constitucionalmente, o temperamento pode ser observado nas áreas da emoção, da actividade e da atenção. A investigação tem destacado duas diferenças temperamentais que podem contribuir para o desenvolvimento da patologia Borderline, sendo estas a elevada afectividade negativa que, dará suporte ao humor negativo intenso e raiva volátil, e o baixo esforço de controlo que leva à instabilidade das relações, impulsividade e dificuldades no controlo das emoções. Estas duas dimensões temperamentais parecem estar na base de perturbações nas relações interpessoais que se constituem como dificuldades centrais na PBP (Bradley & Westen, 2005; Zanarini & Frankenburg, 1997).

O percurso desenvolvimental que conduz à PBP parece ser marcado por factores constitucionais, tais como as características temperamentais anteriormente assinaladas, bem como vulnerabilidades a nível genético e modificações na estrutura ou funcionamento neuronal e bioquímico, e por factores ambientais, nos quais se incluem as relações familiares, mas também acontecimentos de vida precoce, situações traumáticas, perdas, separações e interacções disfuncionais que condicionam o desenvolvimento e constituição da personalidade (Bradley & Westen, 2005; Fonagy, 2000; Fonagy & Target, 2000). A partir do final da década de 1980 considerou-se que o desenvolvimento da PBP deveria ser entendido dentro de um modelo de diátese-stress [*diathesis-stress model*]. Neste modelo quanto mais vulnerável uma pessoa é ao desenvolvimento da patologia (factores constitucionais) menos *stress* ambiental será necessário para o completo desenvolvimento da mesma. De modo inverso, quanto menos são as vulnerabilidades inatas, maior terá de ser o *stress* ambiental para o desenvolvimento da patologia (Zanarini & Frankenburg, 1997).

Actualmente os modelos explicativos mais robustos insistem numa natureza multifactorial, em que factores ambientais, constitucionais e o que resulta da interacção entre estes, contribuem para a compreensão da complexidade da patologia Borderline. Vulnerabilidades biológicas específicas interferem tanto no desenvolvimento intrapsíquico do jovem com PBP, como suscitam respostas interpessoais que mantêm, reforçam ou intensificam a configuração intrapsíquica destes jovens. Embora exista um recente interesse e suporte da investigação a salientar a influência dos factores genéticos, constitucionais, neuro-comportamentais e do desenvolvimento precoce na etiologia e no percurso desenvolvimental da PBP, os factores ambientais continuam a ter um peso significativo (Fonagy, 2000; Fonagy & Target, 2000; Silk, Wolf, Ben-Ami, & Poortinga, 2010).

De seguida iremos apresentar as teorias que se têm centrado no papel da família enquanto factor ambiental para explicar o desenvolvimento da patologia, colocando especial enfoque no contributo das teorias psicodinâmicas.

TEORIAS PSICODINÂMICAS DA PBP

As primeiras explicações acerca da patogénese da PBP surgiram das contribuições psicanalíticas (Bleiberg, 2000; Bradley & Westen, 2005; Clarkin, Lenzenweger, Yeomans, Levy & Kernberg, 2007; Lenzenweger, Clarkin, Yeomans, Kernberg & Levy, 2008; Zanarini & Frankenburg, 1997; Paris, 2006), que destacaram a importância do desenvolvimento precoce, localizando a ocorrência de conflitos ou falhas desenvolvimentais nos primeiros anos de vida.

Na primeira destas teorias, Kernberg (1975) sugeriu que uma excessiva agressividade precoce, ou uma concomitante falha na capacidade para neutralizar a agressividade, e/ou baixa tolerância à ansiedade levariam a criança a operar uma clivagem em bom e mau, das representações de si e da mãe, com falhas na integração da relação de objecto. A clivagem intensa impediria que pudesse existir uma união dos imagos e afectos numa representação de objecto unificada, realista e ambivalente de si e do outro.

Para Kernberg a característica central da patologia Borderline é o esforço constante em manter uma imagem idealizada ou de “tudo bom” do Self e do objecto, de modo a enfrentar o sempre eminente ataque dos introjectos malignos, que são activados perante a separação, frustração ou a falha do objecto em corresponder às expectativas idealizadas. O excesso de

agressividade poderá ser inato ou poderá ter sido causado por frustrações reais ou falhas ambientais muito precoces – podemos destacar que este aspecto da teoria de Kernberg mantém actualmente a sua enorme pertinência, uma vez que aquilo que designa como excessiva agressividade precoce é comparável ao que nos referimos como temperamento e reactividade excessiva a falhas ambientais (Bleiberg, 2000; Bradley & Westen, 2005; Clarkin, Lenzenweger, Yeomans, Levy, & Kernberg, 2007; Lenzenweger, Clarkin, Yeomans, Kernberg, & Levy, 2008). Deste modo Kernberg, diminui a importância do papel dos pais na determinação do resultado patológico e dirige o foco para os aspectos integrativos do desenvolvimento do Ego, chamando a atenção para o facto do paciente Borderline adquirir uma constância do objecto cognitiva, mas ter uma falha na aquisição da constância do objecto emocional. As falhas do desenvolvimento precoce da criança resultam do excesso de agressividade, e as falhas parentais estão relacionadas com a não neutralização desta agressividade pulsional. A teoria de Kernberg respeita as concepções de Melanie Klein, que atribuiu grande valor às falhas precoces na fase oral e ao excesso de agressividade congénita (Silk, Wolf, Ben-Ami, & Poortinga, 2010). Autores como Winnicott, Fairbairn ou Mahler atribuíram maior valor às falhas ambientais precoces, aspectos que Kernberg também integrou no seu modelo clínico e conceptual da organização Borderline (Bradley & Westen, 2005; Clarkin, Lenzenweger, Yeomans, Levy, & Kernberg, 2007).

Um segundo modelo teórico, proposto por Masterson e Rinsley (1975), sugere que o medo de abandono será o factor central da psicopatologia Borderline. Os autores preconizavam que a mãe do futuro paciente Borderline interferiu com os movimentos de autonomia espontâneos do seu filho, retirando-se emocionalmente quando a criança actuava de maneira independente durante o processo desenvolvimental que Mahler designou “*separação-individuação*”. Estas experiências precoces levam a que a criança sinta que a autonomia significa a perda de suporte emocional por parte da mãe. Posteriormente as experiências que apelem à autonomia provocam um reviver da angústia de abandono sentida precocemente pela criança na relação com o objecto primário. De acordo com este modelo a mãe tem dificuldades em tolerar a separação da criança (necessita da criança para lidar com os seus medos de abandono), procurando manter uma relação predominantemente dependente ou retirando-se emocionalmente quando a criança efectua movimentos de autonomia – o progenitor tem dificuldades de separação e de regulação emocional, que vai reproduzir na interacção com a criança, que os interioriza e desse modo também não desenvolve a autonomia e capacidade de regulação.

Num outro modelo teórico, proposto por Adler e Buie (1979) é sugerido que a solidão sentida por estes pacientes pode estar associada com a ausência da representação de uma mãe “*suficientemente boa*” nas fases de separação-individuação. Pela indisponibilidade emocional materna a criança falha na aquisição de uma “memória evocativa” e uma vez que os cuidados maternos foram inconsistentes e não empáticos, a criança não desenvolveu uma perspectiva estável de si e dos outros que possa usar em momentos de tensão para se conter ou confortar a si própria.

As teorias psicanalíticas colocam a ênfase no ambiente emocional interno e nas representações internalizadas a partir das relações interpessoais precoces, ou seja, nas relações de objecto internalizadas. Esta posição não nega o papel da biologia no processo de desenvolvimento psicopatológico (Fonagy & Target, 2000; Kestenbaum, 2012; Lenzenweger, Clarkin, Yeomans, Kernberg, & Levy, 2008). Por exemplo, se uma criança possui constitucionalmente um elevado medo ou ansiedade, mesmo um progenitor suficientemente bom pode não ser capaz de fornecer a empatia necessária, ou pode fracassar na tentativa de acalmar a criança de modo a que esta integre os seus sentimentos, e possa alcançar com sucesso as diferentes fases do desenvolvimento. Desse modo poderá ocorrer psicopatologia.

O ambiente interno da criança também é reforçado ou moldado pelo impacto dos cuidados parentais que esta recebe, ou seja, as reacções internas são influenciadas pela qualidade da interacção e acontecimentos externos, pelo que progressivamente o foco da investigação voltou-se para as características do ambiente precoce. Os estudos mais recentes, que observam o ambiente precoce, procuram observar empiricamente algumas das hipóteses desenvolvidas nas diversas teorias psicodinâmicas (Bleiberg, 2000; Bradley & Westen, 2005; Fonagy, 2000). A observação das experiências infantis e a identificação de factores ambientais específicos, nomeadamente o impacto de perdas ou separações precoces, o envolvimento parental inadequado, abuso, negligência e ambientes familiares perturbados ou caóticos poderão contribuir para a compreensão etiológica da patologia Borderline.

ESTUDOS SOBRE O AMBIENTE DE DESENVOLVIMENTO

Os diversos estudos sobre os factores etiológicos indicam a elevada prevalência de separações precoces prolongadas ou perdas na história infantil dos pacientes Borderline. Duas conclusões emergiram destes estudos. Em

primeiro lugar, as perdas e separações precoces prolongadas são muito comuns nos pacientes Borderline. Em segundo lugar, as perdas e separações precoces são altamente discriminativas para os pacientes Borderline, ou seja, são relatadas numa percentagem significativamente mais elevada de pacientes Borderline quando comparados com outras populações clínicas (Bleiberg, 2000; Paris, 1994; Zanarini & Frankenburg, 1997).

Um factor que se encontra na intersecção entre os aspectos constitucionais e os aspectos ambientais e que por outro lado nos ajuda a compreender a elevada prevalência de perturbação do envolvimento parental é a história de perturbação psiquiátrica familiar (Paris, 1994; Sansone & Sansone, 2009; Zanarini & Frankenburg, 1997).

As investigações produziram resultados consistentes, indicando que as perturbações afectivas, perturbações de personalidade e perturbações aditivas são muito comuns nos progenitores de pacientes Borderline (com maior prevalência para as perturbações Borderline e Anti-Social) (White, Gunderson, Zanarini, & Hudson, 2003). A perturbação psiquiátrica dos pais poderá ter um impacto na interacção que estes estabelecem com a criança, conferindo características singulares ao ambiente familiar precoce.

Dentro dos factores ambientais também se destacam os estudos sobre o envolvimento parental perturbado, que salientam a qualidade das relações intrafamiliares. Três conclusões principais emergiram destes estudos: (1) os pacientes com PBP usualmente percebem a relação com a mãe como altamente conflituosa, distante e emocionalmente não envolvida; (2) a falha do pai em estar presente e envolvido, quer no plano real, quer no plano da disponibilidade psíquica e afectiva, é ainda um factor mais discriminante destas famílias que uma relação problemática com a figura materna; (3) relações perturbadas com ambos os pais podem ser tanto mais específicas como mais patogénicas do que uma destas isoladamente (Sansone & Sansone, 2009). Um estudo sobre a etiologia da PBP com 358 pacientes, indicou que 84% destes relatou ter experienciado algum tipo de abuso físico ou emocional ou negligência biparental antes dos 18 anos; 55% relataram uma história de abuso biparental na infância; 77% relatou uma história de negligência biparental na infância (Zanarini, Frankenburg, Reich, Marino, Lewis, Williams, & Khera, 2000).

Considerando estes resultados um conjunto de investigações tem dedicado a sua atenção à avaliação de histórias de abuso físico ou sexual na infância. As principais conclusões destes estudos indicam que o abuso físico e sexual são relativamente frequentes nas histórias infantis dos pacientes Borderline (Paris, 1994). No entanto, os pacientes Borderline não descrevem mais abuso físico

que outros pacientes, mas em contrapartida descrevem mais abuso sexual na infância (Zanarini & Frankenburg, 1997). Destacamos que no presente momento um número elevado de estudos tem procurado avaliar qual o papel do trauma (resultante da negligência, abuso físico ou sexual na infância), para o desenvolvimento da PBP, sendo um campo de estudo em aberto e muito explorado (Bleiberg, 2000; Paris, 2006; Silk, Wolf, Ben-Ami, & Poortinga, 2010). De um modo geral, um historial de abuso tem um severo impacto no desenvolvimento, comprometendo a função reflexiva e a capacidade de mentalização, que estão associadas à PBP (Fonagy, 2000).

Embora as teorias que observam de um modo mais global as limitações ou privações ambientais tenham dado lugar no plano da investigação a um maior enfoque no papel do abuso físico ou sexual na etiologia da PBP, é importante considerar outras características do ambiente precoce, tal como as perturbações da vinculação, negligência ou retraimento emocional do prestador de cuidados, ou inconsistências na interação parental como representando significativos factores de risco. De um modo mais abrangente é possível considerar que um ambiente familiar pouco cuidador e instável parece contribuir para o desenvolvimento de PBP (Bradley & Westen, 2005; Clarkin, Lenzenweger, Yeomans, Levy, & Kernberg, 2007; Fonagy, 2000).

PERTURBAÇÕES DA VINCULAÇÃO

Nos pontos anteriores já explorámos diversos destes aspectos, tendo reservado para último uma área que tem conhecido um incremento significativo de impacto, o valor etiológico das perturbações da vinculação (Bradley & Westen, 2005; Fonagy, 2000; Kestenbaum, 2012; Silk, Wolf, Ben-Ami, & Poortinga, 2010).

A capacidade para aprender a regular as suas próprias emoções deriva em parte da qualidade da reciprocidade precoce entre o prestador de cuidados e a criança. As experiências da criança com o seu prestador de cuidados são organizadas dentro de modelos internos operantes [*internal working models*] de vinculação ou em sistemas representacionais do próprio e do outro que progressivamente se tornam protótipos estáveis para relações futuras. Dito de outro modo, estas são as relações de objecto internalizadas. A investigação apoia não só a relação entre disfunções do sistema de vinculação e a PBP mas também a possibilidade que os efeitos familiares e intergeracionais estejam relacionados com a representação da vinculação perturbada e estilos afectivos

negativos na interação pais-criança (Clarkin, Lenzenweger, Yeomans, Levy, & Kernberg, 2007; Silk, Wolf, Ben-Ami, & Poortinga, 2010). Os estudos de Fonagy e seus colaboradores (Bateman & Fonagy, 2006; Fonagy, 2000) sobre as falhas no processo de mentalização e a PBP têm destacado que estes pacientes possuem uma diminuída organização da estrutura do *Self* (representação internalizada do *Self*) e uma tendência para regredir a formas de pensar não mentalizadas (não reflexivas e mais regredidas) em períodos de interação emocionalmente intensas. Este modo de funcionamento fica a dever-se sobretudo a um sistema de vinculação desorganizado desenvolvido na infância a partir dos erros de comunicação e respostas inapropriadas do prestador de cuidados aos momentos de perigo vivenciados pela criança. Estas falhas na organização do *Self* tornam a criança sensível a desenvolver traumas futuros ou regredir a níveis mais imaturos de funcionamento e formas não mentalizadas de resposta (Bateman & Fonagy, 2006; Clarkin, Lenzenweger, Yeomans, Levy, & Kernberg, 2007).

Deste modo, as dimensões que fomos explorando ao longo desta apresentação, nomeadamente: o ambiente interno, o ambiente relacional precoce e o ambiente que deriva de experiências traumáticas, actuam de modo a reforçar o valor patológico e patogénico das experiências desenvolvimentais perturbadas. Todas elas poderão enfraquecer a confiança da criança em si própria, bem como a confiança no meio ambiente, reforçando um sentimento de incerteza e vulnerabilidade. Esta vulnerabilidade poderá ser referente às dificuldades que sente em controlar as suas próprias emoções e impulsos ou referente ao medo que sente perante os desafios das relações interpessoais (Clarkin, Lenzenweger, Yeomans, Levy, & Kernberg, 2007).

Procurámos com este trabalho salientar a relevância das descobertas da investigação para a prática clínica, tentando deste modo responder às questões anteriormente colocadas a partir do caso clínico.

A investigação tem revelado a existência de diversos percursos de desenvolvimento da PBP que conduzem a diferentes formas da patologia. Nem todos os pacientes apresentam alterações neuro-comportamentais, e nem todos apresentam histórias de separação ou abuso precoce ou alterações ao nível da vinculação.

Esta variabilidade nos precursores da patologia recomenda uma observação e avaliação diagnóstica muito cuidadosa e o desenvolvimento de estratégias de intervenção flexíveis e adaptadas aos subtipos de PBP. Pensamos que uma percepção mais alargada acerca das características parentais também permite perceber qual o ambiente desenvolvimental precoce destes pacientes e de que

modo isso poderá ter tido um impacto patológico, pelo que nos poderá ajudar a definir a nossa intervenção.

Possivelmente o factor mais terapêutico numa intervenção com um paciente borderline é a capacidade do clínico compreender o afecto dominante e a qualidade das representações internas do Self, do outro e da relação, de modo a poder intervir de forma empática e criar uma aliança terapêutica que permita uma relação continuada e reparadora que estes pacientes tanto necessitam. O aspecto fundamental de uma psicoterapia será activar a capacidade de encontrar sentido no seu comportamento e no dos outros, mesmo em momentos de *stress* ou tensão interpessoal. A este processo Fonagy (Bateman & Fonagy, 2006; Fonagy, 2000) deu o nome de *mentalização*, isto é, pensar sobre o seu pensamento e sobre o pensamento do outro, que pode ser diferente do seu, mas mesmo assim compreensível. Este processo reflexivo, de complexidade crescente, possibilita uma melhor regulação dos afectos e integração dos aspectos do *Self*, diferenciado do outro e desse modo mais autónomo, que deverá ocorrer num contexto interpessoal que forneça igualmente limites ao comportamento destrutivo e favoreça uma aliança promotora de uma vinculação progressivamente mais segura e uma capacidade de pensar nos sentimentos e estar na relação com o outro partilhando os seus estados mentais.

BIBLIOGRAFIA

- Adler, G., & Buie, D. (1979). Aloneness and Borderline Psychopathology: The Possible Relevance of Child Developmental Issues. *The International Journal of Psychoanalysis*, 60, 83-96.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2006). *Mentalization-Based Treatment for Borderline Personality Disorder: A Practical Guide*. Oxford: Oxford University Press.
- Bleiberg, E. (2000). Borderline Personality Disorder in Children and Adolescents. In T. Lubbe (Ed.), *The Borderline Psychotic Child – A Selective Integration*. London: Routledge.
- Bradley, R., & Westen, D. (2005). The Psychodynamics of Borderline Personality Disorder: A View from Developmental Psychopathology. *Development and Psychopathology*, 17, 927-957.
- Clarkin, J.F., Lenzenweger, M.F., Yeomans, F.E., Levy, K.N., & Kernberg, O.F. (2007). An Object Relations Model of Borderline Pathology. *Journal of Personality Disorders*, 21(5), 474-499.
- Flaherty, L.T. (2011). Borderline Personality Disorder in Adolescents. *Adolescent Psychiatry*, 1(1), 20-22.

- Fonagy, P. (2000). Attachment and Borderline Personality Disorder. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 48(4), 1129-1146.
- Fonagy, P., & Target, M. (2000). The Place of Psychodynamic Theory in Developmental Psychopathology. *Development and Psychopathology*, 12, 407-425.
- Guttman, H.A. (2002). The Epigenesis of the Family System as a Context for Individual Development. *Family Process*, 41(3), 533-545.
- Kernberg, O. (1975). *Borderline Conditions and Pathological Narcissism*. New York: Jason Aronson.
- Kernberg, P., Weiner, A.S., & Bardenstein, K.K. (2003). *Transtornos da Personalidade em Crianças e Adolescentes*. Porto Alegre: Artmed Editora.
- Kestenbaum, C.J. (2012). Childhood Precursors of Personality Disorders: Evaluation and Treatment. *Psychodynamic Psychiatry*, 40(1), 111-130.
- Leichsenring, F., Leibling, E., Kruse, J., New, A.S., & Leweke, F. (2011). Borderline Personality Disorder. *Lancet*, 377, 74-84.
- Lenzenweger, M.F., Clarkin, J.F., Yeomans, F.E., Kernberg, O.F., & Levy, K.N. (2008). Refining the Borderline Personality Disorder Phenotype Through Finite Mixture Modeling: Implications for Classification. *Journal of Personality Disorders*, 22(4), 313-331.
- Masterson, J.F., & Rinsley, D.B. (1975). The Borderline Syndrome: The Role of the Mother in the Genesis and Psychic Structure of the Borderline Personality. *The International Journal of Psychoanalysis*, 56, 163-177.
- Miller, A.L., Muehlenkamp, J.J., & Jacobson, C.M. (2008). Fact or Fiction: Diagnosing Borderline Personality Disorder in Adolescents. *Clinical Psychology Review*, 28, 968-981.
- Paris, J. (1994). *Borderline Personality Disorder – A Multidimensional Approach*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Paris, J. (2006). Diagnosing Borderline Personality Disorder in Adolescence. *Adolescent Psychiatry*, 29, 237-247.
- Sansone, R.A., & Sansone, L. A. (2009). The Families of Borderline Patients: The Psychological Environment Revisited. *Psychiatry (Edgemont)*, 6(2), 19-24.
- Silk, K.R., Wolf, T.L., Ben-Ami, D.A., & poortinga, E.W. (2010). Environmental Factors in the Etiology of Borderline Personality Disorder. In M.C. Zanarini (Ed.), *Borderline Personality Disorder* (pp. 41-62). New York & London: Informa Healthcare.
- Zanarini, M.C., & Frankenburg, F.R. (1997). Pathways to the Development of Borderline Personality Disorder. *Journal of Personality Disorders*, 11(1), 93-104.
- Zanarini, M.C., Frankenburg, F.R., Reich, D.B., Marino, M.F., Lewis, R.E., Williams, A.A., & Khera, G.S. (2000). Biparental Failure in the Childhood Experiences of Borderline Patients. *Journal of Personality Disorders*, 14(3), 264-273.
- White, C.N., Gunderson, J.G., Zanarini, M.C., & Hudson, J.I. (2003). Family Studies of Borderline Personality Disorder: A Review. *Harvard Review of Psychiatry*, 11(1), 8-19.

ABSTRACT

This article provides a review on the recent empirical literature of Borderline Personality Disorder (BPD) in Adolescents. We argue on the relevance of this diagnosis and the evolution of concepts related to this psychopathology, addressing the psychodynamics, developmental precursors and etiological factors. Although the different triggering elements of BPD are discussed a greater focus is placed on environmental factors.

Key-words: Adolescence. Borderline personality disorder. Etiological factors.