

Influência de fatores familiares sobre a saúde mental de crianças e de adolescentes*

Didier Houzel

Este trabalho está centrado sobre os principais fatores familiares que se inscrevem no campo das interações pais/criança, excluindo-se os fatores familiares diretamente ligados a um mecanismo biológico (genético, infeccioso ou tóxico).

O lugar dos fatores familiares de natureza sociológica é somente levado em conta no caso de inter-relação estreita entre esses aspectos socioeconômicos e os aspectos relacionais desta problemática da saúde mental.

Finalizando em torno do conceito de “resiliência”, este trabalho faz ressaltar a grande prudência que é necessário ter quando se trata de reflexão etiopatogênica, a qual deve se manter essencialmente polifatorial e multidimensional, evitando todo reducionismo biológico linear e potencialmente perigoso nos planos conceitual e prático.

Palavras-chave: Causalidade, determinantes familiares, psicopatologia, resiliência

* Texto originalmente publicado na revista *La Psychiatrie de l'Enfant*, Paris: Presses Universitaires de France, v. XLVI, Fascículo 2, 2003.
Tradução de Júlia Castilho e Regina Orth de Aragão.

O presente relatório está centrado nos fatores familiares que se inscrevem nas interações pais/criança. Estão excluídos deste estudo os fatores familiares diretamente ligados a um fator biológico: transmissão genética; transmissão infecciosa (contaminação viral ou microbiana do feto pela mãe, contágio de uma doença infecciosa após o nascimento); transmissão tóxica (em contrapartida, a influência das condutas de adição parental será levada em consideração). O lugar dos fatores familiares de ordem sociológica ou econômica não será considerado salvo quando existirem estreitas inter-relações entre os aspectos socioeconômicos e os aspectos relacionais do problema.

A psicanálise, fonte dos estudos sobre os fatores familiares em psicopatologia da criança e do adolescente

A exploração psicanalítica do psiquismo e da psicopatologia está inegavelmente na origem do interesse dos clínicos e dos pesquisadores pela transmissão de certos distúrbios mentais dos pais a seus filhos por meio de mecanismos diferentes dos biológicos. Na época em que esta exploração iniciou-se, isto é, ao longo das duas últimas décadas do século XIX, a psiquiatria da criança e do adolescente reduzia-se ao acompanhamento educativo de crianças chamadas de idiotas ou imbecis, que hoje em dia seriam chamadas de crianças intelectualmente deficientes. As teorias que procuravam dar conta dessas síndromes eram essencialmente organicistas, com exceção da influência supostamente nefasta da masturbação infantil (Duché, 1990). A teoria da degenerescência introduzida por Morel em 1857, impôs-se pouco a pouco como a teoria etiológica dominante, até mesmo exclusiva, e sobre esta base os especialistas da infância descartaram progressivamente todos os fatores de transmissão familiares que não os hereditários.

É nesse contexto que primeiramente Breuer, e depois Freud, empreenderam um novo modo de exploração de certas síndromes psicopatológicas, as síndromes neuróticas e mais particularmente a histeria: eles deixavam o paciente contar, ele mesmo, a história de sua “doença” e associar as lembranças que cada sintoma evocava pouco a pouco na sua mente. Foi esse método que os conduziu em direção à infância dos pacientes e em direção à exploração das relações que tinham se instaurado ao longo da infância entre o paciente e os personagens principais de seu meio, principalmente seus pais.

Em uma primeira etapa de sua teorização (Breuer, 1893; Freud, 1895), esses autores pensaram que a etiologia dos distúrbios que estudavam e tratavam

encontrava-se nos eventos traumáticos da infância e, principalmente, nos eventos carregados de significação sexual, o mais comumente vividos no meio familiar próximo (abusos sexuais, incestos). Em seguida, os dois autores se separaram, Freud prosseguiu sozinho a investigação dos distúrbios neuróticos ajudando o paciente a rememorar os eventos traumáticos de sua infância, que seriam a fonte de seus sintomas atuais, e a reviver concomitantemente o afeto correspondente, o que deveria conduzir a uma “resolução do sintoma”.

Reencontramos atualmente um interesse evidente pela exploração dos acontecimentos da vida como fatores de risco para transtornos mentais e, em particular, pelos acontecimentos traumáticos ligados à vida familiar; trataremos desse ponto posteriormente. Entretanto, a psicanálise orientou-se por um outro caminho: o da exploração não mais da história do sujeito no sentido fatural, mas da relação que se estabelece entre o paciente e o analista e onde se repetem os modos de relação instaurados na infância entre o sujeito e personagens-chave de seu meio, à revelia dele, isto é, inconscientemente. Esta repetição de modos relacionais foi batizada de *transferência* por Freud. É, portanto a exploração da transferência que define a psicanálise, fonte de modelos teóricos do desenvolvimento e do funcionamento psíquico, a que chamamos modelos metapsicológicos. Todos os modelos metapsicológicos atribuem um lugar central às figurações psíquicas identificáveis na transferência, que não são cópias idênticas dos personagens da história dos pacientes, mas que são o resultado de uma transformação complexa destes personagens através das relações subjetivas estabelecidas entre eles e o paciente desde sua primeira infância. Estudaram-se particularmente as figurações mentais correspondentes aos pais do sujeito analisado, que chamamos *imagos parentais* ou *objetos parentais internalizados*.

Nesses diferentes modelos, a psicanálise não coloca em relação direta uma ou outra patologia com um acontecimento dado, nem tampouco com as condutas educativas ou com os modos relacionais do pai ou da mãe. Tudo isso é levado em consideração, mas por meio dos sistemas de transformação complexos, que não permitem mais considerar esses fatores como fatores etiológicos nem como fatores preditivos, mas no máximo como fatores de risco, que a psicanálise somente pode apreender no só-depois e aos quais ela não pode dar uma significação causal no sentido tradicional do termo, isto é, aquele de um determinismo absoluto e linear, se é possível de causalidade nesse campo, na acepção daquilo que dá sentido aos sintomas (causalidade final no sentido de Aristóteles).

Os principais modelos metapsicológicos que substituem os fatores familiares são os seguintes:

1. *O modelo edipiano*, que Freud batizou de “complexo de Édipo” em 1910, e que descreve os conflitos intrapsíquicos entre a atração de natureza sexual da criança pelo genitor do sexo oposto e seu apego pelo genitor do mesmo sexo

no Édipo positivo, o conflito simétrico entre a atração pelo genitor do mesmo sexo e o apego pelo genitor do sexo oposto no Édipo invertido. Este modelo, que forma o eixo central do pensamento freudiano e, de modo geral, dos desenvolvimentos da psicanálise, dá um lugar essencial ao sistema de relações afetivas e fantasmáticas que se estabelece entre cada um dos pais e a criança, e entre o casal de pais e a criança. Da qualidade dessas relações e do equilíbrio entre elas depende, com efeito, a possibilidade de resolver os conflitos edipianos, mas o que conta aqui são menos os aspectos conscientes e voluntários destas relações do que os seus aspectos inconscientes e involuntários. É pela interiorização dos interditos parentais de satisfação do desejo de posse sexual de um dos pais e da eliminação do outro que é vivido como um rival, que se faz a resolução dos conflitos edipianos, o que dá origem à instância psíquica que Freud chamou de superego (1923). É por esta instância que se faz a transmissão familiar dentro do modelo edipiano: “É assim que o superego da criança não se edifica, na verdade, sobre o modelo dos pais, mas sobre aquele do superego parental; ele se preenche do mesmo conteúdo, ele se torna portador da tradição, de todos os julgamentos de valor que resistem ao tempo, que por esta via são perpetuados de geração em geração” (Freud, 1923, p. 150).

O modelo edipiano pode também ajudar a dar conta de certos acontecimentos da vida, que adquirem um valor patogênico quando sobrevêm em certos períodos do desenvolvimento da personalidade; por exemplo, a separação do casal parental ou a morte de um dos pais sobrevivendo ao período em que a criança está elaborando seus conflitos edipianos, acontecimentos que o privam das relações necessárias à elaboração de seus conflitos, ou um acidente corporal, ou mesmo uma intervenção cirúrgica que ele pode viver como uma punição de seus desejos edipianos.

2. *O modelo das identificações*, que não é independente do precedente, mas sim complementar. De fato, é por meio dos processos de identificação aos pais que a criança resolve seus conflitos edipianos, a identificação sendo um processo pelo qual um sujeito “... assimila um aspecto, uma propriedade, um atributo do outro e se transforma, total ou parcialmente, seguindo o modelo deste. A personalidade se constitui e se diferencia por uma série de identificações” (Laplanche e Pontalis, 1967, p. 187).

Segundo o ponto de vista econômico, dinâmico e tópico da metapsicologia, os mecanismos de identificação consistem em uma interiorização no ego do ou dos objetos investidos de libido, segundo um processo que se apóia sobre a relação oral com objeto. Trata-se de processos inconscientes, o que distingue a identificação da imitação que, todavia, é subentendida por um mecanismo de

identificação. Segundo sua natureza (identificação introjetiva, identificação projetiva, identificação ao agressor, identificação histérica, identificação especular), a identificação conduzirá ora ao reforço do ego e de suas bases narcísicas e ao enriquecimento do mundo interior do sujeito, ora a aliená-lo em funcionamentos psíquicos e em modos de relação com o outro que o habitam sem verdadeiramente pertencer-lhe.

3. *O modelo da relação de objeto* encontra sua fonte na obra de Karl Abraham (1907-1925) e foi sobretudo desenvolvido por Melanie Klein (1921-1945) e seus alunos. Aqui a exploração psicanalítica se liga menos às figurações psíquicas internas ligadas aos personagens da história infantil do que aos modos fantasmáticos e afetivos da relação a *objetos* (a palavra “objeto” em psicanálise designa uma pessoa ou um aspecto de uma pessoa investida de energia psíquica) exteriores e interiores. Neste modelo, são os modos de relação com os objetos da infância que vão organizar a transferência e, portanto, estarão submetidos à exploração psicanalítica. Pode-se observar no modelo da relação de objeto as premissas das noções mais recentes de *modelos internos operantes* (Bowlby, 1969) e do *esquema de estar com* (Stern, 1995).
4. *O modelo da relação continente/conteúdo* de W. R. Bion. Em 1962, Bion, aluno de Melanie Klein, introduziu um novo modelo destinado a dar conta dos distúrbios de pensamento que se observa nos psicóticos e nos pacientes *borderline*, e que colocam aos psicanalistas problemas técnicos difíceis: o modelo da *relação continente/conteúdo*. Neste modelo, no início da vida psíquica extra-uterina, a criança vivencia estados somato-psíquicos que não podem ser tratados psiquicamente, e ela não pode fazer outra coisa a não ser tentar evacuá-los. Tudo se passa como se o psiquismo nascente do bebê estivesse em busca de um continente para evacuar essas experiências que ele não pode transformar em pensamento. O parceiro da relação, a mãe em geral, tem por função receber as projeções da criança e transformá-las em elementos pensáveis, que o bebê vai poder receber em troca e, aí então, assimilar psiquicamente. A função continente da mãe, que comporta ao mesmo tempo uma receptividade psíquica e uma capacidade de transformar as mensagens recebidas da criança, é ainda chamada por Bion de *função alfa* ou *capacidade de rêverie materna*. Ela desempenha um papel essencial para o desenvolvimento psíquico da criança, que não somente tem necessidade dessa função para elaborar psiquicamente suas experiências somato-psíquicas, mas deve pouco a pouco identificar-se à função da mãe para tornar-se capaz de tratar suas experiências com seu próprio aparelho psíquico. A falha desta função pode dar conta de uma parte importante da psicopatologia, particularmente daquela que se enraíza nas experiências mais precoces da existência. Uma mãe severamente deprimida no período pós-natal, por

exemplo, será capaz de se ocupar fisicamente de seu bebê, de proporcionar-lhe os cuidados, mas poderá ser impossível para ela fornecer a ajuda necessária para transformar a vivência instável do bebê, imprevisível, carregada de sensações fortes e às vezes desorganizadoras, em qualquer coisa que ganhe sentido e que ele possa assimilar psiquicamente.

O desvio da corrente culturalista

É preciso lembrar que certas interpretações dos modelos metapsicológicos, principalmente aqueles da corrente dissidente da escola culturalista americana (Harry Stack Sullivan) (1892-1949), Frieda Fromm-Reichmann (1899-1957), levaram a confundir objetos internos e objetos externos, imagos parentais e parentes reais e, por esta razão, levaram a apontar alguns pais como sendo os agentes patogênicos das doenças de suas crianças. A noção de *mãe esquizofrenizante*, devida a Fromm-Reichmann (1948), é o exemplo mais célebre disto. Essas confusões conceituais prepararam o advento da corrente antipsiquiátrica dos anos 1950 e 1960 (R. Laing, D. Cooper, F. Basaglia); elas se fizeram presentes igualmente em algumas proposições de discípulos de Jacques Lacan (F. Dolto, M. Mannoni) sobre as psicoses infantis.

Deve-se ressaltar o duplo equívoco sobre os quais todos esses desenvolvimentos se fundam. A primeira é o pressuposto etiológico, que atribui abusivamente à exploração psicanalítica o poder de definir as causas das afecções mentais, sendo que seu único poder é o de explorar seu sentido. O segundo equívoco é o de apagar o inconsciente, ao contrário do que havia proposto Freud, que distinguia bem as transmissões inconscientes (aquela do superego principalmente), eventualmente dotadas de um certo poder patogênico, a as transmissões conscientes. Essas confusões lançaram um descrédito injustificado sobre a exploração psicanalítica dos fatores familiares na gênese das síndromes psicóticas e do autismo infantil. A prática das curas psicanalíticas familiares, que será tratada posteriormente, mostrou, contudo, a fecundidade desta abordagem, colocando em evidência a importância de certas transmissões transgeracionais, é claro, inconscientes.

Deve-se também lembrar que é neste contexto que Leo Kanner, que não era psicanalista, descreveu em 1943 o autismo infantil, insistindo sobre as particularidades dos pais dessas crianças:

In the whole group, there are very few really whamhearted fathers and mothers. For the most part, the parents, grandparents, and collaterals are persons strongly preoccupied with abstraction of a scientific, literary, or artistic nature,

and limited in genuine interest in people. Even some of the happiest marriages are rather cold and formal affairs. Three of the marriages were dismal failures. The questions arises whether or to what extent this fact has contributed to the conditions of the children. (1943/1973, p. 42)¹

Esta primeira descrição – feita pelo descobridor do autismo – dos pais de crianças autistas foi a causa de várias confusões e muitas polêmicas. Kanner, mesmo se defendendo energicamente de todo ponto de vista psicogênico, mesmo invocando uma possível transmissão genética de fatores familiares para explicar as características da personalidade que ele descreveu nos pais, o mal estava feito. A polêmica estourou com a publicação do livro de Bruno Bettelheim, *The Empty Fortress*, em 1967, obra que Kanner criticou violentamente (1968). Desde então, o fosso entre as abordagens psicodinâmicas e as abordagens biológicas ou cognitivistas desta patologia nunca mais foi reduzido, sem dúvida porque, desde o início, existiu um contra-senso sobre a natureza dos modelos de referência e sobre os conceitos que esses modelos permitiam definir.

Os modelos em psicanálise

449

Outros desenvolvimentos da psicanálise forneceram pontos de vista dinâmicos sobre o funcionamento familiar, que contribuíram para esclarecer a origem de numerosos distúrbios psicopatológicos, sem no entanto ceder ao preconceito etiológico que denunciávamos anteriormente. Citaremos as noções de *neurose familiar* proposta por Laforgue (1936) e Leuba (1936), aquela das *interações fantasmáticas* proposta por Cramer e Kreisler em 1981, aquela, enfim, de *cenário narcísico da parentalidade* recentemente proposta por Manzano et al. (1999). Essas três noções servem para descrever a dinâmica inconsciente subjacente a uma disfunção familiar, a uma perturbação na relação pais/criança ou ao fracasso de uma função parental.

A *neurose familiar*: por esta expressão Laforgue e Leuba designam a organização dos modos de investimento libidinais e agressivos em uma família disfuncional, assim como as fantasias inconscientes subjacentes a esses modos

1. “Entre eles existem muito poucos pais ou mães calorosos. Em sua maioria, os pais, avós e os parentes são pessoas que se interessam prioritariamente pelas abstrações sejam literárias, científicas ou artísticas; eles pouco se interessam verdadeiramente por seus semelhantes. Mesmo alguns dos casamentos aparentemente mais felizes são arranjos mais para frios e formais. Três desses casamentos foram fracassos evidentes. A questão que se coloca é saber até que ponto esses fatores contribuíram para o estado dessas crianças”.

de investimento. Se a descrição desses autores nos parece hoje excessiva, até mesmo ingênua, deve-se reconhecer-lhes o mérito de ter mostrado pela primeira vez a importância dos mecanismos de transmissão transgeracional inconscientes.

Interações fantasmáticas: elas foram definidas por Cramer e Kreisler (1981) da seguinte forma: “Por este termo, aparentemente híbrido, entendemos tanto as características dos investimentos recíprocos (o que representa a criança para a mãe? E vice-versa; o que representa a oralidade? etc.) como aquelas das projeções e das identificações recíprocas”. Esta noção foi retomada e desenvolvida por numerosos autores, particularmente Lamour e Lebovici (1991), na exploração das transmissões patogênicas entre gerações. Trata-se de um mecanismo de transmissão totalmente inconsciente, mas potente, ligado ao que uma determinada criança representa inconscientemente para um ou outro de seus pais. Para dar somente um exemplo, não excepcional: uma mãe que foi vítima durante sua adolescência de um pai incestuoso pode se encontrar em grande dificuldade para oferecer os cuidados corporais a seu bebê do sexo masculino, que pode vir a representar inconscientemente para ela o corpo incestuoso do pai.

Os cenários narcísicos da parentalidade são descritos da seguinte maneira por Manzano et al. (1999)

450

... a partir da análise de situações da prática clínica com pais/bebês e crianças pequenas, eles (os autores) puderam constatar que encenações inconscientes, similares às aquelas descritas por Freud como próprias às relações amorosas narcísicas entre adultos estão presentes em proporção e formas variáveis em todas as relações pais/crianças. Eles foram levados a formular o conceito de “cenários narcísicos da parentalidade” constituídos por quatro elementos essenciais: uma projeção dos pais sobre a criança, uma identificação complementar do pai e/ou da mãe (contra-identificação), um objetivo específico e uma dinâmica relacional atuada. As particularidades de cada um desses quatro elementos colocam em evidência a forma pela qual o narcisismo parental vai implicar a criança e, conseqüentemente, poderá ter repercussões estruturantes ou patogênicas no desenvolvimento psíquico dessa última. (p. 474, tradução pessoal)

Esta noção é muito próxima da precedente. Nos dois casos, com efeito, a exploração psicanalítica coloca em evidência uma projeção sobre a criança, de aspectos inconscientes da personalidade de um dos pais, projeção que vem hipotecar a relação de um dos pais concernido com a criança em questão.

A psicanálise familiar: ela nasceu do encontro da teoria sistêmica, que será abordada posteriormente e da abordagem psicanalítica dos pequenos grupos. Seu início remonta aos anos 1970. Ela ficou amplamente conhecida na França graças aos pioneiros que são A. Eiguer, G. Decherf, J.-P. Caillot, A. Ruffiot. Este último autor deu-lhe a seguinte definição: “A abordagem psicanalítica de grupo (da família) é inspirada, na sua teoria e na sua técnica por uma representação do es-

tatuto *fantasmático e grupal* do indivíduo no interior de sua família. Ela é uma escuta, que vai além das trocas verbais e comportamentais, do funcionamento da fantasmática familiar no *aparelho psíquico grupal* da família (Ruffiot et al., 1981, p. 7). Os psicanalistas familiares definiram a família como o objeto grupal de sua investigação. Descrevem uma transferência familiar, uma contratransferência dos terapeutas em relação à família. Descrevem igualmente a intertransferência, isto é, os afetos e fantasias que se desenvolvem entre os terapeutas (há em geral um casal de terapeutas). Trata-se, em uma análise familiar, de explorar o funcionamento psíquico do conjunto do grupo familiar tal qual ele se atualiza na transferência familiar, e não de fazer a psicanálise de um dos membros da família diante dos outros.

As contribuições das abordagens sistêmica e da teoria da comunicação

A psicanálise foi levada a se interessar pela família na medida em que a exploração do psiquismo individual remetia às diferentes constelações do grupo familiar. As abordagens sistêmica e da comunicação fizeram delas inicialmente seu tema de estudo. Essas abordagens decorrem de novos paradigmas científicos que surgiram por volta da metade do século XX, paradigmas que rompiam com as abordagens dos séculos precedentes por propor uma abordagem holística dos fenômenos estudados: *teoria geral dos sistemas* de L. von Bertalanffy (1947); *cibernética* de N. Wiener (1948); *teoria da comunicação* de C. Shannon e W. Weaver (1949); *teoria dos jogos* de von Neumann e O. Morgenstern (1942). Essas diversas teorias não têm mais a ambição de reduzir os fenômenos a seus componentes elementares para tentar compreender as leis que os regem, antes de recompor esses elementos em conjuntos complexos respondendo às mesmas leis que regem seus elementos. Trata-se de compreender, tanto quanto possível, as leis que regem o fenômeno estudado em seu conjunto e enquanto ele não parece redutível a uma soma de componentes elementares. Estes, de fato, estão em interação uns com os outros de uma forma que caracteriza o sistema ao qual pertencem. O próprio sistema é definido pelo conjunto de interações dos elementos que ele contém:

Um sistema – escreveu von Bertalanffy – pode ser definido como um complexo de elementos em interações. Por “interação” entendemos os elementos p ligados por essas relações R , de forma que o comportamento de um elemento p em R difere de seu comportamento em uma outra relação R' . Se ele se comporta da mesma forma em R e em R' , não existe interação e os elementos se conduzem independentemente com relação às relações R e R' . (1968, p. 53)

Esses novos modelos científicos não deixaram de interessar especialistas das ciências humanas que estavam à procura de modelos não reducionistas e em busca de teorias permitindo-lhes levar em consideração a inevitável implicação do observador no seu campo de observação. É assim que G. Bateson e seus colaboradores após terem utilizado uma abordagem sistêmica em pesquisas antropológicas, aplicaram-no a um estudo do grupo familiar e, primeiramente, em famílias nas quais um dos membros era esquizofrênico. Seus trabalhos os conduziram, em 1956, a definir um modo de comunicação particular destas famílias, batizados por eles de *double bind*² (duplo vínculo ou dupla coação).

Os elementos indispensáveis para constituir uma situação de dupla coação, assim como a concebemos, são os seguintes: 1. *Duas pessoas ou mais*. Para a clareza da exposição, designamos uma como a “vítima” (...) 2. *Uma experiência repetida*. Afirmamos que a dupla coação é um tema recorrente na experiência da “vítima”. Nossa hipótese leva em consideração não uma experiência traumática única, mas uma experiência cuja característica de repetição faz com que a dupla coação aconteça com regularidade na vida da “vítima”. 3. *Uma injunção negativa primária*. Esta pode tomar duas formas: a) “Não faça isto ou eu te punirei”; “Se não fizer isso, eu te punirei” (...) 4. *Uma injunção secundária, que contradiz a primeira em um nível mais abstrato, mas sendo, como ela, reforçada pela punição ou por certos sinais que ameaçam a sobrevivência*. Esta injunção secundária é mais difícil de descrever do que a primeira por duas razões: primeiramente porque é transmitida à criança por meios não verbais. Atitudes, gestos, tom de voz, ações significativas, implicações escondidas em comentários verbais, todos esses meios podem ser utilizados para veicular a mensagem mais abstrata. Em seguida, porque a injunção secundária pode contradizer um dos elementos da interdição primária (...) 5. *Uma injunção negativa terciária, que impede a vítima de escapar da situação ...* (Bateson et al., 1956, p. 14-5)

A descrição do *double bind* esteve na origem de numerosos trabalhos visando identificar os modos de comunicação intrafamiliares patogênicos característicos das famílias que compreendiam um “paciente identificado” vítima de tal ou tal síndrome. O termo genérico *comunicação paradoxal* é utilizado para designar o conjunto de distúrbios da comunicação encontrados. É assim que foram sucessivamente descritos: o *cisma* (Lidz et al., 1957), que descreve um conflito conjugal latente; a *pseudo-mutualidade*, na qual os conflitos são mascarados para fazer crer em uma total harmonia no seio do grupo familiar e a *pseudo-hostilidade* (Wynne et al., 1958), no qual as alianças secretas são mascaradas; a *desqualificação* (Haley, 1959; Sluzki et al., 1971; Kaufmann, 1986) na qual “uma mensagem não é confirmada de forma explícita embora tal confirmação teria sido

2. Em inglês, no original. (N. da T.)

necessária” (Seywert, 1990, p. 99); a *mistificação* (Laing, 1965), produzindo a confusão mais do que o conflito etc.

Os diferentes modos de comunicação paradoxal foram estudados e descritos essencialmente em famílias de esquizofrênicos. Desde 1957, Lidz, Fleck et al., descreveram, a partir do estudo de 14 famílias, as características da organização e da comunicação das famílias de esquizofrênicos: união conjugal defeituosa, apagamento das barreiras intergeracionais, não respeito das fronteiras entre os sexos, insuficiência de aprendizagem de uma linguagem confiável, transmissão de um modo de pensamento irracional. Outros estudos trataram de famílias nas quais um dos membros apresentava: transtorno de condutas alimentares (Bruch, 1974; Selvini-Palazzoli, 1973, 1978, 1988); distúrbio neurótico (Richter, 1970, 1972); síndrome maníaco-depressiva (Finley & Wilson, 1968).

Entretanto, a tendência dos estudos sistêmicos em propor uma tipologia familiar centrada na patologia de um de seus membros foi rapidamente afastada pela maioria dos autores sistêmicos em função da falta de especificidade e por causa do risco de estigmatizar as famílias e conduzir a um *a priori* etiológico. Esses foram substituídos pelo estudo da funcionalidade das famílias, descrevendo um gradiente que vai das famílias mais gravemente disfuncionais às famílias mais funcionais. Este tipo de estudo se apóia nas noções:

- de *homeostase familiar*, noção introduzida desde 1957 por Jackson. Ela transpõe para o equilíbrio interno da família o conceito biológico de equilíbrio do meio interno definido por Claude Bernard. Ela foi retomada por Wertheim (1973, 1975) para descrever um equilíbrio entre *morfostase*, que define o equilíbrio estável da organização familiar, e *morfogênese*, que define as capacidades de evolução e de mudança desta organização familiar. O equilíbrio entre morfostase e morfogênese define a adaptabilidade da família (Beavers, 1982, 1983);
- de *triângulo relacional*, noção introduzida por Weakland em 1960 para descrever as interações no seio do triângulo pai/mãe/criança, e mais amplamente de *estilo interacional* (Beavers, 1982, 1983) que descreve o equilíbrio entre tendências centrípetas (manter cada um dos membros do grupo familiar no seio da família) e tendências centrífugas (empurrar cada um dos membros para fora do grupo familiar);
- do *mito familiar* (Ferreira, 1981; Neuburger, 1995): “... é a crença mostrada nas características, nas especificidades do grupo. Essas crenças concernem todos os níveis de realidade da família; o conjunto destas crenças constitui a ‘personalidade’ de uma família, o mito de uma família” (Neuburger, 1995, p. 12). Toda família fabrica seu ou seus mitos dos quais tem necessidade para construir sua identidade. As disfunções aparecem quando o mito, sistema de crenças e de valores, é transformado em um conjunto de verdades intangíveis e imutáveis;

- dos *rituais familiares*: “São todas as condutas repetitivas que têm por função reforçar o pólo mítico do grupo, fazendo-o transparecer” (ibid., p. 24);
- dos *papéis familiares*, definidos por Seywert (1990): “... os padrões comportamentais esperados no exercício de uma função familiar dada” (p. 75). Em 1973, I. Boszormenyi-Nagy elaborou o conceito de parentificação para designar o papel atribuído implicitamente a uma criança de funcionar como “pai de seus próprios pais ou como pais de um de seus irmãos e irmãs”. A parentificação não tem efeitos patogênicos salvo quando ela é escondida, durável e inapropriada às competências da criança; os sistêmicos insistem igualmente sobre o papel de *bode expiatório* atribuído pelo grupo familiar a um de seus membros nas famílias disfuncionais.
- das *fronteiras*: “... delimitações entre os diferentes sub-sistemas familiares, tal como o sub-sistema parental, o sub-sistema conjugal (díade marido-mulher), o sub-sistema das crianças, sobre os limites inter-individuais, sobre as fronteiras entre família nuclear e família de origem” (Seywert, 1990, p. 77). Insiste-se em particular na importância do grupo familiar.

Numerosos questionários e escalas de avaliação do funcionamento familiar foram elaborados e postos em prática a partir do final da década de 1960: *Family Agreement Measure* (FAM) (Bodin, 1968); *Family Environment Scale* (FES) (Moos & Moos, 1976); *Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales* (FACES I e II) (Olson et al., 1983); *Family Assessment Device* (FAD) (Epstein et al., 1983) etc.

Os estudos sistêmicos da família receberam numerosas aplicações terapêuticas sob a forma de psicoterapias familiares. Não se trata aqui de desenvolver essas aplicações. Lembraremos somente que elas visam modificar num sentido favorável os modos de comunicação e de interação familiar criando uma situação terapêutica na qual o ou os terapeutas são incluídos com a família no seio de um meta-sistema, cuja homeostase será por isso modificada, o que permitirá descobrir e organizar novos modos de comunicação e de interação com a esperança de que a família possa mantê-las e desenvolvê-las para além das sessões de tratamento. Nisso, as psicoterapias sistêmicas se distinguem das psicoterapias cognitivo-comportamentais que visam diretamente o ou os sintomas, e das psicoterapias de orientação psicanalítica, que postulam a existência de uma realidade psíquica atualizando-se no interior da relação com o terapeuta e de fantasmas inconscientes que organizam esta realidade psíquica.

As abordagens experimentais

Entendemos por “experimentais” os estudos que utilizam protocolos que permitem agir sobre as interações familiares, fazendo variar certos parâmetros da situação observada de uma maneira controlada, de modo a estabelecer relações de causalidade entre essas variações impostas e os efeitos observados.

Pode-se ver nos estudos de R. Spitz, iniciados em 1953, sobre o que ele chamou de organizadores da díade mãe/bebê (sorriso para o rosto humano, angústia do 8º mês, “não”), as premissas dessas abordagens experimentais: ele mostrou dessa forma a existência de certas fases críticas em que se reorganizava a relação mãe/bebê em torno de certas condutas interativas que ele evidenciava experimentalmente modificando sua própria interação com o bebê que observava (olhar de frente ou de perfil, utilização de máscara etc.).

A demonstração a partir dos anos 1960 das *competências do recém-nascido*, assim denominadas pelo psicólogo R. White, constituiu a segunda etapa. Entende-se por “competências” os recursos³ dos quais a criança dispõe ao nascer para interagir com seu entorno e para perceber seu meio ambiente. A descoberta da sucção não nutritiva e de suas variações na criança em função de seu interesse por um estímulo, as evidências de uma busca ocular muito precoce, como também de diversas modificações de parâmetros fisiológicos de acordo com a atenção do bebê dirigida a uma estimulação, as gravações em filmes de vídeo de bebês em interação com suas mães, a utilização de mecanismos de habituação a um estímulo, tudo isso permitiu estudar de maneira cada vez mais fina a extraordinária complexidade dos recursos do bebê sobre o plano motor, sensorial, lingüístico, e até cognitivo, recursos que o preparam para descobrir os humanos ao seu redor e, muito cedo, a diferenciá-los de seu ambiente não humano.

Entretanto, até a década de 1970, um estudo sistemático das interações mãe-bebê não havia ainda sido empreendido. Foi T. Brazelton que inaugurou este tipo de estudo em 1974 por meio de uma análise sistemática, seqüência por seqüência, das interações registradas em vídeo. Esse estudo pioneiro foi muito rapidamente seguido por vários outros estudos que não iremos analisar em detalhes e que foram, aliás, objeto de outros relatórios (B. Golse, Cl. Bursztejn). Lembraremos somente os trabalhos sobre a *sincronia* na díade mãe-bebê de Condon & Sander (1974); os de Stern (1977, 1985) sobre a *sintonização afetiva* ou *harmonização dos afetos*; os de Trevarthen (1978, 1979, 1980, 1993) sobre a *intersubjetividade*; os de Emde et al. (1978) sobre a *referência social*; os de Nadel (1986) sobre a *imitação*; enfim, os numerosos trabalhos de Tronick et al. (1978) sobre as

3. *Équipements*, no original. (N. da T.)

interações na díade mãe-criança e a *consciência diádica*. Todos esses trabalhos se caracterizam por meios de registro objetivo das seqüências interativas estudadas e pelas modificações dessas interações segundo paradigmas experimentais:

- A *strange situation*,⁴ descrita por Ainsworth & Witting em 1969: “roteiro composto por separações e reencontros, se desenrolando no laboratório, na presença de um dos pais” (Pierrehumbert, 2000). Concretamente, pede-se a um dos pais para interagir livremente com sua criança em um ambiente com brinquedos; em seguida, sob comando, este pai sai da sala e alguns instantes mais tarde uma pessoa desconhecida da criança entra na sala. As reações da criança a cada um dos episódios são registradas em vídeo. O protocolo completo é composto por oito episódios, de três minutos cada um. A *strange situation* permitiu a Ainsworth e seus colaboradores descrever os padrões de apego às figuras parentais.
- O *still face*,⁵ construída por Tronick e colaboradores em 1978. Consiste em pedir à mãe, após uma interação livre face a face com seu filho, que mantenha a partir de uma ordem o rosto impassível durante três minutos. As reações da criança são registradas em vídeo. Elas foram descritas em três fases: protesto, evitação e retraimento, evocando uma reação depressiva da criança, o que não deixou de suscitar questões éticas (Schneider, Bouyer e Mietkiewicz, 2000). Este paradigma serviu sobretudo para colocar em evidência a importância, para as crianças, das experiências de reações sincrônicas entre ela e sua mãe e os efeitos patogênicos dos fracassos de suas tentativas para conseguir isto. Foi particularmente utilizado nas pesquisas sobre as díades mãe deprimida/bebê;
- A *comunicação direta/protelada*: paradigma introduzido por Murray e Trevarthen em 1985. Consiste em comparar seqüências interativas mãe/bebê em uma relação livre e direta e em uma relação em que a mãe reage não imediatamente a seu bebê, mas a um registro de vídeo dele, com um tempo de atraso. Este modelo que tem a vantagem de atenuar as reações negativas do bebê tais quais se observa no *still face*, é muito utilizado igualmente nos estudos das interações entre bebês e mães deprimidas (Marcelli, Nadel et al., 1997).

Tronick e Weinberg (1994, 1998) propuseram uma síntese desses trabalhos descrevendo os comportamentos afetivos do bebê na sua relação com sua mãe em configurações que associam o rosto, a voz, o gestual e o olhar. Eles perceberam quatro configurações: *engajamento social* (o bebê olha sua mãe, tem comportamentos de retraimento ativo, chora, mostra expressões faciais de raiva); protesto ativo – o bebê se afasta de sua mãe, tem comportamentos de retraimento

4. Em inglês no original = situação estranha. (N. da T.)

5. Em inglês no original = rosto imóvel. (N. da T.)

ativo, chora e mostra expressões faciais de raiva; *engajamento objetal e retraimento passivo*, as duas últimas configurações comportam as combinações variadas dessas modalidades expressivas.

Eles insistem sobre as variações segundo o sexo: os bebês do sexo masculino reagem de uma forma mais emocional, são mais dependentes de sua parceira materna para regular suas emoções; os bebês do sexo feminino manifestam mais interesse pelos objetos e uma melhor capacidade de auto-regulação de suas emoções, mas uma maior estabilidade de seus estados de tristeza. As variações culturais são igualmente importantes.

Ressaltam os aspectos dinâmicos das interações na díade mãe/bebê e a importância do que chamam “reparação de erros interativos”, que definem como “a transição interativa de um estado de descoordenação para um estado de coordenação” (1998, p. 312) entre os dois parceiros da díade. O que caracteriza as díades normais não é a sincronia permanente ou coordenação entre os dois parceiros, mas a possibilidade de que os erros interativos sejam rapidamente corrigidos, o que não é o caso, por exemplo, das díades mãe deprimida/bebê.

Esses autores propõem um modelo inspirado na teoria geral dos sistemas e particularmente as possibilidades de auto-organização estáveis em um sistema aberto (isto é, tendo trocas energéticas com o exterior), modelo que chamaram “consciência diádica”: os estados de consciência do bebê, que teriam neles mesmos uma certa coerência, ver-se-iam complexificados e estabilizados pelas trocas com o parceiro no seio de um sistema dinâmico dotado de capacidade de auto-organização: “O cuidador oferece ao bebê estímulos regulares que podem aumentar a complexidade e a coerência do estado de consciência do bebê. Esta dilatação da consciência é uma propriedade emergente das micro-trocas mútuas de informações afetivas. Durante uma interação, a informação concernente ao estado de consciência do bebê (por exemplo as intenções, os estados afetivos, o grau de alerta) é transmitido por configurações afetivas que serão percebidas pela mãe. Em resposta a esta informação que concerne o estado de consciência do bebê, a mãe fornece ao bebê um apoio regular que lhe permite atingir um estado de organização mais complexo” (ibid., p. 326).

Os processos de reparação das interações estariam falhos justamente nas díades mãe deprimida/bebê, com conseqüências diferentes para os bebês meninos e os bebês meninas: os filhos de mães deprimidas têm maior risco de desenvolver *comportamentos hiperativos* e agressivos, as filhas maior risco de desenvolverem estados *depressivos*.

Abordagens etológicas: a noção de apego

A etologia se define como a ciência do comportamento animal estudado em seu meio natural. As premissas de sua aplicação à espécie humana remontam aos trabalhos do psicanalista húngaro I. Hermann, nos anos 1930, sobre o instinto de agarramento e aos estudos de Spitz (1945) sobre crianças privadas de seu parceiro materno. Nos anos 1950, Bowlby, achando os modelos psicanalíticos insuficientes para dar conta de suas observações sobre crianças sofrendo de carências de cuidados maternos, volta-se para a etologia a fim de buscar modelos complementares. Em 1958, inspirando-se nos trabalhos de Harlow sobre os bebês-macacos aos quais forneceram mães fictícias, propõe uma hipótese combinando o modelo psicanalítico e o modelo etológico para dar conta do estabelecimento dos laços entre o bebê e sua mãe. Este trabalho é a origem do que vai se tornar sua *teoria do apego*, proposta em 1969. Segundo essa teoria, o bebê humano possui em seu equipamento hereditário padrões comportamentais que favorecem sua aproximação com um parceiro adulto (em geral sua mãe) que vai lhe proporcionar os cuidados necessários à sua sobrevivência e a seu desenvolvimento. O *apego* à figura materna é primário e não secundário, como postulava a *teoria do apoio* proposta por Freud (1905), que pensava que a criança se apegaria à mãe porque ela era a fonte de satisfação das suas necessidades pulsionais.

A partir de 1969, Bowlby sugeriu que os modelos de apego que se organizam na relação da criança com as pessoas de seu meio se interiorizam, a partir do segundo semestre de existência sobre a forma de *modelos internos operantes* (*internal working models*) que vão em seguida guiar as relações do indivíduo com seu meio, principalmente em suas relações íntimas: relações amorosas, relações de partilha. Assim se explicaria uma transmissão transgeracional de modelos relacionais.

Os alunos de Bowlby procuraram confirmar estas hipóteses por meio de pesquisas empíricas. Ainsworth (1978), a partir da *strange situation* aplicada à crianças de 12 meses, descreveu diferentes padrões de apego que denominou:

- *inseguro-evitante* ou tipo A: “A criança inseguro-evitante (A), aparentemente pouco perturbada pela situação, faz como se não tivesse necessidade de reconforto, nem mesmo parece estar afetada pela saída do pai ou da mãe. Dá assim a impressão de independência explorando o novo ambiente sem utilizar os pais como ‘base asseguradora’ e sem mesmo assegurar-se de sua presença; ignora ou evita o pai ou a mãe quando retorna” (Pierrehumbert, 2000, p. 698);
- *seguro* ou tipo B: “A criança com apego dito ‘seguro’ (B) tende a protestar no momento da separação, mas acolhe o pai ou a mãe quando retorna, com uma expressão de alívio combinada com a busca de proximidade (estende os braços

para os pais, molda seu corpo no corpo do adulto) ou simplesmente o cumprimenta. Este contato lhe permitirá em seguida partir novamente para explorar” (ibid.);

- *inseguro-ambivalente* ou tipo C: “A criança ‘inseguro-ambivalente’ (C) se mostra razoavelmente perturbada pela situação; ansiosa e às vezes agitada no momento da separação, ela vai buscar o reconforto no reencontro, mas de uma maneira ambivalente: pode buscar o contato e mesmo se pendurar no pai ou na mãe, mas logo se afasta, em um movimento de cólera; recusa ser consolada ou se entrega a uma tristeza passiva. Sua atitude teve inegavelmente uma tonalidade imatura ou ainda dependente” (ibid.);
- M. Main, N. Kaplan e J. Cassidy acrescentaram um quarto modelo de apego em 1985: *inseguro-desorganizado ou desorientado* (tipo D): “Trata-se de comportamentos que, freqüentemente, aparecem somente com um dos pais: a criança tende a se paralisar no momento do reencontro, em uma atitude de apreensão ou confusão; a seqüência temporal dos comportamentos pode dar a impressão de desorganização. Mais do que estarem assustados pela situação, como pode ser o caso de outras crianças, esta se comporta como se estivesse assustada com o próprio pai ou com a própria mãe” (ibid.).

Em 1985 Main, Kaplan e Cassidy construíram uma entrevista semi-estruturada para adultos: *Adult Attachment Interview*⁶ (AAI) permitindo precisar as representações do adulto interrogado sobre as figuras de apego de sua infância. Descreveram quatro tipos de representação que supostamente corresponderiam ao modelo interno operante do adulto interrogado: 1. “desapegado” (*dismissive in early attachments*); 2. “autônomo” (*autonomous-secure*); 3. “preocupado” (*preoccupied with early attachments*); 4. “desorganizado” (*unresolved-disorganized*). Muitos estudos evidenciaram uma correspondência elevada (75 a 85%) entre o modelo interno operante da mãe tal como revela a AAI e o modelo de apego da criança (Grossman, Fremmer-Bombik et al., 1988; George e Solomon 1989; Van Ijzendoorn, Kranenburg et al., 1992; Benoit & Parker, 1994). Esses estudos parecem, portanto, evidenciar um dos mecanismos essenciais de transmissão transgeracional.

Os estudos de Fivaz-Depeursing & Corboz-Warnery (1999) sobre a tríade pai/mãe/criança fazem parte igualmente das aplicações do método etológico à espécie humana. Esses autores observaram as trocas triádicas em 12 famílias por cinco vezes durante o primeiro ano: quando a criança tinha 8, 12, 24, e 52 semanas. Descreveram quatro tipos de aliança familiar: 1. “operativa” (tipo A); 2. “moderada” (tipo B); 3. “conluio” (tipo C); 4. “desordenada” (tipo D). Os dois

6. Em inglês, no original = Entrevista de Apego do Adulto. (N. da T.)

primeiros tipos de aliança favorecem o desenvolvimento da criança, os dois últimos não o facilitam. Nas 12 famílias, nove mantiveram seu tipo de aliança ao longo dos 12 meses de observação.

Os estudos epidemiológicos

Após o estudo original de Rutter et al. (1964-1965) sobre o conjunto de crianças da ilha de Wight de 10 a 11 anos, a epidemiologia no campo da psiquiatria da criança e do adolescente desenvolveu-se consideravelmente. A pesquisa neste campo apóia-se em ferramentas padronizadas: questionários (autoquestionários utilizáveis a partir da idade de 10 anos, questionários preenchidos pelos pais, questionários preenchidos pelos professores), escalas de avaliação, entrevistas diretas, instrumentos que devem ser devidamente validados para a população estudada. Alguns referem-se a aspectos muito gerais da psicopatologia (distúrbios do comportamento, distúrbios emocionais); outros a aspectos mais específicos (distúrbios da linguagem, distúrbio de tal ou tal aprendizagem escolar etc.). São igualmente utilizados os protocolos experimentais que descrevemos no parágrafo precedente, que permitem avaliar certas interações na díade mãe/criança ou pai/criança.

Além da possibilidade de dar uma descrição estatística da prevalência de tal ou tal tipo de distúrbio em uma dada população e, eventualmente, de fazer as comparações de prevalência de uma população em relação a outra, os estudos epidemiológicos permitem, em certos casos, estabelecer correlações estatísticas entre a prevalência de um distúrbio e alguns fatores eventuais aos quais os sujeitos afetados podem ter sido expostos; em outras palavras, eles permitem determinar os fatores de risco de um distúrbio psicopatológico, o que oferece grande interesse para as ações preventivas. Trata-se, portanto, de uma via de pesquisa essencial para determinar o peso dos fatores de risco familiares sobre a saúde mental das crianças e dos adolescentes.

Detalhamos aqui, nos quadros abaixo, os diferentes fatores que foram objeto desses estudos publicados que citamos. Os fatores familiares estudados pertencem às seguintes categorias:

- acontecimentos da vida que atingem a família (luto de um dos pais ou de um membro da fratria, mudanças, imigrações, divórcio ou separação do casal parental etc.);
- fatores de adversidade na família (clima de discórdia, desavenças conjugais etc.);
- expressão emocional, distância emocional, estilo de comunicação familiar;
- condutas educativas e afetivas (carências de cuidados e de educação, atitude de rejeição dos pais em relação à criança, incoerência das condutas educativas parentais);

- incestos;
- violências intrafamiliares;
- alcoolismo parental;
- outras condutas de adição dos pais;
- depressão parental (em particular materna no pós-parto);
- angústias/transtornos obsessivos;
- doença psiquiátrica evidente de um dos pais.

Acontecimentos da vida

Divórcio dos pais + ⁷ (Palosaari et al., 1996; Hetherington et al., 1978)	⇒ Depressão
Anúncio de um câncer de um dos pais + (Compas, 1994), sobretudo o câncer da mãe para menina	⇒ Depressão
Efeito cumulativo de vários acontecimentos negativos + (Simmons et al., 1987)	⇒ Depressão
Papel dos acontecimentos de vida mais importante para as meninas + (Kessler e McLeod, 1984)	⇒ Depressão
Morte de alguém próximo ? ⁸ (E. Fombonne, 1995)	⇒ Depressão
Imigração ? (Wing, 1980; Gillberg, 1987; Gillberg et al., 1991; Goodman e Richards, 1995)	⇒ Autismo

Adversidades

Conflitos conjugais + (Emery, 1982; Puig-Antich et al., citados em Dadds et al., 1996)	⇒ Depressão
Perdas e rupturas de relações significativas + (Brown e Harris, 1978, 1989; Adams e Adams, 1991)	⇒ Depressão

7. O sinal (+) indica que foi estabelecida uma relação estatística significativa entre o fator de risco indicado à esquerda do quadro e o estado patológico da criança indicado à direita.

8. O sinal (?) indica que os dados epidemiológicos sugerem uma influência do “fator de risco”, mas que esta influência não foi estatisticamente demonstrada.

- Críticas entre pai e mãe, mal-estar paterno e materno, pouco calor materno + (Goodman e Stevenson, 1989) ⇒ Hiperatividade
- Divórcio ou separação dos pais ? (Hetherington et al., 1978), mas coloca em dúvida a influência respectivamente da separação e da discórdia conjugal anterior (Cherlin e al., 1991) ⇒ Depressão
- Declínio da coesão familiar ? ⇒ Anorexia/bulimia
- Conflitos conjugais ? (Dadds et al., 1996) ⇒ Distúrbios ansiosos

Distância emocional, expressão emocional, estilo de comunicação familiar

- Expressão emocional excessiva com crítica dos pais + (Miklowitz et al., 1986) ⇒ Esquizofrenia
- Expressão emocional excessiva com hiper-investimento e crítica das mães + (Miklowitz et al., 1986) ⇒ Esquizofrenia
- Distanciamento da relação com os pais durante a adolescência + (Petersen et al., 1991), sobretudo nas meninas (Cherlin et al., 1991) ⇒ Depressão
- Pouca afeição materna, comunicação pobre + (Puig-Antich et al., 1989) ⇒ Depressão
- Ambiente familiar pouco favorável à expressão das emoções, pouca coesão familiar + (Leon et al., 1993) sobre as anorexias ⇒ Anorexia/bulimia
- Dependência afetiva e proximidade emocional aumentada das meninas com suas mães ? (Brumberg, 1988) para os anoréxicos ⇒ Anorexia/bulimia

Condutas educativas e afetivas

- Rigidez na educação paterna + (Yesavage et al., 1983) para os esquizofrênicos perigosos ⇒ Esquizofrenia
- Carência de cuidados e de educação + (Crook et al., 1981; Lefkowitz et al., 1985) ⇒ Depressão

- Reduzidas recompensas maternas +
(Cole e Rehm, 1986) ⇒ Depressão
- Intolerância paterna +
(Kohlman et al., 1988, citado in Dadds et al., 1996) ⇒ Transtornos de
ansiedade
- Ambigüidade das respostas parentais +
(Barett et al., 1996, citado in Dadds et al.) ⇒ Transtornos de
ansiedade
- Pais controladores e hiperprotetores +
(Krohne e Hock, 1993; Dumas et al., 1995) ⇒ Transtornos de
ansiedade
- Duplas mensagens educativas e afetivas +
(Humphrey, 1987) para as anorexias ⇒ Anorexia/bulimia
- Relações pais-filha hostis com subestimação das
tentativas de separação e de auto-afirmação +
(Humphrey, 1987) para os bulímicos ⇒ Anorexia/bulimia
- Perda dos rituais de mesa ?
(Fombonne, 1995) ⇒ Anorexia/bulimia
- Aumento em frequência e intensidade
da alimentação dos bebês ?
(Fombonne, 1995) ⇒ Anorexia/bulimia

Incestos, violência

- Incestos +
(Fergusson et al., 1996; Buist, 1995;
Boudewyn e Liem, 1995, Cheasty et al, 1998) ⇒ Depressão
- Incestos +
(Buist, 1995) ⇒ Anorexia/bulimia
- Incestos +
(Fergusson et al., 1996; Buist, 1995) ⇒ Transtornos de
ansiedade

Alcoolismo de um dos pais

- Alcoolismo materno +
(Mitchell et al., 1989) ⇒ Depressão
- Alcoolismo parental +
(Cantwell, 1972; Goodwin et al., 1975) ⇒ Hiperatividade
- Alcoolismo paterno +
(nos meninos: Malo e Tremblay, 1997) ⇒ Transtornos de
ansiedade

Alcoolismo materno ?
(ansiedade generalizada nos meninos,
transtorno do pânico e fobias nas meninas
(Bidault-Russel et al., 1994,
não houve significância estatística) ⇒ Transtornos de
ansiedade

Toxicomania de um dos pais

Abuso de drogas da mãe +
(Mitchell et al., 1989) ⇒ Depressão

Toxicomania de um dos pais +
(Wilens et al., 1997; Bouchez
et al., 1997, sem grupo de controle) ⇒ Hiperatividade com
transtorno de atenção

Toxicomania de um dos pais ?
(Wilens et al., 1997, sem significância estatística;
Bouchez et al., 1997, sem grupo de controle) ⇒ Depressão

Toxicomania de um dos pais ?
(Wilens et al., 1997, sem significância
estatística; Bouchez et al., 1997 sem grupo controle) ⇒ Transtorno de
ansiedade

464

Depressão de um dos pais

Depressão parental +
(Downey e Coyne, 1990, citado em Dadds e al., 1996)
(Weissman et al., 1988) ⇒ Depressão/
depressão maior
(DSM-III)

Depressão materna +
(McCombs Thomas et al, 1995) ⇒ Depressão

Depressão materna +
(Kaslow, Rehm, Pollack e Siegel, 1988) ⇒ Depressão

Depressão materna +
(Cox et al., 1987; Stevenson et al., 1996) ⇒ Hiperatividade

Depressão materna +
(Cunningham et al., 1988) ⇒ Hiperatividade

Depressão materna pós-parto +
(Ferrari et al., 1991, estudo não validado) ⇒ Transtorno de
ansiedade

Angústia, preocupações de um dos pais

Transtorno de ansiedade na mãe + (Mitchell et al., 1989)	⇒ Depressão
Preocupação da mãe com relação a seu peso + (Striegel-Moore et al., 1986; Rodin et al., 1990)	⇒ Hiperatividade
Condutas hiperconsciosas dos pais + (Garfinkel et al., 1982) para as anorexias	⇒ Anorexia/bulimia
Traços obsessivos em um dos pais + (Clark e Bolton, 1985) para os adolescentes	⇒ TOC
Traços obsessivos em um dos pais + (Clark e Bolton, 1985)	⇒ Transtorno de ansiedade
Transtorno de ansiedade nas mães + (Reeves et al., 1987)	⇒ Transtorno de ansiedade

Doença mental de um dos pais

Esquizofrenia da mãe + (J. Parnas, 1999)	⇒ Esquizofrenia
Esquizofrenia da mãe + psicose distímica (J. Parnas, 1999)	⇒ Depressão

A noção de transmissão transgeracional

A noção de transmissão transgeracional, exceto a transmissão hereditária, é, por um lado, postulada por alguns modelos teóricos (modelo psicanalítico, modelo sistêmico); por outro, confirmada por estudos experimentais (co-relação entre modelo interno operante materno e padrão de apego da criança) e por estudos epidemiológicos. A noção merece ser retomada de uma maneira sintética e discutida.

Richard Dawkins propôs em 1976 a hipótese dos “mèmes” para dar conta da transmissão de informações de uma geração a outra que não passe pelo patrimônio genético. Esta hipótese foi retomada recentemente por Susan Blackmore (1999). Ao lado dos genes, replicadores de informações biológicas, haveria outros replicadores, os “mèmes” que, é claro, teriam um suporte biológico, mas não seriam redutíveis a ele. É nesta extraordinária capacidade de imitação da espécie humana (Nadel & Butterworth, 1999) que estes autores situam a

expressão dos “memes”. A seleção natural teria beneficiado as capacidades de imitação da espécie humana e, portanto, favorecido o desenvolvimento dos neurônios (neurônios-espelho) sustentando as atividades de imitação e de zonas cerebrais implicadas nessas atividades (zonas pré-frontais). O extraordinário desenvolvimento do cérebro humano não seria consequência direta da vantagem seletiva das funções cognitivas e, portanto, das zonas cerebrais correspondentes, mas consequência de imitação *per se*, função que permite a transmissão das aquisições culturais através das gerações.

Lembramos que Meltzoff e Moore evidenciaram, em 1977, as capacidades de imitação facial e gestual do recém-nascido. Meltzoff (1995) ressalta que o recém-nascido é capaz não somente de uma imitação imediata, mas também de uma imitação diferida: de alguns minutos após o nascimento, até 24 horas a seis semanas, de algumas semanas a nove meses. Esta imitação, que segue uma progressão contínua, seria a expressão de capacidades extraordinárias e, sem dúvida, especificamente humanas: a *seletividade dos estímulos humanos* evidenciada pelos trabalhos de Ohta (1987) e Kugiumutzakis (1993) e a *deteção ontológica de identidade* (Meltzoff e Gopnik, 1993).

Por seletividade dos estímulos humanos, designa-se a capacidade da criança para imitar de maneira seletiva o que vê seu parceiro social fazer, excluindo qualquer outro tipo de percepção (ele não vai imitar o movimento de um objeto inanimado ou de um artifício enganador)

Por deteção ontológica de identidade, Meltzoff e Gopnik designam o reconhecimento pela criança da identidade de natureza entre ela e o outro: a descoberta, por imitação de isomorfismos (identidade de formas dinâmicas) unimodais ou transmodais (transposição de uma modalidade sensorial a outra) entre ela e o outro levaria a criança a descobrir que “os outros fazem como eu e portanto são como eu” (Meltzoff e Gopnik, 1993), o que seria uma primeira etapa na construção de uma *teoria do espírito*.

Nadel, Guerini e Pezé (1999) sugeriram recentemente que a imitação imediata é um modo de interação social que subentende a passagem da comunicação primitiva à comunicação pragmática: a primeira não comporta controle nem predição do comportamento do outro (ausência de teoria do espírito); a segunda é intencional, referencial, preditiva e codificada.

Seria certamente ingênuo reduzir todos os fenômenos de cultura a uma só função, a imitação, ou a uma só categoria de replicadores, os “mèmes”. Entretanto, é interessante poder assim lançar pontes entre a organização biológica do ser humano e sua organização psíquica e social. Os modelos psicanalítico e sistêmico estão aí para nos lembrar a futilidade de todo reducionismo ou de todo sincretismo. Mas eles não devem, no entanto, ser incompatíveis com o que nos ensina a exploração biológica de nosso organismo e de seu desenvolvimento.

A psicanálise explora os aspectos inconscientes do funcionamento psíquico e da transmissão através das gerações. São os mecanismos de identificação que asseguram esta transmissão inconsciente, mecanismos que se apóiam sobre as capacidades de identificação da criança, mas que não são redutíveis à imitação consciente. Segundo a natureza de identificação em questão, a transmissão de uma geração a outra será ora o suporte de um narcisismo sadio, base afetiva da personalidade, necessário à construção de uma identidade estável e de um funcionamento mental harmonioso (identificação introjetiva), ora a fonte de falhas narcísicas, de corpos estranhos intra-psíquicos (Williams, 1997), de objetos internos persecutórios e de círculos viciosos psicopatológicos (identificação ao agressor, identificação projetiva). A distinção proposta em 1989, por Évelyne Granjon entre *transmissão intergeracional* e *transmissão transgeracional* é, neste aspecto, interessante; por “transmissão intergeracional”, essa autora designa a transmissão de uma geração a outra de elementos psíquicos assimiláveis, elaboráveis, úteis e até mesmo indispensáveis ao desenvolvimento psíquico; por “transmissão transgeracional”, ela designa a transmissão não elaborável: não-ditos, criptas, fantasmas etc., que constituem diversos confinamentos intrapsíquicos, fontes de sofrimento, de perturbações e de repetições até que sejam objeto de uma elaboração e uma tomada de consciência.

Os modelos sistêmicos estão aí para nos lembrar da existência de diferentes níveis de análise, que não são redutíveis um a outro (o funcionamento do grupo familiar não pode se resumir à soma do funcionamento individual de cada um de seus membros) e para nos resguardar contra a tentação de explicações causais lineares correspondendo à noção de etiologia em medicina. Esta tentação, sempre com tendências a ressurgir desde os primeiros balbucios da psiquiatria, tem se tornado mais forte à medida que o progresso extraordinário das neurociências e das técnicas de exploração biológica (diagnóstico por imagem, genética medical etc.) tem permitido cada vez mais explorar os suportes biológicos da atividade mental.

Entretanto, hoje como ontem, ela corre o risco de nos fazer esquecer, por um lado, da complexidade do ser humano são e sofredor, no sentido em que Edgar Morin fala de “complexidade”, isto é, a necessidade de várias vias de exploração de um mesmo fenômeno; por outro, da dimensão irreduzível da subjetividade a todos os instrumentos de observação e de análise. A insistência dos sistêmicos sobre a causalidade circular, a homeostase familiar, os processos de auto-organização ou autopoiesis (Maturana e Varela, 1980) permitem-nos resistir à tentação do reducionismo sem no entanto, é claro, ignorar os dados biológicos úteis à compreensão das doenças mentais. As noções de papéis familiares, de mito familiar, de fronteiras familiares, de transações familiares funcionais ou disfuncionais, são preciosas para nos permitir compreender e analisar certos aspectos da transmissão de transtornos psíquicos entre as gerações. Enfim, o ponto de vista

sistêmico partilha com a psicanálise aplicada ao grupo familiar (psicoterapia familiar psicanalítica) a hipótese fundamental segundo a qual, quando em uma família um dos membros é designado como paciente, muito comumente é o conjunto de equilíbrio familiar que está em questão. Em uma tal situação, as ações preventivas e terapêuticas não podem se resumir a tratar de um sintoma, nem mesmo de uma síndrome localizada em um paciente; é todo o funcionamento familiar que pede para ser melhorado, que exige com frequência um apoio global ao conjunto da família (um Ofício Ministerial de 1999 recomendou a criação, em cada departamento francês, de uma rede de apoio à parentalidade). Mesmo quando a retirada da criança de sua família se impõe, é preciso interrogar-se sobre a possibilidade de manter, ou mesmo de favorecer, uma parte dos papéis e das funções parentais aos próprios pais (noção de “parentalidade parcial” – Houzel, 1999). Sempre que possível, trata-se de criar um meta-sistema mais funcional englobando a família disfuncional para lhe restituir uma funcionalidade tanto quanto possível.

Enfim, quaisquer que sejam os fatores de risco familiar implicados, deve-se deixar um lugar à capacidade maior ou menor da criança de resistir a seus efeitos nefastos sobre seu desenvolvimento psíquico, capacidade que foi designada com o nome de *resiliência*. Rutter (1993) ressalta que um certo número de fatores intervêm na resiliência de uma criança; é menos patogênico para uma criança participar com toda sua família de uma atmosfera discordante ou não afetiva do que ser o alvo de projeções negativas, o bode expiatório; é protetor para uma criança ter uma boa relação com um dos pais em uma família que se caracteriza pela discórdia; é protetor para a criança poder reconhecer a perturbação, ver a doença mental de um dos pais quando ela existe; as pesquisas sobre os acontecimentos da vida mostraram a importância do contexto no qual se desenrolam. Este autor cita as categorias de fatores que são apontados por Masten e Garmezy (1985) como participando da resiliência de uma criança: 1. características de personalidade tais como a autonomia, auto-estima, orientação social positiva; 2. fatores de coesão familiar, calor afetivo, falta de discórdia; 3. a oferta de suportes exteriores que apoiem e encorajem os esforços da criança para lidar com os elementos de adversidade que ela venha a encontrar.

Primavera de 2002

Referências

ADAMS, M. & ADAMS, J. Life events, depression, and perceived problem solving alternatives in adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, n. 32, p. 811-20, 1991.

- AINSWORTH, M. D. & WITTIG, B. A. Attachment and exploration behavior of one-year-olds in a strange situation. In: FOSS, B.M. (ed.). *Determinants of infant behavior*. London: Methuen, 1969. v. 4, p. 111-36.
- AINSWORTH, M. D.; BLEHAR, M. C.; WATERS E.; WALL, S. *Patterns of attachment: a psychological study of the strange situation*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Ass., 1978.
- BARRET, P. M.; DADDS, M. R.; RAPEE, R. M. Family treatment of childhood anxiety. A controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, n. 64, p. 333-42, 1996.
- BATESON, G.; JACKSON, D. D.; HALEY, J.; WEAKLAND, J. H. (1956). *Vers une écologie de l'esprit*. t. 2. Trad. Fr. F. Drosso et L. Lot. Paris: Le Seuil, 1980.
- BEAVERS, R. W. Healthy, midrange and severely dysfunctional families. In: WALSH, F. (ed.). *Normal family process*. New York: Guilford Press, 1982. p. 45-66.
- BEAVERS, R. W. & VOELLER, M. Family models: comparing and contrasting the Olson Circumplex Model with the Beavers Systems Model. *Fam. Proc.*, n. 22, p. 85-98, 1983.
- BERTALANFFY, L. von (1968). *Théorie générale des systèmes*. Trad. fr. J.-B. Chabrol. Paris: Dunod, 1973.
- BETTELHEIM, B. (1967). *La forteresse vide*. Trad. fr. R. Humery. Paris: Gallimard, 1969.
- BIDAULT-RUSSEL, M.; SMITH, E. M.; BRADFORD, S. E. Gender differences in life-time in psychiatric disorders between sons and daughters of alcoholic mothers: a pilot study. *Alcohol. Clin. Exp. Res.*, n. 18, p. 244-7, 1994.
- BION, W. R. (1962). *Aux sources de l'expérience*. Trad. fr. F. Robert. Paris: PUF, 1979.
- BLACKMORE, S. *The meme machine*. Oxford: Oxford University Press, 1999.
- _____. Une sélection naturelle de la culture. *Pour la science*, n. 277, p. 66-74, nov./ 2000.
- BODIN, A. M. Conjoint family assessment: an evolving field. In: MCREYNOLDS, P. (ed.). *Advances in Psychological Assessment*. Palo Alto: Science and Behavior Books, 1968. v. I, p. 233-241.
- BOSZORMENYI-NAGY, I. & SPARK, G M. *Invisible loyalties*. Hagersto, MD: Harper & Row, 1973.
- BOUCHEZ, J.; COPPEL, A.; TOUZEAU, D. Approche descriptive des difficultés des enfants de toxicomanes: une nécessité de soins préventifs spécifiques? *Neuro-psychiatr. Enfance Adolesc.*, n. 45, p. 298-302, 1997.
- BOUDEWYN, A. C. & LIEM, J. H. Childhood sexual abuse as a precursor to depression and self-destructive behavior in adulthood. *J. Trauma Stress*, n. 8, p. 445-59, 1995.
- BOWLBY, J. The nature of child's tie to his mother. *Int. J. Psycho-Anal.*, n. 39, p. 350-73, 1958.
- _____. (1969). *Attachement et perte*. I – *L'attachement*; II – *Séparation, angoisse et colère*; III – *La perte, tristesse et séparation*. Trad. fr. J. Kalmanovitch, B. Panafieu et D. E. Weil. Paris: PUF, 1978-1984.

BRAZELTON, T. B.; KOSLOWSKI, B.; MAIN, M. The origins of reciprocity: the early mother-infant interaction. In: LEWIS, M. & ROSENBLUM, L.A. (eds.). *The effect of the infant on his caregiver*. New York: John Wiley Interscience, 1974. p. 49-76.

BREUER, J. & FREUD, S. (1893). Les mécanismes psychiques des phénomènes hystériques. Trad. fr. A. Berman. In: *Études sur l'hystérie*. Paris: PUF, 1967.

BROWN, G. W. & HARRIS, T. O. *Social origine of depression. A study of psychiatric disorder in women*. London: Tavistock Publications, 1978.

_____ & _____ *Life events and illness*. New York: Guildford Press, 1989.

BRUCH, H. *Les yeux et le ventre*. trad. fr. Paris: Payot, 1974.

BRUMBERG, J. J. *Fasting girls: the history of anorexia nervosa*. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1988.

BUIST, A. Childhood sexual abuse and adult psychopathology. Relevance in general practice. *Aust. Fam. Physician*, n. 24, p. 1229-37, 1995.

CANTWELL, D. P. Psychiatric illness in the families of hyperactive children. *Arch. Gen. Psychiatry*, n. 28, p. 888-91, 1972.

CHEASTY, M.; CLARE, A. W.; COLLINS, C. Relation between sexual abuse childhood and adult depression: case-control study. *British medical journal*, n. 316, p. 198-201, 1998.

CHERLIN, A. J.; FUSTENBERG JR., F. F.; CHASE-LANSDALE, P. L.; KIERM, K. E.; ROBINS, P. K.; MORRISON, D. R.; TEITLER, J. O. Longitudinal studies of effects of divorce on children in Great Britain and the United States. *Science*, n. 252, p. 1386-9, 1991.

CLARK, D. A. & BOLTON, D. Obsessive-compulsive adolescents and their parents: a psychometric study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, n. 26, p. 267-76, 1985.

COLE, D. A. & REHM, L. P. Family interaction patterns and childhood depression. *Journal of Abnormal Child Psychology*, n. 14, p. 297-314, 1986.

COMPAS, B. E. Promoting successful coping during adolescence. In: RUTTER, M. (ed.). *Psychosocial disturbances in young people: challenges for prevention*. New York/Cambridge: Cambridge University Press, 1994.

CONDON, W. S. & SANDER, L.W. Neonate movement is synchronized with adult speech: interactional participation and language acquisition. *Science*, n. 183, p. 99-101, 1974.

COX, J. L.; HOLDEN, J. M.; SAGOVSKY, R. Detection of postnatal depression development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br. J. Psychiatry*, n. 150, p. 782-6, 1987.

CROOK, T.; RISKIN, A.; ELIOT, J. Parent-child relationship and adult depression. *Child development*, n. 52, p. 950-7, 1981.

CUNNINGHAM, C. E.; BENNESS, B. B.; SIEGEL, L. Family functioning, time allocation, and parental depression in families of normal and ADHD children. *Journal of Clinical Child Psychology*, n. 17, p. 169-77, 1988.

- DADDS, M. R. & BARETT, P. M. Family processes in child and adolescent anxiety and depression. *Change*, v. 13, n. 4, p. 231-9, 1996.
- DAWKINS, R. *The selfish gene*. Oxford: Oxford University Press, 1976.
- DUCHÉ, D.-J. *Histoire de la psychiatrie de l'enfant*. Paris: PUF, 1990.
- DUMAS, J. E.; LA FRENIERE, P. J.; SERKETICH, W. J. "Balance of power". A transactional analysis of control in mother-child dyads involving socially competent, aggressive, and anxious children. *Journal of Abnormal Psychology*, n. 104, p. 104-113, 1995.
- EMDE, R. N.; KLIGMAN, D. H.; REICH, J. H.; WADE, T. D. Emotional expression in infancy. I – Initial studies of social signalling and an emergent model. In: LEWIS, M. & ROSENBLUM, L.A. (eds.). *The development of affect*. New York: Plenum Press, 1978.
- EMERY, R. E. Interparental conflict and the children of discord and divorce. *Psychological Bulletin*, n. 92, p. 310-30, 1982.
- EPSTEIN, N. B.; BALDWIN, L. M.; BISHOP, D. S. The McMaster family assessment device. *J. Mar. Fam. Ther.*, n. 9, p. 171-80, 1983.
- FERREIRA, A. J. Les mythes familiaux. In: WATZLAWICK, P. & WEAKLAND, J. (eds.). *Sur l'interaction*. Paris: Le Seuil, 1981. p. 83-91.
- FERGUSON, D. M.; LYNKEY, M. T.; HORWOOD, L. J. Childhood sexual abuse and psychiatric disorder in young adulthood. I – Prevalence of sexual abuse and factors associated with sexual abuse. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, v. 35, n. 10, p. 1355-64, 1996.
- FERRARI, P.; BOTBOL, M.; SIBERTIN-BLANC, D.; PAYANT, C.; LACHAL, C.; PRESME, N.; FERMANIAN, J.; BURSZEJN, C. Études épidémiologique sur la dépression maternelle comme facteurs de risque dans la survenue d'une psychose infantile précoce. *La Psychiatrie de l'enfant*, v. 34, n. 1, p. 35-97, 1991.
- FINLEY, C. B. & WILSON, D. C. The relation of the family to manic-depressive psychosis. In: HOWELLS, J.G. (ed.). *Theory and practice of family psychiatry*. Edinburg, London: Oliver & Boyd, 1968. p. 819-28.
- FIVAZ-DEPEURSINGE, E. & CORBOZ-WARNERY, A. *The primary triangle: a developmental system view of mothers, fathers and infants*. New York: Basic Books, 1999.
- FOMBONNE, E. Depressive disorders: time trends and possible explanatory mechanisms. In: RUTTER, M. & SMITH, D.J. (eds.). *Psychosocial Disorders in Young People Time Trends and their Causes*. Chichester/New York/Brisbane/Toronto/Singapore: John Wiley & Sons, 1995. p. 544-615.
- _____. Eating Disorders: time trends and possible explanatory mechanisms. In: RUTTER, M. & SMITH, D.J. (eds.). *Psychosocial Disorders in Young People Time Trends and their Causes*. Chichester/New York/Brisbane/Toronto/Singapore: John Wiley & Sons, 1995. p. 616-685.

FREUD, S. (1905). *Trois essais sur la théorie de la sexualité*. Trad. fr. B. Reverchon-Jouve. Paris: Gallimard, 1962.

____ (1923). *Psychologie des masses et analyse du moi*. Trad. fr. J. Altounian, P. Cotet, A. Rauzy. In: *Oeuvres complètes*. Paris: PUF, 1991, 1-83. v. 17.

____ & BREUER, J. (1895). *Études sur l'hystérie*. Trad. fr. A. Berman. Paris: PUF, 1967.

FROMM-REICHMANN, F. Psychotherapy of schizophrenia (1939-1954). In: *Psychoanalysis and Psychotherapy*. Chicago: University Press, 1959.

GARFINKEL, P. E. & GAMER, D. M. *Anorexia nervosa: a multidimensional perspective*. New York: Brunner-Mazel, 1982.

GEORGE, C. & SOLOMON, J. Internal working models of caregiving and security of attachment at age 6. *Infant Mental Health Jn.*, n. 10, p. 222-37, 1989.

GILLBERG, C. Infantile autism in children of immigrant parents. A population-based study from Göteborg, Sweden. *British Journal of Psychiatry*, n. 150, p. 856-8, 1987.

GILLBERG, C. & STEFFENBURG, S. Is autism more common now than ten years ago?, *British Journal of Psychiatry*, n. 158, p. 403-9, 1991.

GOODMAN, R. & STEVENSON, J. A twin study of hyperactivity. I – An examination of hyperactivity scores and categories derived from Rutter teacher and parent questionnaires. *J. Child Psychol Psychiatry*, n. 90, p. 671-89, 1989.

GOODMAN, R. & RICHARDS, H. Child and adolescent psychiatric presentations of second generation Afro-Caribbeans in Britain. *British Journal of Psychiatry*, n. 167, p. 362-9, 1995.

GOODWIN, D. W.; SCHULSINGER, F.; HERMANSEN, L. et al. Alcoholism and the hyperactive child syndrome. *J. Nerv. Ment. Dis.*, n. 160, p. 349-53, 1975.

GRAJON, E. Transmission psychique et transferts en thérapie familiale psychanalytique. *Gruppo*, n. 5, p. 47-58, 1989.

GROSSMANN, K.; FREMER-BOMBIK, E.; RUDOLPH, J.; GROSSMANN, K. E. Maternal attachment representation as related to patterns of infant-mother attachment and maternal care during the first year. In: HINDE, R. & STEVENSON-HINDE, J. (eds.). *Relationship within families*. Oxford: Clarendon Press, 1988. p. 241-62.

HALEY, J. The family of schizophrenic. *American Journal of Nervous and Mental Diseases*, n. 129, p. 357-374, 1959.

HERMANN, I. *L'instinct filial*. Paris: Dunod, 1972.

HETHERINGTON, E. M.; COX, M.; COX, R. The aftermath of divorce. In: STEVENS JR., J.H. & MATTHEWS, M. (eds.). *Mother-child, father-child relations*. Washington DC: NAEYC, 1978.

HOUZEL, D. (sous la dir. de). *Les enjeux de la parentalité*. Paris: Érès, 1999.

HUMPHREY, L. L. Comparison of bulimic-anorexic and nondistressed families using structural analysis of social behavior. *Journal of the American Academy of Child and Ado-*

- lescent Psychiatry*, n. 26, p. 248-55, 1987.
- JACKSON, D. The question of family homeostasis. *The Psychiatric Quarterly Supplement*, n. 31, p. 79-90, 1957.
- KANNER, L. Autistic disturbances of affective contact. *Nervous Child*, n. 2, p. 217-50, 1943; reproduit in *Childhood psychosis: initial studies and new insights*. New York, Toronto, London, Sydney: John Wiley & Sons, 1973.
- _____. Early infantile autism revisited. *Psychiatrist Digest*, n. 29, p. 17-28, 1968.
- KASLOW, N. J.; REHM, L. P.; POLLACK, S. L.; SIEGEL, A. W. Attributional style and self-control behavior in depressed and non depressed children and their parents. *Journal of Abnormal Child Psychology*, n. 16, p. 163-75, 1988.
- KAUFMANN, L. The rationale for the family approach with adolescents. In: FEINSTEIN, S. C. *Adolescent, Psychiatry. Developmental and Clinical Studies*. Chicago: University of Chicago Press, 1986. p. 493-503.
- KESSLER, R. C. & MCLEOD, J. D. Sex differences in vulnerability to undesirable events. *American Sociological Review*, n. 49, p. 620-31, 1984.
- KREISLER, L. & GRAMER, B. Sur les bases cliniques de la psychiatrie du nourrisson. *La Psychiatrie de l'enfant*, v. 24, n. 1, p. 223-63, 1981.
- KROHNE, H. W. & HOCK, M. R. Relationship restrictive mother-child interactions and anxiety of the child. *Anxiety Research*, n. 4, p. 109-24, 1991.
- KUGIUMUTZAKIS, G. Intersubjective vocal imitation in early mother-infant interaction. In: NADEL, J. & CAMAIONI, L. (eds.). *News perspectives in early communicative development*. London: Routledge, 1993.
- LAFORGUE. La névrose familiale. *Revue française de Psychanalyse*, v. 9, n. 3, p. 327-359, 1936.
- LAMOUR, M. & LEBOVICI, S. Les interactions de nourrisson avec ses partenaires: évaluation et modes d'abord préventifs et thérapeutiques. *La Psychiatrie de l'enfant*, n. 34-1, p. 171-275, 1991.
- LAPLANCHE, J. & PONTALIS, J.-B. *Vocabulaire de la psychanalyse*. Paris: PUF, 1967.
- LEFKOWITZ, M. M. & TESINY, E. P. Depression in children: prevalence and correlates. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, n. 53, p. 647-56, 1985.
- LEON, G. R.; FULKERSN, J. A.; PERRY, C. L. et al. Personality and behavioral vulnerabilities associated with risk states for eating disorders in adolescents girls. *Journal of Abnormal Psychology*, v. 102, n. 3, p. 438-44, 1993.
- LEUBA, J. La famille névrotique et les névroses familiales. *Revue française de Psychanalyse*, v. 9, n. 3, p. 360-419, 1936.
- LIDZ, T.; CORNELISON, A.; FLECK, S.; TERRY, D. The intrafamilial environment of schizophrenic patients. II – marital schism and marital skew. *American Journal of Psychiatry*, n. 114, p. 241-8, 1957.

MAIN, M.; KAPLAN, N.; CASSIDY, J. Security in infancy, childhood, and adulthood: a move to the level of representation. In: BRETHERTON, I. & WATERS, E. (eds.). *Growing points of attachment theory and research*. Monographs of the Society for research in child development, v. 50, n. 1-2, p. 66-104, 1985.

MALO, J. & TREMBLAY, R. E. The impact of paternal alcoholism and maternal social position on boys' school adjustment, pubertal maturation and sexual behavior: a test of two competing hypotheses. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, n. 38, p. 187-97, 1997.

MANZANO, J.; PALACIO-ESPASA, F.; ZILKHA, N. The narcissistic scenarios of parenthood. *Int. J. Psychoanal.*, n. 80, p. 465-76, 1999.

MARCELLI, D.; NADEL, J.; ROUBIRA, J.-L.; PEZE, A.; KERVELLA, C.; PAGET, A.; BOINARD, S.; RESERBAT-PLANTEY, D.; LORTHOIS, A. Interactions mère déprimée / bébé (âgé de 2 mois). Étude à partir d'un protocole vidéoscopique en direct et en différé. *La Psychiatrie de l'enfant*, v. XL, n. 2, p. 505-31, 1997.

MASTEN, S. & GARMEZY, N. Risk, vulnerability and protective factors in developmental psychology. In: LAHEY, B.B. & KAZDIN, E. (eds.). *Advances in clinical child psychology*. New York: Plenum Press, 1985. v. 8.

MATURANA, H. & VARELA, F. *Autopoiesis and Cognition: The Realization of Living*. Boston: Reidel, 1980.

MCCOMBS THOMAS, A.; FOREHAND, R.; NEIGHBORS, B. Change in maternal depressive mood: unique contributions to adolescent functioning over time. *Adolescence*, v. 30, n. 117, 1995.

MELTZOFF, A. N. & MOORE, M. K. Imitation of facial and manual gestures by human neonates. *Science*, n. 198, p. 75-8, 1977.

MELTZOFF, A. N. Understanding the intention of others: reenactment of intended acts by 18-month-old children. *Developmental Psychology*, n. 24, p. 470-6, 1995.

MELTZOFF, A. N. & GOPNIK, A. The role of imitation in understanding persons and developing a theory of mind. In: BARON-COHEN, S.; TAGLER-FLUSHER, H.; COHEN, D. (eds.). *Understanding other minds: perspectives from autism*. Oxford: Oxford Univ. Press, 1993. p. 335-56.

MIKLOWITZ, D. J.; STRACHAN, A. M.; GOLDSTEIN, M. J.; DOANE, J. A.; SNYDER, K. S.; HOGARTY, G. E.; FALLOON, I. R. H. Expressed emotions and communications deviance in the families of schizophrenics. *Journal of Abnormal Psychology*, n. 95, 1986. p. 60-6.

MITCHELL, J.; MCCAULEY, E.; BURKE, P.; CALDERON, R.; SCHLOREDT, K. Psychopathology in parents of depressed children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, n. 28, p. 352-7, 1989.

MOOS, R. H. & MOOS, B. S. A typology of family social environment. *Fam. Proc.*, n. 15, p. 357-72, 1976.

MOREL, B.-A. *Traité de dégénérescences physique, intellectuelles et morales de l'espèce humaine*. Paris, 1857.

MURRAY, L. & TREVARTHEN, C. Emotional regulation of interaction between two-month-olds and their mothers. In: FIELD, T.M. & FOX, N.A. (eds.). *Social perception in infants*. Norwood, NJ: Ablex, 1985.

NADEL, J. & BUTTERWORTH, G. (eds.). *Imitation in infancy*. Cambridge: Cambridge University Press, 1999.

NADEL, J. *Imitation et communication entre jeunes enfants*. Paris: PUF, 1986.

NADEL, J.; GURÉRINI, C.; PEZÉ, A. The evolving nature of imitation as a transitory means of communication. In: NADEL, J. & BUTTERWORTH (eds.). *Imitation in infancy*. Cambridge: Cambridge University Press, 1999.

NEUBURGER, R. *Le mythe familial*. Paris: ESF, 1995.

NEUMANN, J. VON & MORGENSTERN, O. *Theory of games and economic behavior*. Princeton University Press, 1947.

OHTA, M. Cognitive disorders of infantile autism: A study employing the WISC, spatial relationships, conceptualization and gesture imitation. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 1987.

OLSON, D. H.; RUSSEL, C. S.; SPRENKLE, D. H. Circumplex model of marital and family systems. VI – Theoretical Update. *Fam. Proc.*, n. 22, p. 69-83, 1983.

PALOSAARI, U.; ARO, H.; LAIPPALA, P. Parental divorce and depression in young adulthood: Adolescents' closeness to parents and self-esteem as mediating factor. *Acta Psychiatr. Scand.*, n. 93, p. 20-76, 1996.

PARNAS, J. From predisposition to psychosis: Progression of symptoms in schizophrenia. *Acta Psychiatr. Scand.* [suppl.], n. 395, p. 20-9, 1999.

PETERSEN, A. C.; KENNEDY, R. E.; SULLICAN, P. Adolescent depression: Why more girls? *Journal of Youth and Adolescence*, n. 20, p. 247-71, 1991.

PIERREHUMBERT, B. Situation étrange. In: HOUZEL, D.; EMMANUELLI, M.; MOGGIO, F. (sous la dir. de). *Dictionnaire de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent*. Paris: PUF, 2000. p. 697-99.

PUIG-ANTICH, J.; GOETZ, D.; DAVIES, M.; KAPLAN, T.; DAVIES, S.; OSTROW L.; ASNIS, L.; TWOMEY, J.; IYENGAR, S.; RYAN, N. D. A controlled family history study of prepubertal major depressive disorder. *Archives of General Psychiatry*, n. 46, p. 406-18, 1989.

REEVES, J. D.; WERRY, J. S.; ELKIND, G. S.; ZAMETKIN, A. Attention deficit, conduct oppositional disorder, and anxiety disorder. II – Clinical characteristics. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, n. 26, p. 144-55, 1987.

RICHTER, H. C. *Psychanalyse de la famille*. Paris: Mercure de France, 1970.

RICHTER, H. E. *Parents, enfants et névrose*. Paris: Mercure de France, 1972.

RODIN, J.; STRIEGEL-MOORE, R. H.; SILBERSTEN, L. R. Vulnerability and resilience in the age of eating disorders: Risk and protective factors for bulimic nervosa. In: ROLF, J.; MASTEN, A.S.; CICCETTI, D.; NUECHTERLEIN, K.H.; WEINTRAUB, S. (eds.). *Risk and protective factors in the development of psychopathology*. London: Cambridge University Press, 1990.

RUFFIOT, A.; EIGUER, A.; LITOVSKY, D.; LIENDO, E.; GEAR-LIENDO, M.-C.; PERROT, J. (1981). *La thérapie familiale psychanalytique*. 3. éd. Paris: Dunod, 1989.

RUTTER, M. Resilience: Some conceptual considerations. *Journal of Adolescent Health*, n. 13, p. 626-31, 1993.

RUTTER, M.; TIZARD, J.; YULE, W.; GRAHAM, P.; WHITMORE, K. Research report: Isle of Wight studies, 1964-1974. *Psychological Medicine*, n. 6, p. 313-32, 1976.

SCHNEIDER, B.; BOUYER, S.; MIETKIEWICZ, M.-C. Problèmes éthiques posés par quelques paradigmes de recherche (trop) classiques en psychologie et en psychopathologie développementale. *La Psychiatrie de l'enfant*, v. XLIII, n. 1, p. 5-22, 2000.

SELVINI-PALAZZOLI, M.; BOSCOLO, L.; CECCHIN, G.; PRATA. Première séance d'une thérapie familiale systémique. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratique de réseaux*, n. 1, p. 9-13, 1973.

SELVINI-PALAZZOLI, M. *Self starvation: From the individual to family therapy*. New York: Aronson, 1978.

SELVINI-PALAZZOLI, M. & VIERTO, M. Le processus anorexique dans la famille: un modèle en six phases comme guide pour la thérapie individuelle. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratique de réseaux*, n. 9, p. 117-44, 1988.

SEYWERT, F. *L'évaluation systémique de la famille*. Paris: PUF, 1990.

SHANNON, C. & WEAVER, W. *The mathematical theory of communication*. Urbana: University of Illinois Press, 1949.

SIMMONS, R. G.; BURGESSON, R.; CARLTON-FORD, S.; BLYTH, D. A. The impact of cumulative change in early adolescence. *Child Development*, n. 58, p. 1220-34, 1987.

SLUZKI, C. E. et al. The double bind as universal pathogenic situation. *Family Process*, n. 10, p. 397-410, 1971.

SPITZ, R. Hospitalism: An inquiry into the genesis of psychiatric conditions in early childhood. *The Psychoanalytic Study of the Child*, I, 1945.

SPITZ, R. *De la naissance à la parole. La première année de la vie de l'enfant*. Trad. fr. L. Flournoy. Paris: PUF, 1965.

STERN, D. *The first relationship*. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1977.

_____ *The interpersonal world of the infant*. New York: Basic Books, 1985.

_____ *La constellation maternelle*. trad. fr. Paris: Calmann-Lévy, 1995.

STEVENSON, J.; THOMSON, M. J.; SONUGA BARKE, E. Mental health of preschool children and their mothers in a mixed urban/rural population. III – Latent variable models. *Br. J. Psychiatry*, n. 168, p. 26-32, 1996.

STRIEGEL MOORE, R. H.; SILBERSTEIN, L. R.; RODIN, J. Toward an understanding of risk factors for bulimia. *American Psychology*, n. 41, p. 246-63, 1986.

TREVARTHEN, C. Communication and cooperation in early infancy: A description of primary intersubjectivity. In: BULLOWA, M.M. (ed.). *Before speech: The beginning of interpersonal communication*. New York: Cambridge University Press, 1979.

_____. The foundations of intersubjectivity: Development of interpersonal and cooperative understanding in infants. In: *In honor of J. S. Bruner*. New York: W. W. Norton, 1980. p. 316-42.

_____. The function of emotions in early infant communication and development. In: NADEL, J. & CAMAIONI, L. (eds.). *New perspectives in early communicative development*. London, England: Routledge, 1993.

TREVARTHEN, C. & HUBLEY, P. Secondary intersubjectivity: Confidence, confiding and acts of meaning in the first year. In: LOCK, A. (ed.). *Action, gesture and symbol: The emergence of language*. New York: Academic Press, 1978. p. 183-229.

TRONICK, E. Z. & WEINBERG, M. K. A propos des conséquences toxiques psychiques de la dépression maternelle sur la régulation émotionnelle mutuelle des interactions mère-bébé: l'impossibilité de créer des états de conscience dyadiques. In: MAZET, PH. & S. LEBOVICI, S. (sous la direction de). *Psychiatrie périnatale*. Paris: PUF, 1998. p. 299-333.

TRONICK, E. Z.; ALS, H.; ADAMSON L.; WISE, S.; BRAZELTON, T. B. The infant's response to entrapment between contradictory messages in face-to-face interaction. *Journal of Child Psychiatry*, n. 17, p. 1-13, 1978.

VAN IJZENDOORN, M. H.; KRANENBURG, ZWART-WOUDSTRA, H.; VAN BUSSCHBACH, A.; LAMBERMON, M. Parental attachment and children's socioemotional development: Some findings on the validity of the adult attachment interview in the Netherlands. *International Journal of Behavioral Development*, n. 14, p. 375-94, 1992.

VON BERTALANFFY, L. (1968). *Théorie générale des systèmes*. Trad. fr. J.-B. Chabrol. Paris: Dunod, 1973.

WEAKLAND, J. H. The "Double Bind" hypothesis of schizophrenia and three-party interaction. In: JACKSON, Don D. *The etiology of schizophrenia*. New York: Basic Books, 1960.

WEINBERG, M. K. & TROLICK, E. Z. Beyond the face: An empirical study of infant affective configurations of facial, vocal, gestural, and regulatory behaviors. *Child Development*, n. 65, p. 1495-1507, 1994.

WEISSMAN, M. M.; WARNER, V. E. P.; PRUSOFF, B. A. Early-onset depression in parents and their children. *J. Affect Disord.*, n. 15, p. 269-77, 1988.

WERTHEIM, E. S. Family unit therapy and the science and typology of family systems. *Fam. Proc.*, n. 12, p. 361-76, 1973.

WHITE, R. W. Motivation reconsidered: The concept of competence. *Psychological Review*, n. 66, p. 297-333, 1959.

WIENER, N. *Cybernétique et société*. Paris: Plon, 1962.

WILENS, T. E.; BIEDERMAN, J.; ABRANTES, A. M.; SPENCER, T. J. Clinical characteristics of psychiatrically referred adolescent outpatients with substance use disorders. *J. Am. Acad Child Adolesc Psychiatr*, n. 36, p. 941-7, 1997.

WILENS, T. E.; BIEDERMAN, J.; MICK, E.; FARAONE, S. V.; SPENCER, T. J. Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in associated with early onset substance use disorders. *J. New Ment. Dis.*, n. 185, p. 475-82, 1997.

WILLIAMS, G. (1997). *Paysages intérieurs et corps étrangers*. Trad. fr. D. Alcorn. Larmor Plage: Éditions du Hublot, 1998.

WING, L. Childhood autism and social class: A question of selection? *British Journal of Psychiatry*, n. 137, p. 410-17, 1980.

WYNNE, L. C.; RYCKROFF, I. M.; DAY, J.; HIRSCH, S. I. Pseudo-mutuality in the family relations of schizophrenics. *Psychiatry*, n. 21, p. 205-20, 1958.

YESAVAGE, J. A.; BECKER, J. M. T.; WERNER, P. D.; PATTON, M. J.; SEEMAN, K.; BRUNSTING, D. W. & MILLS, M. J. Family conflict, psychopathology, and dangerous behavior by schizophrenics inpatients. *Psychiatry Research*, n. 8, p. 271-80, 1983.

Resumos

Este trabajo esta centrado en los principales factores familiares que se inscriben en el campo de las interacciones padres-niños, excluyéndose los factores familiares directamente ligados a un mecanismo biológico (genético, infeccioso o tóxico).

El lugar de los factores familiares de naturaleza sociológica es sólo llevado en cuenta en el caso de interrelación estrecha entre esos aspectos socioeconómicos y los aspectos relacionales de esta problemática de la salud mental.

Finalizando en torno del concepto de "resiliencia" (del inglés resilience), este trabajo hace resaltar la grande prudencia que es necesario tener cuando se trata de reflexión etiopatogénica, la cual debe mantenerse esencialmente poli factorial y multidimensional, evitando todo reduccionismo biológico linear, potencialmente peligroso tanto en el plano conceptual como en el práctico.

Palabras claves: Causalidad, determinantes familiares, psicopatología, resiliencia

Ce travail est centré sur les principaux facteurs familiaux qui s'inscrivent dans le champ des interactions parents/enfant, à l'exclusion des facteurs familiaux directement liés à un mécanisme biologique (génétique, infectieux ou toxique).

La place des facteurs familiaux d'ordre sociologique n'y est envisagée qu'en cas d'intrication étroite entre ces aspects socio-économiques et les aspects relationnels de cette problématique de la santé mentale.

S'achevant sur le concept de "résilience", ce travail fait ressortir la très grande prudence qui s'avère nécessaire quant à la réflexion étio-pathogénique qui se doit de demeurer fondamentalement polyfactorielle et multi-dimensionnelle, en évitant tout réductionnisme biologique linéaire et potentiellement dangereux sur le plan conceptuel et pratique.

Mots clés: Causalité, déterminants familiaux, psychopathologie, résilience

This work is centered around the main familial factors that are on the field of interactions between parents/children, excluding the familial factors directly linked to a biological (genetic, infectious or toxic) mechanism.

The place of the familial factors of sociological nature is only taken into consideration in the case of strait relationship between these socio-economic aspects and the relational aspects of this mental health problematic.

Finalizing around the concept of "resilience", this work brings up the great prudence that is necessary to have when the issue is etiologial and pathogenic reflection which must be kept essentially multi-factorial and multidimensional, avoiding the any possible linear biological reductionism and potentially dangerous in the conceptual and practical fields.

Key words: Familial determinants, psychopathology, resilience