

DIMENSÃO PSICOLÓGICA DA PATOLOGIA MENTAL: ALGUNS ASPECTOS

I PARTE

Segundo Ajuriaguerra¹ não pode definir-se a noção de normalidade psíquica em absoluto na medida em que a noção de norma, do ponto de vista probabilístico, implica a imagem de contexto mais ou menos estratificado; deverá, portanto, considerar-se a normalidade aferindo-a não só a determinadas concepções do ser humano, mas também ao quadro social em que ele se desenvolve. Pode existir, assim, normalidade no desenvolvimento de alguns seres aparentemente organizados com deficiência; por outro lado, certas manifestações «diferentes» poderão ser consideradas psicopáticas, constituindo desvios em determinadas culturas, enquanto que noutras entram no âmbito de hábitos vulgares.

Entreanto, dificilmente se poderá referir normalidade sem se considerar o conceito de adaptação. Para o definir, alguns autores, de que fazem parte os tratadistas da bioquímica moderna, salientam o carácter activo e dinâmico dos mecanismos adaptativos do ser humano, pondo em relevo, que, no que se refere ao psiquismo, a adaptação não

¹ Ajuriaguerra — Professor da Faculdade de Medicina de Genève, investigador e autor de inúmeras obras quer no domínio da Psicologia quer no domínio da Psiquiatria.

se traduz somente por um certo equilíbrio, mas pela capacidade de reacção para recuperar este equilíbrio provisoriamente perdido após uma situação considerada de «stress». Assim, o indivíduo será considerado normal quando vive nos moldes de uma assimilação activa, por contraste com formas de acomodação passiva. Simplificando cada uma destas noções de capacidades de adaptação, diremos que, na primeira, o homem funciona como elemento participante dos momentos sucessivos do acto de viver, enquanto que na segunda, a sua colaboração ainda que existente, é facilmente anulada.

Não pode entretanto, neste trabalho, dissociar-se normalidade e doença, considerada esta no sentido global de perturbação da personalidade, na medida em que a doença é em si mesma uma espécie de norma de vida, mas uma norma com características especiais porque mais rígida e menos eficiente quando se torna necessária a readaptação. Se as condições do meio mudam, esta espécie de norma de vida não consegue transformar-se, o que nos leva a considerar que, ser psiquicamente saudável, é, de certo modo, poder adoecer e readquirir o equilíbrio.

Sendo nossa intenção uma análise não exaustiva, mas de algum modo discriminativa dos contributos da psicologia nos seus vários âmbitos para estes conceitos e mantendo-nos fiéis a uma perspectiva genética, parece-nos necessário referirmo-nos aos problemas levantados pelas noções de normal e patológico das perturbações mentais nalgumas fases evolutivas do ser humano. Não podemos assim prescindir de determinados significantes que, na história do pensamento científico, têm sido do domínio da psiquiatria.

Nos primórdios desta não se distinguiam praticamente, a psiquiatria da criança da psiquiatria do adulto; em compensação, normal e patológico mantinham-se como conceitos distintos.

Numa primeira fase procuravam-se síndromas clínicos considerados como entidades mórbidas. Tentou-se, em seguida, ligar os sintomas a lesões anatómicas precisas. Este método anatomo-clínico revelou-se pouco fecundo, como é evidente, para um grande número de perturbações. Foi então que Jackson introduziu o conceito de dissolução

mental fazendo intervir pela primeira vez uma certa noção de desenvolvimento. Para ele, as aquisições faziam-se por «níveis» com duplo valor: histórico (uma ordem temporal implicando, aparentemente, a noção de maturidade) e funcional (cada «nível» é subordinado pelos mais recentes e subordina os mais antigos). Nesta perspectiva a doença consiste numa dissolução do nível mais recente adquirido que liberta o nível inferior. Vê-se portanto aparecer aqui um início de diferenciação entre psiquiatria infantil como elemento coadjuvante de informação genética e a psiquiatria estática do adulto, mantendo-se entretanto a distinção de certo modo opositora entre normal e patológico. Não obstante o isomorfismo destas noções, os psiquiatras começaram a interessar-se *pela criança em função das incidências do seu desenvolvimento na psicopatologia do adulto*, orientando-se ao mesmo tempo para a via psicanalítica e respectiva aceitação de alguns pressupostos da psicanálise. Difícil lhes era manterem-se alheios à concepção de que o aparecimento de um estado patológico é, mais de que a libertação de uma estrutura subjacente, a reorganização do Eu sob a pressão de conflitos intrapsíquicos; todavia, fazendo estes conflitos parte integrante do desenvolvimento da criança, desempenhavam, em certa medida e, ao mesmo tempo, um papel organizador, o que, necessariamente, põe em questão a fronteira entre o normal e o patológico; não permite, além disso, dar um valor absoluto ao sintoma, que não é senão um sinal, podendo significar fase de desenvolvimento ou elemento dinamicamente estruturante na criança, e estar ou não carregado de valor patológico quer na criança quer no adulto. Para efeito de investigação ou de terapêutica, só é válido quando integrado no quadro de um tipo particular de estrutura, e posto em relação com o conjunto organizado de que faz parte.

É, entretanto, difícil, procurar a significação de um sintoma, sem metodologicamente nos referirmos a uma teoria fundamentada da personalidade, e aqui surge a nossa primeira opção relativamente ao mundo intrincado de problemas que são as vivências de cada um. Escolhemos, por isso mesmo, porque se trata de vida interna sob a forma de vivências, a perspectiva psicanalítica.

Freud deu ao sintoma mera posição económica. A sua função é dar uma saída ao conflito psíquico e libertar a tensão, que é o mesmo que dizer, a angústia subjacente. Através do sintoma o indivíduo encontra uma certa forma de equilíbrio e um processo de se permitir orientar pelo princípio de prazer, o que implica, aliás, e até certo ponto, valor adaptativo.

Na criança os «sintomas» são muito frequentes, mesmo nos casos em que a repressão exagerada do meio não é posta em causa. Encontram-se inúmeros em todas as crianças entre os 4 e os 6 anos, no desenrolar da organização genital, quando o Eu procura uma identidade sexuada. Significam, na realidade, que a criança se desenvolve normalmente no quadro de relações estruturantes com o meio no qual vive. O que pode ser significativo, é a ausência de tais sintomas precoces, na medida em que na infância como na adolescência certos conflitos psíquicos são sinal de uma evolução positiva do sujeito. E, sendo assim, como atribuir um valor de prognóstico ao sintoma «neurótico?»².

Diatkine³ pôs em dúvida se a dicotomia, criança neurótica — criança não neurótica, tem algo a ver com *normal* e *patológico*. E persiste na dúvida, sobretudo porque não se encontra uma organização estrutural fundamentalmente diferente nas crianças apresentando sintomas neuróticos e naquelas que não os apresentam. A experiência muita vez referida, permite-lhe considerar que a evolução destas duas categorias de crianças na ausência completa de tratamento não é, em absoluto, necessariamente diferente.

² Neurose — Termo introduzido por William Cullen em 1777. Afecção psicogénica em que os sintomas são a expressão simbólica de um conflito psíquico que tem as suas raízes na história infantil do indivíduo e constitui uma forma de compromisso entre o «desejo» e a «defesa» — Vocabulário da Psicanálise e J. Laplanche, J. B. Pontalis.

³ Diatkine — Psicanalista. Actual membro titular e directivo da Associação Internacional de Psicanálise. Autor de diversas obras de fundamentação analítica.

Será que a dimensão genética⁴ poderá resolver o problema? Seleccionamos três autores que na discussão deste tema permitem um relativo esclarecimento.

1 — *Diatkine*

Para este, o problema essencial, sobretudo tratando-se de indivíduos em evolução, não é a diferença entre normal e patológico, mas antes «quando» é necessária a intervenção do terapeuta. Nesse sentido, o que há a fazer é uma avaliação do estado actual da criança e *tentar* prever a sua evolução.

O prognóstico é sempre difícil, pois tem que ser estabelecido confrontando o estado actual do respectivo período evolutivo e a sua mobilidade intrínseca, assim como — e aqui reside a dificuldade, as reacção prováveis do meio e as situações concretas que haverá a enfrentar. No que se refere às reacções do meio, é ainda preciso considerar que a sua influência varia segundo a etape de desenvolvimento. O sintoma só adquirirá valor neste contexto e é finalmente o prognóstico favorável ou não que determina a intervenção do terapeuta, prevendo-se favorável quando a organização existente, e de certo modo aparente, é ainda espontaneamente reversível.

2 — *Anna Freud*

Contrariamente a Diatkine, Anna Freud considera, como ponto de partida, que em si mesmo todo o desenvolvimento é normal, e distingue, referenciados a esse desenvolvimento, estados normais e patológicos, ~~referenciados a esse desenvolvimento, estados normais e patológicos~~, diferenciando-os qualitativa e quantitativamente.

⁴ Consideramos aqui a expressão genética em sentido lato aplicado ao psiquismo, e não em sentido restrito na linha de Piaget (genética experimental).

Na sua descrição de desenvolvimento normal A. Freud introduz a noção de «linhas de desenvolvimento». Fáz-lo, por reacção consciente às tendências psicanalíticas anteriores que consideravam separadamente o desenvolvimento das pulsões e as do EU, o que limita demasiado a descrição do psiquismo da criança. Estas linhas de desenvolvimento são «les esquisses de combinaisons qui vont de la complète dépendance affective du nourrisson jusqu'au sentiment relatif d'autonomie de l'adulte lié aux relations sexuelles et objectives propres à la maturité». Elas evoluem gradativamente e constituem a base «indispensable à toute appréciation de la maturité ou de l'immaturité affective, du normal et du pathologique».

Existe uma linha de desenvolvimento para quase todos os domínios da personalidade, tais como, por exemplo:

- a) passagem da utilização do corpo (reacções circulares primárias e secundárias) ao brinquedo (actividade lúdica); do jogo à tarefa orientada, etc...;
- b) passagem do estado de dependência total à autonomia afectiva e às relações do objecto de tipo adulto.

Pode encontrar-se correspondência estreita entre as diferentes linhas de desenvolvimento. No entanto, muitas crianças apresentam um modo de desenvolvimento irregular, sem que se destaque patologia específica.

Por outro lado, no desenvolvimento normal produzem-se pequenas regressões temporárias criando certa desarmonia entre as linhas de desenvolvimento. Estas podem considerar-se normais enquanto não entram o desenvolvimento geral.

É por referência a este desenvolvimento normal que podem apreciar-se diferenças qualitativas e quantitativas diferenciando este do desenvolvimento patológico. Um mesmo fenómeno pode ser normal ou patológico em função da fase em que se observa ou segundo a amplitude que toma.

A. Freud situa o limite dos dois conceitos no momento em que um processo deixa de ser temporário e reversível para se tornar permanente e irreversível.

3 — *Ajuriaguerra*

A posição deste autor não é unicamente psicanalítica. Encara a personalidade no conjunto orgânico, maturativo (evolutivo) e funcional. Introduce uma perspectiva simultaneamente genética e estruturalista, pelo que considera o patológico sob forma de desorganização na qual as relações de causa são particularmente difíceis de estabelecer; essa será a razão pela qual o terapeuta se deverá preocupar sobretudo «comment s'organise le désordre», e quais os aspectos positivos e negativos desta nova organização. Isto quer dizer que um ser que sofre determinada desordem reorganiza o todo da sua personalidade a um nível que lhe permita «sobreviver» na nova organização. Ajuriaguerra tem uma posição muito definida no que diz respeito à noção de causalidade na psicopatologia da criança. Esta causalidade raramente é directa; pelo contrário não só é indirecta na maioria dos casos como extremamente difícil de localizar. Age «sur un chainon de l'organisation et desorganise le cadre dans lequel ce chainon joue un rôle sans que la symptomatologie qui en est la conséquence se manifeste à travers ces chainons». Trata-se, assim, de averiguar, não só uma causalidade em cascata, como uma multicausalidade cuja discriminação interessa menos do que as linhas de força que estes diversos elementos introduzem nas possibilidades de reequilíbrio. Finalmente, não se trata de causalidades sem pluricausalidades puras, na medida em que as diversas formas de organização psíquica tem a sua dinâmica própria e são por sua vez fruto de outras dinâmicas específicas.

II PARTE

Em termos menos gerais, têm particular interesse para a compreensão do que acabamos de expor os mecanismos genéticos de perturbações específicas, sobretudo ao nível da psicose⁵.

A chamada debilidade mental⁶ mais simples de delimitar, aparentemente, conquanto desempenhe papel saliente na patologia mental, pareceu-nos, dados os pressupostos de que partimos, dever ser, por razões metodológicas, objecto de trabalho específico em curso.

Fornece-nos mais dados a neurose, tão rica de perspectivas analíticas, mas tão difícil de precisar, sobretudo se tivermos a pretensão de distinguir, nesse domínio, o normal do patológico.

Para a discussão dessa dificuldade, podemos partir de uma dupla constatação: por um lado, o facto da psicanálise pôr em relevo a neurose infantil como o protótipo e estado inicial da neurose do adulto; por outro lado, as dúvidas postas em relevo pelo próprio Freud, em rodear com precisão a existência e os caracteres de uma neurose infantil.

Estas dúvidas manifestam-se em primeiro lugar pelo facto dos sintomas clássicos (angústia, obsessão, etc.) encon-

⁵ Afecção psicogénica de gravidade variável caracterizada essencialmente pela «perda da função do real».

⁶ Termo introduzido por Dupré em 1909 ~~em referência por K. H. H. H.~~, significando insuficiência do desenvolvimento dos mecanismos cognitivos.

trados no adulto serem menos característicos na criança. Em seguida, por se observar nestas uma complexidade, e, sobretudo, um dinamismo evolutivo que torna difícil a distinção do que é normal e do que é patológico logo que se trata de certos medos (exemplo: medo da obscuridade, medo do isolamento) ou de certas obsessões, sobretudo nas crianças muito jovens. Com a evolução, essas condutas podem-se extinguir por elas mesmas. É somente quando essas perturbações persistem para além de determinadas idades que se podem formular interrogações sobre uma situação neurótica verdadeira.

De qualquer modo, a constatação destes sintomas, e mesmo destes grupos de sintomas na criança, não permite concluir, com segurança, o diagnóstico de uma organização neurótica específica, ou de chegar ao prognóstico de uma evolução certa no sentido de uma neurose.

Sabemos com efeito que essas formações neuróticas infantis são muito mais híbridas, mais complexas e mais variáveis que as do adulto. Para melhor apreciar a marcha na busca de um diagnóstico, é preciso considerar particularmente dois aspectos:

- o primeiro diz respeito à perturbação base da formação neurótica, reaccional ou estruturada;
- o segundo refere-se à etiologia das próprias neuroses, em relação, portanto, com factores de ordem *interna* e *externa*.

As perturbações *reaccionais* constituem uma defesa da criança contra o meio, na maior parte das vezes contra a família, que pode exercer sobre ela uma influência, ora não suficientemente estruturante, ora opressora. Essas perturbações provocadas pelas condições do meio desaparecem quando se modificam causas ambientais. Permanecem longo tempo maleáveis, flexíveis, susceptíveis então de se alterarem seja pela revisão das relações com os familiares, seja pelo afastamento da criança desse meio quase sempre, ele próprio necessitado de apoio.

As perturbações *estruturadas* testemunham uma neurose já constituída. O exame clínico deverá fazer-se com intenção

de distinguir nos sintomas aquilo que sobressai na sua actualidade, comparando-os às angústias ou fobias significativas de conflitos no passado. Segundo P. Male, o jogo, nas manifestações projectivas que comporta, e o desenho, permitem reencontrar traços de fobia e obsessões, assim como inibições mantidas e duráveis. A organização dos instintos sendo assim reconhecida como falseada no passado solicitará acção terapêutica. Mas esta acção não é geralmente eficaz senão na medida em que alcança igualmente as relações com o meio, na sua origem, e consegue reorientá-las.

A *etiologia da neurose infantil*, implica o conhecimento dos aspectos evolutivos das tendências, sobretudo da agressividades e da libido, em presença da realidade social, na qual se salientam, particularmente as figuras parentais. O próprio Freud manifesta uma certa ambiguidade na definição do papel respectivo dos factores de ordem interna ou externa no que se refere à etiologia das nevroses.

Particularmente a propósito das fobias, Freud parece ter proposto duas explicações para os mecanismos da organização neurótica. No conhecido caso do pequeno Hans, exprime a ideia que a fobia é devida ao recalçamento das pulsões libidinais em consequência de interdições paternas; esse recalçamento teria provocado a angústia que se fixa sobre um objecto «fobogene», (*forma A*). Uma vintena de anos mais tarde (analisando o caso de «L'Homme au ~~loup~~»). S. Freud volta ao caso precedente e dá-lhe uma nova explicação: a angústia, que é a base da fobia não seria atribuída ao recalçamento e às investidas libidinais das tendências recalçadas mas proviriam dos factores propriamente repressivos; isto é, revelaria a influência do meio tal como a criança a experimenta (medo de ser punido pela castração por exemplo). A angústia causa o recalçamento (contrariamente à interpretação precedente). Esta angústia seria a angústia perante a castração (*forma B*).

Eis então esquematicamente as duas formas:

Forma A: 1. Pulsões libidinais — 2. Interdições dos familiares — 3. Recalçamento — 4. Angústia — 5. Fobia.

Forma B: 1. Pulsões libidinais — 2. Interdições familiares — 3. Angústia (medo da castração) — 4. Recalcamento — 5. Fobia.

Separando-se de S. Freud, Mélanie Klein faz remontar a fobia a uma modificação da angústia própria de estados mais precoces do desenvolvimento. O temor de ser devorado é mais primitivo que o medo da castração. Seria a origem então de uma angústia primitiva capaz de se tornar patogénico muito antes da fase Edipiana. Em consequência, Mélanie Klein será favorável aos tratamentos psicanalíticos das neuroses infantis.

Anna Freud considera as fobias (medo do escuro, da solidão, etc.) como formas de angústia «arcaicas», ligadas com disposições inatas, reveladoras da fragilidade do EU e com tendência a desaparecer à medida que esse mesmo EU se fortalece. Anna Freud igualmente de uma maneira coerente com essas posições, será mais reservada no que se refere ao tratamento psicanalítico das crianças. Atribuindo aos conflitos uma origem primordialmente exógena, insiste sobretudo nas relações que o ambiente estabelece com a criança, e na necessidade de uma reforma concomitante dos pais e do meio familiar (isto constitui para esta autora uma condição indispensável logo que se trata de um tratamento psicanalítico infantil).

Em resumo: do ponto de vista do diagnóstico, prognóstico e da terapêutica, condensámos as conclusões seguintes:

Existem na criança perturbações reaccionais menos dificilmente curáveis, traduzindo-se por sintomas tais como a instabilidade, a agressividade, a recusa escolar, perturbações susceptíveis de ser reduzidas pelas acções psicológicas conjugadas sobre a criança, sobre a mãe e sobre o meio.

Em oposição a estas formas reaccionais, flutuantes e modificáveis, podem-se reconhecer traços significativos dos comportamentos e dos sintomas indicando mecanismos de defesa persistentes no quadro da fixação e da regressão. Trata-se das angústias, das fobias, das obsessões, das perturbações marcadas do carácter, que podem fazer prognos-

ticar uma organização neurótica bem desenhada para o futuro. O diagnóstico desta situação mais ou menos condensado, sugere a oportunidade de uma psicoterapia que pode ser convenientemente reforçada de uma reeducação seja de tipo pedagógico, seja de tipo motor.

Entre a neurose da criança com esses sintomas eventualmente pouco caracterizados, e a do adolescente, há uma nítida «*décalage*» porque a crise da puberdade traz modificações consideráveis permitindo nessa idade intervenções mais eficazes. Incertezas, ficam sempre, desde que se tente prognosticar a partir dos sintomas infantis, o que será a evolução ulterior. Por isso mesmo, é que, no domínio da neurose infantil as investigações e os trabalhos se multiplicam e a expressão vaga de «*crescimento perturbado*» mantém em aberto, relativamente ao psiquismo humano, questões que ultrapassam as próprias ciências psicológicas e médicas.

Mecanismo das psicoses

Em termos tópicos a alteração do real, característica essencial da psicose, explica-se pelo seguinte facto: o EU mantém-se enfraquecido pelo recalque, exprimindo-se as pulsões sob uma forma directa, o que desencadeia no sujeito fortíssima angústia. Assim, a regulação (mecanismo base da adaptação) faz-se em função de processos primários, sendo pouco investidos os efeitos de processos secundários.

A criança psicótica não pode, por exemplo, suportar, sem se deprimir, o retardar de uma satisfação imediatamente desejada. Pelo contrário, a criança normal pode suportar a realização não imediata do desejo graças à produção de fantasias em que a representação do desejo satisfeito é uma fonte de prazer autêntico (processo secundário) e mercê também do prazer vivenciado pelo EU em planificar a acção e preparar assim satisfações ulteriores.

Na criança psicótica, a fraqueza da elaboração secundária deixa o desejo primitivo abrupto, porque nada vem compensar a frustração. Tal facto leva a uma espécie de sobreinvestimento narcísico, deslocando a fonte de prazer

do objecto exterior frustrante para o próprio sujeito. Por outro lado, a fraqueza do EU leva a arranjos defensivos maciços e rígidos. Ao nível do período coincidente com o primeiro ano de vida, estes «arranjos» constituem a «identificação projectiva», processo intrínseco desse período. Trata-se de um mecanismo pelo qual a criança se assegura da existência do Outro, atribuindo-lhe os seus próprios sentimentos. Esta projecção é acrescida de identificação no sentido em que dada a indiferenciação eu-outrém, o sujeito se julga o outro ou que o outro é ele mesmo.

Este mecanismo está presente na génese normal quando da posição paranóide-esquisóide descrita por Mélanie Klein, durante os primeiros meses de vida. Neste estágio o recém-nascido não distingue o seu próprio corpo do objecto materno. Vivencia toda a impressão externa como se fosse mera parte do objecto sentido por ele como «todo-poderoso» — daí a identificação mágica, bem mais regressiva que a identificação realista dos estádios seguintes em que o objecto e o sujeito considerado na sua globalidade são distintos e não em fusão. O facto do objecto não ser considerado na sua globalidade provém de um mecanismo típico desta posição: a *clivagem* que divide o objecto assim como o EU (dada a indiferenciação inicial) numa «boa parte e numa má parte». E é por isso que a identificação projectiva une numa fusão indissolúvel o objecto parcial, constantemente incorporado e rejeitado pelo próprio sujeito, ele mesmo fragmentado, agressivo e receptivo.

Realmente, a estrutura psicótica é elaborada como fuga à angústia subjacente, e corresponde, como acabamos de ver, a uma fase que, em determinado período de vida, é normal.

Entretanto, os mecanismos defensivos da psicose não permitem um funcionamento satisfatório do EU, entrando em particular, o desenvolvimento harmonioso dos seus sectores autónomos e cognitivos (cf. Hartmann. «Les fonctions automes du Moi») o que explica o quadro desarmónico que os psicóticos apresentam: por vezes, espantam pelas suas condutas muito evoluídas em certos sectores, contrastando com outras nitidamente inferiores. O facto dos conflitos investirem nos sectores cognitivos do EU está na

base, da impressão de desarmonia que dão estes casos. É vulgar o desnível entre as possibilidades intelectuais, por vezes notáveis, destas crianças, e a pobreza das realizações práticas.

É interessante, todavia, saber-se que, segundo a escola de Paris, Lebovici-Diatkine, a distinção entre psicogénese e organogénese das psicoses infantis é de certo modo ingénua.

Encontra-se com efeito, sempre na origem das psicoses uma grave perturbação da relação objectal que pode ter uma origem puramente psicogénica ou que pode, inclusivé, ser a repercussão de uma lesão orgânica.

Neste último caso é preciso lembrarmo-nos que a relação objectal é dupla e que se faz tanto no sentido de mãe-criança como no sentido de criança-mãe. Assim, compreende-se que uma criança atingida de lesão orgânica cujo desenvolvimento se fará menos bem que o de uma criança normal, poderá funcionar na relação com a mãe como uma agressão narcísica, determinando uma relação patogénica que se repercutirá nas suas próprias reacções.

Os psicanalistas vão mesmo mais longe nesta concepção de laço duplo: nos recém-nascidos observaram-se já modos de reacção mais ou menos activos (exemplo: maior ou menor avidez na amamentação) que correspondem desarmonicamente às necessidades, solicitações e desejos da mãe consoante as características da personalidade desta. Isto poderia constituir uma das muitas causas de distorsão da relação objectal. Entretanto, é bem claro que é sobretudo nos casos em que a mãe apresenta uma personalidade patológica que a relação objectal será particularmente afectada.

Ainda que não seja regra, as mães de crianças psicóticas parecem muitas vezes, pelo menos «especiais». São aparentemente sensíveis e compreendem bem o caso do seu filho, mas sempre de um modo racional e frio. Tem-se a impressão que a criança é mantida à distância por medo, e as entrevistas anamnésicas com estas mães parecem mostrar que a criança foi sempre considerada como um objecto manipulado. O autismo precoce em que externamente, a criança dá um sossego total, na maior parte das vezes não inquieta a mãe.

Mas além de criticarem a hipótese de uma organogénese das psicoses, os psicanalistas desmitificaram a ideia de uma origem traumática destas perturbações. Podem, com efeito, aparecer depois da morte de um parente, o nascimento de um irmão ou de uma irmã, uma doença infecciosa, uma intervenção cirúrgica, etc., mas estes factos só são desencadeantes na medida em que aparecem num terreno predisposto à psicose. Estes choques agem como um fenómeno de descompensação de tipo regressivo, e apenas rompem mecanismos antipsicóticos fragilmente elaborados.

III PARTE

Tendo nós adoptado a perspectiva psicanalítica por ser essencialmente explicativa, para os psicólogos em geral, terá especial interesse revermos o que no domínio da psicologia genética experimental se podem considerar como dados esclarecedores sobre a psicose, contribuindo para uma diferenciação de noções no que se refere, pelo menos, às estruturas cognitivas. As conclusões atingidas foram resultado de exames operatórios realizados em crianças psicóticas por comparação com crianças normais; são resultados de observações sistemáticas e pontos de partida de verificações em estudo.

Segundo Barbel Inhelder, contrariamente ao que é possível na debilidade mental, na demência social, na disfasia, e nos defeitos sensoriais, os fenómenos psicóticos paranormais no domínio da operatividade⁷ parecem numa primeira abordagem escapar a toda a tentativa de sistematizações. O facto das crianças psicóticas atribuírem significações patológicas individuais ao real psíquico e humano, torna difícil o diagnóstico do nível de funcionamento operatório do pensamento.

⁷ Característica em função da qual a criança se liberta dos aspectos fragmentários e sucessivos que a percepção lhe fornece, para destacar através das múltiplas transformações o que fica como *invariante*.

No entanto, através das particularidades individuais podem destacar-se algumas características generalizáveis deste pensamento.

A — Do ponto de vista funcionamento, os fenómenos paranormais do pensamento das crianças psicóticas, caracterizam-se por:

I — Incapacidade de compreender e assimilar os fenómenos aleatórios e recusa de raciocinar em termos probabilístico.

Tudo se passa como se o universo fosse considerado perfeitamente deduzível. Com efeito, desde que o real resista e se torne imprevisível, observa-se uma total recusa em emitir um julgamento probabilístico ou uma simples opinião que faria perigar a frágil e relativa ordenação do seu mundo interno.

Não se trata, de modo algum, de dificuldades em efectuar operações lógico-matemáticas subjacentes às leis do acaso (operações combinatórias e proposicionais) dificuldades presentes por exemplo, na debilidade mental. É antes, a necessidade constante que a criança psicótica tem de atribuir aos acontecimentos aleatórios as razões de ordem afectiva já referidas, causas de tipo mágico funcionando como pontos de apoio do pensamento. A sua concepção do mundo físico está imbuída de animismo e o pensamento cai facilmente em formas de adualismo primitivo. Tudo se passa no acto do pensamento em função de uma tendência sistemática em atribuir a todo o mundo externo significações, e em utilizar em todos os casos a sua própria potencialidade dedutiva sentida como ilimitada. Como consequência disto, é minimizado o simples acaso que os inquieta intelectual e efectivamente.

II — Inferioridade relativa das operações «físicas» relativamente às operações lógico-matemáticas.

A criança psicótica apresenta dificuldades em construir noções físicas, em particular na elaboração das noções de conservação (exemplo: substância, peso, etc.). o que contrasta com possibilidades melhores no domínio das ope-

rações lógicas, sendo este ponto essencial para o diagnóstico diferencial psicose-debilidade. No último caso, com efeito, encontra-se geralmente um quadro mais homogêneo e menos oscilante.

No quadro das psicoses é preciso compreender que o modo de relações com o mundo físico parece mais ou menos profundamente perturbado. Assim, na relação sujeito-objecto interferindo em todo o conhecimento, a incidência cai na actividade do sujeito (abstracção reflexiva) desencadeando «recusas» relativas ao conhecimento físico do mundo externo.

Esta inferioridade manifesta-se em particular na ausência de compensação (argumento específico para avaliação da conservação das noções em geral) das transformações contínuas. Na criança normal, com efeito, observam-se três espécies de argumentos, enquanto que nas crianças psicóticas só os argumentos de identidade e de reversibilidade se mantêm. O argumento de compensação não é fornecido dada a tendência que têm em fragmentar a realidade contínua. Assim, dão mais facilmente raciocínios apoiando-se em intuições atomísticas para representar o processo contínuo de transformação ligando o estado inicial ao estado final.

Nota-se no mesmo tipo de provas uma grande fragilidade de raciocínio. Por exemplo, no decorrer de um exame, após uma elaboração mais ou menos laboriosa da noção de conservação, assiste-se muitas vezes a bruscas incapacidades súbitas.

III — Aspecto «figé» da função simbólica (período de desenvolvimento caracterizado pela capacidade de diferenciar significantes-significados).

As provas operatórias exigem da criança a adopção de ficções propostas pelo experimentador: manipula-se a pasta de modelar «como se» fosse uma «bolacha». Imagina-se que «os índios caçaram todos os pássaros», etc...

Ora as crianças psicóticas revelam-se refractárias a tais ficções mesmo quando elas próprias vivem num mundo de fantasmas. Mas uma coisa é ser encerrado no seu próprio mundo de ficção individual, e outra coisa é partilhar o mundo dos outros em particular aquele que é imposto pelo

experimentador. Trata-se portanto, com efeito, de uma dificuldade em colocar-se no ponto de vista do outro, característica necessária às transformações operatórias.

Mas há mais: para elas a distinção significativa, significado não se estabelece com facilidade, porque dificilmente se apercebem que símbolos e realidade têm dimensões diferentes; a distância entre significado e significativo mantém-se na maior parte dos casos deficientemente regulada.

Este facto tem particular interesse para o estudo da função simbólica como tal, dado apresentar nas crianças psicóticas características peculiares, que estão na base de ausência de criatividade, apesar de viverem num mundo imaginário. Por outro lado, como o mundo imaginário é a própria realidade compreende-se que se recusem participar nas ficções propostas por outrém.

A análise das estruturas operatórias de um grupo de crianças psicóticas permitiu pôr em evidência alguns fenómenos paranormais. Aquelas particularidades cognitivas parecem pôr em relevo perturbações relacionais em sentido largo, afectando tanto as interacções entre o sujeito e os seus contactos humanos, como as interacções com os objectos e respectivas sequências causais.

Podem destacar-se assim 3 espécies de perturbações:

- 1.^a — Capacidade reduzida de descentração no que refere às interacções com outrém.
- 2.^a — Instabilidade na diferenciação EU — mundo externo, no que se refere ao conhecimento gradativo do mundo físico.
- 3.^a — Formas diversas de confusões entre, por um lado símbolos e sinais, e destes com a realidade.

B — É entretanto evidente que em cada caso particular os modos paranormais do conhecimento são sempre relativos aos níveis de desenvolvimento do pensamento das crianças psicóticas.

Existem, com efeito, grandes diferenças entre o pensamento dos pré-adolescentes já relativamente avançados no plano operatório e aqueles cuja característica cognitiva é não atingir as estruturas operatórias propriamente ditas.

Em treze sujeitos psicóticos examinados, distinguiram-se, por exemplo, os seguintes subgrupos:

1—2 sujeitos (idades cronológicas: 11 anos e 4 meses; 13 anos) nitidamente avançados no plano operatório e utilizando com à vontade os instrumentos do pensamento formal. Entretanto, ambos manifestam certa reticência ou negação relativamente às provas de «acaso», por razões diferentes e de certo modo complementares: num deles é patente a preocupação exagerada em ajustar o seu pensamento a uma realidade que lhe escapa; no outro predomina a crença de que todas as suas formas de pensamento são detentoras de um poder indiscutível.

2—2 sujeitos (idades cronológicas: 11 e 13 anos) dotados de um potencial intelectual correspondente à sua idade (limiar das operações formais).

Os dois casos são particularmente vulneráveis na sua coerência operatória: não somente escapam aos fenómenos fortuitos e aceitam dificilmente uma ficção previamente combinada, mas suportam mal a dialéctica de permuta com outrém que age sobre elas como um facto de stress. Assim, o diálogo, com as suas exigências de prova e de centração nos problemas cognitivos pertinentes, pode criar, nos psicóticos, certa tensão conduzindo ao ruir momentâneo das estruturas operatórias mais frágeis.

3—7 sujeitos (idades cronológicas: 12 anos e 2 meses; 12 anos e 8 meses) impressionam pela inconstância acentuada em função do desvio relativamente aos níveis de idade.

As oscilações a propósito de uma mesma prova são muitas vezes de grande amplitude, mas sempre dentro dos limites das operações concretas.

4—2 sujeitos (idade cronológica: 14 anos, 14 anos e 4 meses) tendo em comum certas características de pensamento pré-operatório e a incapacidade de atingir a não ser

em momentos privilegiados uma elaboração nitidamente operatória.

Entretanto, nos testes clássicos, ainda que com resultados desarmonicos em diferentes items, os quocientes intelectuais de qualquer destes casos é normal.

Num artigo sobre as perturbações de adaptação ao real (cf. *L'examen des operations de l'intelligence*) Elsa Schmid, encontra em grandes linhas as mesmas características que as encontradas na pesquisa acima exposta. Mas o estudo aprofundado de um grande número de casos permite-lhe fazer-nos sentir a que ponto o exame operatório, e particularmente, o estudo das suas deslocações e discordâncias, analisa o tipo particular de perturbação própria de cada caso.

Por exemplo, ela nota a existência de aquisições mais estáveis no domínio da lógica (*A*) que no da conservação (*B*). Mas essa deslocação não toma a mesma forma e a mesma intensidade nos dois planos: em *A*, essas aquisições lógicas ficam limitadas porque dependem essencialmente da actividade concreta, tendo a criança de descobrir as propriedades do objecto, quando a antecipação lhe falta.

Em *B* é o inverso: a actividade concreta forma um obstáculo importante à realização das suas antecipações, sendo estas correctas e móveis.

Estas possibilidades de antecipação em *B* de uma parte, esta pregnância da acção concreta em *A* de outra parte, explicam igualmente as diferenças na evolução da representação figurada, móvel no primeiro caso, extremamente estático no segundo.

É evidente que tais carências vão condicionar restrições mais ou menos significativas do rendimento intelectual do futuro adulto.

Nesta linha, a investigação psicológica orienta-se no sentido de avaliar as respectivas evoluções a fim de as quantificar e sistematizar, tarefa árdua e morosa, que levada a cabo, talvez ajude o acerto das várias perspectivas e suscite através de respostas adequadas, soluções terapêutica e humanamente válidas.

Isolina Pinto Borges