

Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria

Nº 23

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA
DE PSIQUIATRIA DA INFÂNCIA E DA ADOLESCÊNCIA

DIRECTOR

Maria Luís Borges de Castro

COMISSÃO REDACTORIAL

Augusto Carreira

Cristina Marques

Fernando Santos

Lúisa Veiga

Maria Antónia Silva

Maria Goretti Dias

Pedro Pires

Raquel Quelhas Lima

CONSELHO DE REDACÇÃO

Beatriz Pena

Celeste Malpique

Emílio Salgueiro

José Ferronha

Lúis Simões Ferreira

Lurdes Carvalho Santos

Maria Alfredina Guerra e Paz

Maria José Gonçalves

Maria José Vidigal

Orlando Fialho

EDITOR

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

CORRESPONDÊNCIA

Secretariado

Margarida Matos Moura

Av. do Brasil, 53 – 1700 Lisboa

Clínica Infantil – Pavilhão 25

Tel./Fax: 21 793 43 41

E-mail: appia@sapo.pt

FOTOCOMPOSIÇÃO E PAGINAÇÃO

ISPA – Instituto Superior de Psicologia Aplicada

Editorial

Maria Luís Borges de Castro p. 5

Introdução ao Encontro Ser bebé

Maria José Gonçalves p. 7

ARTIGOS

Du bébé observé au bébé soigné:

La place de l'empathie

Bernard Golse p. 9

Nascimento de uma diáde!

Eu agora já posso ir para casa!

Intervenção psicoterapêutica na diáde
em contexto domiciliário

Lourdes Lourenço p. 21

Os desafios da saúde mental da
primeira infância

Maria José Gonçalves p. 37

E quando há toxicodependência?

A intervenção na relação mãe-bebé

Mónica Salgado p. 47

Quels benefices de la recherche
pour la pratique clinique?

Christiane Robert-Tissot p. 59

Risco de transtorno de linguagem
em bebês com distúrbios da oralidade –
Sobre uma pesquisa que faz parte do
programa PILE (Programa Internacional
sobre a Linguagem da Criança)

Roberta Simas p. 75

Normas de Publicação p. 83

INTRODUÇÃO AO ENCONTRO SER BEBÉ: DA OBSERVAÇÃO À INTERVENÇÃO

Maria José Gonçalves

Em Portugal, a saúde mental do bebé é um desafio. Ainda não faz parte da cultura e a ideia do sofrimento psíquico dos bebés provoca estranheza, pouco se fazendo para o minorar.

Faltam estruturas de apoio à família. Não se agiliza a adopção e privilegiam-se os direitos da família biológica sobre os direitos da criança, por preconceito, mas também por falta de recursos. Faltam serviços e recursos humanos especializados em saúde mental da primeira infância. As instituições de apoio aos bebés são escassas e o seu pessoal reduzido e sem formação básica em saúde mental. Não há uma rede de cuidados em saúde mental da primeira infância estruturada e ainda muito poucos reconhecem a necessidade da sua existência.

Esta situação aflige todos aqueles que contactam diariamente com bebés que vivem mal nas famílias, ou sem família, com mães sozinhas e desamparadas, economicamente e socialmente débeis, sem apoios; bebés com pais desavindos e em guerra; bebés que se tornam fetiches dos adultos ou objecto do seu ódio. E aflige pensar no futuro destas crianças, de como a sua inserção na sociedade vai ser problemática, de como a violência a que estão sujeitas vai gerar os seus próprios mecanismos e perpetuá-la.

Estas preocupações juntaram um grupo de profissionais à volta da associação “SER BEBÉ – Associação Portuguesa para a Saúde Mental da Primeira Infância”. Sabemos que não podemos resolver todos estes problemas, mas pensamos que podemos fazer parte das soluções e queremos fazer parte delas: dinamizando alguns projectos, criando oportunidades para a formação, estabelecendo as ligações entre os profissionais. Caminharemos devagar mas esperamos que com segurança. Para isso contamos com o apoio da World Association of Infant Mental (WAIMH) que reúne grupos de profissionais em todo o mundo

que partilham os mesmos objectivos e que mantêm entre si um diálogo e uma comunicação interdisciplinar.

O I Encontro da Associação SER BEBÉ realizou-se em Lisboa em Outubro de 2007 com o objectivo de dar conhecimento público da Associação e dos seus objectivos, nomeadamente promover a saúde mental do bebé, desenvolvendo actividades de formação e de apoio à investigação e promovendo o diálogo entre os profissionais que se dedicam a esta área de conhecimento.

A Direcção da Revista de Pedopsiquiatria, a quem agradecemos, quis associar-se à nossa iniciativa, dedicando este número à publicação do Encontro.

DU BÉBÉ OBSERVÉ AU BÉBÉ SOIGNÉ: LA PLACE DE L'EMPATHIE *

Bernard Golse **

PROPOS PRÉLIMINAIRES

Je voudrais tout d'abord dire tout le plaisir que j'ai à participer à cette Journée Scientifique du groupe WAIMH-Portugal et adresser mes plus vifs remerciements à Marie-José Cordeiro, qui est une amie de longue date... à travers notamment les activités que nous partageons au sein de la WAIMH (World Association of Infant Mental Health) et de l'AEPEA (Association Européenne de Psychopathologie de l'Enfant et de l'Adolescent).

Le 10ème congrès mondial de la WAIMH a eu lieu à Paris en juillet dernier, et ce congrès a été, de l'avis général, un grand succès tant pour le nombre de participants (plus de 1200), que pour la qualité des présentations, avec une place importante accordée à la psychopathologie.

Dans cette perspective, la naissance du groupe WAIMH-Portugal constitue un *événement majeur* dont l'impact – comme l'impact de tous les groupes WAIMH – n'est pas seulement scientifique, mais aussi culturel voire sociologique, et c'est donc aussi un *heureux événement*: le groupe WAIMH-Portugal est encore un bébé, laissons-lui le temps de l'être suffisamment...

La WAIMH-Europe vise à apporter sa contribution au sein de la WAIMH internationale, et ceci notamment en valorisant sans relâche l'axe psychopathologique de nos réflexions et de nos actions dans le domaine de la petite enfance, axe toujours fragile chaque fois que l'on passe du concept de "Psychiatrie du bébé" à celui de "Santé mentale", la WAIMH étant, on le sait, issue de la

* Texte de la conférence prononcée lors de la 1ère Journée Scientifique du groupe WAIMH-Portugal consacrée au thème: "De l'observation à l'intervention". Faculté de Psychologie, Lisbonne (Portugal), le 27 octobre 2006.

** Pédopsychiatre-Psychanalyste / 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 R. Descartes (Paris 5).

WAIPAD qui se référait, quant à elle, nommément à la psychiatrie du bébé (World Association of Infant Psychiatry and Allied Disciplines).

Merci encore, donc, à M.-J. Cordeiro pour son dynamisme, sa créativité et son sens de la convivialité qui nous est, à tous, si nécessaire pour œuvrer, ensemble, dans ce sens.

INTRODUCTION

Il y a de multiples méthodes d'observation, mais le lien entre observation et soin, soit le lien entre bébé observé et bébé soigné ne s'est vraiment posé qu'avec l'introduction de la méthode d'observation analytique des bébés selon le protocole d'Esther Bick.

En effet, cette méthodologie a permis de penser la différence entre les observations dites objectives et les observations incluant la subjectivité de l'observateur comme celle de l'observé (ce que D. Houzel a utilement souligné en montrant comment l'observation analytique privilégie le contenant versus contenu, l'attention versus la prédiction, les inférences versus la déduction), et elle a ouvert, à partir de là, la voie à la réflexion sur l'impact thérapeutique de l'observation.

La modernité ne vise pas à évacuer la subjectivité, ce qui serait scientifique et non pas scientifique, mais bien au contraire à en faire un outil central du travail, ce renversement ayant déjà eu lieu en d'autres temps, mutatis mutandis, pour le transfert (S. Freud) et pour le contre-transfert (école kleinienne et post-kleinienne).

Parmi les moyens de prendre en compte la subjectivité, se trouve donc précisément l'empathie, et ce sera là le vif de mon propos, d'abord dans le cadre de l'observation directe des bébés, et ensuite dans le cadre du soin en général.

L'observation du bébé renvoie à l'empathie contenante, le soin du bébé renvoie à l'empathie transformante et métaphorisante, les deux se trouvant bien entendu du côté de l'attention au sens de W.R. Bion.

Après quelques rappels sur l'observation directe selon la méthodologie d'E. Bick, nous verrons ensuite quelques définitions générales de l'empathie, avant de nous pencher enfin sur la problématique plus spécifique de l'empathie métaphorisante.

DE L'OBSERVATION A L'INTERVENTION

- 1) Le cadre de l'observation directe, tel qu'il a été défini par E. Bick du point de vue de la formation et tel qu'il a été, depuis, utilisé dans une perspective de soins a permis, par sa rigueur et sa régularité, de repérer

soigneusement toute une série de mécanismes susceptibles de rendre compte de son impact thérapeutique, mais aussi de l'impact thérapeutique d'autres dispositifs de soins utilisés depuis longtemps dans le champ de la psychiatrie du bébé (les consultations thérapeutiques, par exemple).

Ces mécanismes qui sont au fond les maillons intermédiaires de l'efficacité thérapeutique de l'observation directe des bébés, s'avèrent également à l'œuvre au sein des thérapies conjointes, de manière plus générale (G. Haag et M. Haag, J. Siksou et B. Golse).

Avant de dire un mot de quelques-uns de ces mécanismes, il importe de remarquer que l'observation directe (comme l'analyse d'ailleurs) disjoint soigneusement les trois temps que S. Freud a décrits, dès 1911, comme les constituants de tout acte psychique, à savoir: l'attention, l'inscription mnésique et le jugement soit ici, le temps de la séance, la prise de notes et le travail d'élaboration groupale (ou la supervision).

Cette disjonction a en elle-même son utilité, car elle évite le télescopage de ces trois temps, télescopage qui peut être, sinon, à l'origine d'interprétations hâtives ou de forcing théoriques intellectualisants et défensifs.

Ce freinage de la pensée qui a sans doute sa valeur pour tout acte psychothérapeutique, est tout à fait essentiel en matière de soin précoce, de même que la fameuse "capacité négative" sur laquelle insistait tant W.R. Bion qui avait repris ce concept de l'œuvre du poète irlandais W.B. Keats, et qui renvoie à une certaine disposition empathique.

Sous ce terme de capacité négative, on désigne l'aptitude à savoir tolérer, un certain temps, de ne pas savoir, de ne pas tout comprendre tout de suite, de laisser du temps au temps, de se laisser le temps d'être imprégné émotionnellement par le matériel de la séance avant que le sens émerge, en son temps, de lui-même en quelque sorte.

Même s'il existe des allers et retours dialectiques entre clinique et construction théorique, la clinique est toujours première: «On meurt de prétendre à l'idée avant d'aller aux choses» disait Ch.-F. Ramuz, et cette capacité négative est à l'évidence une qualité fort nécessaire aux thérapeutes de parents et de bébés.

Rappelons qu'en grec ancien, "observer", se disait "theorein", ce qui montre bien qu'il n'y a pas de modélisation théorique possible qui ne s'enracine d'abord dans l'observation attentive des faits.

- 2) Quels sont donc les maillons de l'impact thérapeutique de l'observation directe, maillons qui peuvent, d'ailleurs, également être pris en compte dans d'autres dispositifs thérapeutiques.

Suivant en cela D. Houzel, nous en distinguerons quatre principaux:

La fonction "sein-toilette" de l'observateur selon la terminologie de D. Meltzer.

L'observateur étant par définition un intrus vis-à-vis de la famille, il apparaît comme tout désigné pour hériter d'une partie des motions agressives initialement destinées à l'enfant qui fait en quelque sorte lui-même figure d'intrus physiologique, d'étranger à demeure plus ou moins menaçant et menacé.

D'une manière générale, l'observateur (ou le thérapeute) peut ainsi servir de lieu de déflexion pour toute une série de projections délétères, mouvement de dérivation qui peut alors considérablement alléger le jeu du système interactif précoce entre l'enfant et son environnement.

Le remaniement des imagos tutélaires des parents

Toute naissance, et pas seulement celle de l'aîné, implique pour les parents un vécu de rivalité et de transgression par rapport à leurs propres images œdipiennes ou pré-œdipiennes.

La présence d'un observateur (ou d'un thérapeute) neutre et bienveillant peut alors avoir valeur d'interprétation latente conférant, en quelque sorte aux parents le droit d'être parents, et de prendre soin de cet enfant-là en leur permettant, du même coup, de pouvoir utiliser leurs potentialités interactives éventuellement inhibées en raison de leur problématique infantile personnelle (fantasme de disqualification parentale, sentiment d'incompétence).

La clarification des confusions identificatoires

La mère et le bébé fonctionnent tout d'abord dans un régime de mutualité projective qui leur assure un état initial de fusion et de symbiose constructives, car préparant le mouvement de dégagement et d'autonomisation ultérieur.

Cette étape se reflète dans l'emploi si fréquent du "on" par la mère dans son adresse au bébé.

Dans certains cas, cette période fusionnelle peut s'avérer entravante et faire alors courir le risque d'organisations psychopathologiques sévères tant la question de l'identité s'avère proche, aux temps précoces, de celle des identifications primaires.

La tâche de l'observateur (ou du thérapeute) peut alors être, par quelques interventions simples, de rendre à chacun des partenaires engagés dans la relation ce qui lui appartient, un affect à l'un et un comportement à l'autre par exemple, sans amalgame ni confusion.

L'identification enfin des parents et du bébé à la fonction d'observation de l'observateur, avec tout ce qu'elle comporte d'attention psychique ainsi que de dimension contenante et transformatrice (W.R. Bion).

Le travail sur le contre-transfert se trouve ainsi au tout premier plan, tandis qu'une grande place peut être faite aux "interprétations parentales".

3) Comme on le voit, l'ensemble de la technique de l'observation directe se réfère fortement au modèle de W.R. Bion du développement de l'appareil à penser, comme l'a bien montré C. Athanassiou.

Les différents mécanismes évoqués ci-dessus peuvent en fait être compris comme des facteurs relativement généraux, des facteurs dits non spécifiques de changement, c'est-à-dire des facteurs qui peuvent aussi se trouver en jeu dans tous les dispositifs thérapeutiques dans le champ de la petite enfance (thérapies conjointes, notamment).

L'important est, ici, de souligner que ces différents mécanismes renvoient, chacun à leur manière, à la dynamique de l'empathie, et c'est pourquoi nous les avons évoqués dans le cadre de ce travail.

GENERALITES SUR L'EMPATHIE

Définitions de l'empathie

S. Lebovici nous rappelle qu'il est difficile de trouver une définition précise et rigoureuse du terme "d'empathie", et que R. Doron la circonscrit ainsi: "Intuition de ce qui se passe dans l'autre, sans oublier toutefois qu'on est soi-même, car dans ce cas il s'agirait d'identification", cet auteur ajoutant que "pour C. Rogers, l'empathie consiste à saisir avec autant d'exactitude que possible, les références internes et les composantes émotionnelles d'une autre personne et à les comprendre comme si on était cette autre personne".

En réalité, il semble bien aujourd'hui qu'il faille distinguer l'empathie de l'intuition, l'empathie se situant surtout dans le domaine émotionnel, alors que l'intuition se situerait surtout dans le domaine cognitif, renvoyant ainsi, peu ou prou, au concept de théorie de l'esprit (U. Frith, S. Baron-Cohen).

En tout état de cause, l'empathie demanderait également à être située par rapport au sexuel, au transfert ou pré-transfert, et à l'alliance thérapeutique enfin, mais ceci nous entraînerait ici trop loin.

Histoire du concept d'empathie à partir de S. Freud

S. Freud a initialement mis l'accent sur l'identification et l'imitation: "Partant de l'identification, une voie mène, par l'imitation, à l'empathie, c'est-à-dire à la compréhension du mécanisme qui seul nous rend possible une prise de position à l'égard d'une autre vie psychique" et, en particulier, à "ce qu'il y a de plus étranger

à notre moi chez d'autres personnes". Dans cette perspective freudienne, le terme d'empathie correspond à la traduction du terme d'"Einführung" qui s'oppose à celui d'"Einsicht" ("insight" en anglais ou "introspection" en français). Autrement dit, il s'agit d'opposer le "voir-au-dedans" de l'introspection au "sentir-au-dedans" de l'empathie, ce qui réfère bien celle-ci au registre de l'émotionnel.

S. Ferenczi sera, on le sait, dans le cadre de son concept de "psychanalyse mutuelle", un vibrant théoricien du "sentir-avec".

Les travaux de K. Kohut ajouteront encore à cette dimension affective.

Mais ce sont les travaux de D. Widlocher, autour du concept de "co-pensée", qui en offriront une illustration francophone féconde, avec cette précision essentielle selon laquelle "le mécanisme (de l'empathie) est l'inverse de celui du contre-transfert dans la mesure où il s'agit, pour le thérapeute, de placer son esprit dans celui du patient, et non pas d'observer comment celui du patient prend possession du sien".

Disons enfin que le concept d'empathie imprègne les travaux de D.W. Winnicott, que ce soit à propos de la métaphore du miroir du regard maternel ou des "moments sacrés" de la consultation thérapeutique, et que l'apport de S. Lebovici aura sans doute été, ici, de se positionner lui-même comme "l'objet subjectif" non pas de l'enfant seulement, mais de la triade père/mère/bébé dans son ensemble.

Quelques travaux sur l'ontogenèse de l'empathie

En référence au concept d'"intersubjectivité", les travaux de J. Decety font de l'empathie "un pré-requis sur lequel se fonde l'intersubjectivité, en plongeant ses racines dans l'évolution des mécanismes qui permettent de ressentir l'état émotionnel d'autrui" et, dans la mouvance de ceux de V. Gallese sur les "neurones-miroir", ces recherches démontrent expérimentalement que l'expression des propres émotions du sujet et leur reconnaissance chez autrui partagent en fait des mécanismes de codage cérébral communs. Ajoutons alors que l'image motrice chez le bébé, semble pouvoir prétendre à être à la fois la source de la pensée chez le sujet, mais aussi la source d'une certaine forme de pensée chez l'autre, via l'empathie et les neurones-miroir (M. Jeannerod).

D'une certaine manière, les travaux de V. Gallese confirment les intuitions d'E. Husserl au sujet de l'"Einführung", en considérant que l'intersubjectivité préexisterait fondamentalement à la subjectivité, avec une position, alors évidemment centrale, de l'empathie.

Avec ses notions de "capacité réflexive" et de "mécanisme d'interprétation interpersonnelle" (ce dernier étant fonction de la qualité de l'attachement),

P. Fonagy nous aide aujourd'hui à comprendre comment le concept d'état mental joue, en réalité, comme précurseur au carrefour de la lignée affective (empathie) et de la lignée cognitive (intuition) de la théorie de l'esprit (U. Frith, S. Baron-Cohen).

Les liens entre empathie et intersubjectivité ouvrent désormais la voie à de nombreuses pistes de réflexion:

- L'empathie joue-t-elle comme condition ou comme conséquence de l'accès à l'intersubjectivité?
- L'empathie fonctionne-t-elle comme l'un des liens préverbaux compensatoires du creusement de l'écart intersubjectif?
- L'empathie et l'intersubjectivité renvoient-elles à des lignées développementales indépendantes ou non? (on sent bien ici l'apport précieux de la psychopathologie à la réflexion: l'autisme signerait par exemple un double échec de l'empathie et de l'accès à l'intersubjectivité, alors que la psychopathie témoignerait d'un accès à l'intersubjectivité mais sans accès à l'empathie).

Par ailleurs, le concept d'empathie peut être considéré comme le fruit de l'évolution du concept d'identification projective, évolution qui va des positions de M. Klein à celles de D.N. Stern en passant par celles de W.R. Bion avec l'introduction du concept d'identification projective normale (R. Hinshelwood).

C'est en effet un concept qui a beaucoup évolué depuis qu'il a été proposé par M. Klein, laquelle y voyait un mécanisme de défense étroitement lié à la dynamique des pulsions de mort.

Quand, ensuite, W. R. Bion a distingué l'identification projective normale de l'identification projective pathologique, une première voie d'adoucissement du concept, si l'on me permet de m'exprimer ainsi, s'est faite jour puisque l'identification projective normale a dès lors été mise au rang des processus de communication de base au sein du couple mère-bébé.

Par la suite, au sein du courant développementaliste, anglo-saxon surtout, l'identification projective a été de moins en moins distinguée, en tant que telle, des projections en général, et peu à peu, une sorte d'amalgame est venu englober l'identification projective dans le vaste ensemble, quelque peu flou, de l'empathie, qu'il s'agisse de l'empathie dans la cure ou même de l'empathie la plus quotidienne qui soit.

Il me semble qu'une articulation soigneuse de l'approche phénoménologique et de l'approche psychanalytique de cette question permettrait, sans doute, d'y voir plus clair et d'éviter des confusions épistémologiques quelque peu dommageables.

Il y aurait là, en outre, une occasion d'approfondissement de la théorie du contre-transfert à laquelle la pratique psychanalytique avec les bébés peut, me semble-t-il, beaucoup apporter via des concepts tels que ceux d'"enaction" ou d'"enactment" chers à S. Lebovici, évoqués ci-dessous et dont la dimension phénoménologique ne peut être laissée pour compte.

EMPATHIE METAPHORISANTE, ENACTION ET ENACTMENT DANS LE CONTRE-TRANSFERT

Dans ses consultations parents-bébé, S. Lebovici tentait de dégager les différents "mandats trans-générationnels inconscients" qui peuvent venir entraver la liberté du déploiement du self de l'enfant.

À la fin de sa vie, il recourait avec force aux concepts d'"enaction" ou d'"enactment", concepts d'une grande richesse et qui n'ont rien à voir avec la question du passage à l'acte, mais bien plutôt avec celle de la mise en corps de l'émotion comme préalable à la compréhension empathique et intuitive d'une situation clinique.

D'où sa référence fréquente à la notion d'"empathie métaphorisante" qui se trouvait former le vif de sa conception et de sa pratique des thérapies conjointes. S. Lebovici proposait habituellement deux ou trois séances relativement longues avec les parents et l'enfant dans le but de dévoiler et de clarifier les différents mandats trans-générationnels inconscients pesant sur le développement de l'enfant, et l'entravant dans son déploiement. Ceci était censé offrir à l'enfant et à ses parents un plus grand degré de liberté par la remise en circulation d'un matériel inconscient jusque-là figé.

S. Lebovici a souvent parlé de ces moments d'"enaction" ou d'"enactement" comme de moments analogues à ce que D.W. Winnicott décrivait, quant à lui, sous le terme de "moments sacrés" au cours des consultations ou des psychothérapies d'enfants.

Un moment particulier – et qui se vit au présent comme tel par le clinicien – au cours duquel une action devient possible dans l'instant, car elle a été préparée par toute une maturation émotionnelle qui la rend possible, un petit peu comme si l'action motrice qui s'impose alors avait valeur de processus métaphorisant de toute l'élaboration interne et des associations qui la sous-tendent.

Ce sont bien entendu les questions de l'empathie (S. Missonnier, S. Lebovici) et de la métaphore (S. Lebovici) qui se trouvent ici posées, processus qui enlèvent, on le sent bien, toute dimension d'impulsion ou d'impulsivité à ces concepts d'"enaction" ou d'"enactment", par ailleurs si difficiles à traduire en français.

En tout état de cause, l'enaction ou l'enactement n'empêchent en rien un mouvement de reprise réflexive par le clinicien dans l'après-coup immédiat de son intervention qui, n'étant en rien consciemment préméditée, s'impose à lui en quelque sorte avec le double sentiment de son étrangeté et de sa valeur thérapeutique forte, ces deux aspects renvoyant bien entendu au contre-transfert inconscient du clinicien.

L'enaction et l'enactement comportent donc dans leur structure même une dimension d'après-coup, aussi immédiat soit-il, alors même que cette dimension fait défaut dans l'impulsion qui sert à la décharge beaucoup plus qu'à l'élaboration.

On voit bien alors comment ces concepts apparaissent comme particulièrement pertinents dans la pratique avec les bébés dans la mesure où, via les parties infantiles du clinicien ou du thérapeute, les phénomènes en jeu dans ce champ de la clinique leur permettent de s'identifier régressivement au fonctionnement des bébés qui, ménagent une place importante à la question de l'image motrice.

Chez les tout-petits, action et pensée ne font qu'un alors que dans l'impulsion ou le passage à l'acte, l'action sert avant tout à évacuer la pensée.

Ajoutons enfin qu'il n'y a pas d'enaction ou d'enactement possible sans une dialectique étroite entre les affects, ou les émotions, et les représentations: c'est en effet le travail des émotions et de l'empathie qui rend possible l'action avec sa charge représentative, laquelle se trouve être consciemment accessible dans un temps second, et source alors d'une émergence d'émotions intenses.

CONCLUSIONS

Il est difficile de conclure sur un tel sujet qui se trouve, on le sent bien, au cœur de la pratique dans le champ de la petite enfance, et qui forme incontestablement le vif de nos actions thérapeutiques avec les plus jeunes enfants, mais probablement aussi avec tous les patients.

La naissance de l'empathie apparaît aujourd'hui comme indissociable de la naissance de l'humain, tout simplement, et c'est dire l'importance de ce concept qu'il est crucial de ne pas galvauder et de ne pas édulcorer.

BIBLIOGRAPHIE

- Athanassiou, C. (1992). L'observation psychanalytique des bébés en famille. *Devenir*, 4(1), 19-31.
- Athanassiou, C. (1992). Contribution de W.R. Bion à l'observation des bébés en famille. *Devenir*, 4(2), 63-74.

- Baron-Cohen, S. (1987). Autism and symbolic play. *British Journal of Developmental Psychology*, 5, 139-148.
- Baron-Cohen, S. (1995). *Mindblindness: An essay on autism and theory of mind*. Cambridge (Mass): Bradford Books, MIT Press.
- Baron-Cohen, S. Allen, J., & Gillberg, Ch. (1992). Can autism be detected at 18 months? The needle, the haystack and the CHAT. *British Journal of Psychiatry*, 61, 839-843 [Traduction française: L'autisme peut-il être détecté à l'âge de 18 mois? L'aiguille, la meule de foin et le CHAT. *A.N.A.E. Numéro hors série*, 33-37 (Textes fondamentaux sur l'autisme)].
- Bick, E. (1964). Notes on infant observation in psychoanalytic training. *Int. J. Psychoanal.*, 45, 558-566. [Traduction française par D. Alcorn (1992). Remarques sur l'observation des bébés dans la formation des analystes. *Journal de la psychanalyse de l'enfant*, 12, 14-35. (L'observation des bébés)].
- Bion, W.R. (1962). *Aux sources de l'expérience*. Paris: Presses Universitaires de France (Coll. Bibliothèque de Psychanalyse, 1979, 1ère éd.).
- Bion, W.R. (1963). *Eléments de Psychanalyse*. Paris: Presses Universitaires de France (Coll. Bibliothèque de Psychanalyse, 1979, 1ère éd.).
- Bion, W.R. (1965). *Transformations – Passage de l'apprentissage à la croissance*. Paris: Presses Universitaires de France (Coll. Bibliothèque de Psychanalyse, 1982, 1ère éd.).
- Bion, W.R. (1970). *L'attention et l'interprétation – Approche scientifique de la compréhension intuitive en psychanalyse et dans les groupes*. Paris: Payot (Coll. Science de l'Homme, 1974).
- Decety, J. (2002). Naturaliser l'empathie. *L'Encéphale*, tome 28, 9-20.
- Ferenczi, S. (1978 et 1982). *Œuvres complètes* (4 tomes). Paris: Payot.
- Fonagy, P. (1993). Measuring the ghost in the nursery: An empirical study of the relation between parents' mental representations of childhood experiences and their infants' security of attachment. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 41, 957-989.
- Fonagy, P. (1999). *La compréhension des états psychiques, l'interaction mère-enfant et le développement du Self*. *Devenir*, 11(4), 7-22.
- Fonagy, P. (2001). *Attachment theory and Psychoanalysis*. New York: Other Press.
- Freud, S. (1911). Formulations sur les deux principes du cours des événements psychiques. In *Résultats, idées, problèmes* (tome I, pp. 135-143, S. Freud). Paris: Presses Universitaires de France (Coll. Bibliothèque de Psychanalyse, 1975, 7ème éd.).
- Freud, S. (1921). Psychologie des foules. In *Essais de psychanalyse* (S. Freud, 1982). Paris: Payot.
- Frith, U. (1992). *L'énigme de l'autisme*. Paris: Editions Odile Jacob (Coll. Sciences Humaines).
- Gallese, V., & Goldman, A. (1998). Mirror neurons and the simulation theory of mind-reading. Trends. In *Cognitive Sciences*, 2(12).
- Gallese, V. (2003). The roots of empathy: The shared manifold hypothesis and neural basis of intersubjectivity. *Psychopathology*, 36, 171-180.
- Haag, G., & Haag, M. (1901-1983) L'observation du nourrisson selon Esther BICK et ses applications. In *Traité de Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent* (pp. 531-547, 1995, 2ème édition, sous la direction de S. Lebovici, R. Diatkine, et M. Soule). Paris: Presses Universitaires de France.
- Hinshelwood, R.D. (2002). *Dictionnaire International de la Psychanalyse: Notions, biographies, œuvres, événements, institutions* (publié sous la direction d'A. de Mijolla, S. de Mijolla, R. Perron, et B. Golse). Paris: Calmann-Lévy.

- Houzel, D. (1989). Penser les bébés – Réflexions sur l’observation des nourrissons. *Revue de Médecine Psychosomatique*, 19, 27-38.
- Houzel, D. (1995). *Observation des bébés et psychanalyse, point de vue épistémologique*. In *Les liens d’émerveillement – L’observation des nourrissons selon Esther BICK et ses applications* (pp. 107-116, sous la direction de M.-B. Lacroix et M. Monmayrant). Ramonville Saint-Agne: Erès.
- Husserl, E. (1913). La théorie Lippsienne de l’empathie. In *Sur l’intersubjectivité*. Paris: Presses Universitaires de France, 2001.
- Husserl, E. (1918). A propos de la doctrine de l’intersubjectivité. In *Sur l’intersubjectivité*. Paris: Presses Universitaires de France, 2001.
- Jeannerod, M. (1983). *Le cerveau machine*. Paris: Fayard.
- Jeannerod, M. (1993). Intention, représentation, action. *Revue Internationale de Psychopathologie*, 10, 167-191.
- Klein, M. (1946). Notes sur quelques mécanismes schizoïdes. In *Développements de la psychanalyse* (pp. 274-300, M. Klein, P. Heimann, S. Isaacs, et J. Riviere). Paris: Presses Universitaires de France (Coll. Bibliothèque de Psychanalyse, 1976, 3ème éd.).
- Klein, M. (1952). Quelques conclusions théoriques au sujet de la vie émotionnelle des bébés. In *Développements de la psychanalyse* (pp. 187-222, M. Klein, P. Heimann, S. Isaacs, et J. Riviere). Paris: Presses Universitaires de France (Coll. Bibliothèque de Psychanalyse, 1976, 3ème éd.).
- Kohut, H. (1971). *Le soi*. Paris: Presses Universitaires de France, 1974.
- Lebovici, S. (1991). Des psychanalystes pratiquent des psychothérapies bébés-parents. *Rev. Franç. Psychanal.*, LV(3), 667-683.
- Lebovici, S. (1994). Empathie et “enactment” dans le travail de contre-transfert. *Rev. Franç. Psychanal.*, LVIII(5), 1551-1561.
- Meltzer, D., et coll. (1980). *Explorations dans le monde de l’autisme*. Paris: Payot.
- Missonnier, S. (2004). L’empathie dans les consultations thérapeutiques parents/bébé: L’héritage de S. Lebovici. *Rev. Franç. Psychanal.*, LXVIII(3), 929-946.
- Siksou, J., & Golse, B. (1997). Aspects thérapeutiques de l’observation directe. In *Interventions thérapeutiques parents-jeunes enfants* (pp. 53-61, sous la direction de A. Guedeney et S. Lebovici). Paris: Masson (Coll. “Médecine et Psychothérapie”).
- Stern, D.N. (1989). *Le monde interpersonnel du nourrisson – Une perspective psychanalytique et développementale*. Paris: Presses Universitaires de France (Coll. “Le fil rouge”).
- Stern, D.N. (1995). *La constellation maternelle*. Paris: Calmann-Lévy (Coll. “Le Passé recomposé”).
- Widlocher, D. (1996). *Les nouvelles cartes de la psychanalyse*. Paris: Odile Jacob.
- Widlocher, D. (1999). Affect et empathie. *Rev. Franç. Psychanal.*, LXIII(1), 173-186.
- Winnicott, D.W. (1971). *La consultation thérapeutique et l’enfant*. Paris: Gallimard (Coll. “TEL”).
- Winnicott, D.W. (1975). Le rôle du miroir de la mère et de la famille dans le développement de l’enfant. In *Jeu et réalité – L’espace potentiel* (D.W. Winnicott). Paris: Gallimard (Coll. “Connaissance de l’Inconscient”).

NASCIMENTO DE UMA DÍADE! EU AGORA JÁ POSSO IR PARA CASA! INTERVENÇÃO PSICOTERAPÊUTICA NA DÍADE EM CONTEXTO DOMICILIÁRIO

Lourdes Lourenço *

RESUMO

Através da sua experiência formativa nos seminários clínicos de observação de bebés, a autora confrontou-se com a necessidade de investigar ao nível teórico/clínico qual o tipo de intervenção psicoterapêutica que poderia facilitar o desenvolvimento das competências parentais que promovem o gradual desenvolvimento das capacidades relacionais do bebé, de acordo com recentes trabalhos e propostas de Berry Brazelton e colaboradores. Estas reflexões da autora coincidiram com o trabalho psicoterapêutico desenvolvido com os progenitores e seus bebés em contexto de internamento hospitalar, nomeadamente em situações de risco, quer ao nível da sobrevivência do bebé, quer ao nível das dificuldades sentidas pelos pais, para se vincularem a um bebé cujo futuro incerto poderia levar a sequelas graves ao nível do desenvolvimento global. A autora questionou-se acerca da necessidade de dar continuidade ao acompanhamento psicoterapêutico destas famílias em contexto domiciliário, com objectivos claros de dar seguimento a um suporte afectivo que teria benefícios na prevenção da saúde mental, bem como na ajuda aos pais na organização dos processos de parentalidade tão necessários e fundamentais para o desenvolvimento saudável das competências globais do bebé.

É neste contexto que a autora convida à discussão e à reflexão, para que o nosso trabalho como técnicos de saúde mental nas suas componentes de observação, intervenção e contínua investigação nos possa formar como seres humanos, capazes de ajudar os pais a serem pais e o bebé a ser bebé.

Palavras-chave: Bebé. Desenvolvimento de competências relacionais. Intervenção psicoterapêutica. Investigação. Observação. Pais. Saúde mental.

* Psicóloga Clínica. Maternidade Dr. Alfredo da Costa. Mestre em Psicologia Clínica e Psicopatologia. Em formação no Instituto Português de Psicanálise em Lisboa. E-mail: lourdes.lourenco@clix.pt

Rodrigo nasceu em 29/10/2002, com idade gestacional de 33 semanas e com um peso de 1390gr, de cesariana. Esteve internado na Unidade de Cuidados Intermédios cerca de dois meses, sendo os seus critérios de internamento associados a: Prematuridade, Sépsis Tardia e Hemorragia Intra-Ventricular. Conheci o Rodrigo e a sua família no Verão de 2003, altura em que realizei a minha primeira visita domiciliar com a equipa. O pedido de intervenção a este nível surgiu pelo facto de o Rodrigo iniciar comportamentos convulsivos. Aliás, em termos médicos, nesta altura foi-lhe diagnosticado um quadro de epilepsia. Na primeira visita, apercebemo-nos do quadro depressivo instalado na figura materna e eram também notórias as dificuldades que esta mãe apresentava em reconhecer as competências do seu bebé, que nesta altura, com nove meses de idade corrigida, apresentava comportamentos adequados face ao seu desenvolvimento global. A equipa não ficou preocupada com a situação, visto o bebé ter outras relações emocionalmente significativas com o pai e o irmão de 11 anos de idade e uma tia materna. Por outro lado, a mãe estaria a tratar da ida do Rodrigo para um infantário. No entanto, a partir de Agosto 2003, fomos informados pela mãe de que o Rodrigo se encontrava internado num Serviço de Pediatria, devido ao quadro convulsivo constante. Realizámos três visitas ao Hospital para apoiar a situação. Face ao quadro depressivo da mãe, foi possível fazer o encaminhamento para a consulta de Psiquiatria, onde foi acompanhada depois em termos psicoterapêuticos. O trabalho com o Rodrigo era fundamentalmente observá-lo na relação com sua mãe deprimida. Referimos que, após a alta, iniciariámos um trabalho com o Rodrigo e a sua Família. Entre idas e vindas do Hospital, a família do Rodrigo chegou a ir a Paris para consultar especialistas em Neurologia, tendo obtido como diagnóstico do quadro convulsivo de Rodrigo o Síndrome de Dravet. Neste contexto, ilustramos a seguir a primeira intervenção psicoterapêutica com o Rodrigo e sua mãe, ocorrida no dia 3 de Março de 2004. No dia da visita domiciliária, a mãe recebe-nos com ar pesado e muito aflita.

“Está com convulsões umas atrás das outras, o coração bate muito depressa, acho que temos de ir outra vez para o hospital, andamos a evitar”. (sic).

O Rodrigo está deitado na cama do casal, em decúbito dorsal e com a cabeça tombada para o lado direito. Respira de forma ofegante e o seu corpo treme. A psicóloga deita-se ao seu lado, olha-o nos olhos e faz-lhe festas no rosto. O Rodrigo parece acalmar. Pelo olhar, a psicóloga repara que está atento e diz “Ele está atento e já percebeu que está aqui mais alguém”. A mãe olha-o, deita-se atrás do Rodrigo, fisicamente afastada e diz “Daqui a nada vem aí outra, a mãozinha está fechada”.

Enquanto a psicóloga acarinha o Rodrigo e lhe diz “Vai ficar tudo bem, bebé”, a mãe observa atentamente, aproxima-se, olha a bochecha do Rodrigo e de seguida a mão e diz “Vem aí mais uma” e afasta-se. Começa a convulsão: os olhos do Rodrigo mexem-se de um lado para o outro sem pestanejar, o braço esquerdo está hirto, no ar, e mão direita fecha-se e treme.

A psicóloga mantém o seu registo e a mãe diz: “Tem sido os dias e as noites nisto, estamos sempre a pensar se é desta...” A psicóloga pega na mão direita do Rodrigo e faz-lhe festas e, quando pára, a mão abre-se como que à procura do estímulo. Continuo a tocar-lhe na mão e a mãe está atenta.

Entre as várias convulsões, a mãe aproxima-se apenas para observar a bochecha e a mão, dizendo sempre “Vem aí mais uma”. A psicóloga comenta que a mãe sabe reconhecer o início de uma convulsão no Rodrigo, ao que a mãe responde “São tantas que já sabemos”. A psicóloga pergunta se é muito difícil para a mãe, durante a convulsão do filho, não se centrar apenas nestes sinais e procurar outros. A psicóloga sugere que a mãe se aproxime do Rodrigo, que fale com ele e lhe faça festas. A mãe, num primeiro momento, diz que não é capaz, que fica muito nervosa. A psicóloga diz-lhe que compreende que fique muito assustada e angustiada, mas pede-lhe para imaginar e se colocar no lugar do Rodrigo – o que ele sentirá durante uma convulsão. E diz se eu fosse o Rodrigo me sentiria perdido, me sentiria desamparado, me sentiria com medo...

A mãe aproxima-se do Rodrigo e começa baixinho a conversar com ele, faz-lhe carícias, mas com uma tonalidade afectiva bastante sofrida...

O Rodrigo começa a acalmar-se. Refiro como a mãe tem esta capacidade de tranquilizar o seu filho. Pergunto se o Rodrigo gosta de música, a mãe diz que sim e levanta-se para ir ligar o rádio, mas é incentivada a cantar ela própria. Diz imediatamente “Ai, eu não sei, só faço barulhos, não consigo” e ri-se abertamente. Canta-se baixinho para o Rodrigo e ele parece ficar atento e calmo, adormecendo alguns minutos depois. A mãe fica atenta. A psicóloga diz que o Rodrigo precisa de sentir que a mãe está perto, que tem de senti-la calma para ele poder acalmar-se, como se o Rodrigo se tratasse de um feto que sente tudo o que se passa com a mãe. A mãe responde “As vezes penso nisso, queria pô-lo cá dentro outra vez”. A psicóloga deita-se atrás do Rodrigo, em posição fetal, aconchega-o e faz-lhe festas, dizendo a mãe: “Quando se sentir aflita, experimente deitar-se assim faça de conta que ele está dentro de si, faça-lhe festas como fazia na sua barriga quando estava grávida. É como que tivesse de começar tudo de novo, é como se o Rodrigo fosse ainda um feto dentro de si”. O Rodrigo passa um maior período sem convulsões. Sugere-se a hipótese das convulsões serem a forma de o Rodrigo comunicar o seu mal-estar, uma vez que

não consegue chorar. Temos que perceber como o Rodrigo se acalma e o que lhe causa mal-estar¹.

Neste contexto de observação, intervenção e contínua investigação como técnicos de saúde mental, poderemos interrogar-nos como ajudar os pais a ser pais e o bebé a ser bebé?

Será a intervenção psicoterapêutica, em contexto domiciliário, um modelo psicoterapêutico capaz de facilitar e de potencializar os comportamentos de vinculação nas interações progenitor-criança? Poderemos pensar num modelo clínico baseado na experiência da descoberta da criatividade? E que metodologia clínica se pode adoptar para este tipo de intervenção em habitat natural? Qual a sua utilidade, qual o tempo de intervenção, em que situações é aconselhável? Qual o lugar do terapeuta para ajudar os pais a desenvolver relações com o seu bebé que sejam promotoras da saúde mental e da criatividade humana?

A este propósito, a experiência de Selma Fraiberg (1980) foi uma pioneira na intervenção psicoterapêutica em contexto domiciliário, num trabalho realizado com uma equipa de psicanalista, psicólogo, enfermeiro, assistente social e pediatra, com famílias de crianças até aos 3 anos carenciadas ao nível relacional e económico. Esta experiência permitiu abrir as portas para a importância de a intervenção psicoterapêutica se tornar mais activa, acompanhando as famílias em habitat natural, assim se encontrando respostas para a compreensão das perturbações associadas na relação da díade, bem como se podendo produzir efeitos mais rápidos com este tipo de intervenção, de forma a prevenir a longo prazo a saúde mental na relação com a díade.

Neste contexto, podemos pensar na utilidade deste tipo de intervenção como um modelo terapêutico que tem como principal objectivo promover a ligação de amor, de proximidade e o conhecimento mútuo na relação da díade, permitindo que o terapeuta também possa investigar as relações que caracterizam o ambiente materno, que segundo Winnicott se transformará no mundo interior do bebé, recheado de pensamentos, de imagens e de afectos. Do ponto de vista clínico, esta intervenção se caracteriza pela capacidade de o terapeuta intervir na relação da díade e identificar as competências de cada um, mas também de encarar as dificuldades do conhecimento mútuo entre os progenitores e seu bebé, como um tempo necessário à organização psíquica da parentalidade e investigar os seus efeitos na construção da organização psíquica dos estados de

¹ O acompanhamento de Rodrigo foi numa fase inicial realizado pela equipa do serviço domiciliário da Maternidade Dr. Alfredo da Costa, posteriormente o acompanhamento psicoterapêutico em contexto domiciliário foi realizado pela autora e pela Dr.^a Alexandra Barros que muito gentilmente realizou a transcrição desta sessão.

consciência do bebé. A organização psíquica destes estados irá permitir que o bebé aprenda a auto-regular-se, mas também o ajudará a estar mais disponível para a aprendizagem relacional e consequentemente para desenvolver os processos criativos da mente.

Segundo Brazenton e Greenspan (2002, cit. por Lourenço, 2005), de facto, será um bom prognóstico se entre as três primeiras semanas de vida do bebé, a mãe ou o pai aprenderem como ajudar o bebé a manter um estado de alerta, estado propício para a interação. Esta relação e organização psíquica espaciotemporal permitirá que o bebé vá definindo os seus ciclos de sono e de vigília, tão necessários à organização psíquica da mente e ao seu contínuo desenvolvimento. Num segundo estágio, e com a consolidação da relação parental, entre as três e as oito semanas, o bebé produzirá sorrisos e vocalizações, em resposta ao investimento afectivo parental. Posteriormente, entre as oito e as dezesseis semanas, estes sinais são reproduzidos em jogos (Stern), em vocalizações ou sorrisos que serão imitados pelos pais. O ritmo e a reciprocidade emocional são aprendidos nestes jogos, que no nosso entender são o motor para lançar o bebé para o brincar e para os processos criativos da mente. Por volta dos quatro meses, o bebé já terá aprendido a controlar ou a modular o seu comportamento e os seus sentimentos, promovendo na mãe ou no pai respostas criativas. Aos cinco meses, o bebé dará início aos seus processos de intencionalidade afectiva com uma capacidade criativa surpreendente para distinguir relações, escolher objectos e de se ligar ou desligar dos acontecimentos à sua volta, consoante o entusiasmo que estes lhe despertam perante o desconhecido.

Compete ao terapeuta facilitar este processo, identificando juntamente com os pais as suas capacidades criativas para se ligarem emocionalmente, descobrirem-se e se surpreenderem com o seu bebé, apesar de muitas das vezes ocorrerem situações que podem pôr em risco a natureza e a qualidade afectiva desta relação. Convém identificar, segundo Stern, a diferença entre um padrão relacional ou um período de adaptação relacional que podem estar associados a dificuldades sentidas pelos pais durante o período de gravidez, o pós-parto ou situações após o nascimento do bebé que podem comprometer o seu desenvolvimento neuro-psíquico. Como, por exemplo, a existência de danos cerebrais, convulsões e doenças diversas, com as quais o psicoterapeuta, sem formação médica, não está familiarizado e que terão efeitos na organização psíquica do bebé na sua interação com os progenitores. No caso de Rodrigo, foi esta a nossa maior dificuldade, durante quase dois anos de acompanhamento, a indefinição do seu diagnóstico e prognóstico levou a que o trabalho psicoterapêutico desenvolvido ficasse aquém daquilo que realisticamente poderiam ser as suas verdadeiras competências e possíveis aprendizagens do ponto de vista motor, cogniti-

vo e relacional. O constante quadro convulsivo e as suas reais dificuldades ao nível do sistema neuro-psíquico e todo o quadro traumatizante associado aos seus mais variados internamentos fazia com que o nosso trabalho se associasse a uma tentativa de realizar uma transfusão sanguínea sem sucesso terapêutico. Foi neste contexto que este caso se, por um lado, foi assumido como um caso de insucesso terapêutico, por outro lado, ele nos possibilitou uma profunda aprendizagem relacional, que nos abriu a porta para a investigação e necessidade de trabalhar com outros técnicos, em interligação com outros saberes.

Esta mudança do ponto de vista da abertura de novas investigações na compreensão deste vínculo permitiu dar ao bebé um estatuto de investigação neuropsicológica e uma identidade relacional associada às suas competências precoces em se vincular aos seus objectos de amor. Do ponto de vista psicanalítico, passamos da análise psicopatológica deste vínculo primário – que caracteriza as primeiras teorias de Freud, nomeadamente a teoria da sedução e a teoria do trauma, que estariam na base desta experiência primária com o objecto de amor – para a análise do paradigma do amor parental e para a investigação das competências do bebé, do ponto de vista relacional mas também neuropsicológico.

Esta mudança do ponto de vista dos modelos clássicos da psicanálise e do ponto de vista da metodologia clínica promoveu a necessidade de se investigar os factores psíquicos intra-subjectivos e inter-subjectivos que estão na base do desenvolvimento de uma relação de intimidade que se estabelece entre a mãe e o seu bebé. Esta relação, que se torna íntima porque só existe no interior mental do outro: lugar da mãe com amor primário de Balint, lugar da mãe suficientemente boa de Winnicott, lugar da mãe com capacidade de rêverie de Bion, lugar da mãe com constelação maternal de Stern, lugar da procura de contacto emocional de Fairbairn. Esta construção psíquica espacio-temporal, objecto de vínculo e de procura de afecto, é o interior mental da mãe. Este útero mental irá ser ocupado durante o segundo trimestre de gravidez pelo bebé imaginário (Lebovici), onde a formação de um psiquismo materno e de um psiquismo do futuro bebé se encontram para mais tarde dar lugar ao bebé real, com competências inatas que promovem a vinculação aos progenitores. De facto, o período de gravidez é, por excelência, o período onde se vai jogar, no psiquismo dos pais, a construção psíquica de um novo ser que irá ocupá-los de diferentes maneiras, obrigando a uma revisão da sua vida relacional, para que este bebé possa ocupar um lugar privilegiado no pensamento dos pais e em suas vidas.

A este propósito, Gomes Pedro (1985) refere a necessidade de investigarmos a génese da interacção estabelecida entre a mãe e o seu bebé. Esta génese irá sofrer fortes influências, que vão desde o período da gravidez até ao impacto

emocional vivido pela mãe logo após ao nascimento do filho. A sua origem estaria ligada à forma como a mãe terá integrado, durante o período de gravidez, os seus medos, esperanças e desejos, de como viria a ser o seu filho e a forma como se relacionaria com ele quando confrontada, logo após ao nascimento do seu bebé, com o seu temperamento, comportamento e aspecto físico do seu bebé. Diz o autor que “as fases de descoberta do filho pela mãe, são fundamentais na génese da interacção” (p. 110)

Podemos, então, reflectir como a capacidade materna para fantasiar, sonhar e adaptar-se às necessidades e desejos do seu bebé é fundamental para o desenvolvimento de uma interacção empática e saudável, que possibilitará que a mãe aprenda a conhecer o seu bebé, identificando-se com ele não só ao nível das suas necessidades físicas como no acesso ao seu mundo psíquico. A este propósito, Stern precisou o fenómeno da “Afinação afectiva”, “A observação dos pares mãe-lactente sugere de facto que as mães não só manifestam com frequência as mesmas expressões afectivas que os seus bebés, mas também o fazem por vezes de uma maneira transmodal: por exemplo, numa altura em que o bebé manifesta a sua alegria pelas suas mímicas e por vivos movimentos dos braços, a mãe poderá responder em espelho, exprimindo o mesmo afecto mas sob a forma de uma vocalização alegre. A afinação afectiva e o seu carácter transmodal – isto é, a utilização pela mãe de um outro canal de comunicação do lactente, por exemplo o da voz em resposta à mímica – constituem uma das maneiras como os estados afectivos podem ser comunicados e partilhados no seio da díade” (Mazet & Stoleru, 1983/2003, p. 116).

Esta relação de intimidade e de constância relacional existente entre a díade – esta subjectividade relacional, nas palavras de Stern (Stern 1985/1992) – irá permitir que entre o segundo e o sexto mês de vida do bebé, o bebé crie o seu eu experiencial, o qual abrirá as portas para o mundo da intersubjectividade, tão necessário à compreensão da nossa relação com os outros, mas também da nossa capacidade de estarmos sós, porque estamos ou estivemos no interior mental do outro. É esta consciência da continuidade da vida, este espelho materno, que começa pelo olhar da mãe para o seu bebé, que põe em marcha o repertório comportamental que o bebé possui logo após o nascimento com objectivos claros de vinculação a relação humana e a descoberta dos seus processos criativos, que o levam à sua unicidade relacional, tornando-o um ser diferente de todos os outros.

No contexto das novas investigações acerca das competências inatas do recém nascido, nomeadamente a sua precoce capacidade de se vincular aos progenitores, podemos pensar na importância do conceito de vinculação e de como ele se com-

plexificou. As hipóteses de Fonagy, de Trevarthen, de Stern e de Brazelton e colaboradores parecem mostrar o papel da manutenção activa da proximidade no desenvolvimento da mentalização e da inter-subjectividade do bebé, no contexto das interações progenitor-criança (Mazet & Stoleru, 1983/2003).

Estes novos contributos e aplicações obrigaram a uma revisão da psicopatologia da primeira infância e a uma revisão acerca dos processos de parentalidade e suas influências no desenvolvimento humano, mas acima de tudo, no nosso entender, a origem e a constituição dos processos criativos na mente do bebé. Os modelos clássicos da psicanálise parecem não dar resposta tanto a um bebé que não fala, mas que procura alternativas de resposta relacional, como a pais que, assumindo a sua culpabilidade face às dificuldades sentidas na sua relação com seu bebé, não podem ficar presos às suas vivências infantis deficitárias. Por outro lado, do ponto de vista da técnica psicoterapêutica, temos que repensar o papel do terapeuta nestes tipos de intervenções: a sua intervenção apenas como observador não é suficiente para favorecer a relação de proximidade afectiva na díade. É necessário uma intervenção terapêutica que possa ajudar os pais a estabelecer com o seu bebé uma ligação que seja acolhedora e que facilite e potencialize o conhecimento mútuo baseado na confiança afectiva e empática, na reciprocidade relacional e nas capacidades criativas. O terapeuta é convidado a intervir num jogo interactivo e emocional na relação dos pais com o seu bebé de forma a que o sentido de coerência e de previsibilidade na confiança no amor parental possam levar o bebé através das sucessivas experiências relacionais, a construir um sentimento de si e um amor próprio, tão necessário ao desenvolvimento das suas capacidades criativas e identidade humana.

Através da nossa investigação, constatamos que logo após o nascimento de um recém-nascido, é notório o esforço que ambos os progenitores geralmente fazem para ultrapassar o período de turbulência vivido após o parto do bebé. Observamos o despontar do início dos estados de consciência do bebé (Brazelton e colaboradores) e como os pais tentam atribuir um significado emocional ao início das suas interações com o bebé. Os pais parecem interessados em perceber o que promove o estado de alerta no bebé: se estes são capazes de ouvir e de ver; que competências terá aquele pequeno ser.

Neste contexto, segundo Brazelton e colaboradores (1989/2001), informar os pais das reais competências apresentadas pelo recém-nascido, desde a altura do nascimento, favorece as interações emocionais contínuas, bem como um evoluir dos estados mentais do bebé: “A interacção de gestos emocionais ajuda os bebés a aprender a tomar consciência e a reagir a estímulos emocionais, e a formar a noção de ‘eu’ aprender a tomar consciência” (p. 88) (2001, cit. por Lourenço, 2005).

Foi a partir desta reflexão teórico-clínica que nos interrogámos acerca da utili-

dade e da eficácia da intervenção psicoterapêutica em contexto domiciliário. De acordo com a nossa experiência, ela permite uma investigação e intervenção em habitat natural que favorece a compreensão de uma vivência real da aprendizagem que ambos os progenitores fazem para se ligarem emocionalmente e responderem às necessidades físicas e psicológicas do bebé. Tornando-se num laboratório relacional vivo em que o terapeuta, num trabalho de equipa, aprende a investigar e a identificar as competências do bebé, que favorecem o desenvolvimento dos processos de vinculação e da criatividade humana. Mas a sua intervenção só será mais útil se decorrer durante as fases do desenvolvimento emocional precoce do bebé, período sensível ao desenvolvimento das suas competências relacionais e período também sensível para a organização psíquica dos processos de parentalidade. A sua frequência será inicialmente semanal, em hora previamente combinada com a família do bebé, sendo aconselhável que durante as primeiras 16 semanas de vida do bebé o acompanhamento seja semanal e não seja interrompido, podendo depois ser adaptado às necessidades do bebé e de sua família, de acordo com as dificuldades que os pais apresentarem em acompanhar o desenvolvimento emocional, relacional e sensório-motor do bebé. Esta intervenção, no nosso entender, poderá acontecer nos diferentes momentos de relação dos pais com o seu bebé, nas mais variadas situações, momentos de alimentação, de higiene, de brincadeira e de descanso. O objectivo é promover e dar respostas às necessidades dos progenitores nas dúvidas que apresentam em compreender determinados comportamentos no seu bebé ou na sua relação com o mesmo.

Este tipo de intervenção surgiu da necessidade de dar continuidade a um trabalho terapêutico desenvolvido inicialmente em contexto de internamento hospitalar de bebés em risco e que se alargou para a intervenção domiciliária devido às dificuldades e aos receios de alguns pais em levar para casa um bebé que necessitava de cuidados especiais ou mesmo que apresentavam sequelas cujo futuro incerto, do ponto de vista do seu desenvolvimento global, poderia estar comprometido. Por razões circunstanciais e devido às diferentes situações ligadas às necessidades físicas e psíquicas daqueles bebés e suas famílias, a equipa do serviço domiciliário era constituída por psicóloga, fisioterapeuta², assistente social e voluntária da associação de ajuda ao recém-nascido.

Neste contexto, foi importante investigar que se, por um lado, muitos dos problemas levantados pelos progenitores estariam ligados às suas inquietações e medos acerca da fragilidade e sobrevivência do seu bebé, por outro lado, a sobrevivência física do bebé e o seu gradual desenvolvimento psíquico estariam condicionados pela capacidade dos progenitores de se ligarem a um bebé que

² Não posso deixar de referir o excelente trabalho desenvolvido pelo fisioterapeuta Joel Pais, que nos ensinou a ler o corpo do bebé com os olhos da mente.

poderia vir a ter problemas ao nível do seu desenvolvimento global. Para a nossa equipa, do ponto de vista psicológico, estes pais teriam um acréscimo de dificuldades nas suas capacidades em reconhecer as competências de seu bebé, e a desenvolver as suas competências parentais.

Das 25 famílias³ que acompanhámos, nas mais variadas situações relacionais e económicas, os receios apresentados pelos pais acerca do desenvolvimento futuro do seu bebé foi quase sempre uma constante. Medos e ansiedades que estariam ligadas a quadros de prematuridade, bebés que apresentavam sequelas graves ao nível sensorio-motor, ou alterações neurológicas. Outros problemas apresentados pelos pais estavam ligados a culpabilidades sentidas relativamente ao período gestacional, de não terem mudado os seus hábitos de trabalho devido ao facto de estarem grávidas ou em muitas situações serem pais com problemática de toxicod dependência e/ou portadores de HIV. Finalmente, em muitas situações, os progenitores projectavam a sua agressividade na equipa médica e de enfermagem, pelo facto de não compreenderem o diagnóstico do seu bebé e lhes terem dado prognósticos incertos. Foram estas as situações que nos levaram a formular a necessidade de outro tipo de intervenção fora do ambiente hospitalar.

O objectivo da intervenção psicoterapêutica em contexto domiciliário, e de acordo com a nossa experiência, é acompanhar o desenvolvimento global do bebé na sua relação com os progenitores, investigando as suas competências relacionais com base no método de observação de bebé de Ester Bick (1964, in Lourenço, 2005) e utilizando os pontos de referência, tal como foram descritos por Brazelton e colaboradores (2001, in Lourenço, 2005), assim dando a conhecer o bebé a seus pais e promover em ambos as suas competências criativas.

Neste tipo de intervenção, o psicoterapeuta deverá privilegiar e facilitar o impacto estético e emocional associado à descoberta que os pais fazem na sua relação com o bebé. Esta vivência emocional e transmodal (Stern), partilhada com o terapeuta, será o lugar chave para a organização psíquica do bebé e para a expressão comportamental da parentalidade, abrindo as portas para o brincar e para os processos criativos da mente.

O nosso trabalho, do ponto de vista da intervenção psicoterapêutica, começa por ser o desenvolvimento de uma relação que possa ser continente destas angústias vividas pela mãe e muitas das vezes pelos progenitores. Este estado psicológico das mães parece influenciar toda a sua relação com o bebé, dificultando o processo de ligação ao bebé e conseqüentemente de vinculação com os progenitores. Nas situações em que as mães se encontram culpabilizadas e

³ Ao longo de quase ano e meio estas famílias foram acompanhadas pela equipa do serviço domiciliário da Maternidade Dr. Alfredo da Costa.

deprimidas e que parecem não se sentir capazes de exercer as suas capacidades maternas, o acompanhamento psicoterapêutico em contexto domiciliário é fundamental. A intervenção psicoterapêutica com estas mães passa por permitir a elaboração do sofrimento psíquico pós-parto, muitas das vezes associado a longos períodos de internamento quer seu, quer do seu bebé. Neste contexto, a ligação com o bebé surge inicialmente através da figura paterna ou outra figura emocionalmente significativa para mãe e para o bebé, como forma de servir de outro modelo relacional para a mãe.

O nosso trabalho passa por criar uma relação com a família do bebé, de forma a permitir que o elemento mais disponível emocionalmente entre em contacto com o bebé, servindo de modelo relacional para o outro elemento da tríade. Os pais, na descrição real das competências do bebé, ajudam a mãe a compreender o seu bebé e a iniciar o processo de atribuição de competências. Progressivamente, ambos os pais se questionam no sentido de querer conhecer o seu bebé, interpretando os seus estados de consciência, isto acontecendo predominantemente durante os dois primeiros meses.

No entanto, quando as mães apresentam dificuldades de ligação, e quando os bebés apresentam dificuldades de vinculação, associadas ao facto de o bebé permanecer durante muito tempo na incubadora, ou ainda quando se trata de um bebé prematuro com sequelas ao nível do desenvolvimento, o trabalho psicoterapêutico, nestes casos, tenta coincidir com o momento de amamentação, quer ao peito quer ao biberão. Este é o momento eleito para diferenciarmos as dificuldades sentidas na díade. Nestes momentos, podemos partilhar com a mãe as suas dificuldades em compreender o seu bebé, fazê-las passar de uma atitude funcional, para a descoberta da afinação afectiva, como nos fala Stern. O impacto emocional e estético destas descobertas permitem a mãe observar as mudanças de comportamento do seu bebé face às suas atitudes relacionais, promovendo na mãe o desejo de ligação e de novas descobertas na sua relação com o bebé.

Ao longo do nosso trabalho, foi possível observar que os pais, a pouco e pouco, se vão apercebendo dos estados de consciência dos bebés. Os bebés começam a introduzir o seu ritmo de sono e de vigília e os pais começam a aprender os sinais dados pelo bebé, para os momentos de interacção. Nos dois primeiros meses, esta atenção e descoberta dos pais são indicadores dos níveis de sincronia e de contingência na relação com o seu bebé.

Mas é sem dúvida o choro, tal como foi referido por Brazelton e seus colaboradores, que mobiliza os pais para ir ao encontro do seu bebé. Observamos que a interacção desadequada dos pais em interpretar os estados de consciência do bebé promove no bebé um estado de desconforto e os bebés começam a cho-

rar. Um dos pais geralmente tenta interpretar o mal-estar do bebé. No entanto, observamos que os pais ficam frustrados por não conseguirem alterar o estado do bebé e vão levantando várias hipóteses: será fome, será por ter a fralda suja? Os bebés comunicam, no nosso entender, várias coisas em relação ao seu estado psíquico. Quando os pais têm uma atitude de paciência, de compreensão e de expectativa face aos ritmos interactivos dos bebés, eles colaboram e acalmam-se e parecem estar prontos para novas interacções. São estas vivências e aprendizagens que os pais fazem com o seu bebé que possibilitam o começo de experiências emocionais, identificando-se com ele e aprendendo a colocarem-se no lugar do bebé. A nossa intervenção tem o objectivo de facilitar e de promover estas experiências.

Constatamos de uma maneira geral que, na altura em que os bebés já passam dos cinco meses, os seus comportamentos se tornam mais autónomos, interactivos e intencionais. Os pais geralmente parecem ter dificuldades em lidar com este estágio de desenvolvimento do bebé, pois esta fase implica que reconheçam no bebé o início dos processos de autonomização. Os pais confundem a excitação do bebé com mau comportamento e não com o seu desejo de querer liderar a interacção, e progressivamente possibilitar que o bebé faça a descoberta de novas emoções e sentimentos, tornando-se assim mais autónomo. Os pais, muitas vezes, parecem confundir autonomia com agressividade.

Frequentemente, os bebés, perante a indisponibilidade dos pais, propõem à equipa do serviço domiciliário jogos (do esconde-esconde, por exemplo) e é surpreendente como o tentam fazer repetidamente. Constatamos o seu auto-controlo afectivo, e o seu desejo de interacção intencional com outras pessoas, numa clara demonstração de afecto e de criatividade. Observamos que os pais nesta fase têm ainda necessidade de ter com o bebé comportamentos mais ligados aos estados de dependência absoluta do bebé e não tanto aos comportamentos que geram uma maior autonomia e criatividade. Nos vários casos em que entrevistamos, observámos claramente como se estabeleceu um padrão emocional por parte do bebé na relação com os diferentes objectos cuidadores.

Na nossa intervenção, fazemos a notação aos pais de como os comportamentos dos bebés são uma demonstração clara das suas competências: sua maior mobilidade motora, sua capacidade de se ligar e de se desligar dos acontecimentos. O modelo relacional que oferecemos nas nossas intervenções favorece que as mães possam ter uma atitude de mais adesão e de respostas aos comportamentos do bebé. O bebé vai aumentando o seu ritmo de interacções, vocaliza com maior intensidade e em vários surtos.

Ao longo dos acompanhamentos, é notória a capacidade que os bebés vão adquirindo, na sua plasticidade mental, autonomia e intencionalidade emocio-

nal, de fazer o convite para a brincadeira.

É através do seu brincar que o bebé olha por dentro a mãe o pai, olhos nos olhos, quer saber do seu interior, quer claramente conhecer o outro. Através do seu brincar, mexer, atirar, pôr e dispor das suas capacidades sensorio-motoras, afectivas e relacionais, ele investiga os acontecimentos e explora os objectos, as pessoas ao seu lado e à sua volta, olha, observa, desvia o olhar, liga-se a outros acontecimentos e desliga-se e volta a procurar novas alternativas de respostas, novas situações a descobrir e a reinventar.

O objectivo da intervenção é promover a interacção emocional da mãe com o seu bebé, proporcionando ao bebé o início das interacções. Isto vai permitindo ao bebé uma maior exploração dos objectos, e uma maior capacidade de ir ao encontro do seu desejo. E o bebé cada vez mais vai explorando as novas experiências do brincar e convida a mãe para a brincadeira.

Estas experiências irão cada vez mais permitir ao bebé a diferenciação dos seus estados emocionais e a integração da sua personalidade, de acordo com os padrões emocionais estabelecidos nas relações emocionalmente significativas.

Os pais tentam adaptar-se ao gradual desenvolvimento sensorio-motor do bebé. A autonomia e flexibilidade mental do bebé permite uma maior exigência face aos acontecimentos, e a expressão de suas emoções mobiliza os pais para irem ao encontro do seu desejo de interacção.

A facilidade que os bebés demonstram em alterar o seu estado de choro, de irritação e depois de alegria e bem-estar, quando entram numa sequência de jogos interactivos com os pais, favorece um maior conhecimento entre os parceiros da comunicação. Isto vai permitindo que o bebé tenha uma maior aprendizagem de si próprio e de seus pais, tal como foi referido por Brazelton e colaboradores. Constatamos em alguns casos que foram acompanhados por nós que as características emocionais do bebé são cada vez mais respeitadas pelos pais, pois ele já tem desejos e preferências próprias. Os pais são capazes de compreender estes comportamentos e identificar no bebé as suas preferências: ele já fica zangado, não gosta de determinadas coisas, fica todo feliz, gosta é de brincadeira, etc.

Esta diversidade de experiências emocionais permite aos bebés modularem os seus comportamentos afectivos, possibilitando-lhes cada vez mais transformar as suas experiências emocionais em conhecimentos adquiridos.

Muitas vezes os elementos da equipa são referidos como pessoas que têm acompanhado o bebé neste processo de crescimento e de aprendizagem.

É este fluir na relação com os pais, com os outros e o ambiente a sua volta que nos permite observar o bebé como um ser criativo em contínuo crescimento e sempre a procura de novas descobertas relacionais. Os alicerces para o seu

desenvolvimento emocional foram criados nas suas relações emocionalmente significativas. Por volta dos 7/8 meses de idade, os bebés nos surpreendem com as suas capacidades relacionais tornando-se especialista na compreensão do afecto no rosto humano.

Este tipo de intervenção, no nosso entender, possibilita do ponto de vista clínico e do ponto de vista científico uma aprendizagem viva e criativa, quer ao nível das competências do recém-nascido quer ao nível do desenvolvimento dos processos de parentalidade. Como técnicos de saúde mental, temos que facilitar e potencializar este processo, mas acima de tudo nos permitir a partilhar com os pais e o seu bebé esta aventura na vida que é crescer.

BIBLIOGRAFIA

- Bowlby, J. (1975). Attachment theory, separation anxiety and mourning. In S. Arieti, D.A. Hamburg, H. Keith, & H. Brodie (Eds.), *American handbook of psychiatry, volume six, New Psychiatric frontiers* (pp. 293-309). New York: Basic Books, Inc., Publishers.
- Bowlby, J. (1969/1984). Apego. *Volume I da triologia Apego e Perda*. São Paulo: Martins Fontes Edições.
- Brazelton, T.B. (1995/2004). *O grande livro da criança*. Lisboa: Editorial Presença.
- Golse, B. (2002). *Do corpo ao pensamento*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Gomes-Pedro, J.C. (1985). *A relação mãe-filho: Influência do contacto precoce na primeira infância*. Lisboa: Imprensa Nacional Casa da Moeda.
- Gonçalves, M.J. (2003a). Observação de bebés e escuta psicanalítica. *Revista Portuguesa de Psicanálise*, 24, 75-84.
- Gonçalves, M.J. (2003b). Uma nova perspectiva em saúde mental do bebé. A experiência da unidade de primeira infância. *Análise Psicológica*, XXI(1), 5-12.
- Guedeney, A., Lebovice, S. (1999). *Intervenções psicoterápicas pais/bebé*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Guedeney, N., & Guedeney, A. (2004). *Vinculação conceitos e aplicações*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Lourenço, L. (2005). *O bebé no divã – Desenvolvimento emocional precoce: Amar e pensar com o bebé e os seus pais*. Coimbra: Almedina.
- Mazet, P., & Stoleru, S. (1983/2003). *Psicopatologia do lactente e da criança pequena*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Stern, D. (1985/1992). *O mundo interpessoal do bebé: Uma visão a partir da psicanálise e da psicologia do desenvolvimento*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Stern, D., & Bruschweiler-Stern, N. (1998/2001). *O nascimento de uma mãe, como a experiência da maternidade transforma uma mulher*. Porto: Ambar
- Winnicott, D.W. (1987/1999). *Os bebés e suas mães*. São Paulo: Martins Fontes Edições.

SUMMARY

Trough her formative experience in clinical seminaries on baby observation, the author confronted herself with the need of theoretical/clinical investigation on the type of psychotherapeutic intervention that can facilitate the development of parental competencies in order to promote the gradual development of the newborn relational capacities. For that the author use of the latest works and proposals by Berry Brazelton and collaborators. These reflections are coincident with the psychotherapeutic work done with babies and their progenitors in hospital context, namely in risk situations, such as the survival of the baby or the difficulties felt by their parents on bonding to a child whose uncertain future could lead to serious sequelae in his global development. The author questioned herself about the importance of giving continuity to the psychotherapeutic support to their families in domiciliary context. The objective is to continue to give an emotional support that has benefits in the domain of mental health prevention, as well as helping parents organized their parental processes, witch are so important and fundamental to the healthy development of the global competencies of the baby.

It is in this context that the author invites for reflection and discussion, so that our work as mental health professionals – in its components of observation, intervention and continue investigation – can improve our formation as human beings, capable of helping parents to be parents and the baby to be a baby.

Key words: Parents, baby, observation, psychotherapeutic intervention, investigation, development of competencies, mental health.

OS DESAFIOS DA SAÚDE MENTAL DA PRIMEIRA INFÂNCIA *

Maria José Gonçalves **

RESUMO

Os avanços nos conhecimentos da primeira infância trouxe muitas expectativas na área da saúde mental da primeira infância, nomeadamente no que diz respeito à possibilidade de prevenção das perturbações precoces e dos efeitos das intervenções psicoterapêuticas, mas também trouxe muitos desafios. Neste artigo, a autora analisa e discute algumas das dificuldades encontradas na aplicação dos programas. São referidos os seguintes aspectos, que envolvem: (1) os profissionais; (2) o próprio processo; (3) os factores exógenos; (4) a prevenção

Perante as carências existentes em Portugal, foi julgado útil por um grupo de profissionais, criar uma associação a “Ser bebé – Associação Portuguesa para a Saúde Mental da Primeira Infância, cujos objectivos são apresentados.

Palavras-chave: Intervenção. Prevenção. Primeira infância.

O interesse pela vida psíquica na infância desenvolveu-se com a psicanálise e com as descobertas de Freud sobre a importância das vivências e das experiências da infância para o funcionamento mental do adulto e a sua descrição das fases de desenvolvimento da sexualidade infantil. Foram, ainda, alguns dos psicanalistas da 2ª geração tais como Ana Freud, Melanie Klein, Winnicott, Spitz, Bowlby, para citar alguns dos mais conhecidos, que abriram o caminho aos actuais conhecimentos sobre a primeira infância.

* Conferência apresentada no I Encontro da Associação “Ser Bebé – APSMPT”, Outubro de 2006. Lisboa.

** Pedopsiquiatra e psicanalista. Presidente da Associação Ser Bebé.

Mas já antes de Freud, outros autores se tinham dedicado ao estudo dos bebés.

Como exemplo, referirei que em 1887, portanto alguns anos depois dos Estudos sobre a Histeria de 1895 e dos “Três ensaios sobre a sexualidade de 1905 de Freud, foi publicada a tradução francesa dum livro do fisiologista alemão Preier, a “Alma da Criança” (2).

Recordo algumas curiosidades a propósito deste livro: foi descoberto num alfarrabista de Genebra pelo Dr. João dos Santos que anos mais tarde, sabedor do meu interesse por estas matérias mo ofereceu; a ideia de base do livro é que o início da vida psíquica começa muito antes do nascimento, sendo que as propriedades psíquicas, constituem um património genético que existe em estado potencial no feto, e que se desenvolvem, após o nascimento, em função das experiências individuais de cada um; outro pressuposto é a existência de “impressões sensoriais” do feto que resultam da transmissão das inscrições sensoriais produzidas pelas experiências das gerações anteriores.

O objectivo de Preier era “decifrar a escrita misteriosa da alma infantil”. Daniel Stern, em 1985, não punha o problema de uma forma muito diferente. Stern (5) diz-nos que a vivência **interpessoal** (palavra-chave no seu pensamento) de cada bebé é “um território remoto e inacessível”. E, se não podemos conhecer esse mundo subjectivo da criança, então temos de o inventar, para podermos estabelecer hipóteses de trabalho que nos sirvam de modelo para os nossos conceitos clínicos, ou para nos ajudarem, como adultos, pais ou terapeutas, a melhor compreender e responder às necessidades do bebé. Constatamos que hoje como então, “decifrar” ou compreender a linguagem do bebé continua a ser um desafio e que temas como a transgeracionalidade ou a psicologia fetal têm sido desde o início e ao longo dos anos objecto do estudo dos investigadores da primeira infância.

Também verificamos que a observação directa dos bebés como método científico não nasceu nos anos 70 com D. Stern ou E. Bick, nem sequer nos anos 60, com M. Mahler.

Preier, baseando-se numa observação sistemática e diária do seu próprio filho, durante os primeiros anos de vida, descreve um longo reportório de comportamentos que nos ajuda a percorrer o caminho que vai da sensação ao pensamento, o que não está muito longe dos trabalhos de autores contemporâneos como D. Stern ou B. Golse, já sem falar do trabalho pioneiro de H. Wallon.

A grande contribuição da psicanálise foi ter introduzido a dimensão relacional na origem da vida psíquica, que se tornou central, e permitiu avançar e atingir o grau de conhecimento que hoje temos sobre o bebé.

Os conhecimentos dos últimos anos sobre a vida mental do bebé atingem um leque extenso e variado, difícil de enumerar, mas que incidem, nomeada-

mente, sobre o funcionamento do bebé, o funcionamento do bebe com os outros, como e quando são reconhecidos os seus sentimentos e os dos outros, como nasce a empatia, quais os mecanismos e as bases neuro-fisiológicas da imitação (esta descoberta fantástica que são os neurónios espelho); a regulação emocional, o nascimento do self, o sentimento de si próprio e do outro; a forma como o estabelecimento das relações de vinculação influencia a vida mental e afectiva da criança; os estudos sobre a resiliência e muitos mais.

Simultaneamente, os conhecimentos clínicos têm acompanhado as descobertas sobre o desenvolvimento psicológico do bebé e sobre o mundo relacional do bebé.

Já estamos longe dos tempos em que a depressão anaclítica e o autismo eram as doenças psiquiátricas das crianças pequenas. Hoje a sofisticação diagnóstica é muito grande e no manual para a classificação diagnóstica das perturbações da 1ª infância, a “DC: 0-3”, estão listadas, pelo menos 12 categorias diferentes de perturbações específicas dos 3 primeiros anos de vida, algumas das quais ainda divididas em sub-categorias. Conhecemos ainda os efeitos devastadores do stress no funcionamento da criança, ao nível cerebral e psíquico, e os efeitos, a curto e a longo prazo das perturbações da vinculação, das carências ou dos maus-tratos.

Consequentemente, o interesse no desenvolvimento de formas de intervenção terapêutica tem crescido exponencialmente, centrando-se na díade durante os 2 primeiros anos de vida. Os modelos são diversos, desde as intervenções psicoterapêuticas de orientação psicanalítica que se centram no impacto das representações mentais maternas ou paternas sobre o bebé, passando pelas intervenções que se baseiam na observação do comportamento interactivo pais-bebé e que tentam modificar positivamente o padrão relacional, podendo usar ou não o vídeo como auxiliar terapêutico ou, ainda, combinando as duas modalidades. Há, ainda, toda uma gama de intervenções individuais ou de grupo que incidem sobre problemas específicos, tais como as perturbações da vinculação, a depressão materna, o stress parental, a violência, os problemas da peri-natalidade, etc., etc. As hipóteses são inúmeras, quase infinitas.

Os avanços do conhecimento nesta matéria, quer ao nível da clínica, quer ao nível da investigação, desenrolam-se a uma velocidade alucinante. No último congresso da WAIMH em Paris, durante 4 dias, entre as 9 e as 19h, sucederam-se ininterruptamente sessões científicas simultâneas em dezenas de salas, com mais de mil participantes.

Isto revela não só o interesse que desperta a disciplina, mas também o dinamismo e o empenho desta comunidade que se dedica ao bebé e ao seu bem-estar.

DEFINIR SAÚDE MENTAL DO BEBÉ E OS NÍVEIS DE INTERVENÇÃO PRECOCE

Mas será que a saúde mental do bebé vai bem? E o que é a saúde mental do bebé?

A saúde mental do bebé define-se como o bem-estar do bebé e dos pais. Implica promover todas as oportunidades para o desenvolvimento das competências e capacidades do bebé, nos seus aspectos relacionais, cognitivos e emocionais e de acordo com a idade. Requer o desenvolvimento das competências parentais e da sua sensibilidade e adaptação às necessidades da criança, mesmo quando as situações são adversas.

A saúde mental do bebé depende: do estabelecimento de relações de vinculação fortes pais-criança; inclui desenvolver uma rede de relações interpessoais equilibradas e estáveis intra-familiares (com outros cuidadores de cuidados do bebé, família alargada, amigos, etc) e na comunidade; inclui pertencer a uma comunidade solidária e informada sobre as necessidades afectivas e psicosociais da primeira infância e utilizar bem os seus recursos; inclui ter acesso a serviços de cuidados primários com valências de saúde mental da primeira infância e a cuidados especializados.

A saúde mental da primeira infância abrange vários níveis de intervenção que vão desde a prevenção e a educação das populações para a saúde até ao estabelecimento de programas específicos de promoção da saúde e de intervenção em situações de risco bem identificadas.

A aplicação destes programas coloca algumas questões, na medida em que, mesmo nos países desenvolvidos, que dispõem de recursos de saúde mental para a primeira infância, eficazes e suficientes, a avaliação mostra que os resultados terapêuticos das intervenções precoces ficaram, frequentemente, aquém do que seria de esperar.

Na verdade, tem se constatado que o que se sabe cientificamente e clinicamente sobre os factores que determinam positivamente o desenvolvimento e o bem-estar do bebé e os factores que os influenciam negativamente, não se reflecte nos resultados obtidos com as nossas intervenções, nem as expectativas, que os conhecimentos de que dispomos nos permitem ter, se cumprem de uma forma totalmente satisfatória.

DIFICULDADES E DESAFIOS

Assim, um dos desafios da saúde mental do bebé nos dias de hoje diz respeito aos sucessos e aos insucessos da prevenção e da intervenção terapêutica e

implicam um melhor conhecimento dos factores de cura e de mudança e dos factores de resistência.

Reflectindo um pouco sobre este assunto, é possível considerar 4 grupos de dificuldades:

- as que dizem respeito aos profissionais envolvidos,
- as que dizem respeito ao próprio processo da intervenção,
- as que dizem respeito a factores exógenos,
- as que dizem respeito à prevenção.

Os profissionais

Dizia B. Golse (1), no último congresso da WAIMH, numa reunião promovida pela Sociedade Brasileira do Bebê, que um dos problemas consiste na idealização das nossas intervenções. As nossas teorias estão tão bem estruturadas e fundamentadas que acreditamos nelas como um valor absoluto e não imaginamos que elas podem falhar, ou ainda diria eu, que nós podemos falhar.

Um aspecto essencial é o factor humano. São pessoas que estão em causa, as que são tratada e as que tratam, e os factores individuais pesam fortemente na forma como os processos evoluem.

Os ciclos viciosos da patologia, quantas vezes intergeracionais e transgeracionais, não são fáceis de mudar e os próprios terapeutas estão sujeitos a grandes tensões e frustrações ao longo do processo terapêutico, levando-os a um desgaste que se pode traduzir por um desinvestimento das situações de que se ocupam. Também o sofrimento que atinge os bebês, gratuito, injusto e intenso e a violência que lhe inerente é dificilmente suportável pelos terapeutas, levando a abandonos precoces dos tratamentos.

Aliás, a dificuldade em aceitar a violência que se exerce sobre os bebês é uma das razões, mas não a única razão, porque o mau trato do bebê é tantas vezes minimizado.

Noutras situações, existem de facto sucessos terapêuticos, mas que são aparentes, na medida em que correspondem a melhorias transitórias que, na maior parte das vezes, se baseiam numa aliança terapêutica positiva forte, construída a partir da empatia que se estabelece entre o terapeuta e os seus pacientes. Em geral, porque a relação não é suficientemente interiorizada, e depende da presença física do terapeuta, as recaídas são frequentes, após o fim do tratamento.

Todas estas dificuldades dos profissionais encontram a ambivalência do lado das famílias que vivem em condições de cansaço e de esgotamento psicológico que lhes retira disponibilidade para as visitas dos profissionais ou para as idas aos centros.

Há, no entanto, um factor positivo a ter em linha de conta. O bebé é um parceiro terapêutico de pleno direito, mais flexível, com grande apetência para as “boas” relações e com potencialidades para inflectir positivamente os processos patológicos.

Estas conclusões levam-nos a um outro grande desafio que é a formação e a supervisão dos profissionais. Em países como os Estados Unidos, a Finlândia, o Reino Unido a formação e a monitorização dos programas é uma obrigação das instituições responsáveis pela sua aplicação. Verificamos, na literatura, que um dos factores que determina os resultados obtidos pela aplicação dos programas é a qualidade dos serviços prestados e a formação continua dos profissionais.

Outras dificuldades de aplicação dos programas tem ainda a ver com a mobilidade dos profissionais, a mudança de chefias e de orientações e a extinção de serviços em rede, o que não parece ser um exclusivo do nosso país.

O processo de intervenção

Sabe-se hoje e vários estudos o demonstram que os programas de intervenção precoce em grupos de risco psico-social, quer sejam baseados em visitas domiciliárias, quer sejam baseada em tratamentos nas instituições, quer conjuguem ambas as modalidades, só são eficazes quando são intensivos, regulares e de longa duração.

Mas uma questão se levanta. Quais são os factores que contribuem para a mudança terapêutica?

Karlen Lyons-Ruth (4), uma investigadora americana que se tem dedicado ao estudo e à investigação na área da vinculação, assim como mais recentemente aos processos de mudança nas psicoterapias, integrada no Grupo de Estudos de Boston, analisou os factores que estão na base das mudanças do funcionamento familiar, em programas de visita domiciliária a pais e bebés de alto risco.

Nesse estudo havia um grupo de bebés com menos de 9 meses, em que as visitas se desenrolaram semanalmente e terminaram quando os bebés tinham 18 meses, altura em que era feita uma primeira avaliação. Num 2º grupo de bebés, com mais de 9 meses, não foram feitas visitas domiciliárias. Estes bebés foram avaliados aos 18 meses, e só então se introduziu um programa de visitas domiciliárias de curta duração. Os dois grupos foram avaliados aos 5 anos e aos 7 anos. A hipótese, numa linearidade relativamente óbvia, e de acordo com os conhecimentos teóricos disponíveis, era de que a maior e mais precoce duração da intervenção seria promotora de uma vinculação segura da criança e assim haveria menos probabilidades de desenvolverem comportamentos hostis no jardim infantil e mais tarde estarem desadaptados na escola primária.

Mas não foram esses os resultados encontrados. Em primeiro lugar, o que se verificou foi que nestas famílias, com grande stress psico-social, a morbidade/patologia infantil aumenta com o tempo, embora o aparecimento de sinais graves de desadaptação aos 5 e aos 7 anos seja mais frequente no grupo de crianças que teve menos visitas domiciliárias. Ou seja, no grupo com menos visitas domiciliárias, mesmo as crianças que não apresentavam vinculações de tipo desorganizado, quando avaliadas aos 18 meses, apresentaram problemas aos 5 e aos 7 anos. A este fenómeno, Lyons-Ruth chama “morbilidade em escalada” e concluiu que neste tipo de famílias, melhores relações de vinculação não protegem a criança de apresentar problemas aos 5 anos e mais tarde aos 7 anos.

Por outro lado, nos casos em que a duração das visitas domiciliárias foi maior, a correlação entre a percentagem de crianças com vinculações de tipo desorganizado e a frequência dos problemas aos 5 e aos 7 anos não aumentou, ou seja não se verificou a escalada da morbidade.

Mecanismos associados à intervenção

Assim, de acordo com os autores deste estudo, o primeiro mecanismo associado com a intervenção precoce é a prevenção da “escalada de morbidade” no grupo em que a intervenção foi mais duradoura.

Um segundo mecanismo diz respeito às mudanças provocadas pelo processo terapêutico. De acordo com os resultados apresentados pelos autores, as competências das famílias na resolução de problemas, nos estilos de comunicação ou no investimento dos filhos melhoraram, o que lhes permite lidar melhor com os problemas das crianças, ao longo do tempo e através dos diferentes períodos do desenvolvimento, reduzindo assim o grau de desadaptação. De uma forma geral os problemas continuam a existir, mas não se agravam.

Factores exógenos

O estudo de Lyons-Ruth, permite-nos ainda, em meu entender, pôr a hipótese de que o impacto dum ambiente problemático tem um efeito em escalada sobre o aparecimento de psicopatologia na infância e que as intervenções poderão tender a ser menos eficazes, se as condições psico-sociais das famílias não forem modificadas.

Assim, há que concluir que um dos grandes desafios da saúde mental da 1ª infância é tomar medidas que implicam vários níveis de intervenção, que vão desde o nível político e social, melhorando as condições de vida das famílias, a sua segurança económica, o seu grau de educação, o acesso fácil e desburocratizado à

saúde, ao aconselhamento psico-social e que passam pelos governos, mas também pela sociedade civil e por questões de solidariedade social.

A prevenção

Se promover a saúde mental do bebé implica a identificação precoce dos problemas e a sua solução rápida, então uma medida importante será facilitar o acesso precoce das famílias aos cuidados de saúde, o que quer dizer que existe um outro desafio que tem a ver com a formação em saúde mental do bebé dos profissionais de saúde dos cuidados primários, e dos profissionais das creches e dos centros de acolhimento. Também nesta área se têm desenvolvido programas de avaliação, cujos resultados são variáveis.

A OMS e a União Europeia patrocinaram um projecto multi-cêntrico de promoção precoce da saúde mental infantil (3) nos serviços de cuidados primários que envolveu vários países, entre os quais Portugal e cujo objectivo era fornecer uma abordagem preventiva, identificando e reforçando os factores relevantes para o desenvolvimento psicossocial das crianças. Implicou um treino específico dos médicos de família e outros profissionais e o uso de entrevistas semi-estruturadas, para despiste de factores de risco. Os resultados positivos desta intervenção numa população normal, sem queixas clínicas ficaram aquém das expectativas e só se verificaram nalguns países. Este Projecto Europeu de Promoção Precoce da Saúde Mental foi posteriormente desenvolvido em 5 outros países e os resultados ainda que parciais continuam a ser contraditórios. No Reino Unido e na Grécia as mães estavam menos insatisfeitas e consideravam que recebiam mais ajuda do grupo de profissionais com formação do que as mães que eram atendidas pelo grupo sem formação.

Também no Reino Unido, a diferença na capacidade de identificar factores de risco psico-social para o desenvolvimento varia nos 2 grupos, enquanto na Finlândia isso não acontece, colocando-se a hipótese de neste país a qualidade dos cuidados e formação dos profissionais ter já atingido um nível muito elevado. Na Jugoslávia, não se verificaram diferenças entre os 2 grupos. Porém, neste país durante o estudo, as populações eram vítimas da guerra que se desenrolava nos Balcãs, o que dificultou a análise dos resultados.

Podemos então concluir que promover a saúde mental do bebé é uma tarefa complexa, em que múltiplos factores estão em jogo e que apresenta dificuldades inerentes ao próprio processo, às condições locais em que os programas são implementados e à formação dos profissionais de saúde.

No entanto, um certo número de medidas podem ser tomadas, com vista à melhoria dos padrões de saúde mental dos bebés, tais como:

- 1) Sensibilizar e dar formação adequada aos agentes da comunidade que lidam com a problemática da família e da 1ª infância.
- 2) Treinar equipas especializadas que possam liderar os programas e fornecer supervisão às equipas que estão no terreno.
- 3) Identificar precocemente os problemas e intervir na população geral.
- 4) Intervir especificamente junto dos grupos de risco, de forma intensiva, flexível e adaptada às necessidades e disponibilidades de cada caso.
- 5) Por último, mas seguramente a primeira medida a tomar, combater a pobreza das famílias, as carências de educação e romper os ciclos viciosos da patologia.

BIBLIOGRAFIA

- (1) Golse, B. (2007). *Comunicação pessoal*. Paris.
- (2) Preier, W. (1987). *L'âme de l'enfant*. Paris: Félix Alcan, ed.
- (3) Puura, K., & coll. (2002). The European early promotion project: A new primary health care service to promote children's mental health. *Infant Mental Health Journal*, 23, 606-624.
- (4) Ruth-Lyons, K., & Easterbrooks, M.A. (2006). Assessing mediated models of family change in response to infant home visiting: A two-phase longitudinal analysis. *Infant Mental Health Journal*, 27, 55-69.
- (5) Stern, D. (1985). *The Interpersonal World of the Infant*. Nova York: Basic Books.

RESUME

Les progrès dans les connaissances sur la première enfance a donné lieu à d'immenses attentes, notamment en ce qui concerne la prévention des troubles psychiques précoces et les effets des interventions psychothérapeutiques à cet âge là, et aussi d'énormes défis. Dans cet article, l'auteur analyse les difficultés rencontrées, en ce qui concerne les aspects suivants: les professionnels, le processus thérapeutique proprement dit, les facteurs externes et la prévention.

Devant les carences existantes au Portugal dans ce domaine il a été jugé utile, par un groupe de professionnels la création d'une association, "Ser Bebê – Associação Portuguesa para a Saúde Mental da Primeira Infância", dont les objectifs sont présentés.

Mots-clé: Intervention. Prévention. Première enfance.

SUMMARY

The scientific advances about infancy allowed the professionals to have a great deal of expectation regarding prevention and early psychotherapeutic interventions on mental health but it brought also many challenges. The author analyses the difficulties, according 4 items: the professionals, the therapeutic processes, external factors and prevention. In Portugal there is few resources in the domain of infant mental health. Some professionals get together and they create an association: “Ser Bebê – Associação Portuguesa para a Saúde Mental da Primeira Infância” whose objectives are presented.

Key-words: Infant mental health. Intervention. Prevention.

E QUANDO HÁ TOXICODEPENDÊNCIA? A INTERVENÇÃO NA RELAÇÃO MÃE-BEBÉ

Mónica Salgado *

RESUMO

Aborda-se o tema da maternidade na toxicodependência. Inicia-se com uma breve introdução a um serviço de atendimento a toxicodependentes que trata exclusivamente grávidas toxicodependentes e seus filhos desde há 15 anos, focando a sua abordagem particular à problemática da toxicodependência.

Fala-se do benefício do tratamento multidisciplinar desta patologia, descrevendo seguidamente uma psicoterapia breve mãe-criança.

Termina-se enfatizando a importância do apoio às grávidas toxicodependentes e seus filhos e da necessidade de “apostar” nas suas competências maternas como forma de prevenir, não só a patologia pedopsiquiátrica nos filhos, ajudando ao mesmo tempo a grávida a reconhecer as suas competências maternas; enfatizando as compatibilidades entre toxicodependência e maternidade.

Palavras-chave: Bebê. Gravidez. Psicoterapia mãe-bebê. Toxicodependência.

O trabalho com mães toxicodependentes e seus filhos, dada a complexidade da patologia em questão, exige uma equipa multidisciplinar coesa. É uma tarefa exigente mas gratificante.

Procuraremos comprovar nesta apresentação, que o consumo de drogas não é incompatível com o desempenho da função maternal. Não obstante as implicações, quer na criança, quer na mãe, cremos ser possível a preservação da diáde.

* Psiquiatra da Infância e da Adolescência. CAT Conde, Unidade Materna.
E-mail: monicateresasalgado@hotmail.com

Esta reflexão baseia-se na minha experiência, desde há 6 anos, no CAT CONDE – Unidade Materna, único CAT específico para grávidas do País e dos poucos da Europa. O CAT Conde existe desde 1991, portanto, há 15 anos.

Especificamente sobre o trabalho desenvolvido nesta Instituição, vamos tentar realçar a pertinência das psicoterapias conjuntas breves mãe-bebé, na prevenção da psicopatologia da criança.

Para concluir, relataremos, com algum detalhe um exemplo duma psicoterapia conjunta breve mãe-criança.

Comecemos então pela questão da compatibilidade entre o consumo de drogas e a maternidade.

Na maior parte dos casos que acompanhámos, a gravidez é desejada embora quase nunca planeada, e a função da equipa, inicialmente, é a de abordar as dificuldades técnicas e o contexto social, pois, pelo que nos foi dado observar, só excepcionalmente as capacidades maternas são afectadas pelo consumo de drogas, mesmo nos casos de consumo maciço, tal como o demonstram também os trabalhos de Françoise Weil-Halpern.

O Advisory Council on the Misuse of Drugs (em 1988) estabelece que, embora *“experiências infantis e de adolescência negativas e problemas sociais diversos influenciem a capacidade da mulher toxicodépendente se relacionar com os seus próprios filhos; o uso de drogas per se não é incompatível com o desempenho da função maternal”*.

Na raiz da insegurança e desorganização do sistema de vinculação da toxicodépendente estão muitas vezes relações, marcadas pela falta de confiança, falta de comunicação e alienação, que podem originar um padrão de vinculação evitante, pois existe geralmente na sua *“história prévia uma prevalência significativa da ocorrência de perdas, separações e abandonos, inconsistência educativa, bem como negligência, abuso físico e/ou sexual, e défices parentais vários”* (Torres, 2003).

A gravidez pode acentuar a culpabilidade e as angústias associadas a uma experiência dolorosa da sua própria infância e o receio de ser mãe. Nestas mulheres existe muitas vezes o medo da deficiência associada aos consumos e, se as mães têm já outros filhos entregues a terceiros, a gravidez pode agravar a culpabilidade.

A entrada em tratamento, contudo, pressupõe por parte da grávida toxicodépendente a vontade de mudar.

A especificidade de iniciar seguimento numa Unidade Materna, onde só se pode entrar grávida, ou até aos primeiros três meses do pós-parto, permite uma abordagem biopsicosocial.

Na vertente médica (farmacológica, psicoterapêutica e grupal), o tratamento farmacológico é feito com cloridrato de metadona, em manutenção. Quer o tratamento com cloridrato de metadona, quer o consumo de opiáceos têm propriedades ansiolíticas, anti-delirantes e normotímicas, sendo pois este tratamento de extrema importância neste contexto de frequente co-morbilidade psiquiátrica.

Num ambiente em que a principal preocupação é o bem-estar da grávida, ou das recentes mães, e dos seus filhos, a aprendizagem de competências sociais, o restabelecimento de uma rede de relações, o envolvimento com um meio social recompensador e um sentimento de aceitação, assim como a possibilidade de aceder a novos modelos relacionais, nomeadamente com as figuras de referência devem ser trabalhados.

Asseguradas as necessidades básicas, tais como alojamento e alimentação; a preocupação principal da mulher, e da equipa, passa a ser a vivência da maternidade, permitindo-lhe desde logo a criação de um vínculo seguro. Este ambiente é, amiúde, bem aceite pela grávida, por ajudar a satisfazer a enorme necessidade de idealização e fusão emocional que a toxicodependente normalmente necessita. O sentimento de pertença parece ser forte nas mulheres em tratamento, sendo a intensidade afiliativa grande.

Exemplo disso é o facto de, quase todas as mães se deslocarem ao CAT com os seus filhos pequenos.

É importante salientar que o CAT funciona muitas vezes como refúgio seguro (o regresso ao útero materno).

Por exemplo: uma das nossas utentes afirmou a uma das técnicas que, depois das 17 horas, quando fecha o serviço, se sente perdida por saber que não pode recorrer a ele, em caso de necessidade. Uma outra, após levar uma facada, dirigiu-se inicialmente ao CAT, e não ao hospital.

Estes comportamentos, quase regressivos, parecem ser um percurso necessário para iniciar o caminho da autonomia.

Acontece frequentemente que, mesmo após a alta farmacológica, o vínculo com a instituição se mantém, recorrendo as toxicodependentes, a este “refúgio” nos momentos mais difíceis.

É importante referir que sempre que a toxicodependente vive com alguém que também é consumidor, é fundamental que o companheiro inicie o tratamento, em simultâneo.

No que nos foi dado observar nas mulheres que acompanhamos, a toxicodependência não tem de ser sinónimo de patologia da relação, uma vez que as aptidões maternas estão preservadas. O seguimento diário no CAT das mães e seus filhos recém-nascidos permite à equipa intervir, na maior parte dos casos, antes da instalação da patologia.

Importa agora aflorar as implicações dos consumos maternos na criança.

O receio dos efeitos da toxicomania materna no feto são frequentes quer na população geral, quer, muitas vezes, na comunidade médica. Contudo a heroína e os derivados da cannabis não são teratogénicos. Quanto à cocaína apesar da literatura aludir a uma associação do seu consumo a malformações cardíacas, genito-urinárias e do sistema nervoso central, a avaliação retrospectiva – quer no nosso serviço, quer noutros como na Maternidade Dr. Alfredo da Costa – não refere o aparecimento de qualquer malformação.

A estabilização que se consegue com a metadona evita a síndrome de abstinência materno e fetal, embora não impeça a instalação de um síndrome de abstinência no recém-nascido.

Um estudo realizado na Maternidade Dr. Alfredo da Costa, por Frazão et al. (2001) refere que, *“cerca de 40% a 60% dos filhos de mulheres que consomem heroína na gravidez ou que estão em programa de substituição com metadona, apresenta em maior ou menor grau sinais de privação dos opiáceos. Ultrapassado este período, e desde que não haja sequelas de uma eventual hipóxia perinatal ou sequelas de prematuridade, os filhos das toxicodependentes são seres saudáveis e aptos para a vida”*.

O tratamento com metadona, e a mudança do estilo de vida (diminuição dos factores de risco e ansiogénicos e paragem dos consumos) permitem reduzir as complicações obstétricas, possibilitando, um aumento médio do peso à nascença e uma diminuição do sofrimento crónico fetal e das complicações respiratórias neo-natais.

Quanto ao acompanhamento obstétrico é monitorizado pelo CAT, permitindo a regularidade do seguimento nas melhores condições. Tal como defende Sylvie Geismar-Wieviorka, também nós constatámos que, desde que haja consultas especializadas, eficazes e não estigmatizantes para ajudar as grávidas toxicodependentes, o número de mulheres seguidas no princípio ou no decorrer da gravidez aumenta consideravelmente, enquanto o número daquelas que não tiveram vigilância médica diminui.

Por exemplo: na nossa população de 689 mulheres, o número de mulheres HIV positivo é de 58 e o número de crianças HIV positivo é de duas (sendo que uma das mães só entrou em tratamento pós-parto, e no outro caso, a equipa só tomou conhecimento da seropositividade da mãe no dia em que o bebé nasceu, prematuro).

Parece-nos que a causa de um grande número de problemas existentes nos filhos de mães toxicodependentes está mais na falta de acompanhamento especializado, na privação e nos problemas legais e sociais, do que nos problemas

obstétricos ou peri-natais, não deixando, assim, de ser estranho que os locais de tratamento de mães toxicodependentes e dos seus filhos sejam tão escassos, enquanto as medidas de protecção jurídicas previstas para remediar os casos de incapacidade da mãe se multiplicam.

Nos filhos das toxicómanas os casos de maus-tratos são raros, mas os casos de negligência, ligados aos consumos, existem e podem colocar em perigo a criança.

Daí que o papel da equipa de cuidados seja fundamental no suporte e reforço das aptidões da mãe, mais do que na simples vigilância dos comportamentos desta.

Nem todas as mulheres toxicodependentes conseguem criar um filho, mesmo que afirmem que o desejam. Inversamente, é perfeitamente abusivo pretender que todos os filhos de mães toxicodependentes devam ser sujeitos a medidas de protecção ou de acolhimento em lares substitutos.

A nossa experiência com esta população vai ao encontro do que já tinha sido concluído no Centro Pierre-Nicole (em França), que também atende grávidas. Concluímos que algumas mulheres, em tratamento, podem não estar totalmente abstinentes, mas, ainda assim, têm capacidade para criar os filhos, desde que lhes seja facultado um apoio psicológico e social eficaz.

Pensamos que a entrada em tratamento no período da gravidez facilita a intervenção e permite que a mulher vivencie a sua experiência da maternidade, mobilizando a sua própria capacidade ao investir o filho.

A relevância das psicoterapias conjuntas breves mãe-bebé, justifica-se uma vez que existe um funcionamento psíquico particular no pós-parto, com uma redistribuição dos investimentos narcísicos e libidinais da mãe, e a inclusão do filho na organização psíquica desta. Observa-se o surgimento de um novo espaço interpessoal, neste novo espaço, a criança pode ser alvo dos investimentos narcísicos e pulsionais da mãe, que deixam de estar confinados ao espaço intra-psíquico e passam a existir também no espaço inter-pessoal da relação com a criança.

Para além disto, este período pode predispor à reactualização de conflitos do passado infantil da mãe, susceptíveis de originar distúrbios interrelacionais.

Assim, o bebé transforma-se, muitas vezes, no depositário dos investimentos maternos, devido à projecção dos conteúdos psíquicos da mãe sobre a criança.

A Escola de Genebra destacou o papel das Sequências Interactivas Sintomáticas (SIS), nas comunicações inconscientes entre pais e filhos, definindo-as como uma estrutura repetitiva de trocas mãe-filho, relacionada com um conflito central da mãe, correspondendo ao equivalente interagido (e interpessoal) de um conflito intra-psíquico e Lebovici ressaltou a importância do bebé fantasmático, e do bebé imaginário que existe na relação com o filho real.

Nas psicoterapias conjuntas breves (descritas por Lebovici *cit in* Cramer (1993)) a psicopatologia da díade permite um foco interpretativo centralizado na conflitualidade interrelacional, interpretando-se a transferência sintomática sobre o filho. Uma vez que o filho é o paciente designado, a mãe não apresenta a predisposição transferencial habitual que existe normalmente antes do tratamento.

A transferência para com o terapeuta é positiva.

É importante salientar que a rapidez das mudanças obtidas na psicoterapia não são sinónimo da sua fragilidade ou superficialidade. As mudanças são, normalmente, grandes e duradouras.

Deste modo as terapias conjuntas parecem ser um instrumento terapêutico importante, que permitem não só o estudo pormenorizado das inter-relações precoces, como também podem servir de intervenção preventiva.

Ao falar das psicoterapias mãe-criança não posso deixar de mencionar a equipa da UPI, com quem aprendi a técnica.

Procurando ilustrar o que acabámos de referir vamos apresentar-vos um caso de uma psicoterapia conjunta breve mãe-criança, em que se tentou resolver o descarrilamento do diálogo.

Cristina entrou no CAT no 5º mês de gravidez das suas filhas gémeas. Iniciara o consumo de heroína fumada 7 meses antes de começar o tratamento. Mantém-se desde essa altura, abstinente de drogas não prescritas.

As gémeas nasceram prematuras, com 7 meses (28 semanas) e o acompanhamento obstétrico foi de, apenas, uma consulta. Após o parto, a Cristina teve uma crise convulsiva o que levou a que fosse transferida para outro hospital. A mãe solicitou a mudança das filhas para o hospital onde estava, mas o pedido foi recusado. Então, Cristina pediu alta para poder ver as filhas diariamente. Após dois meses de internamento, a Instituição onde as crianças nasceram, optou por retirar as gémeas da custódia da mãe, alegando que a família não tinha condições físicas – porque viviam numa pensão ou sociais – porque eram beneficiários do Rendimento Social de Inserção para cuidar dos bebés. As crianças foram colocadas numa Instituição onde a mãe as podia ver somente uma hora, duas vezes por semana. Posteriormente, as meninas passaram a ir a casa dois dias por semana e só aos 18 meses começaram a viver com a família (a mãe, o pai e o irmão de 3 anos).

Foi nessa altura que a Cristina e a Maria vieram à primeira consulta.

Maria tinha então 20 meses e a mãe aceitou a sugestão, do seu técnico do CAT, de consultar um pedopsiquiatra, uma vez que – como a própria mãe referia existia um conflito constante com a filha, que a esgotava.

No início da primeira entrevista a Cristina disse, e passo a citar: “*A Maria rejeita-me completamente. Eu não tenho nenhum tipo de relação com a Maria*”.

A seguir descreveu uma cena que ocorrera na noite anterior, na altura de ir deitar as filhas, passo a citar: “*a Maria, subitamente e sem saber porquê, pôs-se a chorar e a virar a cara contra a parede, não querendo que eu chegasse perto dela*”.

As queixas da Cristina eram frequentes e ela sofria com estas manifestações, que considerava de rejeição, sem as compreender.

A Cristina dizia ainda que, inicialmente, achava que a Maria iria mudar, atribuindo o seu comportamento ao facto das filhas terem estado institucionalizadas, até porque notava que as meninas tinham adquirido uma autonomia muito própria. Pensava, dizia ela, que a vinda definitiva das gémeas para casa iria torná-las mais tranquilas porque nos últimos meses na instituição as meninas ficavam a chorar sempre que se separavam dela. Afinal, à medida que o tempo ia passando, apercebia-se que o comportamento daquela filha era diferente e mantinha a sensação sistemática de que a Maria a rejeitava.

Logo na primeira consulta, foi possível observarmos que, enquanto a Cristina falava da rejeição, a Maria parecia ser uma criança muito passiva, sentada tranquilamente ao colo da mãe. Era notório o contraste entre o aspecto calmo da criança e o sentimento transmitido pelo discurso materno de uma rejeição que a deixava sem conseguir agir. Havia muito pouca interacção entre ambas, e a pequena amplitude das trocas contrastava, em muito, com a imagem evocada pela Cristina. Esta descrição parecia ilustrar uma Perturbação da Relação Zangada/Hostil (classificação diagnóstica DC:0-3), em que a mãe se mostrava incapaz de confortar ou compreender a filha. A interacção entre ambas parecia ser quase inexistente e sem prazer, e a mãe não mostrava ter consciência das necessidades da filha.

Parecia existir entre Cristina e Maria um padrão de Vinculação Evitante. A filha usava pouco a mãe como figura de referência e o modelo interactivo era passivo.

Pensamos que o investimento feito pela mãe na “tentativa” de recuperar as filhas, que via, inicialmente, de forma espaçada, pode ter permitido a manutenção da fantasia do bebé “imaginário”, que só se tornou verdadeiramente “real” quando ficaram definitivamente em casa. Esta situação pode ter aumentado a dificuldade em aceitar que a Maria tivesse um funcionamento diferente daquele que imaginara, com a agravante das irmãs terem permanecido juntas o que, se, por um lado, poderia ter sido protector para ambas, por outro lado, pode ter dado à mãe a sensação de uma menor vinculação, tornando-se então facilitador de identificações negativas. A diferença de comportamento entre as irmãs agravava a situação.

A reacção da Maria não era a que Cristina esperava. A Cristina continuou dizendo, e passo a citar: *“sinto-me como se estivéssemos a medir forças, acabando a menina por ganhar” porque “a Maria tem um feitio igual ao meu”*.

A mãe continuava a dizer que tinha dificuldade em saber o que devia fazer e mostrava-se muito confusa. Contava que tinha tentado dar um beijo à filha mas que esta lhe virara as costas. Dizia também que achava que bater não resultava.

Tentámos mostrar-lhe que compreendíamos o que estava a sentir. Comentámos o facto dela ter passado uma fase muito difícil quando as meninas não estavam com ela e do sentimento de impotência perante tal situação. Tinha lutado tanto para ter as gémeas consigo, e agora a reacção da filha não era a que ela esperava. A mãe concordava com a cabeça.

Dissemos ainda que a Maria, apesar de ser tão pequena, parecia ter já uma grande capacidade de mostrar o que queria. A Cristina continuou dizendo *“a Maria tem o meu feitio!”* Tinha pena, dizia ela, de ter com a filha o tipo de relação conflituosa e dolorosa que tivera com a sua mãe.

Observámos-lhe que talvez ela receasse que a filha a visse como ela vira a própria mãe, e não soubesse, por isso, como agir. Sugerimos-lhe que tentasse mostrar à Maria o quanto a amava, que arranjasse estratégias e brincadeiras novas para captar a atenção e o interesse da filha.

Ao longo das oito sessões que durou a psicoterapia, Cristina – normalmente com Maria ao colo – falava amiúde do receio que tinha de vir a tornar-se para a filha aquilo que a sua mãe tinha sido para ela. Disse uma vez e cito: *“tenho aversão à infância e às coisas que a minha mãe me fez passar”*.

Em várias ocasiões a Cristina acabava por referir a agressividade da mãe para com ela própria.

Foi possível constatar que, ao longo da terapia, o conflito mãe-filha, foi-se deslocando para a geração anterior. A mãe que inicialmente se queixava da agressividade da filha, posteriormente falava com dor da rejeição que sentira por parte da sua mãe.

À medida que a Cristina ia falando da mãe ia progressivamente admitindo que estava muito ligada a ela, e que dela tinha constantemente saudades. Lamentava que a sua mãe não se preocupasse com ela.

Cristina expressou, depois, o medo de se aproximar mais da filha, com receio de que a filha a rejeitasse, tal como ela sentia que a mãe tinha feito consigo.

Se inicialmente a mãe se queixava da filha, depois era ela, como filha, que se queixava da mãe.

Assim, talvez fosse possível entender o presente à luz do passado, tendo sido as pessoas reais substituídas pelos objectos internos.

Numa ocasião falou do seu feitio muito fechado e da dificuldade que tinha em mostrar os seus sentimentos. Disse e cito: “*até o meu marido se queixa... quando estou mais triste ou irritada, afasto-me...*”.

Perguntámos-lhe o que sentia quando via a filha afastar-se dela. Cristina respondeu que recordava que, sempre que tentava aproximar-se da mãe, esta a maltratava, chegando a esperar que o pai saísse de casa para a fechar no celeiro, com as cabras. Só podia sair minutos antes do pai chegar para que ele não se apercebesse de nada. Estas lembranças “*faziam-me sentir mal*”, desabafava.

Dissemos-lhe que talvez a filha se sentisse rejeitada, tal como ela se tinha sentido. Cristina sorriu, fazendo uma festa na cabeça da filha.

Pareceu-nos que a Cristina não fizera o luto da relação com a mãe, que ela sentira como rejeitante, tornando-se difícil conseguir estabelecer uma outra relação com a filha.

Numa ocasião em que a filha se encontrava a brincar no chão, a Cristina aproximou-se tentando brincar com ela, mas esta afastou-se e continuou a brincar, sozinha. A Cristina permitiu que a filha ficasse só e afastou-se, continuando a falar.

O distanciamento da filha pareceu-nos a constatação do fracasso da relação.

Aconselhamo-la a fazer uma tentativa diferente.

Cristina pegou então numa boneca e, cantando, aproximou-se de Maria. A menina sorriu, juntando-se à mãe e começaram a brincar.

Comentámos que talvez o distanciamento da Maria resultasse da passividade e do ar taciturno da Cristina, que não reagia quando a filha se afastava. Talvez a forma de agir da mãe condicionasse os comportamentos da filha.

Cristina voltou a falar da sua mãe. Disse que tinha saudades dela e que reconhecia que, embora achasse que a preferida era a sua irmã, a mãe lutara muito para as educar. Fora uma mulher muito sozinha pois o pai raras vezes estava presente. Compreendia isso “agora” porque também tinha filhas.

Parecia-nos que a Cristina tinha conseguido aceitar alguns dos comportamentos da mãe, compreendendo o sofrimento que passara e o esforço que fizera, sentindo alguma empatia pelo seu sofrimento.

Pensávamos estar a haver um processo de reparação da imagem da mãe.

À medida que as sessões foram decorrendo, a Maria foi explorando cada vez com mais à vontade a sala. Enquanto a mãe ia falando, a Maria solicitava cada vez mais a Cristina para interagir com ela. Iam-se notando mais e mais gestos de cumplicidade entre as duas, sorrisos partilhados e olhares de afeição.

Deixou de haver distanciamento quando a Cristina se dirigia à filha. A mudança era visível e parecia ser indiciadora das modificações intra-psíquicas, quer na mãe, quer na filha.

Parafrazeando a Dr.^a M. José Gonçalves, “*é no contacto com o aparelho psíquico dos pais que se desenvolvem as estruturas psíquicas, quer afectivas quer cognitivas, que organizam a vida mental da criança*”.

A Cristina falava espontaneamente das modificações na interacção. Dizia que, embora achasse a filha uma criança muito autónoma e com uma cumplicidade especial com a irmã, sentia-a muita mais próxima, solicitando-a sempre que precisava dela.

Pareceu-nos assim haver uma correlação entre as mudanças visíveis na interacção e a modificação nas representações maternas que permitiu a alteração na relação mãe-filha, expressas nas palavras da Cristina: “*a minha filha chama-me quando precisa de mim*”.

Pensamos poder concluir que se, por um lado, Cristina tinha conseguido criar uma imagem mais positiva da sua mãe (o que lhe permitia identificar-se com ela). Tinham podido, também, modificar-se as representações mentais que a Cristina fazia da própria mãe, da filha e do seu papel de mãe. Tais mudanças permitiram uma maior liberdade de investimento, quer da Cristina, quer da Maria, tal como prova a nova espontaneidade que se observou na interacção.

Agora, dizia a mãe “*distinguia as filhas perfeitamente*”; explicando que inicialmente conseguia diferenciá-las fisicamente, mas não em termos de “*feito*”. Pensava que o ter podido estar sozinha com a filha a tinha ajudado a conhecê-la melhor.

O emergir duma nova relação da Cristina com a mãe permitiu um diferente eixo organizador da vida da Cristina, originando uma nova *constelação psíquica materna*. Os novos padrões comportamentais maternos irão, por sua vez, provocar, na criança diferentes modelos de funcionamento interno (*internal working models*). Como escreveu a Dr.^a M.^a José Gonçalves, “*as interpretações subjectivas dos pais em relação ao seu bebé são indispensáveis à construção da identidade da criança.*”

Foi possível efectuar-se a transmissão de um modelo materno mais gratificante, passando a ser permitida uma “*transmissão transgeracional de amor*”.

Cristina comentou que via agora a filha de modo diferente e que até achava que a conseguia compreender.

Na última sessão da psicoterapia, enquanto a Cristina falava das mudanças que tinham ocorrido afirmou o seguinte: “*basicamente era a minha atitude que a afastava...*”.

Ao longo da psicoterapia, a Maria só excepcionalmente se aproximou de nós, aceitando de bom grado a nossa presença, mas raramente tentando interagir ou chamar a nossa atenção.

Stern, cit. in Cramer (1993), refere, relativamente às psicoterapias mãe-filho, que a acção do terapeuta deve ser dirigida exclusivamente às representações maternas, podendo o terapeuta comentar os comportamentos interactivos mãe-criança, Sequências Interactivas Sintomáticas, apenas para elucidar questões que são discutidas no domínio do mundo representacional da mãe.

Como diz a Dr.^a M.^a. José Gonçalves, a identificação terapeuta-mãe, terapeuta-bebé, permitirá o estabelecimento de movimentos contra-identificatórios da mãe e do bebé, favorecendo a reorientação de investimentos recíprocos. As palavras do terapeuta, e ele mesmo, funcionam como o terceiro elemento da relação mãe-bebé, induzindo a diferenciação psíquica da díade.

Actualmente, a Cristina embora tenha um emprego, mantém-se em acompanhamento no CAT. As filhas frequentam o mesmo infantário que o irmão mais velho. O pai está também a ser acompanhado num CAT.

Repetindo o que referi inicialmente, e sustentada nos exemplos e na literatura que citámos, pensamos poder concluir a seguinte ideia força:

Apesar das relevantes implicações, para a criança, do uso de drogas pela mãe, a toxicodependência desta é compatível com a função maternal.

BIBLIOGRAFIA

- Cramer, B., & Palácio-Espasa, F. (1993). *Técnicas psicoterápicas mãe/bebé*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Frazão, C., Pereira M.E., Amaro, F., & Teles, L.C. (2001). *A mulher toxicodependente e o planeamento familiar, a gravidez e a maternidade*. Lisboa: Fundação N^o Sr.^a do Bom Sucesso.
- Gonçalves, M.J. (1994). Identification et contre-transfert dans les psychothérapies mère-enfant. *Rev. Franç. Psychanal.*, 58, 1669-1873.
- Lowenstein, W., Gourarier, L., Coppel, A., Lebeau, B., & Hefez, S. (1998). *A metadona e os tratamentos de substituição*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Geismar-Wieviorka, S. (1999). *Nem todos os toxicómanos são incuráveis*. Terra Mar.
- Torres, N.M. (2003). A química da dependência e as dependências-tóxicas para um modelo bio-psico-social. *Toxicodependências*, 9(1).
- Weil-Halpern, F., & Lebovici, S. (1989). *Psychopathologie du bébé*. Paris: Presses Universitaires de France.

SUMMARY

This article describes a treatment service that attends toxic dependent pregnant women and their children and as done so for the past 15 years.

It empathises the very particularly approach to the treatment, were a multidisciplinary team is able to achieve a deep knowledge of the patient and the family function as well as the infant-mother relation. As doing so the team helps to prevent future pathology not only in the mother-children relationship but on the children as well. Early infant-mother psychotherapy is also described, empathizing once again the idea that toxic dependence is compatible with motherhood.

Key-words: Infant. Mother-infant psychotherapy. Pregnancy. Toxic dependence.

QUELS BENEFICES DE LA RECHERCHE POUR LA PRATIQUE CLINIQUE? *

Christiane Robert-Tissot **

Le titre de mon intervention est directement inspiré de l'ouvrage de Luborsky "*Who will benefit from psychotherapy? Predicting therapeutic outcomes*" (1988). Pour répondre à cette question, Luborsky et ses collaborateurs ont cherché à savoir quelles caractéristiques du patient (son diagnostic, symptomatologie), du thérapeute (empathie, style cognitif, expérience), du traitement (nombre de séances, type d'interventions, par exemple interprétations vs. renforcement) étaient associées avec les progrès thérapeutiques ou à l'inverse avec la rupture de traitement. Les résultats ont montré que le meilleur prédicteur de l'issue d'une psychothérapie était la relation qui s'établit entre le patient et le thérapeute (ou alliance thérapeutique), et ceci dès la 3^{ème} séance de traitement. Cette question concernant les processus thérapeutiques succède à une autre question toujours d'actualité sur les effets thérapeutiques, que Roth et Fonagy ont résumé de manière limpide dans le titre de leur ouvrage commun sur les indications et les effets des traitements psychothérapeutiques: "*What works for Whom?*" (Roth & Fonagy, 1996), c'est-à-dire "quelle thérapie, pour quel patient, et par quel thérapeute?".

A qui sert la recherche? En quoi est-elle utile? Ces questions ont motivé le programme de recherche menés depuis une vingtaine d'années au Service de Guidance Infantile de Genève (HUG), à l'instigation du Prof. B. Cramer¹ et

* Titre de l'intervention à "Ser bébé" (Lisbonne, 17 octobre 2006): *Clinical practice: Who will benefit from research?*.

** Université de Genève.

¹ Ce programme de recherches a été soutenu par quatre subside du Fonds National Suisse pour la recherche scientifique: (a) Outcome of brief mother-infant psychotherapies for the treatment of Functional Disorders in Infancy ($n=75$, aged from 2 to 30 months) de 1987 à 1992. (b) Therapeutic process in brief mother-infant psychotherapies ($n=40$ sessions) de 1992 à 1996. (c) Follow-Up at Preadolescence ($n=53$) de 1996 à 2000. (d): Forerunners, treatment and evolution of early Behavior Problems ($n=70$, aged 18 to 36 months) de 1999 à 2004.

avec la collaboration de cliniciens et de chercheurs expérimentés (F. Palacio Espasa, D. Knauer, J.P. Bachmann, S. Rusconi Serpa, M. de Mural, etc). Au total, plus de 250 nouveaux cas de consultations d'enfants de 2 à 36 mois et plus de 150 traitements ont participé au le programme de recherche sur les thérapies brèves mères (ou parents) – bébés pour le traitement d'abord des troubles fonctionnels et ensuite des troubles précoces du comportement.

BENEFICES POUR LES CHERCHEURS

Il est habituel de penser que la recherche sert d'abord aux chercheurs. L'obtention de crédits de recherche et les publications sont en effet le premier critère retenu pour les nominations et les renouvellements à des postes académiques. La recherche est donc nécessaire au chercheur d'abord pour obtenir la reconnaissance de la communauté scientifique. Le chercheur étant souvent un enseignant, la recherche est également utile à l'enseignement et à la formation des étudiants. Le chercheur trouve dans ses recherches des résultats de groupe ou des exemples sous forme de cas uniques illustrant ses propos. Il trouve aussi des questions, interrogations qui renouvellent son intérêt, sa motivation, son enseignement. Chercher est une passion, et on ne parle bien que de ce qui, profondément, nous intéresse, nous motive et nous passionne.

Dans ce sens, le programme de recherche de la Guidance Infantile a nourri une série d'enseignements en psychiatrie infantile et en psychologie clinique. Il a obtenu une visibilité internationale à travers les présentations aux Congrès successifs de la WAIMH de 1989 à aujourd'hui ainsi que par les publications et les cours de formation d'automne organisés par le Service. Les techniques de thérapie brève psychodynamique et de guidance interactive sont également enseignés dans différents contextes institutionnels (formation à la psychothérapie du SMP / SPEA, formation continue universitaire pour la Guidance Interactive).

Au-delà de ces bénéfices individuels et collectifs, la recherche fonde la communauté scientifique car elle implique une démarche de groupe (par opposition à une démarche individuelle). La recherche crée et soude un groupe, développe une culture de groupe, des valeurs, des savoirs et des savoir-faire. Mais, avant tout la recherche vise à intéresser, qui venant du latin signifie "être avec les autres" (Stengers, 1992). La recherche permet la communication entre les membres de la communauté scientifique car elle implique une démarche publique (par opposition à une démarche privée), c'est-à-dire, de démarche qui soit communicable à d'autres, et qui de ce fait assure la reproductibilité des

résultats. Elle implique donc, et c'est là que se situe l'effort principal des chercheurs, une explicitation des concepts, des jugements, des mesures (quantitatives ou qualitatives) au moyen d'énoncés non ambigus, le recours à des instruments valides et à des procédures d'analyse des données clairement explicitées. Cet effort d'explicitation – d'opérationnalisation – constitue pour Reuchlin (1981) une “option fondamentale” du chercheur, par opposition par exemple à l'usage des nombres, qu'il considère comme une “option superficielle”. Si ces exigences sont remplies et si les questions auxquelles la recherche veut répondre sont intéressantes, la recherche profite à l'évolution des connaissances, car la communication entre les chercheurs permet que les idées, points de vue, théories et pratiques soient débattues, modifiées, abandonnées, renouvelées. C'est aussi cet aspect public de la recherche qui permet la communication avec le public et avec les décideurs politiques, les assurances sociales et les organismes de formation.

A cet égard, l'équipe de la Guidance Infantile, constituée de cliniciens et de chercheurs, a d'abord dû se mettre d'accord sur une procédure de consultation et des instruments pertinents d'un point de vue clinique et valides pour la recherche. Comme on peut le voir à l'Annexe A (Procédure et instruments de recherche), la procédure implique une division inhabituelle des tâches d'évaluation (les consultations pré- et post-traitements étant de la responsabilité des chercheurs) et d'intervention (assumées par les cliniciens).

Par ailleurs, un protocole identique a été appliqué à toutes les situations, avec des instruments prévus pour les parents, et d'autres pour le bébé et les interactions. Lorsque des instruments validés n'étaient pas disponibles, ceux-ci ont été élaborés pour la recherche, ce qui a été le cas du Symptom Check-List pour l'évaluation des manifestations symptomatiques de l'enfant et de l'Entretien R pour les représentations maternelles.

Par ailleurs, la procédure d'indication des traitements a été formalisée, au terme d'un long travail d'échanges et de réflexion de l'équipe, par un questionnaire (Bachmann & Robert-Tissot, 1992) élaboré à partir des critères cliniques propres à l'approche psychodynamique (focus, résistance, contre-transfert) et à celle de la guidance interactive (qualité des interactions, capacité de travailler au moyen de la vidéo). En l'absence de contre-indication, l'affectation des patients à un type de traitement a été d'abord tiré au sort (random assignment), puis dans une étape ultérieure, les patients ont eu la possibilité de s'exprimer sur la forme de traitement qui leur convenait le mieux (Robert-Tissot & Cramer 1998).

BENEFICES POUR LES PATIENTS

Cette question ne fait pas l'objet d'une grande considération et n'est que marginalement évoquée dans la littérature. On observe avec intérêt que les commissions d'éthique et les codes de déontologie demandent avant tout à ce que la recherche ne porte pas de préjudice au patient, que celui-ci fournisse un consentement éclairé et qu'il puisse à tout moment, sans justification ni sans désagrément, se retirer du protocole de recherche, et enfin que son anonymat soit garanti. Il n'est pas stipulé, ni demandé que sa participation aux efforts de recherche lui permette d'en tirer un bénéfice. Il est vrai que la recherche progresse de manière lente, souvent sinueuse et imprévisible, que les résultats négatifs (dont la probabilité de publication s'avère extrêmement faible!) sont aussi importants que les résultats positifs, que souvent les résultats des recherches ne débouchent sur des applications qu'à long terme.

Ceci étant, il faut le reconnaître que les patients participant aux recherches de la Guidance Infantile ont accepté de répondre à de nombreux questionnaires et nous ont ainsi fourni les données nécessaires à l'examen de nos hypothèses. Le programme de recherches sur les thérapies brèves mère-bébé a eu, nous semble-t-il, qui une série de conséquences, que nous considérons comme bénéfiques pour les patients, dont les principales sont listées ci-dessous:

- Délai plus court pour obtenir un premier rendez-vous après l'annonce du cas au service (environ une semaine).
- Nombre d'heures important mis à disposition des parents et l'enfant pour les séances d'évaluation
- Evaluation complète de différents domaines: développement mental et moteur de l'enfant, manifestations symptomatiques, représentations et dépression maternelles, facteurs contextuels, ainsi qu'observation des interactions mère-enfant dans une situation structurée (Annexe A: Procédure et Instruments).
- Effet thérapeutique de l'évaluation qui a permis à certains parents d'avoir une nouvelle compréhension du problème entraînant un effet positif, observé avant la première séance de traitement.
- Discussion de tous les cas en groupe avec l'ensemble des chercheurs et des cliniciens, selon une procédure systématisée.
- Accès aux thérapeutes experts du service.
- Implication très importante des thérapeutes dans la recherche, et particulièrement avec les cas difficiles et à mauvais pronostic.

- Suivi assuré au terme du traitement (formel lors des follow-up, et informel auprès des thérapeutes), avec opportunités de poser de nouvelles questions et partager les éventuelles inquiétudes au sujet du développement ou du comportement de l'enfant.
- Plaisir de revenir au service avec l'enfant et constater les progrès.
- Sentiment d'être un partenaire et de contribuer à une meilleure compréhension et à de meilleures prises en charge des problèmes précoces.

BENEFICES POUR LA PRATIQUE CLINIQUE

Est-il toujours vrai que, comme l'écrivait Widlöcher en 1981, les cliniciens "préfèrent des résultats incertains à des certitudes qui ne sont que des évidences" (p. 121) et qu' "en définitive, les cliniciens préfèrent des démonstrations douteuses portant sur des faits nouveaux à des démonstrations rigoureuses qui n'apportent rien, parce que le choix des variables a été artificiellement et abusivement limité" (p. 122)? Les résultats principaux (résumés à l'Annexe B: Effets des psychothérapies brèves mère-bébés) ne constituent pas uniquement des évidences. Il fallait d'abord démontrer qu'un traitement bref (6 séances en moyenne) entraînait au minimum une diminution satisfaisante des symptômes qui motivaient la consultation, ce qui a été établi de manière à la fois clinique et statistique. Que toutes les situations cliniques ne bénéficient pas de manière optimale des traitements a pu décevoir, mais nos résultats confortent le principe de réalité et de prudence quant aux recettes-miracles. L'équivalence des effets obtenus par la thérapie psychodynamique et la guidance interactive a sans doute pu surprendre ceux qui accordent à l'interprétation seule le pouvoir mutatif. C'était sans compter sur l'importance de l'alliance thérapeutique (comme nous l'avons vu plus haut).

Au-delà de ces réactions, les effets thérapeutiques observés ont conduit le groupe à se poser d'autres questions. Ces questions ont conduit le groupe à se tourner, après cette première étape obligée, vers l'étude des processus thérapeutiques, en analysant les interactions verbales des participants (volume et tour de parole, questions, réponses, enchaînement, etc), les types d'interventions des thérapeutes (reverbaisations, clarification, confrontation, interprétation, etc) et les types d'interventions des mères (description, défenses, ouvertures², recherche, expression d'émotions, etc). Ce travail a été effectué de manière exhaustive pour plus de 40 séances différentes (première, deuxième et avant-dernière

² Self-disclosure.

séances pour une quinzaine de traitements. Les interactions non-verbales ainsi que l'attention accordée à l'enfant au cours des séances a également fait l'objet d'une investigation minutieuse des enregistrements video de ces mêmes séances. Ces données ont été mises en relation avec les réponses fournies par les thérapeutes et les patients à l'issue de chaque séance (Cramer & Robert-Tissot, 2000).

Si le couple clinicien – chercheur n'est pas à l'abri de méfiance, de tensions et de conflits, il faut souligner que, dans notre cas, la vie commune a permis au fil des années de créer entre les uns et les autres un “compagnonnage” fait de confiance et de reconnaissance mutuelles. La pratique clinique me semble avoir bénéficié du programme de recherches de plusieurs manières. Quatre points seront brièvement abordés ci-dessous: l'introduction de la Guidance Interactive, les mauvaises indications, le choix du traitement par les parents et enfin le focus et les interventions thérapeutiques.

Introduction de la Guidance Interactive

La nécessité de trouver une solution au problème du groupe contrôle permettant d'évaluer les effets des thérapies brèves psychodynamiques a trouvé une solution avec l'introduction, dans le service, d'une nouvelle forme de traitement – la guidance interactive – fondé sur le renforcement des compétences parentales présentes, et l'amélioration de la lecture des signaux du bébé et des réponses parentales, au moyen du visionnement d'extraits video des interactions parents-enfants (Mc Donough, 1993; Robert-Tissot, 2003). Cette forme de traitement, initialement réservé au programme de recherche et aux troubles fonctionnels du jeune enfant, est ensuite devenue une indication thérapeutique proposée pour d'autres problématiques que les troubles fonctionnels, comme les troubles du comportement ou les troubles envahissants du développement, et pour des enfants au-delà de 3 ans. Plusieurs professionnels, non impliqués dans la recherche se sont formés et sont supervisés par les thérapeutes insérés dans le programme de recherche. Ainsi le service, tout en gardant son orientation psychodynamique, a élargi son offre et sa pratique thérapeutiques de manière à répondre plus étroitement aux besoins de la population consultante. Cette nécessité a même débouché sur la pratique de traitements “mixtes”, qui débutent par exemple par une première tranche de guidance interactive, et se poursuit par une seconde tranche psychodynamique, lorsque la mère, rassurée sur ses compétences, plus adéquate dans l'interaction, et gratifiée par l'enfant, est prête à aborder des éléments difficiles ou douloureux de son passé (Manzano, Palacio Espasa, Zilkha, 2000).

Le choix du traitement par les parents

Dans la *pratique clinique*, le clinicien pose l'indication d'un traitement au plus près de sa conviction et des moyens disponibles dans le secteur. Dans la *recherche en psychothérapie*, par contre, les patients sont *affectés à l'aveugle* à un groupe de traitement ou à un groupe contrôle. Le "random assignment" (ou affectation à l'aveugle) fait partie des recommandations, voire des prescriptions, des critères de validité de la recherche et des critères d'évaluation des recherches, pour les publications et le choix des études incluses dans les méta-analyses (Robert-Tissot, 1997).

Quelle est la *justification* de l'affectation à l'aveugle? La comparaison de deux formes de traitement n'est valide que si les groupes comparés sont équivalents, homogènes. Il faut donc s'assurer qu'aucun biais ne soit introduit à l'insu du chercheur. Le biais est un facteur non contrôlé qui peut être un candidat plausible à l'explication des effets ou de l'absence d'effet obtenu. On compte ainsi sur le hasard pour équilibrer la répartition des caractéristiques non contrôlées ou non contrôlables dans les groupes, et ceci d'autant plus sûrement qu'il s'agit de grands nombres.

L'accord entre patient et thérapeute quant aux objectifs du traitement et aux moyens et techniques utilisés constitue une dimension importante de l'alliance thérapeutique. La collaboration active du patient à son traitement pourrait être facilitée par sa participation au choix de ce traitement. Son avis quant au choix du traitement devrait donc être pris en compte. L'équivalence globale des effets des deux formes de traitement a été démontrée. Mais l'équivalence des résultats ne constitue pas une démonstration que les effets soient obtenus par des moyens, processus, techniques équivalentes. On sait que certains individus sont plus à l'aise, plus performants dans certaines tâches que dans d'autres et on s'attachera à analyser les caractéristiques des individus et celles des tâches afin d'examiner leur interaction.

Ces considérations nous ont d'abord amené à demander aux thérapeutes de définir (par écrit) quel était le *patient idéal* pour chacun de deux types de thérapie brève, en termes de qualités, dispositions, fonctionnement ou conditions importantes. Voici leurs descriptions:

En thérapie psychodynamique, le patient idéal est "*une mère qui est capable d'établir une relation transférentielle positive, qui a un certain insight et une capacité de remémoration. Elle est capable de faire des liens, en particulier entre certains événements de son histoire et la relation actuelle avec l'enfant. Il est préférable que l'enfant ne présente pas un trouble du comportement majeur.*"

En guidance interactive, *“il est d’abord indispensable que la mère puisse supporter de se voir en vidéo, et donc qu’elle n’ait pas de problèmes trop importants par rapport à sa propre image. Avec ce prérequis, la situation idéale est celle dans laquelle les interactions mère-bébé ne sont pas parfaites. Le thérapeute doit, en effet, pouvoir repérer un dysfonctionnement qui fournisse le matériel de base. Il faut aussi que la mère se montre intéressée, curieuse, surprise, capable de réfléchir sur son propre comportement, et sur les liens et la contingence entre son comportement et celui de l’enfant”*.

L’expérience nous a montré que certains individus peuvent être d’excellents candidats pour les deux formes de traitement. Dans ce cas, et de l’avis même des psychothérapeutes, il serait dommage de priver une mère qui en est capable et le souhaite d’une démarche psychodynamique. Dans d’autres cas, il apparaissait, à partir des éléments recueillis lors de l’évaluation qu’une guidance interactive s’imposait. Quel sens a, de ce point de vue, l’affectation des cas à l’aveugle?

Nous avons privilégié dès lors le sens clinique plutôt que la règle d’or de la recherche, en considérant que les patients avaient tout à gagner à ce que leur mode de fonctionnement et leurs besoins soient pris en considération, et à ce qu’ils soient considérés, avant même le début du traitement, comme des collaborateurs actifs du processus thérapeutique et de la recherche. Les 42 participants à l’étude des processus thérapeutiques ont ainsi reçu, à la fin de la 2^e séance d’évaluation, un descriptif des deux traitements dont l’ordre a été contre-balancé (voir ci-dessous, A: thérapie psychodynamique, B: guidance interactive). Les choix et les arguments apportés ont été enregistrés, mais non communiqués aux cliniciens qui ont, comme précédemment posé une indication et un pronostic, à partir des données cliniques, mais à l’aveugle du choix des patients.

Descriptif des traitements

- A. En discutant de vos problèmes et de ceux de l’enfant, le thérapeute vous aidera à mieux les comprendre et tentera de les résoudre avec vous. Il vous demandera de parler aussi librement que possible de vous-même, de votre famille et de votre enfant. Sur la base de ces discussions, le thérapeute cherchera à vous livrer des éclaircissements sur les liens entre les problèmes de l’enfant et votre histoire.*

B. *Le thérapeute vous invitera à jouer librement avec votre enfant. Ces moments seront visionnés pendant la séance. Ils vont vous permettre, avec des discussions, d'avoir un regard nouveau sur les différents comportements de votre enfant et la façon dont vous y répondez. Le thérapeute tentera alors d'établir des liens avec les difficultés qui vous ont amené à consulter.*

En bref, cette procédure a été bien accueillie par les parents qui ont pratiquement tous exprimé leur avis, regrettant parfois de ne pas pouvoir bénéficier des deux traitements. Le choix faisant aussi bien les choses que le hasard, nous avons observé une répartition quasi équivalente des choix entre la guidance interactive et la thérapie psychodynamique (ce qui n'a pas manqué de surprendre les thérapeutes). Le résultat le plus intéressant et inattendu du point de vue clinique réside dans la congruence à 80% entre l'indication des thérapeutes et le choix des patients (Robert-Tissot & Cramer, 1998). Ceci conforte l'idée que le patient peut avoir un avis pertinent sur sa situation, qu'il est capable de percevoir ce qui lui est bénéfique, que son avis est en accord avec celui de professionnels expérimentés et qu'ainsi il peut vraiment être considéré comme un collaborateur actif de son traitement.

Le focus et les interventions thérapeutiques

Concernant les processus thérapeutiques, deux hypothèses principales ont été testées à partir du matériel recueilli au cours de 42 traitements (questionnaires aux thérapeutes et aux patients, transcription et analyse des interactions et interventions verbales:

- (a) L'identification précoce, au cours de la première ou deuxième séance du traitement, d'un focus thérapeutique et son interprétation à la mère, sont la condition essentielle du changement.
- (b) L'alliance thérapeutique est nécessaire pour que le focus soit un agent actif de changement. Elle est définie par le fait que le mère apporte du matériel utile à l'élaboration d'une hypothèse, le fait qu'elle collabore aux tentatives d'interprétation et qu'elle manifeste des résistances plutôt basses, faibles.

Le focus thérapeutique est défini comme "une constellation centrale, branchée sur le conflit et le fantasme de base du patient relié à une configuration historique, et "jouée" de manière répétitive dans les relations impor-

tantes” (Cramer & Palacio-Espasa, 1989, p. 273). Il s’agit pour le thérapeute d’identifier la projection dont l’enfant est l’objet, projection issue le plus souvent des relations établies par la mère avec les figures importantes de son passé. Cette définition psychodynamique du focus a été adaptée pour la guidance interactive en termes de “pattern d’interaction observé en séance et mis en relation avec le comportement symptomatique de l’enfant”.

En bref, les résultats de nos analyses ont montré que dans environ 60% des traitements un focus a été identifié et interprété lors de la première ou de la deuxième séance. Ces traitements avaient le plus souvent un bon pronostic et ont entraîné des améliorations significatives. De manière plus inattendue, la comparaison des réponses des thérapeutes et des mères a montré que leur perception de l’alliance thérapeutique n’était pas fondée sur les mêmes éléments. Pour le thérapeute, ses réponses sont toutes déterminées par le fait qu’il ait pu ou non identifier un focus au cours de la séance. Si c’est le cas, il se déclare plus empathique, comprend mieux ce que la mère pense et ressent, considère que les défenses de la mère sont plus basses, qu’elle apporte davantage de matériel utile, et de manière générale, il évalue positivement la séance et il est optimiste pour la suite du traitement. L’inverse est vrai lorsqu’il n’a pas pu identifier un focus au cours de la séance. La mère, quant à elle, évalue plus positivement le thérapeute et la séance qu’il ne le fait lui-même, mais surtout son appréciation n’est en rien liée à l’identification du focus. Elle semble avant sensible au fait que le thérapeute lui ait suffisamment parlé et qu’il ait eu l’air de comprendre le problème avec l’enfant (Cramer & Robert-Tissot, 2000).

Enfin, l’analyse des interventions dans les deux types de séances (psychodynamiques et guidance interactive) nous a montré que les thérapeutes sont fidèles à leur technique avec les “bons patients”. Le bon patient a une bonne indication, un bon pronostic, un focus clair, il collabore aux efforts du thérapeute. L’interprétation (dans sa version psychodynamique comme dans sa version de guidance interactive) est alors, comme le proposent Ricoeur ou Spence “est une métaphore explicative que le patient apprend à accepter”, et qui sera efficace puisqu’elle permet de donner un sens au symptôme. A l’opposé, dans les cas difficiles, et en l’absence de focus, nous observons des thérapeutes psychodynamiques qui selon leur propre expression se comportent davantage en pédiatre, donnent des conseils, font du renforcement alors qu’en guidance interactive, le renforcement des compétences ou la lecture des signaux fait place à la recherche de liens avec le passé de la patiente.

Ces résultats sont importants pour la compréhension de l’activité thérapeutique et pour la formation. Les extraits de séance, et particulièrement les cas difficiles, ont souvent été utilisés par les thérapeutes pour l’enseignement.

Dans la première phase de la recherche, différents critères de contre-indication, donc d'exclusion du protocole, avaient été formulés, tels que l'exclusion en raison d'un trouble grave du développement de l'enfant, de troubles fonctionnels multiples et intenses, et surtout de mères trop déprimées ou avec troubles de la personnalité. L'absence de corrélation entre le pronostic formulé avant le début du traitement et les résultats observés au post-test, le fait que les situations les moins favorables aient grandement bénéficié des interventions nous ont entraînés à reconsidérer nos critères d'indication. D'autres éléments, comme la difficulté de proposer un suivi aux situations non retenues dans le protocole de recherche ont également eu un poids au cours de discussions approfondies en équipe et avec des intervenants invités.

Dans le même sens, une analyse des résultats en fonction du degré de dépression maternelle a été fort instructive. La dépression maternelle a un effet sur le développement de l'enfant et ses symptômes. Comme le montre la Figure 1, avant l'intervention (E1) la dépression maternelle influence la perception que la mère a du rôle maternel et son sentiment de culpabilité à l'égard de l'enfant. Par contre, comme on le voit, après le traitement (E2), non seulement la dépression maternelle n'a plus d'effet sur les valeurs observées, mais les changements les plus importants sont effectués par les mères les plus déprimées. Les thérapies brèves ont donc eu, sans qu'il s'agisse d'un objectif de ces traitements, un effet positif sur la dépression maternelle. Cramer (1997) encourage les thérapeutes à ne pas renoncer à une thérapie de la relation mère-enfant en raison de la dépression maternelle, même sévère. La période du post-partum est en effet une période de vulnérabilité pour la femme qui devient mère et doit faire face de manière rapide à de nombreuses tâches et demandes,. Par la même, cette période est propice aux réaménagements psychologiques et relationnels (Cramer, 1993, 1997).

En conséquence, et dans la pratique clinique actuelle, l'indication d'une thérapie brève mère-bébé est proposée de manière beaucoup moins restrictive, comme nous l'avons déjà mentionné plus haut pour la guidance interactive, pour des situations à risques, que ce soit en raison de la pathologie de l'enfant, de celle des parents, ou de la situation familiale. Cette intervention sur la relation parent-enfant n'exclut pas que d'autres formes de traitements soient institués en parallèle, ou surtout qu'elle soit suivie d'autres mesures, dans la perspective du modèle transactionnel proposé par Sameroff & Emde (1989).

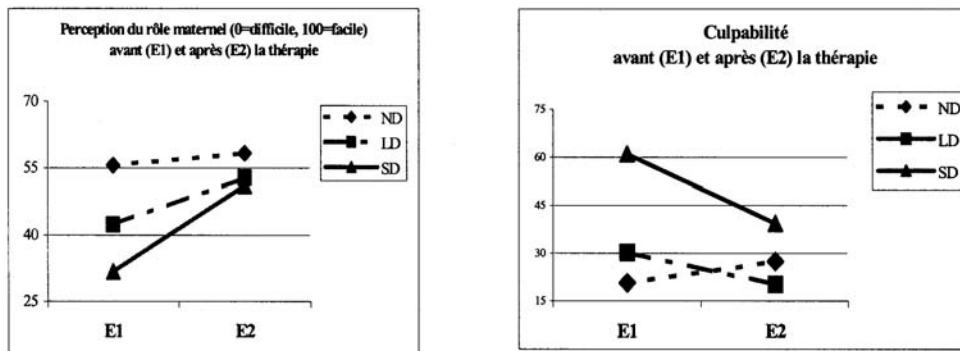


Figure 1. Perception du rôle maternel et Culpabilité (auto-évaluation sur une échelle de 0 à 100) avant (E1) et après (E2) la thérapie en fonction de la Dépression Maternelle: ND=Dépression absente, LD=Dépression légère, SD=Dépression moyenne à sévère

CONCLUSION

J'aimerais pour terminer souligner que la santé mentale du nourrisson a été, est toujours un terrain extraordinairement propice à la collaboration et à la complémentarité entre clinique et recherche. J'en veux pour preuve la publication en 1994 de la première Classification Diagnostique DC 0-3, et sa révision en 2005 (DC 0-3R). Un tel instrument, non encore disponible dans la première étape de nos travaux sur les troubles fonctionnels, aurait en effet permis, par les catégories et les critères diagnostiques proposés, une synthèse des situations cliniques, allant au-delà de l'estimation du nombre et l'intensité des différents symptômes de l'enfant. Son utilisation aurait aussi permis une meilleure estimation des bénéfices individuels des traitements, en montrant quels bébés ou situations conservaient un diagnostic, lesquels changeaient de diagnostics, lesquels en étaient exempts. Ces informations auraient été précieuses non seulement pour la recherche, mais pour le suivi de ces situations. L'hypothèse d'une origine relationnelle des troubles fonctionnels aurait aussi mieux pu être, en particulier à la lumière de deux catégories: les troubles de la régulation de l'information sensorielle et les troubles de l'affect (Cordeiro, 1998). De la même manière, le devenir à long terme et la trajectoire de ces bébés que nous avons revus à l'âge de 11 ans auraient été mieux étudiées et comprises, si nous avions disposé d'un diagnostic précoce (Cramer, Robert-Tissot, & Rusconi Serpa, 2002). A partir de ces constats, la classification diagnostique DC 0-3 a été intégrée dans les étapes ultérieures, en particulier pour l'étude des troubles précoces du comportement, ce qui a permis de

comblent les lacunes que nous venons de mentionner (Sancho Rossignol & al., 2005; Lüthi Faivre et al., 2005).

ANNEXE A

Procédure et instruments de recherche

Procédure	Qui	Instruments
Evaluation E1 (pré-test) <i>2 séances de consultation</i>	Chercheurs	<ul style="list-style-type: none"> • Bayley Scales of Infant Development • Symptom Check-List (SCL) • Entretien R • Interactions mère-enfant (Ainsworth, Crittenden) • Echelle de dépression de Beck • Informations socio-démographiques, familiales, événements de vie
Indication de thérapie <i>Séance hebdomadaire</i>	Thérapeutes & Chercheurs	<ul style="list-style-type: none"> • Questionnaire Critères d'indication • Random assignment ou choix du traitement par les parents
Thérapie Mère-bébé <i>4 to 10 séances</i>	Thérapeutes	<ul style="list-style-type: none"> • Enregistrement vidéo des séances • Questionnaires aux parents (alliance thérapeutique) après chaque séance • Questionnaires au thérapeute (alliance et focus thérapeutiques) après chaque séance • Questionnaire fin du traitement (satisfaction) aux parents et au thérapeute
Evaluation E2 (post-test) <i>1 séance, 2 semaines après la fin du traitement</i>	Chercheurs	Idem E1
Evaluation E3 (follow-up) <i>1 séance, 6 mois plus tard</i>	Chercheurs	Idem E1
Follow-up à la Préadolescence <i>2 séances, à l'âge de 11 ans</i>	Thérapeutes & Chercheurs	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnostic DSM-IV, CGAS, CBCL • K-ABC, épreuves opératoires de conservation • Entretien R • Echelle de dépression de Beck • Informations socio-démographiques, scolaires, familiales, événements de vie

ANNEXE B

Effets des psychothérapies brèves mères-bébés

B1. Changements cliniques. Comparaison du pré-test et du post-test de 75 situations cliniques traitées pour troubles fonctionnels précoces (sommeil, alimentation) (Robert-Tissot & al., 1996).

Manifestations symptomatiques

- Amélioration cliniquement significative (a) 45% des situations traitées
- Amélioration modérée (symptômes et interactions) (b) 38% des situations traitées
- Aucun changement observé après le traitement (c) 17% des situations traitées

Follow-up six mois après la fin du traitement

- Amélioration maintenue (a)
- Amélioration cliniquement significative (b et c) 45% des situations traitées

Comparaison des deux types de thérapies

- Effets largement similaires et postifs de la thérapie psychodynamique et de la guidance interactive
- Amélioration plus importante des représentations maternelles et de l'estime de soi par la thérapie psychodynamique
- Amélioration plus importante de la sensibilité maternelle et des interactions par la guidance interactive

Pronostic

- Les situations avec bon ou très bon pronostic se sont révélées plus difficiles à traiter que prévu
 - Les situations avec mauvais pronostic ont obtenu des résultats meilleurs que prévu
-

B2. Changements statistiques. Comparaison de 40 situations cliniques traitées pour troubles précoces du comportement et 30 situations contrôle non traitées (Sancho-Rossignol et al., 2005).

	Statistiques Eta squared	Taille de l'effet
<u>Manifestations symptomatiques</u>		
– Sommeil	.67	large
– Opposition	.47	large
– Agression	.47	large
– Hyperactivité	.39	large
<u>Interactions mère-enfant</u>		
– PIR-GAS	.51	large
– Contrôle maternel intrusif	.25	medium
– Sensibilité maternelle	.10	faible
<u>Affects et perceptions maternelles</u>		
– Tristesse	.18	faible
– Estime de soi	.13	faible
– Satisfaction comme mère	.11	faible

BIBLIOGRAPHIE

- Bachmann, J.-P., & Robert-Tissot, C. (1992). Le raisonnement du clinicien dans les indications aux psychothérapies brèves mère-bébé. *Psychothérapies*, 2, 99-109.
- Cordeiro, M.J., & Caldeira Da Silva, P. (1998). La classification diagnostique des troubles de la santé mentale du nourrisson. Une expérience clinique. *Devenir*, 10, 51-65.
- Cramer, B., & Palacio Espasa, F. (1993). *La pratique des psychothérapies mères-bébés. Etudes cliniques et techniques*. Paris: Presses Universitaires de France (Coll. Le Fil Rouge).
- Cramer, B. (1993). Are postpartum depressions a mother-infant relationship disorder? *Infant Mental Health Journal*, 14(4), 283-297.
- Cramer, B. (1997). Psychodynamic perspectives on the treatment of postpartum depression. In L. Murray & P. Cooper, P. (Eds.), *Post-partum depression and child development*. Londres: The Guilford Press (Chap. 10, pp. 237-261).
- Cramer, B., & Robert-Tissot, C. (2000). Evaluating mother-infant psychotherapies: "Bridging the gap" between clinicians and researchers. In J.D. Osofsky & J.E. Fitzgerald (Eds.), *WAIMH Handbook of Infant Mental Health* (vol. 2). Early intervention, evaluation, and assessment (chap. 8, pp. 271-312). New York: John Wiley.
- Cramer, B., Robert-Tissot, C., Rusconi Serpa, S. (2002). *Du bébé au préadolescent. Une étude longitudinale*. Paris: Odile Jacob.
- Luborsky, L., Crits-Christoph, P., Mintz, J., et al. (1988). *Who will benefit from psychotherapy? Predicting therapeutic outcomes*. New York: Basic Books.
- Lüthi Faivre, F., Sancho Rossignol, A., Rusconi Serpa, S., Knauer, D., Palacio Espasa, F., & Robert-Tissot, C. (2005). Troubles précoces du comportement entre 18 et 36 mois: Symptomatologie et psychopathologie associées. *Neuropsychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent*, 53, 176-185.
- Manzano, J., Palacio Espasa, F., & Zilkha, N. (2000). *Les scénarios narcissiques de la parentalité*. Paris: Presses Universitaires de France.
- McDonough, S. (1993). Interaction guidance: Understanding and treating early infant-caregiver relationship disorders. In C. Zeanah (Ed.), *Handbook of infant mental health*. New York: Guilford Press.
- Reuchlin, M. (1981). Options fondamentales et options superficielles. *Revue de Psychologie Appliquée*, 31, 97-115.
- Robert-Tissot, C., Cramer, B., Stern, D.N., Rusconi Serpa, S., Bachmann, J.-P., Palacio-Espasa, F., Knauer, D., de Muralt, M., Berney, C., & Mendiguren, G. (1996). Outcome evaluation in brief mother-infant psychotherapies: report on 75 cases. *Infant Mental Health Journal*, 17(2), 97-114.
- Robert-Tissot, C., & Cramer, B. (1998). When Patients contribute to the choice of treatment. *Infant Mental Health Journal*, 19(2), 245-259.
- Robert-Tissot, C. (1997). Pratique et Recherche. In R. Perron et coll. (Eds.), *Introduction à la pratique de la psychologie clinique* (chap. 10, pp. 261-312). Paris: Dunod.
- Robert-Tissot, C. (2003). La guidance interactive: une thérapie des interactions. *Langage & Pratique. Revue de l'Association Romande des Logopédistes Diplômées*, 32, 18-28.
- Roth, A., & Fonagy, P. (1996). *What works for whom? A critical review of psychotherapy research*. New York: The Guildford Press.

- Sameroff, A.J., & Emde, R. (1989). *Relationship disturbances in early childhood. A developmental approach*. New York: Basic Book.
- Sancho Rossignol, A., Knauer, D., Serpa Rusconi, S., Robert-Tissot, C., & Palacio Espasa, F. (2005). Les troubles précoces de comportement sont-ils l'expression d'une psychopathologie spécifique. *Psychiatrie de l'Enfant*, *XLVIII*(1), 157-198.
- Stengers, I. (1992). *La volonté de faire science. A propos de la psychanalyse*. Paris: Les Empêcheurs de penser en rond.
- Widlöcher, D. (1981). Pratique clinique et recherche clinique. *Revue de Psychologie Appliquée*, *31*, 117-129.

RISCO DE TRANSTORNO DE LINGUAGEM EM BEBÊS COM DISTÚRBIOS DA ORALIDADE – SOBRE UMA PESQUISA QUE FAZ PARTE DO PROGRAMA PILE (PROGRAMA INTERNACIONAL SOBRE A LINGUAGEM DA CRIANÇA)

Roberta Simas *

RESUMO

Esta pesquisa é um estudo dos precursores corporais e interativos da linguagem em bebês portadores de distúrbios da oralidade (ligados a doenças pediátricas que impedem uma alimentação oral normal durante os primeiros meses de vida).

O objetivo é verificar se estes distúrbios precoces têm incidências no desenvolvimento da linguagem.

É um estudo aberto, longitudinal, dos 3 meses aos 4 anos de vida da criança.

A metodologia inclui a filmagem de bebês com a mãe e/ou o pai, todos os meses, em um protocolo de 10 minutos (com um primeiro tempo de interação livre, em seguida com uma girafa de pelúcia e um último momento em que a mãe deve cantar uma canção infantil para o bebê). Estas imagens são analisadas depois por uma equipe de técnicos que fazem o tratamento acústico e o acompanhamento dos movimentos das mãos e do contato ocular com a mãe.

As avaliações do grupo de bebês apresentando distúrbios da oralidade inclui ainda a análise do desenvolvimento psicomotor, da linguagem e de eventuais transtornos alimentares quando eles retomam a alimentação oral. A evolução dos bebês deste grupo será comparada a dos bebês controle.

A experiência clínica tem nos mostrado que não utilizar a boca para a alimentação, como no caso de patologias que necessitam uma nutrição enteral ou parenteral, ou gastrostomia, frequentemente levam a dificuldades quando chega o momento da reintrodução alimentar, e algumas vezes podem se acompanhar de transtornos da linguagem.

* Pedopsiquiatra. Universidade federal Fluminense (Rio de Janeiro). Doutorado pela Universidade Paris 7 - Denis Diderot.

Nossa hipótese é que o apoio (étayage) da oralidade não é completamente entravado quando a função alimentar oral, precisa passar por uma outra via. Isto quer dizer que o processo de incorporação, de tomada para si do que vem do mundo externo, pode ser preservado mesmo quando a boca não pode ocupar sua função alimentar satisfatoriamente.

Achamos que a mãe pode ser uma fonte de apoio adequada, mesmo nestes casos tão difíceis, e que ela pode ajudar seu bebê a compensar a falta de estimulação da zona oral. Mas como, de que maneira isto acontece? E quando surgem as dificuldades, que elo tornou-se disfuncional? Esperamos poder clarificar algumas destas questões, através do estudo extensivo e prospectivo destes bebês e suas famílias.

Palavras-chave: Bebê. Distúrbios da oralidade. Linguagem.

A PESQUISA PILE

O Programa de pesquisas PILE tem por objetivo determinar alguns precursores corporais e interativos da linguagem verbal no bebê

Ela parte do pressuposto teórico que as capacidades de narração verbal têm sua origem na aptidão do bebê a uma narração comportamental ou pré-verbal, através da qual ele “conta” alguma coisa de suas experiências e de sua história (G. HAAG).

Três campos principais são estudados: os movimentos de mãos, o olhar do bebê e seu contato ocular com a mãe, e as vocalizações do bebê e a voz da mãe, de maneira concomitante e sinérgica, e como pano de fundo das interações mãe-bebê, de três a nove meses, e em seguida um acompanhamento do desenvolvimento da linguagem e afetivo-cognitivo até os quatro anos. A abordagem é transdisciplinar, com a estreita colaboração em relação à análise e tratamento de dados de clínicos (psiquiatras infantis, psicólogos e psicanalistas) e de técnicos (matemáticos, estatísticos e especialistas em tratamento digital de imagem).

O objetivo global da pesquisa PILE é tentar detectar precocemente distúrbios da linguagem e da comunicação, através de sinais clínicos presentes já na fase pré-verbal, da construção da linguagem nos bebês.

Ela inclui uma população controle de bebês normais, e diferentes coortes: bebês normais de mães deficientes visuais, bebês prematuros, bebês com síndrome de West, e uma coorte (sob minha coordenação, objeto especificamente desta apresentação) de bebês que necessitam de restrições alimentares relacionadas a algumas patologias pediátricas, como doenças metabólicas, gastro-entéricas ou malformativas.

HIPÓTESE GERAL DE PILE

Podemos resumir a hipótese geral do projeto da seguinte forma:

- As origens da linguagem podem ser buscadas no período pré-verbal da comunicação.
- Não há linguagem sem acesso a intersubjetividade.
- A intersubjetividade se constrói nas interações humanas, que são inicialmente baseadas no diálogo entre os corpos e sons da mãe e do bebê.
- Não há acesso à intersubjetividade sem percepção co-modal.

Acreditamos que para poder construir a sua co-modalização sensorial, o bebê precisa ser exposto a ritmos ricos, segmentados e compatíveis, normalmente presentes no seu ambiente familiar, quando a mãe, ou cuidadores apresentam um estado afetivo e interações adequadas (B. GOLSE).

O equipamento neurobiológico do bebê também precisa funcionar adequadamente para que este processo possa ocorrer. Principalmente a região do lobo temporal superior, pois é uma zona muito importante no tratamento e integração de fluxos sensoriais provenientes de experiências humanas (voz humana, reconhecimento de faces e movimentos humanos).

OBJETIVOS GLOBAIS DO PROGRAMA PILE

- Poder detectar precocemente, ou seja através destes parâmetros pré-verbais corporais e interativos, sinais de dificuldade na construção da linguagem e da comunicação.
- Tentativa de prevenção, p. ex. com intervenções que permitam a díade mãe-bebê encontrar uma melhor adequação rítmica e interativa, consequentemente ajudando o bebê a integrar seus fluxos sensoriais e construir mais facilmente seus objetos e relações.

COORTE BEBÊS COM DISTÚRBIOS DA ORALIDADE

Conhecendo a importância da zona oral para apreender o mundo neste período precoce do desenvolvimento, através de suas funções interativas, alimentares e sensoriais, nós decidimos incluir esta coorte, já que podemos imaginar o impacto de um “curto-circuito” desta zona quando a alimentação precisa passar por outras vias.

O objectivo da pesquisa em questão é o estudo do desenvolvimento global destes bebês, principalmente dos processos de alimentação e da linguagem.

POPULAÇÃO “DISTÚRBIOS DA ORALIDADE”

Algumas afecções pediátricas que necessitam alimentação parenteral ou regimes muito restritos foram escolhidas por encontrar-se freqüentemente associadas a distúrbios alimentares importantes:

- Bebês com Síndrome (isolada) de Pierre Robin
- Bebês com afecções gastroenterológicas (como a atresia de esôfago, ou diarreias precoces rebeldes/insuficiências intestinais)
- Bebês com distúrbios metabólicos, que necessitam de regimes alimentares severos e muitas vezes complementos de nutrição enteral.

Atualmente 14 bebês participam desta coorte.

HIPÓTESE ESPECÍFICA: BEBÊS COM DISTÚRBIOS DA ORALIDADE

Uma ausência de investimento precoce e durável da oralidade em sua função primordial de alimentação poderia acarretar dificuldades no investimento necessário desta mesma zona oral para o desenvolvimento da linguagem.

Seguindo esta hipótese, podemos nos perguntar: seria uma relação direta de causa-efeito? Ou seja, uma não utilização da boca para a alimentação acarretaria uma ausência de prazer oral e de “apoio” desta zona, e por conseqüência uma dificuldade na aquisição da sensibilidade e praxias necessárias à linguagem?

Acreditamos, dentro de uma perspectiva da oralidade no sentido amplo, ou seja, da problemática de incorporação em si mesmo de elementos do mundo exterior (não somente alimentares), uma relação pais-bebê totalmente empregnada de angústias ligadas à patologia do bebê é que seria o fator intermediário que impediria o apoio e desenvolvimento oral.

FUNÇÕES ORAIS

A zona oral, desde a vida fetal, desde sua origem embriológica, é a fronteira do mundo externo x interno.

A boca é constituída de pele “internalizada”, de origem ectodérmica, mas encontra o segmento faríngeo, início do intestino, de origem endodérmica.

A sucção-deglutição é uma capacidade adquirida ainda in utero, e que deve estar totalmente funcional ao nascimento.

Entre cognição e afeto

Os reflexos situados ao redor e dentro da cavidade oral são os mais específicos e os mais presentes ao nascimento (e mesmo bem antes). É a zona perceptiva que funciona com o máximo de precisão ao nascimento – Para R. SPITZ: “toda percepção começa na cavidade oral”.

Ela representa o lugar primeiro do cruzamento do sensorial e do afetivo, com a chegada no mundo aéreo e da relação ao outro que se estabelece.

Cavidade primitiva e percepção

A amamentação é um momento extremamente importante, pois há estimulação simultânea dos dois sistemas perceptivos, cenestésico (difuso, sistema nervoso autônomo, sensações viscerais) e diacrítico (específico, sistema nervoso central, órgãos dos sentidos). Ao longo das primeiras semanas de vida do bebê, esta zona irá propiciar a passagem da percepção por contato, proximal (do tato, térmica) para percepção a distância (visual e auditiva).

Além disso, para D. MELTZER, é um momento de “atração consensual máxima”, durante o qual o bebê vai poder unir as diversas sensações que emanam do objeto materno (voz, odor, visão, holding). Isto vai permitir ao bebê, no início fugitivamente, a sensação ou vivência de um ponto exterior a ele de onde vêm simultaneamente as diferentes sensações e a sua satisfação. Início da construção do objeto externo, acesso à intersubjetividade.

Oralidade e apoio

A boca é um local emblemático e estruturante de uma série de conflitos que vão se enriquecer ao longo de toda a vida.

A primeira teoria pulsional de Freud opõe as pulsões sexuais às pulsões de auto-conservação, sendo que as primeiras vêm se apoiar secundariamente sobre estas últimas.

Logo após o nascimento, a alimentação oral se torna fundamental. O bebê mama, inicialmente, para se nutrir, adquirir as calorias necessárias à sobrevivência. Mas logo nas primeiras mamadas ele vai descobrir os prazeres da suc-

ção, do tato da região dos lábios e mucosas, do fluxo do leite quente, da voz, calor e cheiro maternos, seu holding, etc...

A relação entre alimentação e prazeres orais e relacionais é bastante próxima, e o fato de que estes últimos venham se apoiar sobre a necessidade alimentar não quer dizer que eles tenham um papel acessório, mas que são simplesmente posteriores no decurso temporal (mesmo se o lapso de tempo é bem curto, quase imediato).

Logo o bebê vai passar a buscar estes prazeres independentemente das necessidades alimentares, ou seja buscar à relação a outro ao mesmo tempo em que busca a satisfação de suas necessidades básicas, ou mesmo de modo totalmente independente.

Isto é válido para todas as zonas erógenas parciais, mas particularmente para a boca/zona oral, cujo papel para o estabelecimento do limite entre o dentro e o fora, ou seja, a demarcação entre o self e o não self é crucial, paralelamente à demarcação progressiva entre o registro da necessidade e o registro do prazer.

Freud, no seu artigo sobre a negação, mostra como a oposição “deglutir x rejeitar” se torna um mecanismo fundamental na delimitação entre mundo exterior e interior, à formação do princípio de realidade e do pensamento abstrato.

A boca da linguagem e o luto do objeto primário

Para N. ABRAHAM e M. TOROK: “A linguagem só pode surgir se existir uma passagem da boca cheia de leite à boca cheia de palavras”.

Esta passagem se faz através da exploração linguo-palatal do vazio da boca, o que nos remete à importância da experiência da falta no nascimento da linguagem, e à posição freudiana quanto ao papel da ausência no nascimento do objeto e das representações que dele derivam.

Falar é tomar consciência definitivamente da distância que existe entre si mesmo e o outro, e poderíamos mesmo pensar que é uma tentativa (jamais completamente preenchida) de compensar esta distância através da palavra enviada ao outro, com o objetivo de “tocar” o outro.

É importante notar ainda que o aparelho da linguagem se desenvolve à partir de um conjunto de zonas ou funções inicialmente destinados a outras funções. Pulmões → respiração; Boca, língua, dentes → alimentação; Cordas vocais → participação na proteção de vias aéreas superiores.

Ainda sobre o modelo do apoio, observamos como a linguagem vem se sobrepor secundariamente a auto-conservação do indivíduo, revelando assim sua relação mais ao registro do desejo que da necessidade.

CONCLUSÕES PRELIMINARES DO ESTUDO DESTA COORTE

Com o desenvolvimento de técnicas de alimentação artificial, a sobrevivência de crianças sofrendo de patologias que as impedem de serem alimentadas oralmente aumenta a cada dia. Devemos ter bastante atenção a nossas práticas, e sempre que as condições clínicas permitirem, tentar permitir o investimento e o apoio desta zona, assim como as trocas relacionais envolvidas.

A boca pode ser considerada como um local emblemático, verdadeiro carrefour do desenvolvimento somático e psico-afetivo, no cruzamento do corpo e do ambiente interativo no qual se encontra o bebê.

O desenvolvimento humano só pode ser pensado na interface destes dois registros: individual e interativo.

Através desta pesquisa, da observação de bebês que sofrem muitas vezes traumatismos importantes nesta zona, começamos a perceber que dificuldades somáticas individuais ao nível da oralidade podem ser compensadas pela função oral no sentido mais amplo: através da capacidade de suporte materno e das pessoas que se ocupam do bebê, buscando outros meios de oferecer ao bebê um mundo “gostoso”, que ele poderá se apropriar através de todo seu corpo, enquanto sua boca estiver não operante.

BIBLIOGRAFIA

- Abraham, N., & Torok, M. (1972). Introjecter-Incorporer. Deuil ou Mélancolie. *Nouvelle Revue de Psychanalyse*, 6 (“Destins du cannibalisme”), 111-122.
- Freud, S. (1925). La négation (pp. 135-139). In *Résultats, idées, problèmes* (S. Freud), tome II (1921-1938). Paris: Presses Universitaires de France (Coll. “Bibliothèque de Psychanalyse”, 1985, 1ère éd.).
- Golse, B. (2002). Les interactions précoces comme espace de récit (pp. 133-142). In *Raconter avec Jacques Hochmann* (ouvrage collectif). Paris: Les éditions GREUPP (Coll. “Monographie”).
- Haag, G. (2002). Le théâtre des mains. Communication au Sixième Congrès international sur l’observation des nourrissons selon la méthode d’Esther Bick (communication non publiée), Cracovie, septembre
- Meltzer, D., et coll. (1980). Explorations dans le monde de l’autisme. Paris: Payot.
- Spitz, R. (1979). De la naissance à la Parole. La première Année de la Vie. Bibliothèque de Psychanalyse. Paris: Presses Universitaires de France.

RESUME

Le thème de cette présentation est l'étude des précurseurs corporels et interactifs du langage chez les bébés présentant des troubles de l'oralité (liés à des maladies pédiatriques qui empêchent une alimentation orale pendant les premiers mois de vie).

Le but de la recherche est de vérifier ces troubles précoces ont une incidence sur la mise en place du langage.

Il s'agit d'une étude ouverte, longitudinale, de l'âge de 3 mois jusqu'à 4 ans.

La méthodologie inclut l'enregistrement des bébés avec leurs mères et/ou pères, tous les mois, dans un protocole d'environ 10 minutes (avec un premier moment d'interaction libre, des interactions avec une petite girafe et un moment où la mère chante une comptine au bébé). Ces images et sons seront ensuite analysés par une équipe de mathématiciens qui réalisent le traitement acoustique et le suivi du regard et des mouvements de mains du bébé.

L'évaluation de la cohorte de bébés présentant de troubles de l'oralité inclut aussi l'analyse du développement psychomoteur, du langage et d'éventuels troubles alimentaires quand ils reprennent l'alimentation orale. Leur évolution sera comparée à celle des bébés contrôles.

L'expérience clinique nous montre que la non-utilisation de la bouche pour l'alimentation, dans le cas des pathologies qui nous oblige à mettre en place une nutrition entérale, parentérale ou une gastrostomie, débouche souvent sur des difficultés de ré alimentation, et peut être parfois accompagné des troubles du langage.

Notre hypothèse est que l'étayage de l'oralité n'est pas empêché quand la fonction alimentaire est mise à mal (sur la voie orale). Ceci voudrait dire que le processus d'incorporation, de prise en soi de ce qui vient du monde extérieur peut être préservé même quand la bouche ne peut pas fonctionner de façon satisfaisante.

Nous pensons que la mère peut être la source d'un étayage adéquat, même lors de ces situations très pénibles, et permettre au bébé de compenser le manque de stimulation de la zone orale. Mais comment, par où cela peut se faire ? Et quand il y a des difficultés, quel est le maillon qui devient dysfonctionnel ? Nous espérons pouvoir apporter un éclairage à toutes ces questions avec l'étude extensive et prospective de ces bébés et leurs familles.

Mots-clé: Bébé. Langage. Troubles de l'oralité.