

Daniel Marcelli • Alain Braconnier

ADOLESCÊNCIA e Psicopatologia



6ª edição



M314a Marcelli, Daniel

Adolescência e psicopatologia [recurso eletrônico] / Daniel Marcelli, Alain Braconnier ; tradução Fátima Murad. – 6. ed. – Dados eletrônicos. – Porto Alegre : Artmed, 2007.

Editado também com livro impresso em 2007.
ISBN 978-85-363-1262-0

1. Psicopatologia – Adolescente. 2. Adolescente – Psicologia. I. Braconnier, Alain. II. Título.

CDU 159.97-053.6

Daniel Marcelli

Professor de Psiquiatria da Infância e da Adolescência,
Chefe do Serviço de Psiquiatria Infantil,
Hospital La Milétrie à Poitiers

Alain Braconnier

Psiquiatra. Psicanalista do Centro Philippe-Paumelle, Paris

Apresentação

D. Widlöcher

ADOLESCÊNCIA e Psicopatologia

6ª edição

Tradução:

Fátima Murad

Supervisão, consultoria e revisão técnica desta edição:

Norma U. Escosteguy

Psiquiatra. Psiquiatra Infantil: Assistente estrangeiro em Bobigny (Paris XIII).

Docente em Psiquiatria na FAMED – PUCRS.

Professora e supervisora no Centro de Estudos, Atendimento e Pesquisa
da Infância e Adolescência (CEAPIA).

**Versão impressa
desta obra: 2007**



2007

Obra originalmente publicada sob o título *Adolescence et psychopathologie*, 6ème édition

© Elsevier, Paris, 1983, 2004. Todos os direitos reservados.

ISBN 2-294-01406-5

Capa: *Tatiana Sperhake*

Preparação do original: *Alexandre Muller Ribeiro*

Leitura final: *Rubia Minozzo*

Supervisão editorial: *Mônica Ballejo Canto*

Editoração eletrônica: *Laser House*

Reservados todos os direitos de publicação, em língua portuguesa, à
ARTMED® EDITORA S.A.

Av. Jerônimo de Ornelas, 670 - Santana

90040-340 Porto Alegre RS

Fone (51) 3027-7000 Fax (51) 3027-7070

É proibida a duplicação ou reprodução deste volume, no todo ou em parte,
sob quaisquer formas ou por quaisquer meios (eletrônico, mecânico, gravação,
fotocópia, distribuição na Web e outros), sem permissão expressa da Editora.

SÃO PAULO

Av. Angélica, 1.091 - Higienópolis

01227-100 São Paulo SP

Fone (11) 3665-1100 Fax (11) 3667-1333

SAC 0800 703-3444

IMPRESSO NO BRASIL

PRINTED IN BRAZIL

Apresentação

A obra que nos propõem D. Marcelli e A. Braconnier apresenta-se como um trabalho de síntese e de atualidade. Ela nos oferece um quadro de conjunto da psicopatologia do adolescente levando em conta as contribuições mais recentes. O que impressiona de imediato na leitura é que em um âmbito onde tantas coisas foram ditas, e freqüentemente bem ditas, os autores evitam os lugares-comuns e as banalidades. Nós os lemos com tanto mais prazer e interesse na medida em que eles, atribuindo um justo valor às idéias e aos conhecimentos adquiridos de longa data, os apresentam sob uma nova luz, integrando-os a reflexões e a indagações contemporâneas.

O interesse prático da obra é evidente. Ao balanço dos conhecimentos, eles somam a experiência e a reflexão concreta de homens de ação. Encontramos em cada página a observação prática ou o julgamento de bom senso que testemunham. Vale mencionar o interesse muito particular do capítulo consagrado “ao adolescente e ao direito”, escrito por M. Chadeville-Prigent, juíza da infância.

Contudo, esse interesse prático é reforçado por um interesse teórico. Trata-se de uma reflexão de conjunto sobre a psicopatologia da adolescência. A dificuldade aqui é conciliar a coerência do conjunto e a diversidade de sistemas

de referência. Sem dúvida, esse problema não é próprio a essa etapa da existência. Contudo, ele se reveste de uma acuidade especial em razão da incidência particular da maturação biológica e das interações sociais, em uma idade em que já se constituem organizações patológicas relativamente estáveis. Já não se pode dar tanta prioridade aos problemas de desenvolvimento, como na criança. Não se pode tampouco tomar como base apenas os quadros nosográficos da idade adulta. Nesse sentido, a dificuldade é salutar, pois ela nos protege de comodidades de pensamento que, às vezes, obliteram a reflexão sobre a psicopatologia tanto na criança quanto no adulto.

Os autores têm razão em chamar a atenção para a dificuldade particular de estabelecer os limites do normal e do patológico. Na adolescência, mais do que em qualquer outra idade, a gravidade das consequências práticas de condutas não depende apenas da organização da personalidade. Aliás, a noção de crise não é suficiente para explicar essa defasagem. Temos de ir mais longe na reflexão sobre a noção de conduta. A marginalidade social caracteriza em parte o *status* da adolescência, pelo menos em nossas sociedades. Assim, o extremismo de certas condutas é facilitado, sem conservar qualquer correspondência com a importância da alteração

do funcionamento mental ou das relações familiares. A facilidade da atuação é um outro fator igualmente destacado por numerosos autores. Mas a grande maioria costuma limitar-se a explicar as causas sociais dessa marginalidade ou as razões psicológicas dessa tendência à atuação sem procurar descrever as particularidades desse “agir” tão específico da adolescência. Uma das originalidades da presente obra é a de desenvolver uma reflexão aprofundada sobre essas particularidades, mediante o estudo de condutas patológicas. Prova disso são, especialmente, os estudos sobre a pluralidade das abordagens teóricas, sobre o equilíbrio ou o desequilíbrio entre a ação e a mentalização, sobre a articulação de estruturas patológicas.

O inconveniente do termo “conduta” é que ele é tomado com muita frequência no sentido “behaviorista”. A conduta é concebida como um objeto de conhecimento específico, ou seja, o comportamento do sujeito em uma situação determinada. Uma perspectiva demasiado positivista induz a classificar esses comportamentos em função de seus traços observáveis, a buscar sua origem e sua finalidade como se eles fossem objetos naturais que pudessem ser vistos pelo observador. Para escapar a essa perspectiva, o clínico é tentado a refugiar-se em uma observação global e empática da “vivência” do sujeito. Essa alternativa está ligada antes de tudo à visão “objetiva” demais que se tem da conduta. Todo ato, quer se trate de um ato observável, de uma palavra ou de uma atividade de pensamento, só é interpretável em função da maneira como o observador o isola no interior de um *continuum* de atividade. Esta é objetivada na relação com duas cadeias integrativas. Uma corresponde à pluralidade de suas significações (ou intenções), enquanto a outra corresponde à sequência de atos em que ele se insere. É raro que um ato tenha apenas uma significação. A psicanálise permitiu-nos descobrir a sobredeterminação. Esta não se aplica apenas aos sintomas neuróticos. Ao contrário, os atos mais normais da existência são os mais sobredeterminados, na medida em que cada um deles está envolvido em uma pluralidade de finalidades distintas. Ao escrever estas linhas, testemunho minha estima e minha amizade para com os autores, atendo a seu convite, marco meu interesse por certas idéias que eles expressam, tiro partido destas para desenvolver as que me são caras, etc. Essa pluralida-

de de intenções explica que a mesma conduta possa inserir-se em seqüências diferentes. Se estivesse ligada ao mero interesse pela obra, a redação desta apresentação se encerraria em si mesma. Estando ligada às relações com os autores, ela prosseguirá em outras atividades. Estando ligada a certas idéias aqui desenvolvidas, ela talvez se prolongue em outros escritos. É nesse sentido, em razão de seu caráter polissêmico, que a mesma conduta pode ser interpretada em relação a diferentes sistemas de ação.

Os sintomas observáveis no adulto caracterizam-se, naturalmente, por seu caráter polissêmico, mas também pelo fato de que as seqüências nas quais eles estão envolvidos mudam rapidamente. A idéia obsessiva, por mais ricas que sejam suas significações, esgota-se por si mesma ou com as medidas defensivas que ela cria. D. Marcelli e A. Braconnier insistem com muita pertinência no fato de que o adolescente exposto à depressão luta contra ela entregando-se a uma hiperatividade. Mas essa hiperatividade não é produtiva. Não significa um envolvimento em numerosos empreendimentos a longo prazo. Ela é desordenada e não tem outro objetivo a não ser sua própria realização. É nesse sentido que podemos falar de um sistema fechado em oposição aos sistemas abertos que caracterizam a atividade “normal”.

Podemos nos perguntar se uma das particularidades do “agir” no caso do adolescente, ao contrário do adulto, não tem a ver justamente com a pobreza da polissemia de seus atos e com o caráter quase sempre fechado dos sistemas de ação em que está envolvido. Na criança, o brincar oferece uma oportunidade privilegiada de atividade fortemente polissêmica. O adolescente não aposta muito nessa polissemia da ação. Ao contrário, ele se envolve em uma diversidade de ações heterogêneas e diversificadas para realizar os objetivos a que se propõe. Isso é muito visível no âmbito da sexualidade, onde as ações que caracterizam o estabelecimento de uma relação sexual genital com outro se justapõem àquelas que caracterizam as relações parciais pré-edípicas. Uma das tarefas que lhe cabe é a de desenvolver ações cada vez mais polissêmicas e melhor integradas em sistemas amplamente abertos.

São precisamente as dificuldades que ele encontra no cumprimento dessa tarefa que marcam sua patologia. Esta consiste, de fato, na fragmentação das ações a que ele está ex-

posto. Envolvido em sistemas de ações pouco sobredeterminados, ele apresenta frequentemente o espetáculo da incoerência, do extremo investimento de sistemas de ações fechados, quando não de um estado pré-dissociativo. A vivacidade das atuações, as dificuldades de mentalização, a importância dos mecanismos de clivagem são expressões disso que os autores descrevem tão bem.

Eis algumas reflexões que inspiram a leitura desta obra. Como veremos, elas fazem eco a numerosas análises psicopatológicas que a balizam. De maneira mais geral, uma das particularidades da adolescência, e esse é um dos lugares-comuns mencionados no início, é apresentar em poucos anos importantes mudanças no modo de funcionamento mental. O

clínico sabe disto muito bem, mas tem dificuldade de comprová-lo na prática. De fato, ele raramente tem oportunidade de ser o observador atento e não envolvido, capaz de estudar esses processos de mudança. Normalmente, ele é consultado em situação de crise, solicitado a intervir sob o signo da urgência e chamado a tomar decisões a curto prazo. Contudo, é indispensável que, sem renunciar às suas obrigações práticas, ele avalie sua dimensão e defina seu lugar em uma evolução que se dará em alguns anos. O grande objetivo deste livro parece ser o de relembrar e ilustrar a necessidade desse duplo procedimento, ou, pelo menos, é isso o que ele faz extremamente bem.

D. WIDLÖCHER

Prefácio à 6ª Edição

Desde a primeira edição desta obra em 1981, cada nova edição apresenta modificações conseqüentes. Esta sexta edição não foge à regra, e assim, embora conserve a arquitetura do conjunto da primeira edição, a presente obra é sensivelmente modificada graças ao novo conteúdo dos diferentes capítulos.

Há mais de vinte anos, a psicopatologia do adolescente passou a ocupar um lugar importante no campo da psicologia e da psiquiatria: os clínicos e os terapeutas especializados nas questões apresentadas pelos adolescentes de hoje se multiplicaram. Numerosas estruturas de acolhimento e de cuidados reservados aos adolescentes foram criadas.

Os modelos psicopatológicos evoluíram, as práticas clínicas se modificaram. Elas se apoiaram em um conhecimento cada vez mais fino da complexidade e das interações entre os múltiplos fatores de risco, de vulnerabilidade, mas também de defesa, de *coping* e de resiliência.

Os estudos de epidemiologia clínica, não apenas descritivos, mas também analíticos, contribuíram para esse conhecimento. Um capítulo desta obra é dedicado a isso e numerosas referências percorrem os outros capítulos.

Contudo, esse conhecimento epidemiológico não deve fazer esquecer, em face do adolescente e de seus pais, todas as aquisições da abordagem psicopatológica individual e familiar. Uma outra evolução importante diz respeito justamente ao papel dos pais na consulta do adolescente. Isso também é tratado ao longo desta obra, particularmente na última parte, referente à abordagem terapêutica.

Nesse processo, vários capítulos passaram por uma completa reestruturação e na maioria dos casos foram ampliados, e outros foram incluídos. Assim, para esta 6ª edição, pareceu-nos indispensável tratar à parte, em um capítulo claramente identificado, os suicídios e tentativas de suicídio, que se segue naturalmente ao capítulo sobre a depressão.

Os autores esperam que, mantendo sua coerência de conjunto, as edições sucessivas e particularmente esta 6ª edição proporcionem ao leitor uma obra constantemente atualizada, levando em conta os dados científicos mais recentes.

Daniel Marcelli e Alain Braconnier

Prefácio da 5ª Edição

Esta obra foi escrita no mesmo espírito que o compêndio *Psychopathologie de l'enfant*, cujo quadro geral é retomado aqui. Os autores conservaram intencionalmente a divisão em cinco grandes partes – generalidades, estudo de condutas, agrupamentos nosográficos, influência do ambiente, orientações terapêuticas –, não apenas para marcar a continuidade entre a psicopatologia da criança e a do adolescente, mas também porque a clareza dessa apresentação teve uma acolhida muito favorável de leitores, professores, estudantes e clínicos diversos.

Assim, a obra *Adolescência e psicopatologia* compreende cinco grandes partes. A *primeira parte* inicia com um capítulo, essencial conforme os autores, consagrado aos “modelos de compreensão” para a adolescência. A ambição de um tal capítulo não é proporcionar todos os conhecimentos sobre a fisiologia pubertária, a compreensão sociológica e cultural da adolescência e a contribuição da psicanálise ou da epistemologia genérica (várias obras não seriam suficientes para isso!), mas mostrar como a compreensão teórica e, sobretudo, a abordagem clínica e terapêutica do adolescente se nutrem permanentemente desses diversos modelos, ainda que muitas vezes seja difícil conciliar seus respectivos campos de pertinência e de validade. De fato, é bastante comum, em se tratando

da adolescência, que o clínico ou o pesquisador utilize, às vezes de forma explícita, mas em geral de forma implícita, um único modelo para explicar e compreender as condutas do adolescente. O objetivo desse primeiro capítulo é explicitar os principais modelos adotados pelo clínico, procurando avaliar sua antinomia ou sua interferência, pois, como esclarece bem D. Widlöcher (1983), “a interdisciplinaridade explicativa aplicada ao estudo psicológico das ações, isto é, o confronto de diferentes sistemas explicativos para um mesmo conjunto de ações, repousa sobre a interferência de modelos”. O capítulo seguinte tenta descrever as particularidades da interação clínica com o adolescente e sua família por meio das primeiras entrevistas e do balanço psicológico. Dedicou-se uma atenção muito particular ao conceito de “crise de adolescência”, que é objeto de um capítulo à parte, onde são retomados as origens históricas do termo e os diversos quadros clínicos descritos por certos autores; esse capítulo termina com uma crítica do conceito de crise em oposição ao conceito de processo, e com uma discussão sobre o normal e o patológico na adolescência.

A *segunda parte* é consagrada ao estudo de condutas, que agrupamos em quatro grandes capítulos: um capítulo consagrado ao vasto problema do agir e de diversas passagens ao ato do

adolescente, capítulo que inclui o estudo de tentativas de suicídio nessa faixa etária; um capítulo consagrado às condutas centradas no corpo, em particular as condutas alimentares, entre as quais a anorexia mental, e as condutas de sono e de adormecimento; um capítulo consagrado às condutas internas de mentalização, onde se analisam as questões como as angústias hipocôndricas, as dismorfofobias, a timidez ou a inibição em suas relações com o período específico da adolescência; finalmente, um capítulo consagrado à sexualidade e às condutas sexuais encerra essa parte, pois, segundo os autores, a partir da sexualidade e das condutas sexuais fantasiadas ou praticadas, pode-se observar a harmonização, ou não, das três condutas anteriores centradas no agir, no corpo e na mentalização.

A *terceira parte*, mais tradicional, compreende o estudo dos grandes agrupamentos nosográficos. Entretanto, todos esses capítulos têm como objetivo essencial mostrar como a crise ou o processo da adolescência colore a expressão sintomática ou suscita particularidades estruturais. É por isso que esses capítulos não são, como acontece com bastante frequência, uma simples duplicação daquilo que se pode ler sobre a psicopatologia da criança ou do adulto. Assim, o problema da depressão está centrado no problema do processo de luto descrito por muitos autores como o processo essencial dessa idade, e na sua articulação com a clínica da depressão. O capítulo sobre a neurose indaga-se sobre o lugar de uma tal entidade à luz das noções de “a posteriori”^{*} e de “ideal do eu” tão presentes na adolescência. O capítulo sobre os diferentes estados psicóticos tenta articular as manifestações clínicas observadas com os problemas-chave da adolescência sobre o corpo, a identidade, o equilíbrio entre investimento de objeto e investimento narcísico. Os três capítulos seguintes abordam agrupamentos contestados ou que, pelo menos, só se tornam compreensíveis levando-se em conta os modelos teóricos utilizados. A noção de estado-limite^{**} na adolescência é indissociável do modelo analítico: a extensão atual desse quadro “nosográfico” é discutida aproximando-se o processo da

adolescência e a sintomatologia dos estados-limite do adulto. O estudo das condutas psicopáticas e das toxicomanias precede um breve capítulo sobre o consumo de álcool na adolescência, capítulo que nos pareceu mais adequado tratar à parte, em razão de seu crescimento atual, de suas particularidades clínicas nessa idade e de suas evidentes implicações sociológicas.

A *quarta parte* aborda o estudo do adolescente e de seu ambiente depois de ter circunscrito as noções de patologia situacional e de fatores de risco. Temos um capítulo dedicado à análise das relações entre o adolescente e sua família, centradas na noção de crise familiar ou de crise parental, mas abordando também as interações patológicas onde dominam os mecanismos de projeção e de identificação projetiva. Algumas situações particulares são detalhadas: adolescente adotado, adolescente e divórcio dos pais, adolescente filho único. O capítulo seguinte trata das dificuldades escolares na adolescência, dando uma atenção particular à passagem da escola ao trabalho e às conseqüências do freqüente desemprego sobre o adolescente. Alguns problemas de patologias somáticas (atrasos pubertários, patologias crônicas como diabetes, insuficiência renal crônica, hemofilia) e a evolução na adolescência de encefalopatias infantis são abordados na seqüência. Um breve capítulo sobre o adolescente e as estruturas sociais tem como objetivo esclarecer as noções de marginalidade e de espaço social, e dedica-se também a analisar as interações entre a situação do adolescente migrante e o processo psíquico próprio a essa idade. Essa parte é concluída com um capítulo original sobre o “direito na adolescência”, escrito por um magistrado que nos proporciona informações úteis, condensadas e, na nossa opinião, preciosas.

Finalmente, a *quinta parte* é consagrada às diversas abordagens terapêuticas. Assim como na parte introdutória, não tínhamos a pretensão de ser exaustivos: nossa meta foi mostrar como certas abordagens terapêuticas devem levar em conta o processo da adolescência ou, inversamente, como as particularidades desse processo tornam tal abordagem particularmente fecunda. São estudados sucessivamente o problema da psicanálise, suas modalidades, suas indicações, as psicoterapias de tipo analítico, as psicoterapias breves, as terapias familiares, as terapias de grupo e as terapias institucionais. Um

* N. de R. “Après coup” já é um termo normal; “a posteriori” é uma tradução em legenda-padrão.

** N. de R. Termo equivalente a “fronteiriço” ou “borderline”.

item sucinto procura delimitar a utilização de medicamentos psicotrópicos na adolescência, mostrando, sobretudo, as inúmeras vicissitudes de uma tal utilização nessa idade.

Para não tornar o texto pesado e para evitar as repetições, fizemos várias remissões à própria obra assim como a *Enfance et psychopathologie*. Contudo, a intenção dos autores é que esta obra constitua um todo em si mesma: ela não requer a leitura e/ou o conhecimento prévio da psicopatologia da criança, embora isso seja altamente desejável quando se aborda a psicopatologia do adolescente. Para concluir, esclarecemos que a palavra “adolescente” que aparece no texto designa tanto o menino

como a menina. Quando necessário, o sexo é designado explicitamente.

Os autores agradecem ao professor J.E. Toublanc, a M. Chadeville-Prigent e a N. Duplant que aceitaram colaborar na redação de alguns capítulos.

Os autores devem agradecer ainda ao professor J. de Ajuriaguerra, sob a tutela do qual um deles já havia redigido *Enfance et psychopathologie*, e que, novamente, nos exortou e nos deu o estímulo necessário para a redação da presente obra. Agradecem também a Catherine Marcelli que, mais uma vez, assegurou o essencial do trabalho de secretariado com o devotamento e o bom humor de sempre.

Sumário

Apresentação	v
Prefácio à 6ª Edição	ix
Prefácio da 5ª Edição	xi

PRIMEIRA PARTE

OS MODELOS DE COMPREENSÃO DA ADOLESCÊNCIA

1. Os Modelos de Compreensão	19
Introdução	19
O modelo fisiológico: bases fisiológicas das transformações da adolescência	20
O modelo sociológico	23
O modelo psicanalítico	26
O modelo cognitivo e educativo	35
Um modelo para o psiquismo	38
2. A Adolescência: Agrupamentos Conceituais ..	41
Agrupamento de dominante estrutural	41
Agrupamentos de dominante desenvolvimental ..	53
O normal e o patológico na adolescência	55
3. A Entrevista com o Adolescente	58
Princípios e objetivos das primeiras entrevistas ...	58
As primeiras entrevistas: conselhos práticos	61
O exame psicológico na adolescência	64

SEGUNDA PARTE

ESTUDO PSICOPATOLÓGICO DAS CONDUTAS

4. Epidemiologia das Condutas	73
Epidemiologia e saúde pública	73

Epidemiologia e cuidado individual	74
As variáveis pertinentes e discriminantes	75
Grupo sem problemas, grupo com problemas ...	76

5. O Problema do Agir e da Passagem ao Ato ..	80
Introdução	80
Fugas e errâncias	86
O furto	89
A violência na adolescência	91

6. Psicopatologia das Condutas Centradas no Corpo	101
O problema do corpo no adolescente	101
Perturbações das condutas alimentares	105
O sono, seus transtornos, sua psicopatologia ...	126

7. A Sexualidade e seus Transtornos	133
Dados quantitativos e epidemiológicos	134
O desenvolvimento psicosexual na adolescência	136
Psicopatologia das principais condutas sexuais ..	142
Atitudes dos pais	149
Gravidez na adolescência	150

TERCEIRA PARTE

OS GRANDES AGRUPAMENTOS NOSOGRÁFICOS

8. Estados Ansiosos e Neurose: Crítica de Conceitos	157
A angústia	157
As condutas neuróticas	162
O conceito de neurose	174

9. O Problema da Depressão	181	16. O Adolescente e sua Família	301
Revisão geral: luto e depressão	182	O conflito entre pais e adolescentes	301
A adolescência: luto ou depressão	184	Situações particulares	309
Clínica.....	187		
10. As Tentativas de Suicídio	195	17. A Escolaridade na Adolescência.....	316
Definição	195	Introdução.....	316
Os óbitos por suicídio.....	195	A escolaridade	316
As tentativas de suicídio: estudos		Estudo clínico	319
epidemiológicos	196	Da escola ao trabalho	330
Clínica da tentativa de suicídio	198		
Tentativa de suicídio e diagnóstico		18. O Adolescente e o Mundo Médico	337
associado (co-morbidade)	200	Adolescência e atraso pubertário.....	337
Abordagem psicopatológica	204	A adolescência da criança doente	339
O prognóstico das tentativas de suicídio	209	Adolescência e deficiência mental	352
A abordagem terapêutica	212		
11. Os Diferentes Estados Psicóticos.....	220	19. O Adolescente e sua Inserção Social	356
A esquizofrenia	222	O desemprego	356
Os acessos delirantes agudos.....	226	O adolescente migrante.....	357
Estados psicóticos característicos da		A marginalidade.....	360
adolescência	228	A delinquência	362
As formas particulares	231		
Abordagem genética e hipóteses de		20. O Adolescente e o Direito: Algumas	
predominância orgânica	233	Situações Médico-Legais	364
A abordagem sistêmica familiar.....	235	O adolescente e sua família	364
A abordagem psicanalítica	236	O adolescente e a sociedade	370
Os objetivos da intervenção precoce.....	239	Situações médico-legais	376
12. A Noção de Estados-Limite (<i>Borderline</i>)....	242		
Pontos comuns entre o processo da		QUINTA PARTE	
adolescência e os estados-limite.....	243	A TERAPÊUTICA	
Sintomatologia clínica	245		
O contexto familiar	245	21. Prevenção e Acolhimento	387
A abordagem psicopatológica	246	A prevenção na adolescência	387
As hipóteses ontogenéticas.....	249	Por uma detecção dos riscos?.....	389
Proposições terapêuticas.....	250	Escuta e acolhimento	392
Conclusão.....	251		
13. As Condutas Psicopáticas.....	253	22. A Consulta Terapêutica	396
Revisão histórica	253	As entrevistas de avaliação-consultas	
Estudo clínico	256	terapêuticas.....	396
Abordagem psicopatológica	260	A aliança terapêutica consultante-	
As hipóteses etiológicas	262	adolescente-genitor	401
Abordagem terapêutica	265	A observância terapêutica	405
14. Dependências	267		
Clínica.....	268	23. As Escolhas Terapêuticas	409
As abordagens explicativas.....	273	O adolescente e a psicanálise	409
Epidemiologia	274	As terapias familiares	415
A toxicomania	277	As psicoterapias de grupo na adolescência ..	420
O consumo de álcool	289	A utilização de psicotrópicos no adolescente ..	425
		O cuidado hospitalar ou institucional.....	427
		Índice	437

QUARTA PARTE

O ADOLESCENTE EM SEU AMBIENTE

15. Introdução ao Estudo do Adolescente em seu Ambiente	297
Os fatores psicopatológicos particulares	299
Os fatores de risco gerais	299
Os fatores facilitadores ou fatores de incitação	299

PRIMEIRA PARTE

**OS MODELOS DE
COMPREENSÃO DA
ADOLESCÊNCIA**

Os Modelos de Compreensão

INTRODUÇÃO

A adolescência é a idade da mudança, como indica a etimologia da palavra: *adolescere* significa “crescer” em latim. Entre a infância e a idade adulta, a adolescência é uma passagem. Como assinala Évelyne Kestemberg, costuma-se dizer erroneamente que o adolescente é ao mesmo tempo uma criança e um adulto; na realidade, ele não é mais uma criança e ainda não é um adulto. Esse duplo movimento, negação de sua infância, de um lado, busca de um *status* mais estável, de outro, constitui a própria essência da “crise”, do “processo psíquico” que todo adolescente atravessa.

Compreender esse período transitório, descrever as linhas de força em torno das quais essa transformação psíquica e corporal, pouco a pouco, se ordenará constitui uma tarefa árdua e perigosa. Em face das incessantes mudanças, das múltiplas rupturas, dos inúmeros paradoxos que movem todo o adolescente, o próprio clínico corre o risco de ser tentado a assumir diversas atitudes: ele pode se deixar levar por uma espécie de fatalismo, limitar-se a “seguir”, a “acompanhar” o adolescente, renunciando, pelo menos por um tempo, a qualquer compreensão e, sobretudo, a qualquer possibilidade

de avaliação das condutas deste. Inversamente, em uma tentativa de apreender o processo em curso, o clínico pode adotar um modelo de compreensão, dando um sentido a essas múltiplas condutas, mas, nesse caso, corre o risco de cair no formalismo, na teorização artificial, procurando incluir o conjunto de “sintomas” que todo adolescente pode apresentar em um quadro que logo se revela arbitrário e artificial.

Essa alternância entre, por um lado, limitar-se a um acompanhamento empático, renunciando a qualquer compreensão ou avaliação, e, por outro, formalizar ao extremo todas as condutas do adolescente para ajustá-lo a um quadro conceitual único deve ser superada. Mais do que qualquer outra idade da vida, o adolescente confronta o clínico com os modelos que este utiliza, obrigando-o a um reexame constante para avaliar a pertinência de tal modelo em cada caso: esse vai-e-vem entre a prática e a teoria, essa reavaliação permanente e necessária constituem a riqueza da prática clínica da psicopatologia do adolescente. Por essa razão, consideramos particularmente apropriada à adolescência a seguinte observação de B. Brusset:

Sem dúvida, é preciso ter em mente a impossibilidade de ordenar todos os fatos psíquicos em um mesmo sistema que lhe da-

ria ao mesmo tempo uma classificação lógica e uma teoria unificadora; por maiores que sejam sua sedução intelectual e seu valor pedagógico, as tentativas de compreender toda a psicopatologia em função de um mesmo parâmetro podem justificadamente malograr.

A primeira parte desta obra é consagrada precisamente a esses diversos modelos de compreensão e aos grandes quadros conceituais que tentaram apreender ou teorizar as alterações características dessa idade da vida. Pode-se considerar que essas teorizações articulam-se em torno de quatro modelos principais: 1) o modelo fisiológico, com a crise pubertária, as alterações somáticas subseqüentes, a emergência da maturidade genital e as tensões que resultam disso; 2) o modelo sociológico e ambiental, que põe em relevo o papel essencial desempenhado pelo ambiente na evolução do adolescente: o lugar que cada cultura reserva à adolescência, os espaços que cada subgrupo social concede ao adolescente e, finalmente, as relações entre o adolescente e seus pais são elementos determinantes; 3) o modelo psicanalítico, que dá conta dos remanejamentos identificatórios, das mudanças nas ligações com os objetos edípicos e da integração na personalidade da pulsão genital; 4) os modelos cognitivo e educativo, que abordam as modificações profundas da função cognitiva, o desenvolvimento notável da capacidade intelectual, quando não há entraves, com as aprendizagens sociais múltiplas que ela possibilita.

Essa ordem de apresentação não implica a primazia de um modelo sobre os demais, porém, do nosso ponto de vista, ainda que estritamente individual e intrapsíquico, o modelo psicanalítico é condicionado, em parte, pelos modelos fisiológico e sociológico, ao mesmo tempo em que revela com toda veemência que esses dois modelos estão muito longe de ser suficientes para dar conta do conjunto de fatos observados na adolescência.

Na prática clínica, a interação e o entrelaçamento desses diversos modelos de compreensão constituem a regra, mas um pode ter mais peso que outro no determinismo desta ou daquela conduta, na aparição deste ou daquele tipo de patologia. Essas indagações não são puramente explicativas, pois, a nosso ver, poder determinar o eixo que parece predominante influi em seguida na própria avaliação psicopatológica e na es-

colha da resposta terapêutica mais adequada. O objetivo deste primeiro capítulo é dar uma idéia geral, necessariamente concisa, desses diversos modelos. Nossa preocupação foi articular o máximo possível a descrição desses modelos com os estados psicopatológicos nos quais eles parecem particularmente pertinentes: isso explica as várias remissões aos capítulos posteriores.

O MODELO FISIOLÓGICO: BASES FISIOLÓGICAS DAS TRANSFORMAÇÕES DA ADOLESCÊNCIA¹

A diferenciação sexual pubertária, que transforma tão profundamente as crianças em adolescentes, é o resultado de uma reação em cadeia cuja cronologia é a seguinte: primeiro, uma secreção hipotalâmica que, por seu ritmo, causa uma secreção hipofisária de gonadotrofinas, que, também seguindo um ritmo particular, causa uma secreção gonádica. Esta última, após um certo tempo, modula as modificações morfológicas periféricas dos receptores. Um tal mecanismo pode sofrer avarias que explicam as numerosas situações patológicas relacionadas com o desenvolvimento pubertário. Esse desenvolvimento ocorre, em média, a uma data fixa: 10 anos e meio/11 anos na menina, 12 anos e meio/13 anos no menino, mas, nos casos-limite esses dados cronológicos devem ser concebidos como idade fisiológica e óssea, e não como idade real, a partir do momento em que existe uma defasagem entre a entrada na puberdade e a idade real.

A Puberdade da Menina

O desenvolvimento pubertário da menina é misto: ele realiza a associação de sinais estrogênicos e androgênicos.

Os sinais de impregnação estrogênica.
– Sob a influência dos estrógenos, o primeiro

¹ Item redigido por J.E. TOUBLANC, professor titular de Pediatria, hospital Saint-Vicent-de-Paul, Paris.

sinal é o aparecimento de um nódulo sensível, seguido do aumento de tamanho da aréola com modificação desta: aumento de volume do seio por hipertrofia glandular e do tecido conjuntivo que o circunda. Em um período de dois a três anos atinge-se um desenvolvimento completo.

Aparecem modificações vulvares: a direção do orifício torna-se horizontal, a mucosa muda de cor: de violácea, torna-se rosa; e de aspecto: de seca, torna-se úmida; às vezes ela é a sede de uma leucorréia. Os pequenos lábios se desenvolvem e se colorem.

Os sinais androgênicos. – Eles estão sob a dependência de andrógenos supra-renais e principalmente ovarianos. A pilosidade pubiana aparece em média seis meses após o início do desenvolvimento mamário, mas isso não é absoluto. Ela atinge primeiramente o púbis, estendendo-se lateralmente aos grandes lábios e às raízes das coxas, depois à parte inferior do abdômen com um limite superior horizontal. A pilosidade adulta é atingida em dois anos. A pilosidade axilar aparece na metade da puberdade e se desenvolve entre dois e três anos.

Os grandes lábios hipertrofiam-se, pigmentam-se e se cobrem de pêlos.

A acne, complicação verdadeira da puberdade, está sob a dependência desses mesmos andrógenos.

O impulso do crescimento. – Reflexo da ação de hormônios sobre os ossos, ele é de 7,5cm no primeiro ano e de 5,5cm no segundo ano. No ano em que o crescimento é máximo, o ganho em estatura atinge de 6 a 11cm.

As menstruações. – A puberdade, no plano fisiológico, termina com as primeiras menstruações (menarca): estas marcam efetivamente, para o senso comum, a data da puberdade. Essa primeira menstruação ocorre, em média, após os primeiros sinais pubertários, ou seja, por volta dos 12 anos e meio/13 anos. A data da ocorrência em uma menina costuma ser correlata à das mulheres da família (irmãs, mãe, tias). À parte considerações do ambiente, existe um caráter familiar indiscutível.

Após a primeira menstruação, a maior irregularidade de abundância e de periodicidade

marca as menstruações seguintes. Durante meses, ou mesmo anos, existem ciclos sem alteração térmica, ciclos anovulatórios ou ovulatórios com insuficiência do corpo-amarelo, cuja tradução clínica são regras abundantes, irregulares e dolorosas. Apenas os primeiros ciclos regulares e normais marcam realmente a entrada na vida ginecológica adulta.

Evolução biológica. – O início biológico da puberdade é marcado pelo início da secreção gonadotrófica que, por sua vez, é induzida pela secreção pulsátil de LH-RH elaborada pelo núcleo arqueado do hipotálamo. O hormônio folículo-estimulante (FSH) começa a funcionar por volta dos 11 anos e atinge um patamar em dois anos. O hormônio luteinizante (LH) é secretado sob forma de “pulsos” que se tornam amplos e frequentes, induzindo assim a secreção ovariana.

Por ocasião do sono profundo, observa-se um pico de LH, o que explica uma taxa de LH nitidamente mais elevada de noite do que de dia.

Uma longa maturação do hipotálamo faz surgir o retrocontrole positivo, isto é, a possibilidade de taxas elevadas de estradiol causar um pico secretório de LH que, por sua vez, causará a ovulação. Este mecanismo só funciona corretamente vários anos após as primeiras menstruações.

As secreções ovarianas aparecem em seguida: o aumento progressivo de estrógenos produz-se no início da puberdade, e posteriormente torna-se mais importante na metade dessa fase. No fim da puberdade, existem grandes variações individuais das taxas plasmáticas em relação ao início da atividade cíclica. A progesterona, testemunho da secreção do corpo-amarelo, portanto da ovulação, só aparece muito depois das primeiras menstruações. As taxas se tornam comparáveis às da mulher adulta somente em quatro ou cinco anos. Os andrógenos, ligeiramente aumentados desde a clássica puberdade supra-renal (7 anos), aumentam ainda; porém, de forma moderada em condições normais.

A Puberdade do Menino

As transformações corporais. – Datada ordinariamente pelos primeiros pêlos pubianos,

12 anos e meio/13 anos, a puberdade começa de fato por volta de 11 anos com o aumento de volume dos testículos, depois por modificações dos órgãos genitais externos: aumento do tamanho do pênis, aparecimento da veia dorsal do pênis, pregueamento e pigmentação do escroto. Em seguida, a pilosidade aumenta lateralmente na raiz das coxas e no escroto. O desenvolvimento prossegue e atinge o estágio adulto por volta dos 16-18 anos. A pilosidade axilar ocorre na metade da puberdade e desenvolve-se em dois a três anos. As pilosidades facial e torácica ocorrem por volta de 16-18 anos.

– As modificações mamárias não são excepcionais, pois em um a cada dois casos encontra-se uma intumescência mamária mais ou menos importante que retrocede por si mesma, a não ser que tenha atingido de três a quatro centímetros: o tecido então permanece hipertrofiado e é preciso recorrer à cirurgia.

– A acne, também aqui, é a verdadeira complicação da puberdade. Ela está ligada à transformação dos folículos pilosebáceos sob a influência da diidrotestosterona.

– O ganho em estatura é, em média, de 8,5 cm no primeiro ano e de 6,5 cm no segundo ano da puberdade. No ano de crescimento máximo, o ganho em estatura é de 7 a 12 cm. A silhueta se modifica pelo alargamento principalmente dos ombros.

– A primeira ejaculação consciente é o sinal análogo às primeiras menstruações, e completa simbolicamente a puberdade. Ela ocorre por volta dos 15 anos, embora se possa evidenciar os primeiros espermatozoides por volta de 13 anos e meio.

Evolução Biológica

As gonadotrofinas. – O aumento do FSH se dá por volta dos 12 anos com um aumento do LH, que também apresenta um caráter pulsátil. Ele provocará uma resposta testicular. Encontram-se as mesmas modificações dinâmicas que na menina: pico de sono, aparecimento de um retrocontrole positivo que permite aumentar as concentrações de esteróides periféricos, sem que para isso se detenham as gonadotrofinas. Finalmente, o aparecimento dos primeiros picos de LH engendra uma maturação na glândula testicular da célula de Leydig, que secreta a

testosterona, embora no início da puberdade o testículo seja suscetível de responder a um estímulo “LH like” pela gonadotrofina coriônica, como um testículo púbere.

Os esteróides. – A testosterona começa a se elevar por volta dos 10 anos e meio de idade óssea, antes dos primeiros sinais pubertários que ela prepara. Esse aumento é progressivo, vai acompanhar a secreção de LH, e na metade da puberdade aparecerá um ciclo nictemeral de testosterona. A taxa adulta é atingida em média por volta dos 15 anos, enquanto o aumento de outros andrógenos é menos acentuado após seu primeiro crescimento quando da puberdade supra-renal. A secreção de estrógenos é menos importante que na menina no estágio pubertário equivalente. Contudo, a secreção de estradiol sob a influência da gonadotrofina só aparece no início da puberdade; ela constitui a resposta imediata do testículo a essa mesma estimulação no fim da puberdade.

As Variações Cronológicas

Elas representam um dos elementos essenciais no conceito de desenvolvimento pubertário. São ao mesmo tempo individuais e coletivas.

As variações individuais. – Os limites extremos (8-14 anos na menina, 10-16 anos no menino) são apenas dados estatísticos que permitem falar de adiantamento ou de atraso, mas não significam necessariamente um desenvolvimento anormal quando este se produz fora desse intervalo. Existem no intervalo comumente admitido dados genéticos de adiantamento ou de atraso e dados do ambiente, como saúde, alimentação, exercício físico, nível socioeconômico, que influem na data da puberdade para mais ou para menos.

As variações coletivas de adiantamento pubertário secular não deixam de criar um problema de civilização. De fato, o adiantamento secular da data da puberdade forma pessoas jovens em uma idade em que a atividade sexual é socialmente reprimida, ao passo que há alguns séculos o desenvolvimento pubertário era muito mais tardio e praticamente coincidia com o ingresso na vida

profissional. Assim, a título de exemplo, a data das primeiras regras passou de 17 para 13 anos em pouco mais de um século tanto na Noruega como na França. Nos países de mesma cultura, as diferenças são menos características: assim, em 1976, a idade média de aparecimento das primeiras menstruações era de 12,5 anos na Alemanha, de 12,8 anos na França, de 13 anos na Grã-Bretanha e de 13,4 anos na Suíça. A idade das primeiras menstruações não tende a adiantar mais. Atualmente (1986), na França, há uma estabilização nos 13 anos. Portanto, a idade das primeiras menstruações hoje é mais precoce, enquanto que a idade média de ingresso na vida profissional tende a ser cada vez mais elevada: pode-se dizer que a evolução fisiológica vai no sentido oposto à evolução social, o que leva a estender ao extremo o período da adolescência.

O MODELO SOCIOLÓGICO

Os sociólogos estudam a adolescência de um duplo ponto de vista: o de um período de inserção na vida social adulta e o de um grupo social com suas características socioculturais particulares. Assim, segundo as épocas, segundo as culturas, segundo os meios sociais, a adolescência será diferente. No modelo de compreensão sociológico, a adolescência não é, portanto, um fenômeno universal e homogêneo.

Abordagem Histórica

Passaremos apenas brevemente pelo aspecto histórico. Se alguns afirmam que a adolescência sempre foi um período demarcável na vida do indivíduo, com suas características próprias em cada época (por exemplo, entre os romanos, a adolescência termina oficialmente por volta dos 30 anos), muitos pensam que a adolescência, tal como a concebemos, é um fenômeno recente:

A criança passava diretamente e sem mediações da barra da saia das mulheres, de sua mãe ou de sua amiga ou de sua avó, ao mundo dos adultos. Ela queimava as etapas da juventude ou da adolescência. De criança, tornava-se de um momento para

outro em um pequeno adulto, vestido como os homens ou como as mulheres, misturado a eles, sem qualquer outra diferença a não ser o tamanho. É provável que nas nossas sociedades do *Ancien Régime* as crianças entrassem mais cedo na vida dos adultos do que nas sociedades primitivas. (P. Aries, 1969).

Certos aspectos atuais poderiam ser vistos como um novo movimento histórico no sentido da extinção da adolescência:

A defasagem que existe entre os jovens e os menos jovens tende a se reduzir, e isso graças aos movimentos dos anos 1960. De fato, a cultura original reivindicada pelos jovens ao longo da última década já faz parte do patrimônio de todas as gerações: a liberdade sexual, o direito à palavra, as formas de expressão nas quais a vida privada e a vida política se mesclam profundamente são valores reconhecidos por todos hoje. (Conferência Geral da Unesco, 21ª seção, 1981)

Abordagem Cultural

A abordagem cultural é, sem dúvida, a mais convincente para sustentar a tese de que a adolescência não é um fenômeno universal. Os trabalhos de Margaret Mead, embora controversos, marcaram toda a corrente culturalista: não apenas a adolescência não é universal (por exemplo, não existe adolescência entre os habitantes de Samoa) como podemos estabelecer uma ligação entre a natureza da adolescência e o grau de complexidade da sociedade estudada: quanto mais a sociedade é complexa, mais a adolescência é longa e conflituosa (trabalhos de Malinowski, de Benedict, de Kardiner ou de Linton).

Nessa abordagem cultural, as características da adolescência variam em diferentes níveis segundo as sociedades:

1) No nível da duração: nas culturas africanas arraigadas à tradição, ela será determinada pelos ritos de passagem, que variam de uma etnia a outra.

2) No nível dos métodos adotados para a socialização do indivíduo: certas culturas adotarão preferencialmente um modo predominante de socialização dos adolescentes no seio do lar familiar (cultura ocidental), outras no

seio de um outro lar (por exemplo, por volta dos 8 anos de idade, os meninos da tribo de Gonja, povo do norte de Gana, vão viver com o irmão da mãe e sua esposa, e as meninas com a irmã do pai e seu esposo), outras no seio de instituições extrafamiliares (por exemplo, entre os Samburu, um dos grupos masai nômades do norte do Quênia, os jovens vivem na periferia da tribo e têm como papel proteger essa tribo ou atacar as tribos rivais), outras, finalmente, no grupo de iguais (entre os Muria, no Estado de Bastar, na Índia, os adolescentes vivem em um dormitório coletivo e misto: o Gothul).

É interessante constatar que esses diferentes modos de socialização existem em nossas sociedades ocidentais contemporâneas, pelo menos potencialmente (morar na casa do tio ou da tia, internato, pensionato, comunidades).

3) No nível dos tipos de cultura: em seu livro *O fosso entre gerações*, M. Mead distingue três tipos de culturas:

- as culturas pós-figurativas, que constituem a maior parte das sociedades tradicionais onde as crianças são instruídas antes de tudo por seus pais e pelos anciãos;
- as culturas co-figurativas, nas quais as crianças e os adultos fazem suas aprendizagens com seus iguais; em outras palavras: o modelo social predominante é o comportamento dos contemporâneos. Os modelos mais nítidos de culturas co-figurativas são encontrados nos países de imigração (Estados Unidos, Israel);
- as culturas pré-figurativas, que se caracterizam pelo fato de que os adultos também extraem lições de seus filhos (Mead, 1972).

Para Bruner, a característica de nossas sociedades ocidentais atuais é que “provavelmente pela primeira vez em nossa tradição cultural, atribui-se um lugar a uma geração intermediária que tem o poder de propor o modelo de novas formas de conduta”. De fato, a comunidade dos adultos, pela complexidade de tarefas e pela abstração cada vez maior das funções de cada um, mostra-se incapaz de propor às crianças uma série de modelos de identificação e um sistema de valor pedagógico, profissional, moral, etc. que levem em conta as permanentes mudanças. Nessas condições, a adolescência constitui um intermediador necessário entre o mundo das

crianças e o mundo dos adultos, pois “ela propõe novos estilos de vida mais adequados ao que se percebe como as novas e mutáveis condições, às mudanças que, com ou sem razão, ela afirma perceber melhor do que aqueles que se adaptaram ao estado de coisas anterior”. Assiste-se assim, segundo Bruner, a uma espécie de inversão de perspectiva: na medida em que o mundo passa por mudanças permanentes, a adolescência, por sua própria característica de ser um período de mudança, torna-se de algum modo um modelo social e cultural, tanto para as crianças como para os adultos. A questão essencial que se coloca então é saber “se a geração intermediária pode reduzir o grau de incerteza inerente ao fato de crescer em condições de mudanças imprevisíveis e se ela pode fornecer ao mesmo tempo guias intelectuais e provedores carismáticos de viés paradoxal: promover simultaneamente a eficácia e a adesão” (J.S. Bruner, 1983).

Abordagem Social

A adolescência representa um grupo social quantitativamente importante (cf. Quadro 1.1). Também para os sociólogos, em uma mesma cultura e, em particular, em nossas sociedades, a adolescência apresentará variações segundo o meio de origem ou segundo as atividades exercidas. Lembremos a pesquisa feita na França sobre a psicologia diferencial na adolescência: B. Zazzo estudou quatro grupos de adolescentes: alunos do ensino médio, alunos do magistério, aprendizes e assalariados. De maneira geral, esses grupos se distinguiam pelas respostas diante de três variáveis psicológicas: as atitudes de crítica e contestação, as relações com a família e com o outro, as relações com o mundo (Zazzo, 1972). Do mesmo modo, alguns conseguiram distinguir dois tipos de marginalidade entre os jovens dos anos 1970: uma marginalidade intelectual, com duas tendências: uma tendência “hippie” e uma tendência “esquerdista”; e uma marginalidade “popular” (Mauger, 1975).

Por um lado, a organização social por faixa etária (as crianças, os adolescentes, os idosos, etc.) talvez tenha substituído em parte a antiga hierarquização social, que perdeu sua rigidez. O bando de adolescentes é a caricatura disso: o bando é para o adolescente o meio pelo qual ele

Quadro 1.1 Distribuição da população na faixa etária de 12 a 25 anos em 1º de janeiro de 1979 segundo o sexo e a idade

Ano de nascimento	Idade em anos completos	Os dois sexos	Sexo masculino	Sexo feminino
1966	12	844.563	431.738	412.825
1965	13	854.296	437.411	416.885
1964	14	874.123	446.767	427.356
1963	15	867.164	442.212	424.952
1962	16	844.826	430.776	414.050
1961	17	855.235	436.197	419.038
1960	18	845.885	431.182	441.703
1959	19	854.271	435.392	418.879
1958	20	840.252	426.841	413.411
1957	21	844.566	428.494	416.072
1956	22	841.038	426.501	414.537
1955	23	840.068	425.238	414.830
1954	24	845.405	429.389	416.016
1953	25	835.138	424.843	410.295
1953-1966	12-25	11.886.830	6.052.981	5.833.849

Fonte: *La situation démographique en 1979* (Les collections de l'INSEE, D 88).

tenta encontrar uma identificação (idealização de um membro do grupo, de uma ideologia), uma proteção (tanto em relação aos adultos quanto em relação a si mesmo, em particular à sua própria sexualidade: é a vertente homossexual de qualquer grupo de adolescentes), uma exaltação (potência e força do bando em oposição à fragilidade do indivíduo), um papel social (dinâmica interna do bando com os diversos papéis que se jogam ali: chefes, subordinados, excluídos, anfitriões, inimigos...). A dependência do adolescente em relação ao “bando” chega ao extremo na maioria dos casos, mas, como assinala Winnicott com muita propriedade, “os jovens adolescentes se isolam juntos”: de fato, sob essa ligação às vezes coercitiva ao conformismo do bando, o indivíduo não desenvolve ligações muito profundas com os outros, como testemunham as freqüentes rupturas, dispersões, reagrupamentos do bando em novas bases, etc. (cf. item “O ambiente social: o bando”, no Capítulo 13). Contudo, essa disposição ao conformismo pode empurrar o adolescente para escolhas aberrantes, pois, na busca de uma identificação, ele pode aderir às condutas mais caricaturais. Citemos Winnicott: “em um grupo de adolescentes, as diversas tendências serão representadas pelos membros mais doentes do grupo”. Entre essas posições patológicas, a vivência persecutória do bando é provavelmente

uma das mais freqüentes: o bando é ameaçado (por outros bandos, pela sociedade...) e, em razão disso, deve se fechar mais fortemente em si mesmo, homogeneizando-se o máximo possível, para poder se defender, ou mesmo para atacar. Observa-se aqui a transferência para o grupo da problemática paranóica potencial do indivíduo adolescente.

Em última análise, esses diferentes elementos, do ponto de vista sociológico, fundamentam a idéia de que o adolescente é heterogêneo. Dois aspectos se destacam atualmente:

1) A rapidez das mudanças de uma geração de adolescentes à seguinte:

Nem a atitude, nem o vocabulário engendrado pelos anos 1960 parece adequar-se às realidades que se anunciam e que a juventude deverá enfrentar ao longo da próxima década. As palavras-chave do relatório da Unesco de 1968 eram: confronto-contestação; marginalização; contracultura; contrapoder; cultura dos jovens... Os jovens eram vistos então como um grupo histórico distinto e identificável... Essa geração se manteve separada dos mais velhos por um enorme fosso... As palavras-chave dos jovens ao longo da próxima década serão: penúria; desemprego; sobrequalificação; inadequação entre

o emprego e a formação recebida; ansiedade; atitude defensiva; pragmatismo; e poderíamos inclusive acrescentar a essa lista subsistência e sobrevivência... Se os anos de 1960 mobilizaram certas categorias de jovens em certas partes do mundo em torno de uma crise de cultura, de idéias e de instituições, os anos de 1980 imporão à nova geração uma crise material e estrutural de incerteza econômica crônica, e mesmo de privação. (*A juventude nos anos de 1980*, Unesco).

Esse ponto de vista é confirmado por uma pesquisa de 1983 com jovens entre 15 e 20 anos, em que mais da metade previa enfrentar o desemprego em um momento ou outro por seus próximos dez anos. “Mas é um simples acidente de percurso, como se o desemprego doravante fizesse parte das coisas da vida.” (Burguière, 1983)

2) Hoje, a dimensão cultural tende a se colocar transversalmente em relação às variáveis pessoais e sociais: “Em um contexto social que evoluiu profundamente, e graças a uma maturação mental mais precoce, muitos jovens (estudantes) assumem posições culturais relativamente independentes em relação aos condicionamentos que em outras épocas eram decisivos para suas diferenciações socioculturais” (Grassé, 1974). A identidade cultural não coincide mais necessariamente com a identidade biológica ou social. As diferenças culturais no seio da juventude estão cada vez menos ligadas às diferenças de sexo, de idade, de origem regional e, sobretudo, à diferença de classes sociais; a juventude torna-se culturalmente e mundialmente um grupo já questionado nas sociedades mais avançadas do ponto de vista tecnocrático; vale recordar aquilo que evocamos anteriormente a propósito da diminuição da distância entre as gerações de adolescentes e de adultos. Se o modelo sociológico assinala as diferenças entre adolescentes, ele se preocupa também, assim como o modelo psicanalítico, com as relações (em nível geral) entre a classe de adultos e a de adolescentes.

Finalmente, não abordamos neste item a relação entre o adolescente e seu ambiente próximo, em particular sua família. A aproximação familiar poderia ser concebida como uma espécie de ponte entre a evidente dimensão sociológica e cultural em que cada família está imersa e a problemática intrapsíquica do adolescente em face de suas imagens parentais. Aliás, quando se

evoca a propósito do processo da adolescência uma segunda fase do processo de separação-individuação (cf. “o segundo processo de separação-individuação”, no Capítulo 1), constata-se que a “família”, tanto em suas funções externas socioculturais quanto em suas funções internas próprias ao psiquismo de cada um (imagem parental e tipo de relação objetal), estrutura e organiza a evolução do adolescente. Essas relações são tão importantes que foram estudadas em um capítulo específico desta obra: “O adolescente e sua família” (cf. Capítulo 16).

O MODELO PSICANALÍTICO

A perspectiva psicanalítica repousa sobre um postulado: a possibilidade de descrever e compreender a adolescência como um processo psicológico relativamente homogêneo segundo as sociedades. A partir de Sigmund Freud, todos reconhecerão a importância da puberdade, o papel desempenhado pelo acesso à sexualidade e, em razão disso, o agrupamento das pulsões parciais sob o primado da pulsão genital. Contudo, segundo os autores, a ênfase recairá sobre um aspecto mais específico: a excitação sexual e as modificações pulsionais, o corpo, o luto e a depressão, os meios de defesa, o narcisismo, o ideal do eu, ou ainda o problema da identidade e das identificações. Todos concordarão, no entanto, em que a adolescência se caracteriza por esses diferentes elementos, e a importância de cada um variará segundo os pontos de vista e, evidentemente, segundo os próprios adolescentes. Às voltas com suas pulsões, o adolescente deve rejeitar seus pais, cuja presença reativa os conflitos edipianos e a ameaça de um incesto agora realizável, e, no mesmo movimento, ele chega até a rejeitar as bases identificatórias de sua infância, isto é, suas imagens parentais. Entretanto, a descoberta de uma identificação adulta só poderá advir na inserção desse adolescente no seio da descendência familiar, o que explica sua busca desesperada de uma imagem de si nas raízes culturais, no grupo social ou nas lembranças familiares (os avós geralmente são os únicos a ser poupados pela contestação do adolescente). Na base de toda adolescência, há esse assassinato de imagens parentais, uma con-

densação fantasmática da agressividade ligada a todo crescimento: “crescer é por natureza um ato agressivo” (Winnicott). Confrontado com esse paradoxo, o adolescente tem de vivenciar esses conflitos antes de encontrar uma solução para eles: os meios de defesa de que ele dispõe, quer os reutilize (retorno aos processos defensivos do período edipiano), quer descubra outros (processos defensivos específicos da adolescência), têm como meta tornar suportável essa depressão e essa incerteza identificatória subjacente. O tempo continua sendo o fator terapêutico essencial (Winnicott), mesmo que, levados pela urgência do instante, o adolescente e seus pais não vejam nada além da situação atual.

A essa homogeneidade de pensar a adolescência como um processo intrapsíquico específico, opõe-se uma certa heterogeneidade de agrupamentos conceituais. Distinguiremos esquematicamente dois principais agrupamentos conceituais (ver sobre esse ponto o conjunto do Capítulo 2):

- o que situa a adolescência em uma especificidade de dominante desenvolvimentalista e em uma (relativa) continuidade psicopatológica. O modelo típico desse caso é o do processo de separação e das angústias dele decorrentes ou o da subjetivação;

- o que faz da adolescência um momento estrutural crítico, ao mesmo tempo emergência de uma nova organização psíquica, mas também risco de desorganização psicopatológica. Aqui, o modelo típico é o da crise, do pubertário ou ainda da dependência com seus arranjos.

Os Principais Aspectos Dinâmicos da Adolescência

A excitação sexual. – A puberdade, caracterizada pelo aparecimento da capacidade orgástica e pelo advento da capacidade reprodutiva, provoca uma explosão libidinal, uma erupção pulsional genital e um movimento de regressão às pulsões pré-genitais. De um ponto de vista econômico, o aparecimento súbito de energia livre (energia não ligada) conduz o indivíduo, de modo irreprímível, à busca de uma descarga de tensão. A essas mudanças econômicas associam-se, como sempre ocorre, mudan-

ças na perspectiva dinâmica: o conflito interno do adolescente não é uma simples réplica do conflito edipiano, mas está associado a conflitos mais “arcaicos”, como, por exemplo, um conflito entre o ego ideal atualizado e o ego desestabilizado (Terrier e Terrier, 1980), ou conflitos ambivalentes que evocam os da fase depressiva. O confronto entre a vida fantasmática e as transformações pubertárias altera a dinâmica conflitiva. A relação entre a preeminência do desejo sexual e o surgimento de possibilidades constitui a fonte de uma angústia cuja qualidade está ligada à dimensão megalomaniaca do desejo (Rousseau e Israel, 1968).

Essa explosão libidinal com seus aspectos econômicos e dinâmicos fragilizam o Ego em seu papel de pára-excitação. A puberdade é um período de crescimento libidinal; nele, as exigências pulsionais são particularmente reforçadas. Mas, como assinala Anna Freud, “qualquer reforço das exigências pulsionais aumenta a resistência do Ego às pulsões”. Para essa autora, o prognóstico do fim da puberdade não repousa tanta no poder das pulsões, mas na tolerância ou intolerância do Ego em relação a essas pulsões. Do mesmo modo, não são tanto as modificações do Id humano, mas sim as relações diferentes que o Ego estabelece com esse Id que determinam as diferenças observadas nas representações de objeto. Assim, o estudo de meios de defesa é fundamental na adolescência (cf. mais adiante). Diremos simplesmente aqui que a problemática atividade/passividade, que constitui um dos eixos de conflito essenciais nessa idade, explica-se particularmente pela importância dessa excitação pulsional. Ela traduz um modo de arranjo e de resposta em face dessa excitação (cf. item “O agir como entrave à conduta mentalizada”, no Capítulo 5).

Em patologia, veremos o interesse disto em diversos agrupamentos clínicos, por exemplo, a anorexia mental ou a toxicomania.

A problemática do corpo. – A puberdade manifesta-se por profundas modificações fisiológicas que, evidentemente, têm importantes repercussões psicológicas tanto no nível da realidade concreta quanto no nível imaginário e simbólico.

A puberdade e o acesso à sexualidade genital. – O desenvolvimento dos órgãos genitais,

da pilosidade, dos seios, o aparecimento das primeiras menstruações, ou ereções com ejaculação, a possibilidade de ter relações sexuais e de procriar têm um impacto fundamental no processo da adolescência. S. Freud, e muitos outros depois dele, deram muita importância a essas modificações fisiológicas.

Freud já observa em *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade*: “Com o início da puberdade, surgem transformações que conduzirão a vida sexual infantil à sua forma definitiva e normal”. Para Freud, a pulsão, a partir de agora, descobrirá o objeto sexual no outro, as diversas zonas erógenas ditas parciais (oral, anal, uretral) se subordinarão ao primado da zona genital (órgão sexual). O gozo sexual ligado à emissão de produtos genitais permite chegar ao “prazer terminal”, oposto aos prazeres preliminares ligados às zonas erógenas parciais mencionadas acima. Mélanie Klein, Anna Freud, Winnicott, entre outros, também verão nessas modificações fisiológicas a fonte de perturbações no equilíbrio psíquico do adolescente. Édith Jacobson desenvolveu longamente o papel dessas modificações na reativação da angústia de castração, tanto nos meninos, cujas primeiras ejaculações levam habitualmente a se masturbar, quanto nas meninas, cujas primeiras menstruações reforçam sua crença infantil de castração. Essas transformações e esse acesso à sexualidade genital podem estar na origem de relações sexuais “experimentais” ou de retraimento defensivo para uma homossexualidade latente ou mesmo transitoriamente manifesta (cf. item “A homossexualidade”, no Capítulo 7).

Mais recentemente, a insistência sobre as transformações físicas da puberdade levou a descrever um verdadeiro processo psíquico designado pelo substantivo “pubertário”, que seria para a psique o que a puberdade é para o corpo (Gutton, 1991). O “pubertário” é teorizado como um processo que dá conta da pressão sobre as três instâncias psíquicas (Ego, Superego, Id) do real biológico da puberdade, pressão que se choca com a barreira do incesto legada pela elaboração do desenvolvimento edipiano. Os elementos presentes na organização pubertária são, portanto:

- a pressão do “experimento originário pubertário”, a pressão da pulsão que busca sua meta pelo novo objeto genital;
- o horror das interpretações sobre os investimentos incestuosos;

- o teste do Superego em face do ingresso na categoria do possível edipiano;

- a busca pelo Superego de novas bases de sustentação, pois a aliança estabelecida entre o Ego e o Superego, em particular ao longo do período de latência, se desfaz;

- consequência dos fatores precedentes, a prova da realidade torna-se vacilante e constitui a característica central dessa organização “pubertária”.

Essa centralização no fenômeno psíquico da puberdade dá conta, obviamente de um ponto de vista geral, da dúvida que assalta todo adolescente: a da ligação entre o “eu” e seu corpo.

A imagem do corpo. – O corpo transforma-se, portanto, a um ritmo variável, mas de maneira global: a “silhueta” muda tanto para o próprio adolescente quanto para aqueles que o observam. A imagem do corpo é alterada em vários âmbitos:

- *O corpo como referência espacial.* “O adolescente é mais ou menos como um cego se movimentando em um meio cujas dimensões mudaram” (Haim). O adolescente é confrontado com a transformação desse instrumento de medida e de referência em relação ao ambiente, que é a percepção de seu próprio corpo.

- *O corpo como representante simbólico.* Pela maneira como é utilizado, valorizado ou desconhecido, amado ou detestado, fonte de rivalidade ou de um sentimento de inferioridade, vestido ou às vezes dissimulado, o corpo representa para o adolescente um meio de expressão simbólica de seus conflitos e de modos relacionais. Por exemplo, no menino, os cabelos longos ou os cabelos curtos podem ser o reflexo de uma moda, mas podem ser também a expressão simbólica da identidade sexual.

- *O corpo e o narcisismo.* Que adolescente nunca passou longos momentos diante de seu espelho? Que adolescente não manifestou um momento ou outro um interesse exagerado em relação à sua silhueta ou a uma parte de seu corpo ou, paradoxalmente, um aparente desinteresse total? Na medida em que faz parte de um conjunto mais geral de hiperinvestimento de si, o interesse que o adolescente dedica em alguns momentos ao seu próprio corpo ilustra a presença às vezes preponderante da dimensão

narcisista no funcionamento mental nessa idade (Vincent, 1982).

– *O corpo e o sentimento de identidade.* “O sentimento de bizarria ou de estranheza alimentado por muitos indivíduos nessa idade a propósito do seu corpo é do mesmo tipo, excluído qualquer fator psicótico, que o sentimento de não se identificar de maneira segura.” (Mâle)

Todos esses pontos são abordados no Capítulo 6 – “O problema do corpo no adolescente”.

Portanto, o adolescente é confrontado com uma série de modificações corporais que tem dificuldade de incorporar e que, de todo modo, ocorrem em um ritmo rápido.

A adolescência como trabalho de luto. – Às modificações fisiológicas e pulsionais, acrescenta-se um outro grande movimento intrapsíquico, ligado à experiência de separação de pessoas influentes na infância, a uma mudança nos modos relacionais, nos projetos e nos prazeres elaborados em comum, movimento que pode ser comparado a um trabalho de luto.

Haim escreve: “Do mesmo modo que o entulado, o adolescente às vezes se entrega à lembrança de seus objetos perdidos e, assim como ele, seu espírito é tomado pela idéia da morte. Mas, se a dinâmica do luto normal possibilita realizar seu trabalho, a da adolescência faz com que nada se fixe”.

Anna Freud estabelece um paralelo entre as reações dos adolescentes e as respostas dos indivíduos a outros dois tipos de perdas reais: as decepções sentimentais e os lutos. Ela descreve várias defesas postas em prática pelo Ego para lutar contra “a perda do objeto” desse período.

O trabalho da adolescência, assim como o do luto, consiste, portanto, em “uma perda de objeto” no sentido psicanalítico do termo, perda de “objetos infantis”, que podemos analisar esquematicamente em dois níveis.

1) Perda do “objeto primitivo”, em primeiro lugar, que às vezes leva a estabelecer uma comparação entre a adolescência e a primeira infância (fase de separação do objeto maternal). Vale mencionar, nesse sentido, Éveline Kestemberg, Meltzer e, sobretudo, Masterson, que se referem a esse tema, retomando a terminologia de Margaret. Mahler, como a segunda fase do processo de “separação-individuação”.

2) Perda do “objeto edipiano”, carregado de amor, de ódio, de ambivalência: o adolescente é impelido “a conquistar sua independência”, a libertar-se do domínio parental e a liquidar a situação edipiana” (Haim). Isso nos remete ao fato de que a imago parental idealizada e o sentimento de poder fazer tudo (“o ideal megalomaniaco infantil”) projetados nos pais durante a infância, também são postos em questão pelo desejo de autonomia, pela descoberta de outros ideais e por uma melhor percepção da realidade.

Portanto, uma das tarefas psíquicas centrais da adolescência é conseguir se livrar da autoridade parental e dos “objetos infantis”. Gedance, Ladame e Snakkers observam: “Um adolescente que evolui normalmente vive momentos de depressão inerentes ao processo de desenvolvimento no qual está envolvido”. Esses autores inclusive distinguem duas fases sucessivas: uma primeira fase ou um primeiro momento de depressão descrito da seguinte maneira: “É o que acompanha o luto do refúgio materno, luto não desejado, mas imposto, não vivido como libertação, mas como abandono”; depois, na segunda fase, um outro luto intervirá: “o luto renovado do objeto edipiano” sob a pressão de pulsões genitais.

Os meios de defesa. – Em relação aos conflitos evocados nos itens anteriores, o adolescente põe em prática certas defesas. Algumas não apresentam nenhuma particularidade digna de nota (recalque, deslocamento, isolamento), mas outras parecem mais específicas ou particularmente freqüentes nessa idade. Apenas essas últimas serão examinadas aqui.

Anna Freud distingue as defesas contra o vínculo com o objeto infantil (defesa por deslocamento da libido, defesa por inversão do afeto, defesa pela concentração da libido no eu, defesa pela regressão) e as defesas contra as pulsões (ascetismo, intransigência). Poderíamos descrever também as defesas centradas no conflito edipiano e as defesas elaboradas contra o conflito pré-edipiano. Na realidade, é raro na prática clínica que as condutas do adolescente testemunhem um ou outro desses registros; geralmente elas participam nesses diversos níveis. Essa gama muito extensa de manifestações defensivas é compreendida também aqui como

uma aprendizagem das diversas possibilidades do Ego. Mencionaremos sucessivamente os seguintes sistemas defensivos:

- a intelectualização e o ascetismo (A. Freud);
- a clivagem e os mecanismos associados;
- a atuação.

1) A *intelectualização*, segundo A. Freud, é um mecanismo defensivo do Ego para melhor controlar as pulsões no nível do pensamento. Todos conhecem esses adolescentes que passam horas intermináveis discutindo, reconstruindo o mundo. A aderência maciça, imediata, sem nuance, a teorias filosóficas ou políticas é um exemplo ao mesmo tempo de intelectualização e de idealização projetiva. A. Freud compara a intelectualização com o *ascetismo*, que se poderia definir como um mecanismo defensivo do Ego para melhor controlar as pulsões no nível do corpo. É o caso desses adolescentes que se impõem tarefas ou restrições físicas mais ou menos draconianas: percorrer diariamente um certo número de quilômetros de *cross*, proibir-se determinados alimentos, não se agasalhar suficientemente, enfrentar as intempéries, recusar qualquer satisfação ou prazer corporal. Vemos claramente, por trás desse ascetismo, as tentativas de controle dos desejos sexuais, em particular da masturbação. Porém, pode-se constatar em alguns anos uma evolução cultural muito importante, evolução que atingiu em grande parte a culpabilidade ligada às condutas masturbatórias.

2) A *clivagem e os mecanismos associados* representam o reaparecimento na adolescência de mecanismos arcaicos geralmente abandonados no decurso do conflito edipiano e substituídos por mecanismos defensivos mais adequados, tais como a inibição e o recalque. A utilização da clivagem tem como objetivo proteger o adolescente de seu conflito de ambivalência, centrado na ligação com as imagens parentais. O adolescente também recorre à clivagem para dispersar seus desejos genitais, e para não enfrentar a ameaça do incesto. Assim, para Meltzer,

o principal transtorno na adolescência é aquele que resulta da confusão de identidade decorrente da reemergência da violenta clivagem do *self*... Esse mecanismo desenvolve-se na puberdade para fazer face à maré ascendente dos desejos genitais em

todas as suas formas infantis polimorfas e perversas, pouco modificadas ainda pelo *self* adulto e pela identificação introjetiva.

Clinicamente, a clivagem é ilustrada pelas bruscas passagens de um extremo a outro, de uma opinião a outra, de um ideal a outro. Nota-se isto nos comportamentos evidentemente contraditórios do adolescente, contradição que ele parece não perceber ou que não o preocupa: é o caso do adolescente que reivindica a altos brados sua independência (para sair à noite, viajar em férias, etc.) e que deseja o acompanhamento dos pais para outros atos aparentemente banais. Essas mudanças bruscas e essas contradições são tanto mais incompreensíveis à primeira vista quanto mais o adolescente defende um discurso racionalista e intelectualista.

Observa-se com frequência uma série de mecanismos defensivos de tipo arcaico associados à clivagem. Vamos nos limitar a citá-los aqui: *identificação projetiva*, já mencionada, mediante essas bruscas e completas adesões a sistemas de ideais sem nuances; *idealização primitiva*, marcada por escolhas de objetos totalmente irrealistas e inacessíveis ou por um Ego ideal megalômano; *projeção persecutória*, traduzida pelo sentimento de um mundo hostil e perigoso do qual é preciso se defender para sobreviver.

A ativação desses mecanismos defensivos primitivos é responsável em parte pelo aspecto tão particular das relações de objeto que o adolescente estabelece com seu meio. Sua presença frequente na adolescência levou certos autores (Masterson) a compararem essa crise a um estado-limite transitório, estado-limite em que se observam quase sempre os mesmos mecanismos defensivos (cf. Capítulo. 12, p. 242).

3) A *atuação*, finalmente, é às vezes tão importante que parece ocupar todo o campo comportamental. Ela atinge seu máximo no quadro da psicopatia (cf. Capítulo. 13, p. 253). Protege o adolescente do conflito interiorizado e do sofrimento psíquico, mas trava qualquer possibilidade de maturação progressiva, de tal sorte que a incessante repetição dessa atuação geralmente aparece como a única saída.

O narcisismo. – Todos os psicanalistas insistem sobre as modificações do narcisismo, não apenas em termos de aumento quantitativo,

mas também no sentido de uma distribuição dinâmica diferente.

Lembremos que, do ponto de vista clínico, o narcisismo “patológico” pode ser definido como o agrupamento de duas condutas:

- 1) um desinteresse em relação ao mundo exterior (egoísmo);
- 2) uma imagem de si grandiosa (megalomania).

O egoísmo e a megalomania são duas “repreensões” lançadas com muita frequência em um momento ou outro da adolescência de qualquer pessoa. De um ponto de vista psicanalítico, muitos autores insistem sobre o aumento das manifestações que testemunham enfraquecimentos do narcisismo na adolescência e sobre a predominância de condutas originárias da linha narcisística em detrimento daquelas da linha objetual em relação ao período anterior.

O desenvolvimento e o posterior estabelecimento do narcisismo adulto são considerados como necessários à adolescência: o adolescente deve escolher novos objetos, mas deve também escolher a si mesmo como objeto de interesse, de respeito e de estima. A maneira como certos adolescentes maltratam seus corpos é um sinal, entre outros, de suas dificuldades narcísicas.

Alguns chegaram a propor inclusive distinguir diferentes modos de expressão do narcisismo no adolescente, situando suas condutas ditas “narcisistas” em um *continuum* que iria daquelas que demonstram uma quase normalidade àquelas que se apresentam nos estados mais patológicos (Kernberg, 1975):

- um primeiro modo se manifesta sob a forma de preocupação consigo, de amor próprio e mesmo de fantasias grandiosas: ele caracteriza um narcisismo normal no adolescente, marcado pelo aumento do investimento libidinal do eu e sua coexistência com persistente investimento libidinal dos objetos;

- um segundo tipo, mais patológico, é representado por uma identificação patológica do eu com objetos infantis e pela busca de objetos que representem o eu infantil. Não há mais mistura de investimentos narcísicos e investimentos objetais;

- um terceiro tipo, ainda mais patológico, manifesta-se pela preservação constante de um

eu grandioso com a projeção no objeto de um eu primitivo grandioso patológico.

Esse narcisismo na adolescência é relacionado igualmente ao narcisismo parental projetado na criança, que se torna potencialmente a pessoa que pode realizar as fantasias grandiosas dos pais, mas que também pode se sentir muito desvalorizada por não conseguir realizá-las. Certas depressões da adolescência podem ser compreendidas como decorrência direta deste fenômeno (cf. item “A depressão de inferioridade e de abandono”, no Capítulo 9).

O lugar do Ideal do ego na adolescência.

– A referência ao narcisismo e, por meio dele, ao fundamento da identidade, o papel preponderante que desempenham as diversas identificações, seu papel essencial na constituição, e depois na preservação da coerência do grupo, todos esses eixos tornam evidente o lugar particular que o Ideal do ego pode ocupar na adolescência. São numerosos os analistas, estudiosos do processo da adolescência, que consideram essencial o papel do Ideal do ego nessa idade. Assim, Éveline Kestemberg observa que os adolescentes estão em busca de um Ideal do ego nesse período, de uma imagem satisfatória de si mesmos, imagem suscetível de lhes proporcionar um apoio narcísico. Para Lebovici, o conflito Superego-Ideal do ego é um dos conflitos-chave da adolescência, que explica em particular certas condutas compulsivas de derrota. Mas quem abordou com mais profundidade o lugar do Ideal do ego nesse período da vida foram P. Blos e Moses Laufer. Vamos resumir sucessivamente, e de forma comparada, seus pontos de vista. Daremos destaque à tese de Blos. Para esse autor, o Ideal do ego é o herdeiro do processo da adolescência, do mesmo modo que o Superego é o herdeiro do complexo de Édipo. O Ideal do ego encontra algumas de suas raízes no narcisismo primário, porém, Blos distingue a idealização do eu própria à criança e o Ideal do eu. Essa idealização do eu é alimentada pelo sentimento de onipotência infantil, favorecida especialmente pela posição bissexual, que na criança não é muito conflituosa, e permite todo tipo de compromisso: a transformação pubertária rompe com essa bissexualidade potencial, o que representa um sério golpe a esse sentimen-

to de onipotência infantil. Na adolescência, “a componente feminina da vida pulsional do menino é restringida, atenuada ou rejeitada de forma muito mais vigorosa pelas injunções narcísicas manifestadas por meio da vergonha e do desprezo do que pelas interdições do superego”. A identificação com o pai, mas, principalmente, a interiorização da imagem paterna dentro do Ideal do eu substitui a submissão homossexual passiva ao pai e a relação de ternura que o menino poderia ter mantido até a puberdade. Essa relação de ternura entre pai e filho, vale recordar, provém diretamente do conflito edipiano invertido, resultante do deslocamento da agressividade dirigida contra o pai para outros âmbitos (em particular, o campo do conhecimento) e da preservação atenuada da ligação libidinal.

De algum modo, a relação intrapsíquica entre o Ego e o Ideal do eu, sob o signo do projeto, do futuro, sucede a relação edipiana passiva entre pai e filho: a renúncia à ligação edipiana passiva só pode ser feita por intermédio da integração do Ideal do eu. Blos declara explicitamente: “O Ideal do eu só chega à sua organização definitiva tardiamente, no declínio do estágio homossexual da primeira adolescência... É no abandono irreversível da posição edipiana negativa (homossexual) durante a primeira adolescência que se encontra a origem do Ideal do eu”. A função do Ideal do eu é contribuir para a formação da identidade sexual, e depois manter estável essa identidade. Não defendemos aqui o ponto de vista essencialmente desenvolvimentalista em que se situa Blos, ponto de vista que transparece, como era de se esperar, nessa concepção do papel do Ideal do eu.

Entretanto, faremos uma crítica: para satisfazer a esse ponto de vista desenvolvimentalista e justificar sua tese, Blos é obrigado a reintroduzir na criança uma nova instância ou, pelo menos, uma função particular que ele chama de “Idealização do eu”. A distinção entre essa “Idealização do *self*” da criança e o “Ideal do ego do adolescente e posteriormente do adulto” parece-nos pouco clara, a não ser que a primeira se constituísse apenas sobre o narcisismo infantil precoce e sobre a ilusão da onipotência infantil, enquanto que o segundo incluiria os diversos sistemas de identificações. Seria desejável aprofundar os fundamentos teóricos de uma tal distinção que, para nós, talvez se justifi-

casse para o bebê no período pré-edipiano, mas seria muito mais incerta no período edípico e na fase da latência.

Moses Laufer adota uma posição muito menos desenvolvimentalista. Para esse autor, o Ideal do ego aparece no declínio do conflito edipiano, ao mesmo tempo em que o Superego. Isso significa que os sistemas de identificações e de interiorizações devem ter adquirido uma estabilidade suficiente: “Antes da internalização, os precursores do Ideal do ego ainda são relativamente instáveis e, em parte, dependentes de fontes externas”. Esse estado corresponde ao período pré-edipiano. A estabilização dos sistemas de identificações permite que o conflito edipiano se desenvolva e que o Superego e o Ideal do ego se constituam. Para definir as origens e o conteúdo deste último, Moses Laufer cita Ritvo e Solnit (1960): “Pode-se considerar que o Ideal do ego provém de três fontes principais: a idealização dos pais, a idealização da criança pelos pais e a idealização do eu pela criança...”. Quanto à função desse Ideal do ego, Laufer dá a seguinte definição: “Gostaria de definir agora o Ideal do ego como a parte do Superego que contém as imagens e os atributos que o Ego tenta conquistar a fim de restabelecer o equilíbrio narcísico”. Essa preservação do equilíbrio narcísico é a função essencial do Ideal do ego. A característica da adolescência é justamente pôr em questão as gratificações e os recursos narcísicos da infância, em particular as que provêm dos pais e/ou de imagens parentais. Para reencontrar o equilíbrio narcísico temporariamente perdido na adolescência, o Ideal do ego terá de cumprir três tarefas: “ajudar a modificar as relações internas com os objetos primários, ajudar a controlar a regressão do Ego, e favorecer a adaptação social”. A contribuição mais original de Moses Laufer diz respeito ao terceiro ponto, pois, segundo ele, a característica do Ideal do ego na adolescência é servir-se do exterior, do grupo de iguais, como substituição de identificação e de gratificação narcísica. Em suma, Moses Laufer retoma uma das hipóteses de Freud referente à psicologia das massas para fazer dela uma das características dinâmicas e estruturais do adolescente:

O adolescente se vê confrontado com novas esperanças colocadas nele pelo mundo exterior (principalmente por seus congêneres) e se identifica com elas. Elas constituem

mecanismos de identificações do Ego, mas são percebidas como pertencentes à mesma ordem que as primeiras exigências interiorizadas, e é nesse sentido que as considero como parte do Ideal do ego na adolescência.

O grupo de iguais torna-se assim uma das fontes de gratificação e de suporte narcísico. Entretanto, Moses Laufer vê nessa busca uma grande possibilidade de conflito intrapsíquico no adolescente. De fato, “o Ideal edipiano pode não corresponder à expectativa dos congêneres. Nesse caso, o Ego é obrigado a escolher entre o pai ou a mãe edipiano e os congêneres”. É importante avaliar as tensões provocadas por esse conflito e os meios que o adolescente adota para resolvê-lo, por exemplo, estudando a natureza das condutas de identificação com o grupo de iguais: será que elas traduzem uma tentativa de rompimento das ligações com os objetos edipianos infantis ou, ao contrário, uma luta exacerbada contra as exigências do Superego em torno da preservação das ligações com os objetos edipianos? No segundo caso, o adolescente corre o risco de resolver o conflito elaborando aquilo que Moses Laufer chama de pseudo-Ideal do ego, uma forma de conformismo adaptativo aparente, seja ao grupo de iguais, seja às exigências parentais, mas que mantém intactas as ligações com os objetos edipianos infantis.

Identidade-Identificação. – A busca pelo adolescente de sua identidade é vista de duas maneiras distintas. Pode-se situá-la na continuidade da procura de uma identidade desde os primeiros anos de vida (Erickson), mas também na busca identifi catória que parte da adolescência para a idade adulta (Kestenberg). Identidade e identificação não podem ser separadas. Essas diferentes acepções estão ligadas, sem dúvida, à polissemia desses conceitos. Assim, para alguns, a identificação representa um processo, para outros uma fantasia que se situa sempre no nível do inconsciente. Nos mecanismos que conduzem à identificação, convém distinguir os processos de interiorização (A. Freud), de introjeção (Klein e os autores kleinianos: identificação introjetiva oposta à projeção) e de incorporação (Torok), que remete a estágios diferentes de organização de relações de objetos. Assim, é preciso diferenciar a identificação da imitação, pois é freqüente confundir-se uma com a outra.

Desde os primeiros trabalhos sobre a adolescência, a preocupação com a linha identificatória representou um eixo de compreensão essencial, situando o problema em uma alternativa que se tornou o paradoxo central da psicopatologia desenvolvimentalista. De fato, alguns autores priorizam a continuidade que vai da criança ao adulto segundo o modelo proposto por Erik Erikson (Capítulo 2 – “Identidade, juventude e crise”), distinguindo confusão de identidade e crise de identidade. Para esse autor, o adolescente reage em função de sua infância e dos diferentes elementos de identidade que construiu então. Em oposição a essa concepção de identidade como construção progressiva da criança ao adulto, passando pelo adolescente (ponto de vista desenvolvimentalista “construtivista”), outros autores põem em relevo a dimensão de conflito e de ruptura (ponto de vista econômico-dinâmico): a adolescência é marcada por uma certa rejeição das identificações anteriores e por uma busca-conquista de novos objetos de identificação (Kestenberg, Capítulo 2 – “Os aspectos patológicos”). Essa linha identificatória também é questionada e elaborada por meio de modelos como a crise de originalidade (Debesse, Capítulo 2 – “A crise de originalidade juvenil”) e, em menor grau, a crise juvenil (Mâle, Capítulo 2 – “A crise juvenil”).

Atualmente, a tensão entre a identidade (no singular) e as identificações (no plural) tende a ser compreendida como o reflexo do antagonismo narcísico-objetal que constitui o cerne do trabalho psíquico da adolescência. Essa formulação retoma a oposição clássica proposta por Freud entre a identificação primária, correlata da relação de incorporação oral e da ligação com o objeto primário, de um lado, e, de outro, as identificações secundárias que implicam a escolha de objeto sexual (Capítulo 7 – “A escolha de objeto sexual”). A identidade remete ao narcisismo do indivíduo e à qualidade das primeiras relações, em particular as relações de cuidados precoces constitutivas deste narcisismo. Quanto mais essas relações precoces tenham sido satisfatórias, tenham permitido um investimento do eu continuado e equilibrado (o investimento libidinal do eu “neutralizando” em parte os investimentos agressivos do eu), mais estável e seguro será o sentimento de identidade, e, inversamente, menos se fará sentir o antagonismo entre a necessidade objetal e a in-

tegridade narcísica: o objeto não é uma ameaça para o sujeito na medida em que a relação de objeto precoce sempre escorou o investimento narcísico. Nesse caso, o advento da adolescência, marcada por sua “necessidade de objeto”, não ameaçará a base narcísica do indivíduo.

Em contrapartida, o sentimento de identidade é tanto mais frágil e/ou incerto, a necessidade objetual é tanto mais sentida como uma ameaça potencial para a base narcísica na medida em que a criança pequena conheceu e sofreu perdas excessivas na qualidade ou na continuidade de seu investimento, viveu rupturas traumáticas e jamais pôde experimentar separações curtas e positivas que lhe proporcionassem as formas prévias de sua autonomização: as perdas do objeto precoce criaram brechas narcísicas. O despertar pulsional da adolescência e sua necessidade objetual serão sentidos como um perigo para a base narcísica e identitária, empurrando o adolescente para uma atitude de oposição, de rejeição ou de negativismo devido ao aspecto antinarcísico que assume o investimento de objeto.

Quando a identidade narcísica é segura, o adolescente pode se lançar sem nenhum risco em uma procura identificatória, seja mimética ou opositiva. O adolescente tende a rejeitar os objetos parentais porque a emergência pubertária o obriga a “sexualizar” suas relações com eles. É a época em que o adolescente multiplica as experiências, com as novas relações de objeto servindo-lhe de suporte para as interiorizações e identificações futuras. Blos evoca assim a “fome de objeto” que habita todo adolescente. Se essa “apetência objetual” permite ao adolescente enriquecer sua personalidade e afirmar seus traços de caráter, ela também terá certas consequências.

Por um lado, o adolescente mostra-se particularmente sensível e vulnerável aos fatores ambientais e aos imprevistos dos encontros externos. Assim, as apropriações identificatórias dependem, em grande medida, dos “objetos mediadores” encontrados seja em outros adolescentes, seja em um adulto ou em um grupo. Por outro lado, essa apetência objetual pode ser experimentada pelo adolescente como uma vontade insaciável que o ameaça de um transbordamento, de uma perda de autonomia, isto é, como uma ameaça narcísica. Como muitos outros, julgamos que essa tensão conflituosa en-

tre a apetência objetual para procurar as novas identificações e a preservação narcísica para manter a base identitária representa um risco essencial da adolescência.

Nesse momento de fragilidade, a relação identificatória com objetos edipianos não é apenas opositiva, mas também mimética. Blos insistiu sobre a importância da relação com o genitor isogenérico, ou seja, no conflito edipiano, a relação edipiana invertida com o genitor do mesmo sexo: o adolescente se “submete” ao genitor do mesmo sexo para se proteger da ameaça incestuosa representada pelo genitor edipiano direto, e ao fazer isso ele encontra igualmente benefícios identificatórios. Ao falar do pai e do filho, Blos (1985) declara: “A resolução do complexo paterno diádico é, em geral, a tarefa mais importante da adolescência”. Para esse autor, a resolução do complexo de Édipo ocorre em duas fases, sendo que a segunda, de declínio do complexo de Édipo negativo, “completa” ou “finaliza” a adolescência. O Ideal do ego adulto representará o herdeiro desse trabalho (cf. Capítulo 1 – “O narcisismo”): “Ele é preservado como um atributo pessoal, caro, cujas origens arcaicas devem ser buscadas na ligação com o pai, na idealização do pai ou, simplesmente, no complexo negativo”. O adolescente se apóia nessa ligação edipiana indireta para realizar o investimento libidinal de seus novos atributos identificatórios, particularmente sexuais. É esse sentido que deve ser dado à expressão “relação homossexual” com o genitor do mesmo sexo: “homossexual” deve ser entendido aqui como o investimento libidinal da imagem identitária e sexuada, o que alguns preferem chamar de relação isogenérica ou homomorfa. É muito claro que o adolescente comumente desloca esse modelo relacional para os seus iguais (relação com adolescentes do mesmo sexo: o amigo) ou para outros adultos do mesmo sexo idealizados.

Contudo, o lugar dessa relação edipiana indireta no trabalho de adolescência explica a importância da questão da “homossexualidade”. Ainda que as “práticas homossexuais” sejam relativamente raras na adolescência, os questionamentos sobre a homossexualidade são freqüentes (item “A homossexualidade” no Capítulo 7).

Assim compreendida, a construção das identificações na adolescência é um processo complexo, progressivo que se escora na pessoa

e nas imagens interiorizadas dos dois genitores, ou ainda mais, talvez, na do genitor do mesmo sexo. Num outro extremo, as constatações epidemiológicas que mostram como a ausência do pai para o menino constitui um fator de risco importante para toda forma de desvio (cf. item “Epidemiologia e cuidado individual”, no Capítulo 4) reforçam essas hipóteses psicogenéticas.

O grupo. – A participação de um adolescente em um grupo de congêneres e sua inserção em um bando constituem fatos de observação corrente. As relações estabelecidas entre o adolescente e seus iguais, para além das implicações sociológicas evidentes que testemunham, desempenham igualmente um papel de primeiro plano no processo psíquico em curso. De fato, se a origem e a definição do “bando” encontram-se em primeiro lugar e acima de tudo nos fatores sociológicos que o determinam e o condicionam (cf. item “Abordagem social”, no Capítulo 1), a necessidade do adolescente de estar “em grupo” responde a motivações intrapsíquicas ligadas a esse processo. Mencionamos anteriormente o papel do grupo e de seus membros como substitutos do Ideal do ego, como intermediador ou mediador de sistemas de identificação e de identidade. Ele pode servir também como lugar de exteriorização das diferentes partes do adolescente: “Mediante a distribuição das partes do *self* pelos membros do grupo, as necessidades masturbatórias podem atenuar-se, enquanto os processos sociais que têm início, ao se realizarem no mundo real, favorecem a diminuição gradual da clivagem, o declínio da onipotência e a diminuição da angústia da perseguição” (Meltzer, 1977). Para os autores que adotam um ponto de vista desenvolvimentalista, o grupo desempenharia um papel mais importante no início da adolescência (13-15 anos) do que no final desta. Além dessas diversas funções no processo da adolescência, o grupo também pode ter uma função no campo psicopatológico. Assim, Winnicott assinala que o grupo pode ser utilizado pelos adolescentes para “tornar real sua própria sintomatologia em potencial” (Winnicott). Isso explica o fato de um grupo identificar-se facilmente com o membro mais doente: se existe no grupo um adolescente depressivo ou delinquente, o grupo inteiro manifesta um estado de espírito depressivo ou se põe ao lado desse delinquente:

seja no grupo que o adolescente encontra para poder se identificar, seja nos agregados isolados que se transformam em grupo em ligação com a perseguição, os membros extremos do grupo agem por todo grupo. A dinâmica desse grupo, sentado em círculo para ouvir jazz ou participando de uma bebedeira, deve englobar todas as formas de instrumentos de luta do adolescente: o roubo, as facas, a explosão e a depressão. E se nada acontece, os membros começam a se sentir pouco seguros individualmente da realidade de seu protesto, mas ao mesmo tempo eles próprios não estão suficientemente perturbados para praticar o ato anti-social que arranjaría as coisas. Mas se há nesse grupo um, dois ou três membros anti-sociais que querem praticar o ato anti-social, isso cria uma coesão de todos os outros membros, faz com que se sintam reais, e estrutura temporariamente o grupo. Cada indivíduo será leal e dará seu apoio àquele que quer agir pelo grupo, mesmo que nenhum indivíduo aprove o ato desse personagem muito anti-social (Winnicott).

Pode-se opor esse processo do bando ao que se observa na relação com o namorado(a). O bando suscita no adolescente uma regressão e favorece o uso de mecanismos arcaicos, clivagem, projeção, etc. Ao contrário, a relação com o namorado(a) suscita no adolescente uma relação especular narcísica menos dispersa, sobretudo com a experiência da reciprocidade de afetos. O exemplo extremo disso é esse “primeiro amor” (Daymas) que se oferece à procura narcísica e à conquista objetal. Assim, o que é vivido através do “primeiro amor” agrupa e unifica os afetos, enquanto o que é vivido através do “bando” dispersa e fragmenta esses mesmos afetos.

O MODELO COGNITIVO E EDUCATIVO

Freqüentemente, silencia-se sobre as mudanças cognitivas concomitantes do período da adolescência. Contudo, há uma perturbação nas estruturas cognitivas, no mínimo tão importante como as transformações pubertárias. De fato, Piaget e Inhelder descreveram o aparecimento de uma nova forma de inteligência,

a inteligência operatória formal, cujas estruturas se estabelecem por volta dos 12-13 anos. Porém, muitos outros autores fizeram referência a uma aprendizagem no momento da adolescência, aprendizagem centrada nas relações sociais; essa referência à aprendizagem social contém implicitamente uma reiteração da importância do funcionamento intelectual. Ao contrário, as perturbações afetivas e comportamentais, geralmente muito significativas, que a puberdade provoca nas crianças encefalopatas (cf. item “Adolescência e deficiência mental”, no Capítulo 18) mostram claramente como “a inteligência” em seu sentido mais amplo é um dado necessário para que o adolescente possa assumir e integrar as modificações corporais, afetivas e relacionais que se operam nele e em torno dele.

Na teoria cognitiva de Piaget, o *estágio de operações formais* corresponde ao desenvolvimento da estrutura de “grupo combinatório”, e começa a partir dos 12 anos. Após o estágio operatório concreto, o acesso ao estágio operatório formal caracteriza-se pela capacidade do pré-adolescente (entre 12 e 16 anos) de raciocinar por hipótese, de perceber o conjunto de casos possíveis e de considerar o real como um simples caso particular. O método experimental, a necessidade de demonstrar as posições enunciadas, a noção de probabilidade, tornam-se acessíveis. No plano prático, o estabelecimento de uma possibilidade de raciocínio hipotético-dedutivo traduz-se pelo acesso ao grupo de operações formais de transformação: o idêntico, a negação, a recíproca e a negação da recíproca, isto é, a correlativa (INRC). Assim, por exemplo, no estágio concreto, a criança compreende que $2/4$ é maior que $1/4$ porque ela só precisa comparar o 1 e o 2, mas apenas no estágio formal ela compreende a igualdade $1/3$ e $2/6$, porque consegue estabelecer uma relação entre a comparação dos numeradores, por um lado, e a comparação dos denominadores, por outro: ela consegue formular essas duas proporções e a relação entre duas relações.

É essencial compreender que, no estágio das operações formais, a relação com o mundo muda completamente: a inteligência chega a um nível tal que lhe permite situar-se no plano das relações entre o possível e o real, mas com uma inversão de sentido absolutamente notável, pois, como diz Piaget, não é “o possível [que] se manifesta simplesmente sob a forma de

um prolongamento do real ou de ações executadas sobre a realidade, mas, ao contrário, é o real que se subordina ao possível”. Além dessa subordinação do real ao possível, é preciso ter em mente três outras características do pensamento formal (Dolle):

- O pensamento formal apóia-se em enunciados verbais.

- Essa substituição dos objetos por enunciados verbais corresponde à intervenção de uma nova lógica ou lógica de proposições. Essa lógica de proposições permite chegar a um número infinitamente maior de operações e de combinações dessas operações (grupo combinatório INCR).

- “Ela constitui um sistema de operações na segunda potência”, pois as operações anteriores apoiavam-se diretamente nos objetos, enquanto que as operações formais apóiam-se em proposições ou em enunciados que já são operações, mas de primeiro grau.

O desdobramento desse pensamento formal precede o da puberdade, ou acompanha seus primeiros estágios, abrindo-se assim a um pensamento reflexivo, ao caráter “recursivo do pensamento” (Bauriad, 1999). Essa precedência de alguns meses permite esboçar novos modelos de apreensão do eu e dos outros, antes que sobrevenha a sexualização do pensamento (Catheline, 2001).

No plano clínico, a avaliação dessas operações formais tornou-se possível com a elaboração da Escala do Pensamento Lógico (EPL²), padronizada para um grupo de meninos e de meninas de 9 a 16 anos. Portanto, ela cobre uma parte do estágio operatório concreto e o conjunto do estágio de operações formais (Formal A e Formal B). A EPL compõe-se de uma série de cinco provas:

- uma prova de operações combinatórias de tipo permutação;

- uma prova de quantificação de probabilidades;

- uma prova construída em torno de fatos que modificam a frequência das oscilações de um pêndulo;

² Para mais detalhes, ver *Échelle de Développement de la Pensée Logique* de F. LONGEOT, Éditions Scientifiques et Psychologiques, 91130 Issy-les-Moulineaux.

- uma prova de coordenação de dois sistemas de referência distintos na representação do espaço (curvas mecânicas);
- uma prova de conservação e de dissociação de noções de peso e de volume.

Os resultados permitem situar o funcionamento mental de uma criança e de um adolescente em uma das quatro classes: estágio concreto, intermediário, formal A e formal B.

No âmbito da psicopatologia, as dificuldades de acesso ao pensamento formal chegaram a ser considerados por alguns como um dos fatores que explicam as dificuldades de pensar dos jovens adolescentes: inibição, evitamento, surgimento de uma dúvida mais ou menos invasiva, etc. As dificuldades escolares entre 11-12 e 14-15 anos são uma das principais manifestações sintomáticas. O acesso ao pensamento formal pode provocar uma certa “dor de pensar” (por exemplo, pensar na separação pode tornar-se angustiante quando existe um antecedente de angústia de separação na primeira infância), sobretudo se esse adolescente não investiu um prazer de pensar protetor durante sua infância. De fato, “a preservação do prazer de pensar constitui um aporte narcísico importante em face da dúvida suscitada pela explosão de capacidades cognitivas” (Catheline, 2001). Reencontra-se essa dor de pensar (“isso me cansa a cabeça”, diz o jovem adolescente) no caso de condutas psicopáticas, em particular com as noções de disgnosia, discronia e dispraxia (cf. item “Abordagem psicopatológica”, no Capítulo 13). Do mesmo modo, no campo das relações sociais, a dificuldade de acesso às estruturas combinatórias pode explicar dificuldades relacionais, em particular pela impossibilidade do adolescente de chegar à compreensão da reciprocidade e da mutualidade nos intercâmbios sociais e/ou afetivos. Uma grande parte das perturbações afetivas dos adolescentes débeis profundos ou encefalopatas pode ser compreendida dessa maneira. Em outros casos, o adolescente pode utilizar defensivamente essas novas possibilidades que o pensamento formal lhe proporciona: assim como a criança que acaba de chegar ao primeiro estágio do pensamento operatório costuma lidar prazerosamente com suas novas faculdades, o adolescente vê abrir-se o imenso campo do possível, onde o pensamento pode desdobrar-se sem um suporte concreto. O sobreinvestimento

intelectual de alguns adolescentes pode ser analisado, em certos casos, como uma tentativa de preservar a onipotência infantil, agora aplicada ao campo das idéias. Assim, A. Freud descrevia “a intelectualização” como meio de defesa psíquica específica dos adolescentes (cf. item “Os meios de defesa”, no Capítulo 1). Finalmente, o adolescente experimenta, em certos casos, uma excitação intolerável no exercício dessa função cognitiva, excitação que às vezes assume uma significação diretamente sexual, que leva a um sentimento de culpabilidade e a uma inibição intelectual mais ou menos importante (cf. item “A inibição”, no Capítulo 8). Isso se explica, em parte, pela conjunção temporal entre o desdobramento da inteligência operatória formal, de um lado, e da pulsão genital, de outro lado.

Outros autores, ainda que não proponham, como Piaget e Inhelder, um modelo específico de modificações cognitivas na adolescência, levam em conta as capacidades intelectuais do adolescente. Assim, a adolescência é compreendida como um período privilegiado das “aprendizagens” sociais e culturais numa idade em que o indivíduo ainda não é coagido a se conformar a um papel rigorosamente definido, onde as flutuações em seus sistemas de identificação permitem diversas tentativas. Para Wallon, o valor funcional da adolescência é permitir ao indivíduo descobrir e depois elaborar seu próprio sistema de valores sociais (éticos, culturais, profissionais, etc.) mediante a tomada de consciência de si e a afirmação da identidade. Esse estágio permite atingir ao mesmo tempo o sentimento de individualismo e de integração social, graças justamente à aprendizagem. Na clínica, a frequência de condutas desviantes e marginais no adolescente chegou a ser interpretada como o resultado de uma espécie de “aprendizagem por tentativa e erro” (Selosse) em um período de transição no qual a identificação hesitante do adolescente o autoriza precisamente a efetuar essas diversas tentativas.

Através das respostas da sociedade, o adolescente “aprende” progressivamente os limites de suas ações e dos papéis que adota sucessivamente. Embora utilize um modelo de compreensão totalmente diferente, visto que se trata de um modelo analítico, Anna Freud não está longe de adotar um ponto de vista similar, quando evoca os múltiplos mecanismos de defesa psíquica de que se serve o ego no início

da adolescência, por exemplo, para “aprender” pouco a pouco quais são os mais eficazes para conter a angústia. Esse ponto de vista é partilhado igualmente por Kaplan, que evoca o interesse na adolescência de reviver desejos, vontades, fantasias originárias do passado infantil: esse reviver permitiria uma tomada de consciência, uma transformação e uma seleção desse passado.

UM MODELO PARA O PSIQUISMO

Uma primeira maneira de conceber a adolescência consiste em supor que um fator independente é a condição necessária e suficiente para descrever suas características. Na criança pequena, supõe-se, por exemplo, que na origem da depressão anaclítica esteja um episódio traumático importante, a privação materna, causa mais ou menos típica e irreversível. Essa concepção monocausal linear da psicologia e da psicopatologia foi sendo progressivamente abandonada em favor de concepções multicausais, e isso tanto em medicina quanto em psicologia clínica. Assim, por exemplo, fazer da puberdade o episódio marcante na origem do processo psíquico da adolescência significa inserir-se implicitamente nessa concepção monocausal linear. Seria o mesmo que privilegiar, por exemplo, o trabalho identificatório, ou ainda, a acessibilidade cognitiva às operações formais.

No âmbito de uma concepção multicausal, certos autores (Sameroff e Chandler, 1975) distinguem três variantes – o modelo de efeito principal, o modelo de interação e o modelo transacional:

– Segundo o modelo de efeito principal, a constituição e o meio são fatores que exercem uma influência sobre o desenvolvimento, independentemente um do outro. Em relação ao modelo de compreensão a que nos referimos anteriormente (fisiológico, sociológico, psicanalítico, cognitivo, educativo), a adolescência seria vista, por essa concepção, como uma etapa do desenvolvimento de diferentes linhagens que a influenciariam, mas que poderia ser considerada isoladamente.

– O modelo de interação supõe que um processo resulta de dois ou mais fatores inde-

pendentes, mas que o produzem juntos. Esses fatores podem operar de maneira diferente, seja em uma relação causal em cadeia, seja em uma relação causal de soma em que a ordem de sucessão não importa, seja em uma relação causal substitutiva no sentido de que os diferentes fatores são intercambiáveis. Segundo essa concepção, o processo de adolescência e sua especificidade conforme os sujeitos se constituem, graças à interação dos efeitos da puberdade, do desligamento de imagens parentais, dos valores sociais que a cultura atribui à juventude, e das novas capacidades intelectuais de desenvolvimento.

– O modelo transacional, finalmente, afirma que o processo é o efeito de dois ou mais fatores em interdependência com o estado do sujeito no momento, e que essas causas devem ser concebidas não como traços constantes, mas como processos que se modificam ao mesmo tempo em que o estado do sujeito se transforma. Sameroff e Chandler explicam do seguinte modo: “Desse ponto de vista, considera-se que a resposta do sujeito é mais do que uma simples reação ao seu ambiente. Ao contrário, considera-se que ele está ativamente engajado nas tentativas de organizar e de estruturar o seu mundo”. Essa concepção transacional permite levar em conta a significação pessoal de um episódio que é compreendido em função de uma situação histórica e elaborado pelo sujeito, o que modifica a significação e a função de episódios passados. Esse modelo transacional é o que capta melhor a complexidade e o caráter interdependente dos fenômenos psíquicos, em particular nos períodos da vida para os quais os fatores de mudança são mais ativos. Esse modelo reconhece no processo de adolescência sua especificidade e sua estreita interdependência com as etapas anteriores da infância. A teoria freudiana do “*a posteriori*”, segundo a qual um episódio da adolescência só pode ser compreendido e adquirir sentido em função da significação de episódios passados, alcança aqui toda sua plenitude.

Esse modelo transacional permite observar e compreender as características especí-

* N. de R. T. No vocabulário de Laplanche e Pontalis o “*après-coup*” é traduzido por “*a posteriori*”.

ficas do processo de adolescência, do mesmo modo que as emergências patológicas que o alteram. Esse modelo transacional que, para nós, é o que melhor explica a dinâmica do vivo, permite compreender também que, no próprio desenrolar da adolescência, aquilo que se opera no final dessa fase só pode ser apreendido, concebido e elaborado em função do que se operou no início deste processo. Um exemplo psicopatológico característico desse último ponto é mais conhecido agora no que

diz respeito às expressões manifestas de descompensações psicóticas e, em particular, dos clássicos modos de entrada na esquizofrenia que surgem mais no final da adolescência, nos quais se encontram, no momento da entrada na adolescência, “rompimentos” escolares ou relacionais que até então não tinham assumido uma forma suficientemente explícita e dramática para ser considerados como um transtorno mais patente, mas que já eram um prenúncio demarcável.

REFERÊNCIAS

- ALBERONI F. : La jeunesse face au défi libertaire. In: *La jeunesse dans les années 80*. Les presses de l'Unesco, 1981, 311-322.
- ARIES P. : Le rôle de la mère et de l'enfant dans la famille moderne. *Les carnets de l'enfance*, 1969, 10, 36-46.
- BARIAUD F. : Le développement des conceptions de soi. In: *Regards actuels sur l'adolescence*. PUF, Paris, 1997, 1 vol.
- BLOS P. : *Les adolescents, essais de psychanalyse*. Trad. par P. TRUFFERT et F. GANTHERET, Stock, Paris, 1967.
- BLOS P. : *The adolescent passage*. Int. University Press Inc., New York, 1979.
- BLOS P. Fils de son père. *Adolescence*, 1985, 3, 1, 21-42.
- BLOS P. L'insoumission au père ou l'effort pour être masculin. *Adolescence*, 1988, 6, 1, 19-31.
- BRUNER J.S. : *Savoir faire, savoir dire*. PUF, Paris, 1983, 1 vol.
- BRUSSET B. : La démarche diagnostique dans la pathologie de l'adolescence. *Rev. Neuropsychiat. Infant.*, 1978, 26, 10-11, 559-567.
- BURGUIERE A. : Les 15-20 ans jugent la France. *Le Nouvel Observateur*, 25-31 mars 1983.
- CATHELINE N. : Quand penser devient douloureux. Intérêt du travail thérapeutique de groupe en institution avec médiateur dans la pathologie du jeune adolescent. *Psy Enf*, 2001, 64, 1, 169-210.
- CHIVA M., DELUZ A. : À propos des adolescences normales: réflexion à l'usage des cliniciens. *Psychologie Française*, 1980, 25, 1, 25-38.
- DEUTSH H. : *Problèmes de l'adolescence*. Payot P.B.P., Paris, 1957.
- DOLLE J.M. : *Pour comprendre Jean Piaget*. Privat, Toulouse, 1974, 1 vol.
- ERIKSON E.H. : *Adolescence et crise*. Trad. par J. NASS et C. LOUIS-COMBET, Flammarion, Paris, 1972.
- ERLICH H.S. : Denial in adolescence. *Psychoanal. Study Child*, 1986, 41, 315-336.
- FREUD S. : *Trois essais sur la théorie de la sexualité*. Trad. par B. REVERCHONJOUVE, Gallimard, Paris, 1962.
- FREUD A. : Adolescence. *Psychoanal. Study Child*, 1958, 13, 255-278.
- GEDANCE L., LADAME F.G., SNAKKERS J. : La dépression chez l'adolescent. *Rev. Fr. Psychanal.*, 1977, 41, 1-2, 257-259.
- GUTTON Ph. : *Le pubertaire*. PUF, Paris, 1991.
- HAIM A. : *Les suicides d'adolescents*. Payot, Paris, 1970.
- HUBER W. : *La psychologie clinique aujourd'hui*. Pierre Mardaga éd., Bruxelles, 1987.
- JACOBSON E. : *Le Soi et le monde objectal*. 3^e partie : «La puberté et l'adolescence». Trad. par A.M. BESNIER, PUF, Paris, 1964.
- JEAMMET Ph. : Les enjeux identificatoires à l'adolescence. *J. Psychanalyse Enf*, 1991, 10, 140-163.
- JANNEAU A. : L'adulte et l'adolescent : Vues prises de la maturité. In: *Psychiatrie de l'adolescent* (S.c. FEINSTEIN, P.L. GIOVACCHINI, A.A. MILLER). PUF, Paris, 1982, 29-38.
- JOB J.C., PIERSON M. : *Endocrinologie pédiatrique et croissance*, 2^e éd. Flammarion, Paris, 1981, 253.
- KAPLAN L.J. : *Adolescence : The farewell to childhood*. Simon and Schuster, New York, 1984, 1 Vol., 400 p.
- KESTEMBERG E. : L'identité et l'identification chez les adolescents. *Psychiat. Enf.*, 1962, 5, 2, 441-522.
- LA JEUNESSE DANS LES ANNÉES 80. *Les revues de l'Unesco*, 1981.

- LAUFER M. : *Troubles psychiques chez les adolescents*.
Trad. par M. WALDBERG, Le Centurion, Paris,
1975, 1 vol.
- LAUFER M. : L'idéal du Moi et le pseudo-idéal du Moi
à l'adolescence. *Rev. Fr. Psychanal.*, 1980, 44, 3-4,
591-616.
- LEBOVICI S. : *Les modes d'adaptation des adolescents*.
L'abord psychiatrique de l'adolescent (G. CAPLAN et
S. LEBOVICI Éd.). 6th Intern. Congress of Internat.
Association for Child Psychiatry. Int. Congress
Series, p. 108, Excerpta Medica, 1966.
- LE HALLE H. : *Psychologie des adolescents*. PUF, Paris,
1985, 1 vol.
- MÂLE P. : *La crise juvénile*. Payot, Paris, 1982.
- MARCELLI D. : Quelques hypothèses sur les processus
d'imitation précoce et d'identification secondaire
entre le fils et le père. *Adolescence*, 1989, 7, 2,
35-52.
- MASTERSON J.F. : *The psychiatric dilemma of adolescence*.
Little Brown Co., Boston, 1967.
- MAUGER G. : Marginalité «intellectuelle» et marginalité
«populaire». *Autrement*, 1975, 1, 82-89.
- MEAD M. : *Le fossé des générations*. Denoël, Paris, 1972.
- MELTZER D. : *Les structures sexuelles de la vie psychique*.
Trad. par J. et F. BEGOIN, Payot, Paris, 1977.
- PIAGET J., INHELDER B. : *De la logique de l'enfant à la
logique de l'adolescent*. PUF, Paris, 1955, 1 vol.
- ROUSSEAU J., ISRAEL P. : Jalons pour une étude
métapsychologique de l'adolescence. *L'inconscient*,
1968, 6, 105-115.
- SAMEROFF A. et CHANDLER M. : Reproductive risk and
the continuum of care taking casualty. *Review of
Child Development*, 1975, 4, 87-244.
- SIZONENKO P.C., LANG U., AUBERT M.L. : Neuro-
endocrinologie de la puberté: rôle de la
Melatonine chez l'homme. *Ann. Endocrinol.*
(Paris), 1982, 43, 453.
- TERRIER C., TERRIER G. : L'adolescence: un processus.
Rev. Fr. Psychanal., 1980, 44, 3-4, 5 81-590.
- WINNICOTT D.W. : *Jeu et réalité. L'espace potentiel*. Trad.
par G. MONOD et J.B. PONTALIS, Gallimard, Paris,
1975.
- ZAZZO B. : *Psychologie différentielle de l'adolescence*.
PUF, Paris, 1972.
- De nombreuses références bibliographiques peuvent être
consultées dans trois revues :
- *Adolescence*: deux numéros par an. Publié par
GREUPP, 13, rue Santeuil, 75231 Paris Cedex 05.
 - *Adolescent Psychiatry* : un numéro par an, Publié par
The University of Chicago Press, Chicago, 60637,
USA
 - *Journal of Adolescence*: quatre numéros par an. Publié
par Academic Press Inc. (London). 24-28 Oval
Road, London, NW17XD, Angleterre.

A Adolescência: Agrupamentos Conceituais

No capítulo anterior, descrevemos vários eixos em torno dos quais a alteração psíquica, própria à adolescência, parece organizar-se: sobrecarga pulsional, modificação corporal, trabalho de luto, rearranjo defensivo, reelaboração narcísica, sistema de idealização, procura identificatória, adesão ao grupo, acesso a uma nova forma de pensamento. Numerosos autores, na tentativa de apreender o conjunto dessas modificações mediante um único processo, propuseram uma conceituação mais globalizante da adolescência. Para nós, essas conceituações podem ser divididas, obviamente de forma um pouco esquemática, em duas grandes tendências:

- De um lado, os que defendem uma qualidade emergente estrutural própria à adolescência cujo modelo é o da “crise de adolescência”, com as implicações práticas e teóricas que subentende a noção de “crise”. Para os autores e teóricos que se inscrevem predominantemente nesse modelo, o funcionamento psíquico e, mais ainda, as expressões psicopatológicas observadas nessa idade estão em estreita dependência com as alterações psíquicas ligadas à emergência pubertária.

- De outro lado, os que defendem um ponto de vista de dominante desenvolvimentalista onde, em uma perspectiva essencialmente

ontogenética, a adolescência é teorizada seja como “um segundo processo de separação-individuação”, seja como uma etapa fundamental no processo de subjetivação. Para aqueles que se inscrevem nessa corrente de pensamento, a psicopatologia da adolescência é concebida mais fortemente como o revelador de faltas, de problemáticas que permaneceram em suspenso na infância e na primeira infância.

AGRUPAMENTO DE DOMINANTE ESTRUTURAL

Encontramos aqui aqueles que atribuíram à adolescência uma especificidade maior em relação à infância. Os conceitos de “crise”, de “pubertário” e de “manejo da dependência” representam os principais focos conceituais dessa corrente.

O Conceito de Crise

Por sua etimologia grega, a palavra “crise” pertence primeiramente ao vocabulário jurídico: ela designa o momento da sentença. Logo

a medicina se apropria do termo: a história do pensamento médico poderia ser parcialmente retrçada a partir da diversidade do sentido dado ao conceito de crise (Bolzinger e col., 1970).

Para a medicina dos humores, a crise é a condição e, por assim dizer, a causa da resolução mórbida (a febre e os fenômenos críticos revelam a doença). Por definição, a crise é salutar. Não estamos distantes da concepção atual que sustenta que, em qualquer adolescência normal, devem se manifestar fenômenos críticos.

Para a medicina das reações patológicas, à qual se agregará, com Broussais, a medicina dos agentes patógenos, a crise perde sua função salvadora. Os fenômenos críticos designam o processo patológico em seu crescimento e em seu acme, sem prenunciar a cura. O sintoma crítico nem sempre é um bom sintoma que se deva respeitar. Passamos da “crise cura” à “crise doença”.

Para os defensores de uma concepção sistêmica, a crise não é necessariamente evolutiva. Ela é definida como uma perturbação temporária dos mecanismos de regulação de um sistema, de um indivíduo ou mesmo de um conjunto de indivíduos. Essa perturbação provém de causas externas ou internas (Thom). A relação entre a noção de crise e a de crisol patológico não se coloca mais em termos de alternativa. Uma crise pode tornar-se ou não o crisol do patológico. Essa última definição aplica-se tanto ao campo sociológico quanto ao campo psicológico.

A propósito da adolescência, não sairemos dessa dialética do conceito de crise. Para os defensores da concepção salvadora, essa crise de adolescência ajudará no amadurecimento. Sua ausência será patológica:

Não haverá crise de adolescência propriamente dita, uma reorganização específica vivida como tal pelo sujeito nesse momento. Se essa ausência do aspecto crítico vai além das aparências, ela só pode ser um mau presságio quanto à modificação posterior do aparelho psíquico, e um indicador bastante desfavorável da organização que a precedeu. (Kestemberg, 1980)

No campo psicopatológico, proporemos a seguinte definição de crise: “a crise é um momento temporário de desequilíbrio e de substituições rápidas que põem em questão o equilíbrio normal ou patológico do sujeito. Sua

evolução é aberta, variável; ela depende tanto de fatores internos como externos”.

Pode-se opor a noção de crise às noções de:

- conflito: é definido unicamente como a luta entre duas posições antagônicas, mas sem um limite temporal determinado;
- estresse: evoca a ativação de mecanismos reguladores em resposta a um estímulo patogênico;
- catástrofe: ela não pode deixar de induzir a idéia de um desfecho infeliz;
- urgência: introduz a noção de uma resposta imediata.

É evidente que, no termo da crise, essas noções estão presentes em graus diversos. A delimitação do conceito de crise e a definição que demos sobre ela explicam facilmente sua utilização para o período da adolescência.

Adolescentes em Crise ou Sociedade em Crise

Quem está em crise: os adolescentes ou a sociedade? Eis a pergunta que resume as ligações existentes entre crise de adolescência e crise da sociedade (Brusset, 1975).

A crise que os adolescentes atravessam estaria ligada a uma mudança histórica, a uma nova cultura, a novas práticas sociais, a uma modificação dos papéis parentais. Essa hipótese apóia-se em constatações gerais tais como: “os pais se resignam a ver seus filhos se tornarem desconhecidos para um mundo desconhecido”, ou ainda na noção de crise de valores, crise do mundo ocidental, etc.

A crise da civilização, idéia sustentada por numerosos sociólogos contemporâneos, dá lugar a elaborações que atribuem as dificuldades dos adolescentes e suas manifestações críticas ao fato de que a sociedade está doente. Mas o espírito excessivamente genérico dessa análise faz com que ela perca qualquer valor explicativo. Como destaca J. de Ajuriaguerra, “se existe crise, ela não é necessariamente conforme às estruturas sociais, nem totalmente idêntica em uma mesma estrutura” (Ajuriaguerra, 1970).

Segundo Brusset, pode-se descrever uma convergência notável entre o estado da civi-

lização posterior à fase de industrialização e o estado da adolescência posterior à infância: destronamento da razão, perda das ilusões, questionamento do recurso aos pais idealizados (Sobrenatural, Valores Ideais, Deus, o Homem, a História, etc.). Em outros termos, nossa sociedade estaria no período da adolescência. Isso explica as analogias estabelecidas entre o tema da adolescência e o da mudança social: a noção de crise representa uma dessas analogias.

A idéia a reter dessa abordagem é a associação entre a noção de crise, de um lado, e os fatores de crescimento da sociedade e do indivíduo, de outro.

De fato, Brusset não se indaga sobre a validade dessa abordagem, mas lança a idéia de que

a representação da adolescência e sua valorização atual, ou pelo menos de alguns de seus aspectos, têm como função oferecer uma imagem tranqüilizadora das mudanças na sociedade fazendo delas uma mudança da sociedade (isto é, uma crise de adolescência da civilização), para manter a esperança utópica (?) de um progresso histórico no sentido de mais perfeição, coerência, serenidade e equilíbrio.

Crises na Adolescência e Crise de Desenvolvimento

Em psicopatologia, o perigo do conceito de crise de adolescência reside, sobretudo, na confusão existente entre os modelos de compreensão geralmente diferentes, às vezes divergentes, a que se refere cada descrição. A fim de tentar um esclarecimento, agruparemos os diferentes autores que abordaram o conceito de crise de adolescência em quatro modelos de compreensão:

- um modelo de compreensão onde domina a contribuição da psicologia da criança, mas profundamente impregnada de um sistema ético filosófico: Debesse (1936) descreve a “crise de originalidade juvenil”;

- Pierre Mâle fala da “crise juvenil” na adolescência com a intenção de proporcionar uma descrição clínica coerente, apoiada em uma compreensão analítica destinada à ação psicoterápica;

- o psicanalista americano Erik Erikson, insistindo sobre a procura da identidade da juventude contemporânea, abre caminho a uma compreensão psicossocial da crise de adolescência destinada às equipes multidisciplinares;

- finalmente, numerosos psicanalistas utilizam o termo crise de adolescência em suas modalidades dinâmicas e evolutivas.

Todos esses autores assimilam claramente essa crise a uma fase particular do desenvolvimento da personalidade.

A Crise de Originalidade Juvenil

Inspirado nos trabalhos anteriores de Stanley Hall (Hall, 1935) e de Mendousse (Mendousse, 1909), o pedagogo e psicólogo M. Debesse descreve a crise de originalidade juvenil (Debesse, 1936). Suas funções de professor na Escola Normal proporcionam-lhe observações junto aos seus jovens alunos, futuros professores. Uma pesquisa realizada em outros estabelecimentos de ensino equivalentes confirma, segundo o autor, suas observações pessoais.

O desejo de originalidade. – O desejo de originalidade da adolescência encontra-se em numerosas obras literárias. É um dado das observações cotidianas por parte dos educadores, dos pais e dos próprios adolescentes. Caracteriza-se pelo horror à banalidade, pela propensão a fazer de si alguém excepcional, único. Trata-se não apenas de um julgamento feito pelo adulto aos gestos ou aos atos inesperados ou não habituais do adolescente, mas também do sentimento que o próprio sujeito tem da sua originalidade. Esse desejo de originalidade, em sua forma característica, é contemporâneo à puberdade. Ele começa por volta dos 14 anos para a menina e dos 15 anos para o menino. É claro que a criança pode manifestar um tal desejo, mas sem ter consciência suficiente dele ou sem que ele seja bastante intenso para atrair a atenção do adulto. Constitui um dos primeiros elementos da “puberdade mental” que acompanha as transformações de ordem fisiológica.

A crise de originalidade. – A crise de originalidade designa a forma mais visível e mais completa do desejo de originalidade. Essa crise de originalidade não é permanente, mas apre-

senta flutuações. Seu início quase sempre está ligado a uma ocorrência como o afastamento, a morte de um ser amado, uma mudança brusca na existência, uma desilusão amorosa, uma ambição frustrada, etc. Quando de uma decepção mais ou menos dolorosa, essa crise eclode subitamente e com violência. Ela apresenta duas faces: uma face individual e uma face social:

A face individual caracteriza-se pela auto-afirmação com exaltação, por uma contemplação e uma descoberta do eu comparável, para Debesse, à descoberta do corpo no bebê. Ela pode traduzir-se por um gosto pela solidão, pelo segredo, pela excentricidade das roupas, dos comportamentos, da linguagem ou das cartas. O pensamento é ávido de inédito e de singular. A paixão por reformar, por moralizar ou por transformar o mundo é intensa. Encontram-se vários graus, que vão do simples desejo de originalidade à certeza de ser original, passando pela crença de ser original.

A face social manifesta-se pela revolta juvenil: revolta em relação aos adultos, aos sistemas de valores e às idéias recebidas. Os adolescentes fazem duas queixas principais em relação aos adultos: sua falta de compreensão e o fato de atentarem contra sua independência. Na verdade, trata-se de uma revolta em face de tudo o que pode atrapalhar essa auto-afirmação.

Debesse descreve três fases:

- 1) Uma primeira fase, de 14 a 16 anos, que se caracteriza pela necessidade de impressionar.
- 2) Uma segunda fase, de 16 a 17 anos, ao longo da qual a auto-afirmação é intensa.
- 3) Finalmente, uma fase de desenlace a partir dos 18 anos, durante a qual o sujeito se alivia. Ele consegue tomar distância, fazer um julgamento mais nuançado de si próprio. Já não tem dificuldade de falar de si com pessoas estranhas, não recusa mais se comparar com os outros e, com isso, deixa de se ver como um todo misterioso e sagrado. Ele se avalia com uma certa tranquilidade.

Essa crise de originalidade é comum aos dois sexos, mas, evidentemente, pode assumir formas de expressão diferentes conforme o sexo. Do mesmo modo, ainda que seja freqüente, ela não é absolutamente geral.

De um ponto de vista estrutural, “a atenção ao corpo, a atenção ao meio e a atenção ao pensamento” são três séries de causas que determinam um trabalho mental, que é o elemento estrutural da crise. Esse trabalho culmina na afirmação consciente do eu. Segundo Debesse, essa crise de originalidade juvenil favorece a construção da personalidade juvenil. Ela representa um potencial construtivo: deve ser distinguida dos diferentes processos psicopatológicos próprios ao adolescente, ainda que às vezes se encontrem ali alguns dos elementos precedentes. Segundo esse autor, a crise de originalidade não varia conforme as épocas ou as culturas, pois ela tem como origem a tomada de consciência do eu, por intermédio do desenvolvimento da vida interior, do sentimento do diferente e do único. Entretanto, uma época ou uma cultura pode favorecer ou travar o desenvolvimento dessa originalidade. Do mesmo modo, a revolta, vertente social dessa crise, não terá nem a mesma dimensão nem a mesma repercussão caso se desenvolva em um meio informado de sua existência e de suas particularidades ou em um meio que as ignore.

O reconhecimento da crise de originalidade juvenil permite assim compreender e respeitar os modos e os ideais dos adolescentes, levá-los a sério e propor aquilo que Debesse chama de pedagogia da crise: pedagogia de acompanhamento adaptada a cada sujeito, pedagogia que previne certos erros ligados ao desconhecimento do desenrolar dessa crise.

Evidentemente, a descrição dessa crise de originalidade proposta por Debesse suscita algumas críticas: problema de amostragem, problema da origem social e intelectual dos sujeitos examinados: M. Debesse reconhece esse viés declarando que essa crise sobrevém mais especificamente nos adolescentes que manifestam uma riqueza de vida interior ou de vida sentimental, uma certa excitabilidade espontânea e um desenvolvimento intelectual geralmente brusco (*cf.* acima).

A Crise Juvenil (Mâle)

A partir de sua experiência de psicoterapeuta, P. Mâle descreve um quadro específico: a crise juvenil (Mâle, 1964). O objetivo,

para esse autor, é cercar melhor o campo da psicoterapia, suas indicações, suas modalidades técnicas. Para isso, sem negar as dificuldades inerentes a um tal procedimento, o foco é dirigido ao reconhecimento das forças, aos movimentos de interesses, aos conflitos e às manifestações que os adolescentes apresentam. Em um segundo momento, o autor os agrupa em quadros diferenciados: assim, a crise juvenil grave será distinguida dos aspectos neuróticos e psicóticos às vezes ameaçadores para o futuro.

P. Mâle considera a crise juvenil como uma fase extremamente fecunda, caracterizada por uma alteração espontânea do indivíduo, por uma verdadeira mutação. Essa fase adaptativa terá muitas vezes uma evolução difícil, longa e perturbada, mas possibilitará que o sujeito emergja do mundo protegido da infância. O autor distingue a crise pubertária e a crise juvenil propriamente dita.

A crise pubertária. – A fase pubertária marca o início da crise juvenil. Com tramas desiguais, ela aparece nos dois sexos, começando por volta dos 10-11 anos e terminando por volta dos 15-16 anos. Na menina, o surgimento das regras aparentemente assinala um início preciso; no menino, é mais difícil determinar esse início. Mas a desigualdade nas datas de aparição da puberdade coloca também um problema de dimensões socioculturais.

Dois pontos essenciais caracterizam essa crise:

- A dúvida sobre a autenticidade do eu e de seu corpo. O adolescente hesita em assumir seu corpo, e é tomado constantemente pela dúvida e pela necessidade de se reassegurar. O temor de ser observado e os longos momentos passados diante do espelho são as expressões mais evidentes desse aspecto.

- A entrada em jogo da tensão genital ou da masturbação. As primeiras “poluções”, a evolução para a sexualidade adulta, são difíceis de assumir, fonte de culpabilidade. As primeiras experiências auto-eróticas ou as primeiras relações sexuais às vezes causam enormes inibições.

Mâle recorre aos trabalhos de Anna Freud, para quem o ascetismo e a intelectualização

representam defesas, às vezes rígidas, contra o perigo que representa a intrusão genital na adolescência (cf. item “Os meios de defesa”, no Capítulo 1).

As desarmonias da evolução pubertária. – É preciso distinguir a crise pubertária simples, tal como acaba de ser descrita, das desarmonias da evolução pubertária: uma primeira desarmonia é marcada por uma defasagem entre um corpo ainda infantil e os meios de expressão genital quase maduros. Em segundo lugar, a desarmonia parece provir do contraste entre uma atividade pulsional comandada pela genitalidade e os mecanismos psíquicos de defesa ainda presos às estruturas infantis. Há nisso uma verdadeira assincronia. Trata-se de adolescentes para os quais o desenvolvimento somato-endócrino ou é muito precoce, ou é atrasado. Para estes, os aspectos psicobiológicos que caracterizam o processo da adolescência aparecem de forma defasada em relação ao desenvolvimento fisiológico, que é então atrasado ou adiantado. A violência do instinto se manifestará por aquilo que P. Mâle chama de “pulsões laterais”, isto é, atividades agressivas, compensatórias da sexualidade bloqueada: uma simples atitude caracterial, mas que às vezes se manifesta como fuga ou delinquência. A própria esfera cognitiva pode ser invadida por este movimento de denegação ou de recusa sexual, o que é fonte de transtornos escolares que aparecem, particularmente, entre 12 e 14 anos.

A crise juvenil propriamente dita. – Ela acompanha o período de crise pubertária. Sua duração é muito variável, podendo ir até os 25 anos e mais. Expressa-se por uma série de atitudes e de comportamentos, mas também pelo possível surgimento de transtornos variados. A problemática corporal geralmente é ocultada pelo adolescente, ao mesmo tempo em que vive em meio a uma exaltação ou a uma anulação paradoxal de sua vida amorosa ou passiona. As características seguintes parecem mais específicas e seu aparecimento geralmente é rápido: a extensão dos interesses, a emancipação do pensamento, o gosto pela abstração e pela racionalização, a originalidade ou a bizarrice, atitudes de isolamento, uma oposição freqüentemente ruidosa ao meio familiar. Reencontramos aqui os principais traços da crise de originalidade ju-

venil. Mas, para P. Mâle, isso está associado a uma série de transtornos característicos: recusa escolar mesmo com uma inteligência normal, reprovação sistemática nos exames, alternância de comportamentos agressivos e masoquistas, dificuldade de exprimir quaisquer aspectos conflituosos e “críticos”.

Essa nova individualização é vivida sob a dupla coerção de tendências infantis persistentes e de tendências adultas que iniciam. P. Mâle distingue as crises juvenis simples das crises graves no limite das neuroses e da morosidade.

As crises juvenis simples. – Nas crises juvenis simples, a aceitação da auto-imagem é bastante fácil, as reações do adolescente estão ligadas a motivações vivas e carregadas de angústia. Em consulta, o médico ou o psicólogo parece real, sólido no espírito do adolescente. Enfim, ainda que se observem atitudes de fracasso, elas são reversíveis, e a inteligência continua disponível.

As crises juvenis graves. – Ao contrário, nas crises juvenis graves, a aceitação da auto-imagem é difícil. As reações do adolescente parecem ligadas a atitudes antigas, que assumem a forma de um verdadeiro automatismo. Em consulta, aquele que o atende parece flutuante, incerto, decepcionante aos olhos do adolescente. No limite ou imersos nessas crises graves, três quadros característicos foram descritos:

– A neurose de inibição, com inibições múltiplas, dificuldade de se expressar, medo da pessoa do sexo oposto, inibição intelectual e social geralmente com traços fobo-obsessivos.

– A neurose de fracasso, com comportamentos e condutas que se voltam contra o indivíduo: fracasso escolar, fracasso sentimental, *acting*, expressão brutal de proibições surgindo do inconsciente, recusando o sucesso que o consciente parece desejar. O pensamento fica perturbado, lábil, instável, investido por problemas neuróticos.

– A morosidade, que não é nem a depressão nem a psicose, mas um estado próximo ao tédio infantil: “não sei o que fazer, com o que me interessar, com o que me distrair, etc”. É um estado que manifesta uma recusa de investir o

mundo, os objetos, os seres, mais do que uma verdadeira perturbação do humor. O importante é que “esse estado moroso parece ser a causa preponderante e dominante da atuação sob três formas principais: fuga ou delinquência, droga, suicídio”.

Evidentemente, há um grande número de reações desse tipo que não decorrem dessa morosidade, mas da incapacidade de suportar o recomeço da vida cotidiana. A necessidade insaciável de mudança, de novidades, de distanciamento em face do recinto familiar, característica desse quadro, favorece aqui a atuação. A expressão pulsional pelas realizações eróticas ou pelas fantasias não pode ser vivida diretamente, nem sublimada. Se a vida se desenrola, ela é vivida sem discriminação, em experiências sucessivas, não atribuindo importância nem ao objeto, nem à função. Ao longo dessa crise morosa, o adolescente não concebe o tempo. Segundo P. Mâle, tudo isso é compatível com um elevado nível intelectual e com uma boa verbalização, que constituem uma espécie de tela enganosa para o clínico se ele não se aprofundar nesses problemas.

Contudo, essas crises graves devem ser distinguidas:

1) do desequilíbrio psíquico, em que o adolescente perturbado dá a impressão de estar como que fechado em seu comportamento;

2) dos aspectos dissociativos, em que a auto-imagem não é mais aceita completamente, e em que, além disso, observa-se uma divisão da personalidade, com bizarrices que ultrapassam o âmbito da simples originalidade.

Para a abordagem psicoterápica da crise juvenil, o psicoterapeuta aceita uma série de atitudes feitas de segurança, de síntese, de antecipação, de compreensão direta, em outras palavras, propõe uma “experiência emocional corretiva”. O psicoterapeuta deve sempre deixar disponíveis várias possibilidades identificatórias a fim de apoiar-se na força nova que representa a autonomia crescente trazida pela crise para libertar o sujeito de suas posições regressivas e infantis. Essas atitudes terapêuticas vão permitir que as formas graves da crise tenham seu potencial destrutivo atenuado, evitando assim que o adolescente resvale para os quadros psico-

patológicos fixados, tais como uma depressão, um desequilíbrio ou um princípio de psicose. Evidentemente, a atitude do meio familiar em relação a essas diferentes formas de crise e a seus componentes tem uma determinação não desprezível em seu desenrolar.

Identidade, Juventude e Crise (Erikson)

Embora seja psicanalista, Erik Erikson aprende a crise de adolescência sob seu aspecto psicossocial. A originalidade de sua abordagem reside, sobretudo, no interesse que ele dirige ao conceito de identidade. Os termos “identidade e crise de identidade”, tanto no uso corrente como científico, passaram a abarcar tanto elementos muito gerais (exemplo: a crise de identidade da África) como referências muito específicas a uma disciplina (exemplo: Identidade do Fonema). É preciso discernir o conceito de identidade e o de crise de identidade no nível clínico. Como é habitual na história da psicanálise, Erikson só propôs uma descrição e uma compreensão da crise normativa na adolescência, e posteriormente no início da idade adulta, depois de ter circunscrito seu equivalente patológico: a confusão de identidade ou a perda de identidade do ego (Erikson, 1968).

A confusão de identidade. – Erikson emprega esse termo para descrever diversos transtornos observados em jovens “incapazes de abraçar as carreiras oferecidas por sua sociedade e de criar ou de manter para si mesmos uma moratória específica e pessoal”. Os sinais de uma confusão de identidade aguda aparecem no momento em que o adolescente se vê confrontado com uma série de experiências que exigem uma escolha e um engajamento: escolha de uma pessoa para compartilhar uma intimidade física e afetiva, escolha profissional decisiva, engajamento em uma forte concorrência, escolha de uma definição psicossocial de si-mesmo. A tensão assim criada pode ser ou não fonte de transtornos, em razão do movimento regressivo da crise, dependendo da infância do indivíduo, e dependendo da história da cultura em que ele vive (por exemplo; uma civilização que fornece aos jovens uma perspectiva temporal convincente e compatível com uma imagem de

um mundo coerente atenua consideravelmente essa tensão). A primeira característica é sua incapacidade de se engajar de forma autêntica com outros, de estabelecer uma intimidade prazerosa, quer se trate de amizade, de namoro e de amor, de investir a competição. O adolescente busca então essa intimidade com os parceiros mais inverossímeis, ou se isola totalmente. Seu sentimento de continuidade, de identidade interior desintegra-se e é acompanhado de um sentimento de vergonha universal, de uma incapacidade de experimentar uma sensação de realização por meio de uma atividade.

Uma outra atitude é o desinteresse pelo tempo como dimensão da vida. O sujeito pode sentir-se ao mesmo tempo muito jovem e velho demais para qualquer possibilidade de rejuvenescimento. A esse desinteresse associa-se, às vezes, um verdadeiro desejo de morrer ou uma aspiração do eu a se deixar morrer, que vai até gestos de suicídio. Observa-se também uma incapacidade de se concentrar nas diversas tarefas, assim como uma desorganização do sentido do trabalho.

Finalmente, o quadro se completa com a escolha de uma “identidade negativa”, isto é, “uma identidade perversamente estabelecida sobre todas as identificações e os papéis que, nos estágios críticos anteriores do desenvolvimento, tinham sido apresentados como indesejáveis ou perigosos”. Essa identidade negativa expressa-se normalmente por uma hostilidade depreciativa e pretensiosa em relação aos papéis que a família e o meio recomendam. Ela representa naturalmente uma tentativa desesperada de dominar uma situação na qual os sentimentos disponíveis de identidade positiva anulam-se uns aos outros.

Um estado de desespero, episódios de delinquência ou manifestações que beiram a psicose podem constituir condutas sintomáticas dessa confusão de identidade. Diante dessas manifestações sintomáticas, o interesse de reconhecer um quadro de confusão de identidade está em não atribuir a elas a mesma significação fatal que poderia ter em outras idades da vida ou em um outro contexto.

A crise de identidade. – A confusão de identidade representa, na verdade, apenas a alienação, o agravamento patológico, o prolon-

gamento exagerado de uma crise que pertence a esse estágio particular do desenvolvimento individual constituído pela adolescência e o início da idade adulta. E. H. Erikson chama esse período de crise de identidade.

Para Erikson, esta é inevitável em um período da vida em que as proporções corporais mudam radicalmente, em que a puberdade genital sobrecarrega o corpo e a imaginação de todo tipo de impulsos, em que a intimidade com o outro sexo se aproxima e, eventualmente, é imposta ao jovem indivíduo, e em que o futuro imediato confronta o adolescente com numerosas possibilidades e escolhas conflituosas. Essa crise de identidade está ligada à procura de um sentimento novo de continuidade e de unidade vivida, que agora deve incluir a maturidade sexual. Mas essa “identidade final” só pode instalar-se depois de ser confrontada mais uma vez com as múltiplas crises de desenvolvimento dos primeiros anos. Esse contexto, no entanto, é diferente daquele da infância. É a sociedade que estabelece seus limites e suas exigências, e não mais a família. Reencontramos aqui a preocupação com a abordagem interdisciplinar do fenômeno, tão cara a Erikson.

As manifestações dessa crise de identidade na adolescência dependerão, portanto, do desenrolar das crises de identidade anteriores:

- Se o primeiro estágio do desenvolvimento legou à crise de identidade uma grande falta de confiança em si e nos outros, o adolescente temerá um envolvimento superficial ou demonstrará uma desconfiança excessiva. Ele buscará com fervor homens e idéias aos quais possa dedicar sua fé.

- Se o segundo estágio, caracterizado pelo combate em busca da autonomia, foi predominante, o adolescente se assustará com qualquer imposição: isso o levará ao comportamento paradoxal de fazer qualquer coisa, com a única condição de que seja por sua livre escolha.

- A herança da idade lúdica dominada pela imaginação ilimitada quanto àquilo que se poderia ser no futuro, proporcionará um campo de ação imaginário, senão ilusório, a um grande número de adolescentes. Eles suportarão com muita dificuldade qualquer limitação ao leque imaginário de suas auto-imagens, e revelarão ambições desmesuradas, às vezes com uma forte carga de culpa.

- Finalmente, a idade escolar (a partir dos 6 anos) leva a criança ao desejo de fazer alguma coisa funcionar e de fazê-la funcionar direito. Os adolescentes muito envolvidos por essa idade, procurarão suas satisfações e suas identidades em uma atividade ou em uma profissão onde todas as questões materiais de *status*, de remuneração, passarão ao segundo plano com relação ao valor dessa atividade ou dessa profissão.

Essa crise de identidade, sob suas diferentes formas, culminará na constituição de uma identidade variável segundo os indivíduos, mas cuja característica geral será, segundo Erikson, a capacidade de um distanciamento, isto é, a delimitação de um território de intimidade próprio, mas também de solidariedade com o outro. É nessa crise que:

a identidade deve ser buscada. A identidade não é dada ao indivíduo pela sociedade, nem aparece como um fenômeno de maturação, como os pêlos pubianos. Ela deve ser adquirida mediante esforços individuais intensos. É uma tarefa tanto mais difícil na medida em que, durante a adolescência, o passado está se apagando com a perda da ancoragem na família e na tradição, o presente se caracterizará pelas mudanças sociais, e o futuro tornou-se menos previsível.

Com a crise de identidade e a confusão de identidade, Erikson introduz conceitos e referências às vezes difíceis de circunscrever. Para compreender seu objetivo, é necessário recolocá-lo: a reflexão de uma equipe interdisciplinar sobre a avaliação de um problema social por uma abordagem apoiada em uma metodologia clínica e psicanalítica.

A Crise de Adolescência: Abordagem Freudiana

Alguns analistas propuseram uma reflexão sobre o conceito de crise de adolescência utilizando um modelo principalmente dinâmico e econômico. Seja em Anna Freud, em Moses Laufer, em Évelyne Kestemberg ou em muitos outros, a idéia central é que a crise de adolescência remete àquilo que H. Nagera chama de “conflito de desenvolvimento” (cf. *Enfance et psychopathologie*). Esse conflito de desenvolvimento é experimentado em maior ou menor

grau por todos adolescentes. A adolescência assim compreendida é um momento de reorganização psíquica, começando pela puberdade, dominada pelo efeito desta sobre o psiquismo, pelo reforço da depressão subjacente que flui no aparelho psíquico ao longo de toda existência, por indagações sobre a identidade, sobre a bissexualidade, por um “alvorço” de identificações anteriores, e pela idealização dessa “nova vida” que o adolescente imaginariamente e inconscientemente esperava. Trata-se de uma crise, pois o adolescente, em plena reorganização, vive mudanças, contradições, conflitos, cuja evolução é aberta: eles podem culminar em uma decepção paralisante ou, ao contrário, em uma conquista progressiva de si mesmo. Desenvolvemos esses pontos de vista no capítulo consagrado ao modelo de compreensão da adolescência inspirado na psicanálise (cf. o item “O modelo psicanalítico”, no Capítulo 1). Por isso, aqui, não nos estenderemos muito nessa questão.

A crise. – A sintomatologia pode ser completamente diversa, feita de situações de conflito, de passagens ao ato, de condutas de oposição. Em si mesmos, esses sintomas não são significativos de uma patologia: a intensidade das manifestações da crise não tem uma relação direta com eventuais perturbações. Por exemplo, não há paralelismo entre a gravidade de um comportamento, quanto ao seu prognóstico vital ou social, e a gravidade do processo psicopatológico subjacente.

A. Freud insiste particularmente na maturação do Ego na adolescência e nos mecanismos de defesa dirigidos contra a ligação com o objeto infantil e contra as pulsões quando os mecanismos anteriores falham em suas funções de domínio da angústia (cf. item “Os meios de defesa”, no Capítulo 1). Combater suas pulsões e aceitá-las, evitá-las eficazmente e ser esmagado por elas, amar seus pais e odiá-los, revoltar-se contra eles e ser dependente deles, são posições extremas cujas flutuações de uma para a outra seriam completamente anormais em uma outra idade da vida. Na adolescência, elas são apenas o sinal da emergência progressiva de uma “estrutura adulta de personalidade”.

Kestemberg (1980) compreende da seguinte maneira a crise de adolescência: embora espera-

da, “a puberdade é sempre uma surpresa” para o adolescente. Ele sente fugazmente um momento de glória que é sucedido pela angústia. O futuro dependerá das possibilidades de manejo dessa angústia. Mas o futuro dependerá igualmente da satisfação ou da não-satisfação proporcionada pela puberdade como “coroamento” dessa vida nova que o adolescente esperou durante o período de latência. O desenrolar normal da crise se dará em duas etapas. A primeira é geralmente a da decepção, podendo inclusive chegar à desilusão em face do que o adolescente imaginariamente e inconscientemente esperava. Ao contrário, ele pode experimentar nessa etapa um grande deslumbramento, o que o empurra para além de suas possibilidades. A segunda etapa é a da passagem da decepção à conquista: conquista do eu, por meio de um objeto, base dos alicerces narcísicos dos adultos de amanhã. Essa passagem se realiza quando o adolescente não tem mais necessidade de tudo, logo, quando ele pode viver um projeto como uma potencialidade futura, e não como uma realização imediata, quando ele reencontra o tempo de esperar e, conseqüentemente, de fantasiar.

Os aspectos patológicos. – A crise patológica é observada quando “a puberdade e a adolescência foram não apenas críticas como também traumáticas, ou porque fulminaram o Ego ou porque, no mínimo, o perturbaram a ponto de ele não conseguir reencontrar e utilizar seus mecanismos anteriores de defesa nessa situação nova, nem recorrer a fantasias e ancorar-se nelas” (Kestemberg, 1980):

- a primeira forma é representada pela ausência aparente de crise propriamente dita, ausência de reorganização específica.

- o outro aspecto é o da morosidade (cf. item “A crise juvenil propriamente dita”, no Capítulo 2), uma espécie de hiperlatência. Para Évelyne Kestemberg, esse aspecto está ligado ao “apagamento” da idealização natural do adolescente. A um grau acima, há uma verdadeira negação das mudanças provocadas pela puberdade. Tudo se passa como se nada tivesse acontecido. A anorexia mental ou as toxicomanias são expressões clínicas disso.

- em outros casos, a mudança pubertária é, ao contrário, fortemente proclamada. São os

adolescentes que se lançam em uma espécie de ativismo sexual, às vezes acompanhado de uma inibição da atividade intelectual ou criadora.

– Finalmente, o adolescente pode “deslocar-se” (Angelergues): pela alteração pubertária, ele descobre sua própria alteridade. Torna-se estranho a si mesmo e ao objeto. Trata-se aqui da instauração da esquizofrenia do adulto no momento da adolescência.

O Conceito de Crise em Questão

A adolescência é, por natureza, uma interrupção na tranqüilidade do crescimento: característica do período de latência, a manutenção prolongada de um equilíbrio estável torna-se em si mesma anormal. A adolescência se caracterizaria então por posições conflituosas econômicas e dinâmicas extremas, mutáveis, flutuantes, que dão a esse período da vida seu aspecto de tumulto, de perturbação e de crise, mas isso não nos autoriza a falar de patologia: o diagnóstico diferencial entre as perturbações da adolescência e a verdadeira patologia é uma tarefa difícil: “há uma ligação entre as manifestações do adolescente normal e os diversos tipos de pessoas doentes:

- a necessidade de evitar qualquer solução falsa corresponde à inaptidão do psicótico ao compromisso;
- a necessidade de se sentir real ou de não sentir absolutamente nada está ligada à depressão psicótica com despersonalização;
- a necessidade de provocar corresponde à tendência anti-social que se manifesta na delinquência” (Winnicott).

No extremo, esse ponto de vista leva a considerar que os indivíduos doentes são aqueles que não chegaram ao estágio de desenvolvimento psicoafetivo que é a adolescência, ou que só chegaram a ele de maneira muito deformada.

A assimilação do processo da adolescência a uma crise é alvo de diversas críticas.

Uma primeira crítica apóia-se em estudos longitudinais que utilizam testes psicológicos e questionários sobre a imagem de si e as representações de relações de objeto internalizadas (Offer,

1975); podem-se distinguir diferentes grupos de adolescentes, à parte qualquer patologia:

– Um “grupo em crescimento contínuo” cujos sujeitos estão satisfeitos consigo mesmos, não manifestam nem período de ansiedade, nem período de depressão, nem conflitos intrapsíquicos importantes.

– Um “grupo em crescimento por onda”, em que os sujeitos são mais inclinados à depressão e à perda de auto-estima. Seus mecanismos de defesa se enrijecem em situação de crise e seus conflitos são mais importantes.

– Um “grupo em crescimento tumultuoso”, no qual a depressão e a ansiedade são mais importantes que nos grupos anteriores. A falta de estima em relação a si mesmos e aos outros prevalece entre os adolescentes desse grupo. Eles são mais dependentes de seus iguais e manifestam problemas comportamentais ou familiares conflituosos.

– Por último, um grupo não característico.

Uma segunda crítica refere-se essencialmente ao importante risco que comporta uma confusão entre os aspectos normais e patológicos, confusão que às vezes pode aparecer nos trabalhos que assimilam inteiramente o processo de adolescência a uma crise. De fato, confundir as manifestações da adolescência normal e as entidades psicopatológicas pode travar o futuro de adolescentes profundamente perturbados, ao minimizar a existência de sua patologia e, portanto, a profunda gravidade de certas manifestações. É preciso, então, buscar critérios de avaliação mais finos: “Estamos descobrindo que muitos adolescentes que apresentam problemas aparentemente transitórios ou de natureza neurótica se revelam mais tarde bem mais perturbados. Em compensação, alguns adolescentes parecem seriamente perturbados, sendo que seu tratamento revela que não é esse o caso” (Laufer, 1982). Assim, as manifestações da adolescência que sinalizam uma etapa do desenvolvimento ou, em outros termos, uma fase genética, devem ser distinguidas dos transtornos psíquicos que correspondem a uma interferência comprovada no desenvolvimento psicológico do indivíduo e/ou ao desmoronamento dos meios anteriores para fazer face às situações de estresse. É preciso avaliar o funcionamento global da personalidade, dirigir uma atenção particular ao conjunto

de manifestações e de condutas intrapsíquicas que o adolescente manifesta. Podemos citar aqui Ladame:

Um transtorno psíquico corresponde a uma interferência comprovada no desenvolvimento psicológico do indivíduo e ao desmoronamento dos meios anteriores para fazer face às situações de estresse. Não se trata mais da vasta panóplia de comportamentos que podem ser observados em qualquer adolescente normal, que compreendem as variações de humor, os sentimentos temporários de desespero, as brigas e transtornos com os pais, com a escola, com as autoridades, a experiência com drogas, etc. Esses comportamentos, que alguns ainda designam às vezes pelo termo ambíguo “crise de adolescência”, não travam o avanço em direção à vida adulta e a capacidade de tirar prazer de sua vida pessoal.

Uma terceira crítica traz à luz o risco de confusão encontrado às vezes entre os episódios intrapsíquicos, inconscientes ou pré-conscientes e as atitudes comportamentais aparentes (a descrição da crise de originalidade por Debesse apóia-se, de fato, essencialmente em traços aparentes do comportamento: ao contrário, os aspectos críticos revelados por Évelyne Kestemberg são reconhecidos a partir de uma análise de fenômenos intrapsíquicos, a maioria deles inconscientes ou pré-conscientes). Perceber a adolescência como “uma crise” pode levar a uma leitura centrada em uma dimensão sociológica: por mais pertinente que seja, uma tal abordagem tem uma utilidade limitada para o clínico e para o sujeito singular que se encontra diante dele.

Crise e Ruptura na Adolescência

Ao associar os termos ruptura e crise, desejamos apresentar um ponto de vista pessoal. Antes de tudo, a associação quase automática entre adolescente e crise é muitíssimo difundida, a nosso ver, e não leva em conta nem as dificuldades históricas nem as dificuldades metodológicas e epistemológicas que encontramos para definir o conceito de crise. De resto, estamos mais interessados na função psicológica e psicopatológica da crise do que em sua mera descrição clínica: isso nos conduz a introduzir o conceito de ruptura. Para nós, os diferentes

tipos de crise são apenas a expressão manifesta de rupturas subjacentes. Assim, direcionamos nossa atenção “à maneira como os componentes da crise são vividos, elaborados e utilizados subjetivamente, isto é, essencialmente como uma ruptura da relação inter e intra-subjetiva, na trama das vinculações a grupos e à sociedade” (Kaes e col., 1979)

A ruptura se expressa por estados de crise, isto é, por um episódio mental ou por uma série de episódios mentais, cuja associação, o reforço ou a substituição de um pelo outro constituem sistemas que vão de uma fase instável e conflituosa a um novo estado de estabilidade. Essas experiências de rupturas podem dolorosamente colocar em questão:

1) *O mundo interno*: a continuidade psíquica, a continuidade do eu, o uso de mecanismos de defesa, a organização de identificações e de sistemas de ideais, o mundo fantasmático.

2) *O mundo externo*: o paradoxo das relações familiares, a confiabilidade das vinculações a grupos, a eficácia do código comum a todos aqueles que compartilham com o sujeito a mesma sociabilidade e uma mesma cultura.

De um ponto de vista psicopatológico, as experiências de ruptura podem ser analisadas segundo duas modalidades:

1) Em primeiro lugar, o problema da rapidez de substituições nos diferentes âmbitos intrapsíquicos. Essa rapidez de substituições provoca uma espécie de amnésia da fase anterior, leva a crer que o adolescente vive sempre no presente, e produz esse aspecto de “crise” frequentemente descrito de forma diferente entre um e outro autor, em função dos pontos de vista teóricos adotados. Essa espécie de amnésia tão particular à adolescência, esse esquecimento tão rápido do momento anterior e essa dificuldade de antecipar o momento seguinte explicam o valor subjetivo muito particular do tempo nesse período da vida. É lógico considerar essas crises como episódios normais, temporários e não como transtornos psíquicos organizados duráveis. Os diversos tipos de crise que descrevemos situam-se nesse registro. A “memória psíquica” é comumente rompidada, mas não a “continuidade psíquica”.

2) Em segundo lugar, o problema da “ruptura” que surge com as transformações corpo-

rais. Essa ruptura é acompanhada de um trabalho psíquico cujo objetivo é ter acesso à posse de seu próprio corpo sexuado. “Ao longo da adolescência, quando o corpo do indivíduo torna-se psiquicamente sexuado, pode ocorrer que ele não encontre outra maneira de preservar sua maneira de ser, seja homem, seja mulher, a não ser mediante uma ruptura do mundo exterior” (Moses Laufer, 1983). Essa ruptura pode provocar um verdadeiro “desmoronamento psíquico”, durante o qual a personalidade fica totalmente submersa, incapaz de funcionar, e onde a adaptação à realidade fica comprometida. A continuidade psíquica é rompida. Uma tentativa de suicídio, uma conduta toxicômana, uma confusão de identidade ou um dos estados psicóticos característicos da adolescência podem traduzir esse desmoronamento que é em si um verdadeiro transtorno psíquico, segundo Moses Laufer. Entretanto, ele se distingue de doenças mentais como a esquizofrenia, onde a diferença entre dentro e fora não existe mais, e onde os transtornos de funcionamento psíquico, como a paradoxalidade, já estão bem inseridos na vida interna e relacional do sujeito.

O Conceito de Pubertário

Mesmo sem se referir explicitamente à noção de crise, alguns autores privilegiam um modelo de compreensão que dá ao adolescente uma qualidade de emergência psicodinâmica particular, para não dizer específica. Entre esses autores, P. Gutton, na França, foi quem mais defendeu esse ponto de vista: “A crise de adolescência, normal ou patológica, é a busca de solução que permita assegurar o sentimento contínuo da existência, ao mesmo tempo integrando a novidade pubertária” (Gutton, 1997, p. 199). O que é essa “novidade pubertária”? “A puberdade representa para o corpo o que o pubertário representa para a psique”, diz-nos Gutton (p. 193), que procura circunscrever a defasagem entre a sexualidade infantil e esse pubertário, verdadeira genitalidade adolescente em processo. A característica do pubertário é “desligar falo e pênis” (p. 195), permitindo assim que se revele “a complementaridade de sexos” (p. 194), sentida no início da adolescência como “uma adequação de órgãos conforme o modelo do par zona erógena/objeto parcial”

(p. 194). Contra o primado do falo, característico da sexualidade infantil, o pubertário obriga o adolescente a enfrentar essa complementaridade de sexos e o desvendamento do sexo feminino. Isso não se faz sem excitação, e doravante o pubertário impulsiona o adolescente a buscar esse objeto complementar, voltando-se primeiramente aos seus investimentos de infância: “O pubertário é exatamente o inverso de um movimento de separação. Uma força anti-separadora anima o frenesi da criança em direção aos seus pais” (p. 196). Infelizmente, para o adolescente, “a sexualidade que encontrou sua meta não encontrou (ainda) um objeto adequado” (p. 196). Voltado aos objetos edipianos, o adolescente elabora “cenas pubertárias” suscetíveis de entrar em ressonância com a realidade interativa dos pais: o pubertário dos pais corresponde às “profundas modificações que estes sofrem quando da puberdade de seu filho... quem seduz quem, quem agride quem?” (p. 197). Há o risco, portanto, desse pubertário tornar-se traumático “na medida em que se produza uma coincidência entre o desejo inconsciente do adolescente e as manifestações de desejo de um de seus genitores” (p. 198). Assim, para encontrar o objeto adequado, o adolescente deve de algum modo renunciar a essas “cenas pubertárias”, e o “pivô da mudança da adolescência é [...] a inadequação fundamental entre realidade interna e externa” (p. 198). Essa desilusão conduz a uma elaboração objetual, a uma perda do objeto adequado, trabalho de elaboração secundária que Gutton chama de “adolescens”.

Os Manejos da Dependência

P. Jeammet e M. Corcos propuseram uma maneira original de valorizar as especificidades do processo de adolescência e a compreensão de suas vicissitudes:

Sexualização das relações e desidealização conjugam seus efeitos para fazer com que os objetos percam seu papel de suporte narcísico, enquanto que a necessidade em que se encontra o adolescente de assegurar sua nova autonomia, e por isso mesmo de levar a cabo suas identificações e de confirmar a solidez de suas aquisições internas, reforça sua dependência objetual, exacerba e reatualiza o antagonismo entre necessidade

objetal e autonomia do sujeito. (Jeammet e Corcos, 2001, p. 40 e seguintes).

Assim, para esses autores, que se posicionam segundo o ponto de vista do funcionamento psíquico:

A dependência pode ser descrita como a utilização, para fins defensivos, da realidade percepto-motriz como contra-investimento de uma realidade psíquica interna falha ou ameaçadora. Nessa perspectiva, a dependência é uma virtualidade, se não uma constante, do funcionamento mental, pois há sempre um jogo dialético de investimento e de contra-investimento entre a realidade psíquica interna e a realidade externa do mundo percepto-motor. Ela representa um problema na medida em que se torna um modo prevalente e durável desse funcionamento em detrimento de outras modalidades.

Os adolescentes que se tornam patologicamente dependentes são os que utilizam de forma dominante e coercitiva a realidade externa, isto é, o mundo percepto-motor, para se defender e contra-investir uma realidade interna na qual não podem se apoiar. Compreende-se assim a importância das modalidades comportamentais que os adolescentes utilizam de forma privilegiada em relação às modalidades reflexivas.

Hipóteses Lacanianas Sobre a Adolescência

Vamos mencionar aqui o trabalho de J. J. Rassial (1990) que, certamente, não resume todos os trabalhos de orientação lacaniana, mas que apresenta uma abordagem diferente dos pontos de vista precedentes. Esse autor se apóia na questão do Real, do Imaginário e do Simbólico. O Real priorizado na adolescência é evidentemente o da puberdade fisiológica, mas não apenas. Ele é também “o que afeta a encarnação imaginária do Outro que são os pais e vai exigir um deslocamento” (Rassial, 1990, p. 198 e seguintes). Imaginariamente, o adolescente deve “integrar infinitos com os quais ele se confronta [...] infinito do espaço, infinito do tempo [...] que nenhum Outro poderá satisfazer ao longo do tempo”. Enfim, na adolescência, o significante, na sua função de representar o sujeito, muda de valor, e o Simbólico é questionado nos

“três níveis de seu fundamento. No nível do significante-mestre [...] no nível do significante fálico [...] no nível do Nome-do-Pai”.

A abordagem lacaniana destaca o fato de que o adolescente subjetiva seu *status* de sujeito para o Outro, confrontando-se com o desejo do Outro e com sua falta que se segue.

AGRUPAMENTOS DE DOMINANTE DESENVOLVIMENTAL

Embora as abordagens de dominantes estruturais que acabamos de tratar não neguem, de modo algum, que um adolescente tenha sido primeiramente uma criança, com as vicissitudes anteriores do desenvolvimento, as abordagens que vamos apresentar agora inscrevem-se de forma nitidamente mais estreita nas linhas de desenvolvimento como a do processo de separação-individação e a da construção da subjetivação ou, em outros termos, do processo de diferenciação.

O Segundo Processo de Separação-Individação

Os conceitos de Margaret Mahler desenvolvidos a partir de pesquisas com crianças pequenas e da observação de relações mãe-filho levaram vários psicanalistas de adolescentes a comparar o processo de adolescência com o processo de separação da criança pequena descrito pela autora. Se a criança pequena desligou-se de sua mãe por internalização, o adolescente se desliga de objetos internalizados para amar os objetos exteriores e extrafamiliares. Um jogo identificatório complexo opera-se ativamente, jogo entre o desenvolvimento de identificação melancólico ligado ao trabalho de luto e de separação e a construção de identificações históricas na origem de uma nova “imagem compósita” e, portanto, de um processo de individuação. Na adolescência, o segundo processo de separação-individação e o processo identificatório estão intimamente ligados, embora seus cursos naturais aparentes sigam em sentidos opostos (Samuel Erlich, 1986). De fato, já em 1944, H. Deutsch escrevia:

A pré-puberdade é uma fase durante a qual as pulsões sexuais são mais fracas, e onde o desenvolvimento do Ego é mais intenso. Ela se caracteriza por um impulso à atividade e por uma trajetória para o crescimento e a independência, e representa um processo intensivo de adaptação à realidade, de domínio do ambiente, resultante dessa evolução do Ego. O adolescente encontra-se preso entre o passado e o futuro, entre infância e idade adulta, do mesmo modo que a criança pequena estava dividida entre relação simbiótica e autonomia. A luta pela independência que ocorre nesse período da vida lembra-nos intensamente os processos que se desenvolvem entre um e meio e três anos de idade, durante o que qualificamos de fase pré-edipiana da infância (a passagem da fase simbiótica à autonomia).

Os conceitos de Margaret Mahler foram retomados essencialmente por P. Blos e J. F. Masterson a propósito de adolescentes *borderline* (cf. cap. 12) e transpostos à adolescência. O segundo processo de individuação é o fio funcional que serpenteia ao longo de toda a adolescência; além disso, P. Blos descreveu diferentes subfases:

- A pré-adolescência, caracterizada pelo aumento quantitativo da pressão pulsional e pelo ressurgimento da pré-genitalidade.

- A primeira adolescência, marcada pela primazia genital e pela rejeição dos “objetos internos parentais”. “O verdadeiro processo de ruptura das ligações com o primeiro objeto tem início”.

- A adolescência propriamente dita, dominada pelo despertar do complexo edipiano e pelos desligamentos dos primeiros objetos de amor. Ao longo dessa fase, o narcisismo se amplifica, o luto aparece, e veremos suas ligações com a depressão (cf. Capítulo 9), “o estado amoroso” reflete os problemas ligados à escolha de objeto sexual: falaremos disso mais detalhadamente no capítulo dedicado à sexualidade e às suas vicissitudes (cf. Capítulo 7). “A individualização atinge seu ápice com o despertar do conflito edipiano e o estabelecimento do prazer preliminar, que passa a agir sobre a organização do Ego”.

- A adolescência tardia é uma fase de consolidação das funções e dos interesses do Ego e de estruturação da representação do Eu.

- Finalmente, a pós-adolescência, durante a qual a tarefa da adolescência deve ser concluída, isto é, “quando a organização da personalidade é tal que a paternidade ou a maternidade podem dar uma contribuição específica ao crescimento da personalidade”.

A partir dessa fragmentação em diferentes fases, estabelece-se um processo de ordem mais geral. Sua direção e sua meta continuam as mesmas ao longo de toda a adolescência, seguindo sempre no sentido do desligamento do objeto infantil e, ao mesmo tempo, da maturação do Ego. Inversamente, os transtornos do desenvolvimento de funções do Ego na adolescência são sintomáticos de fixações pulsionais e de dependência dos objetos infantis. Nessa concepção, a maior parte dos transtornos psíquicos da adolescência está ligada às vicissitudes desse processo de separação-individuação.

É inegável que um tal ponto de vista tem o mérito de atrair claramente a atenção do clínico sobre os riscos de distorção do desenvolvimento, de fixação patológica e, conseqüentemente, tem o mérito de evitar a passividade e a acomodação. Contudo, esse tipo de compreensão foi alvo de críticas:

- 1) Crítica de forma, em face do aspecto um pouco esquemático das diversas etapas e subfases da adolescência. Numerosos autores, em razão das variações de idade, muito importantes nesse período da vida, refutam essas diversas subfases, e restringem-se a falar de pré-adolescência, de adolescência propriamente dita e eventualmente de pós-adolescência.

- 2) Crítica de conteúdo: alguns autores consideram que essa perspectiva ontogenética enfatiza muito o aspecto adaptativo do processo, desprezando um pouco o aspecto conflituoso da adolescência. Certamente, tal ponto de vista se justifica quando esse tipo de compreensão ultrapassa o campo individual para se aplicar ao campo social coletivo; contudo, essa crítica nos parece pouco fundamentada no âmbito da clínica centrada no indivíduo, pois os autores mencionados acima (Blos, Masterson, Laufer, entre outros) fazem uma análise minuciosa dos “conflitos de desenvolvimento”, de seu entrave e de sua resolução (ver a discussão do capítulo “Crises e rupturas na adolescência”, Capítulo 2.).

A Aventura da Subjetivação

R. Cahn (1997, 1998) fala, por sua vez, de processo de subjetivação. O sujeito da psicanálise representa de fato apenas o resultado de um longo processo de subjetivação do qual “a adolescência, por mais que retome, elabore, modifique e crie novas modalidades do trabalho psíquico, constitui um momento essencial”. “O processo de subjetivação tem a ver fundamentalmente com o ego...” Trata-se não tanto de um processo de separação-individualização quanto de um processo de diferenciação que, “a partir da exigência de um pensamento próprio, permite a apropriação do corpo sexuado e a utilização das qualidades criadoras do sujeito” (Cahn, 1997, p. 215). Assim definida, essa subjetivação permite ao sujeito livrar-se do “poder do outro” ou da alienação de sua fruição. Mas “é na adolescência que se exacerbam os obstáculos internos e externos à apropriação pelo sujeito de seus pensamentos e desejos próprios, de sua identidade própria” (p. 217), devido às incertezas ligadas às alterações pubertárias, ao novo lugar do objeto em vista da maturidade sexual, às ligações com as imagens parentais e com a realidade dos pais. “Esse movimento de apropriação de seu corpo, evidentemente, mas também de seu lugar como sujeito sexuado na sucessão das gerações, não se faz sem conflitos e contradições, nem sem passar por um período prévio [...] de indagações angustiadas sobre esse familiar que brutalmente se torna estranho, de desapego do corpo e do mundo” (p. 226). Os riscos de desligamentos aqui estão em primeiro plano, e permitem compreender, em particular, o risco psicótico nesse período da existência.

Em resumo, alguns conceituam a adolescência como um período estrutural específico, o que geralmente torna difícil a distinção entre as manifestações próprias a essa etapa e os transtornos psíquicos duráveis. Outros conceituam a adolescência como uma etapa de desenvolvimento que pode ser subdividida em diferentes fases, e cuja função de conjunto assemelha-se à da primeira infância. Nessa última concepção, o adolescente representa um processo composto de diferentes tarefas que devem ser cumpridas para passar à idade adulta, para chegar à estabilidade das relações de objeto e à possibilidade

de tornar-se ele próprio genitor de crianças e de adolescentes.

Nosso propósito aqui não é ir a fundo nessa discussão. Entretanto, parece-nos que aqueles que insistem hoje na dimensão crítica da adolescência apóiam-se antes de tudo em um ponto de vista dinâmico e conflituoso, mas há um enorme risco de que este leve a uma atitude de “*wait and see*”, da qual se poderia temer uma consequência prática: uma atitude exageradamente abstencionista em face de certas situações perigosas para o futuro psíquico ao sujeito. Ao contrário, aqueles que preferem descrever a adolescência como um processo apóiam-se em um ponto de vista genético ou desenvolvimentalista, no sentido de um processo de mudança em diferentes linhas do desenvolvimento, em diferentes eixos da vida intra e interindividual. Essas mudanças na continuidade psíquica e nas ligações entre a realidade interna e a realidade externa podem ser rupturas ou não, adquirir formas críticas ou não, mas necessitam de uma avaliação cuidadosa e aprofundada que levem a distinções entre processo e crise, entre o normal e o patológico, e, portanto, a intervenções precoces e às vezes intensivas, quando elas se mostram necessárias.

Todos assinalam o perigo de uma “ciência psicanalítica parental”, pois “ao pretender explicar as questões da adolescência de uma maneira tão impaciente, o adulto evidencia que os problemas da adolescência nada mais são que os seus próprios problemas” (Jeanneau, 1982). No fim das contas, apenas a relação entre o mundo dos adolescentes e o mundo dos adultos, sua natureza, o valor expressivo dos conflitos patentes ou latentes, sua evolução reterão a atenção do clínico de orientação psicanalítica e sustentarão o modelo psicanalítico.

O NORMAL E O PATOLÓGICO NA ADOLESCÊNCIA

Mais do que em qualquer outra idade da vida, a questão do normal e do patológico coloca-se de forma aguda na adolescência: a multiplicidade de condutas desviantes, sua labilidade, a dificuldade de apreender a organização estrutural subjacente, o obscurecimento

do quadro nosográfico habitual, o papel não desprezível da família e do ambiente social... Tantos eixos de referência, tantas incertezas. Os critérios sobre os quais se fundamenta a noção do normal ou do patológico em outras idades são todos aqui postos em xeque: 1) a normalidade no sentido da norma estatística encorajaria a considerar como normais condutas manifestamente desviantes em outros momentos, com o risco de retirar todas as suas significações de sofrimento (é o que ocorre com a idéia de suicídio do adolescente); 2) a normalidade no sentido da norma sociológica traria o risco de lançar a totalidade da adolescência no campo patológico (em função da frequência de condutas ditas precisamente anti-sociais); 3) a normalidade em oposição à doença não levaria a falar de “adolescência-doença”?

Contudo, em face das condutas desviantes do adolescente, o psiquiatra é diretamente interpelado pela família ou pela sociedade. Ele é mais ou menos intimado a responder: esse adolescente se tornará um adulto normal ou sucumbirá à patologia? Quer as condutas desviantes pareçam testemunhar um conflito internalizado (depressão), ou um conflito familiar (oposição aos pais, recusa escolar), ou um conflito no campo social (conduta delinqüente, toxicomania), isso não muda nada a questão. O adolescente é um adulto potencial: é sobre essa potencialidade que o psicanalista é interrogado.

Em face dessa demanda prognóstica, o consultante pode ser tentado a adotar dois tipos de estratégias psicopatológicas opostas. Seguindo o modelo tradicional, ele pode tentar equiparar as diversas condutas desviantes do adolescente com sintomas de entidade mórbida, definidas no campo psiquiátrico da criança ou do adulto. Esse modo de referência semiológica tende a fazer de toda conduta não habitual um sintoma mórbido. A experiência clínica mais elementar mostra que esse esquema é menos válido ainda na adolescência que nas outras idades da vida. Inversamente, o consultante pode adotar uma atitude precipitadamente qualificada de “empática”, em que apenas o “vivido” do adolescente é levado em conta; com isso, todas as condutas podem ser relegadas a um componente banal e normal da “crise de adolescência”.

Se, por um lado, evita-se o risco de aplicar um quadro nosográfico arbitrário, por outro,

essa abordagem tende a anular o sentido dessas condutas (sofrimento, apelo) ou a utilizar uma grade nosográfica empírica (tal adolescente parece com tal outro, ele tem um ar de...). Widlöcher colocou claramente os termos dessa alternativa: “Será que se deve objetivar ao máximo a conduta para reduzi-la a um sintoma associado a uma etiologia? ou, ao contrário, deve-se reduzir essa conduta ao sentido que ela reveste na subjetividade do adolescente, dando atenção apenas ao ‘vivido’ deste último”? (Widlöcher, 1976).

Em todos os autores que se dedicaram à adolescência, contata-se a tendência a utilizar uma terminologia originária da patologia para compreender o sentido da crise habitual do adolescente: a patologia serve assim de modelo para os movimentos próprios desse período, o que também obscurece qualquer fronteira possível entre o normal e o patológico. Winnicott compara certos elementos do processo da adolescência àquilo que se observa no psicótico ou, sobretudo, no delinqüente. Para A. Freud, “a puberdade pode se assemelhar a impulsos psicóticos pela adoção de certas atitudes de defesas primitivas”. Para ela, nessa idade, apenas uma diferença econômica de intensidade distingue o que é normal do que é patológico. A. Haim fala do trabalho de luto realizado durante a adolescência com todos os movimentos depressivos que acompanham esse trabalho. Assim, entre a depressão clínica, a crise psicótica aguda ou as condutas psicopáticas de um adolescente, de um lado, e, de outro lado, a problemática do luto, os remanejos de identidade-identificação ou o conflito de geração e de reivindicações sociais próprios à “crise de adolescência”, há mais do que uma continuidade sintomática: há, para alguns autores, uma efetiva similitude estrutural, similitude cujo resultado seria negar qualquer linha divisória entre a “crise do adolescente” necessária, favorável ao amadurecimento e estruturante, e uma eventual organização patológica fixada. Segundo Widlöcher, a solução desse paradoxo reside em uma melhor compreensão das condutas do adolescente: esse autor recusa a divisão bastante freqüente entre condutas que testemunhariam uma patologia (conduta-sintoma) e condutas que seriam a expressão de uma psicologia normal (conduta-vivido). Toda conduta deve ser vista por ela mesma, depois situada no conjunto das condutas do sujeito, ava-

liando sua harmonia, a fluidez desses grupos de condutas ou, ao contrário, sua dissonância, sua rigidez. Assim, “tal sintoma muito inquietante inscreve-se em um sistema de condutas fluidas, tal outro em um sistema rígido e perfeitamente tipificado do ponto de vista psicopatológico”.

Esses “sistemas rígidos” realizam conjuntos de condutas que tendem a co-variarem umas com as outras. Assim eles definem um funcionamento psicopatológico mais facilmente identificável. Recordemos a frase de S. Freud (1932): “a patologia isola e exagera certas relações”.

Ao lado dessa distinção entre sistema “fluido” e sistema “rígido”, outros autores adotam o ponto de vista desenvolvimentalista já mencionado (Blos, Laufer) para tentar avaliar o normal e o patológico. De fato, esses dois pontos de vista se associam com extrema frequência:

A distinção entre os estresses normais temporários e os transtornos psíquicos pode parecer difícil se levamos em conta apenas um fenômeno isolado, uma conduta ou um

comportamento dado. Ao contrário, a avaliação do funcionamento global da personalidade permite, de maneira geral, captar as interferências e explicitar o risco de que elas possam travar a continuidade da evolução para a idade adulta.

Duas modalidades de análise emergem assim: 1) de um lado, a flexibilidade oposta à rigidez das condutas e a maneira como as condutas interferem no funcionamento global da personalidade, isto é, os episódios atuais e a organização mental historicamente construída; 2) de outro lado, o obstáculo mais ou menos importante que essas condutas representam para a continuidade do desenvolvimento psíquico, isto é, uma análise prospectiva sobre as interações entre esses episódios atuais e o processo psíquico em vias de construção. Essas duas modalidades de análise associadas proporcionam uma elucidação dinâmica à compreensão da psicopatologia individual e à questão do normal e do patológico na adolescência.

REFERÊNCIAS

- AJURRIAGUERRA J. DE : *Manuel de psychiatrie de l'enfant*. Masson, Paris, 1970.
- BOLZINGER A., EBINGER R., KAMMERER Th. : *Approches cliniques et psychologiques de la notion de crise. Évol. Psychiat.*, 1970, 2, 432-451.
- BRUSSET B. : Qui est en crise : les adolescents ou la société? *Autrement*, 1975, 1, 68-81.
- CAHN R. : Le processus de subjectivation à l'adolescence. In : *Adolescence et psychanalyse: une histoire*, M. Perret-Catipovic, F. Ladame, Delachaux et Niestlé éd., Paris, 1997, 213-227.
- CAHN R. : *L'adolescent dans la psychanalyse*, Paris, PUF, 1998.
- DEBESSE M. : *La crise d'originalité juvénile*, 1^{re} éd., PUF, Paris, 1936.
- ERIKSON E.H. : *Identity, youth and crisis*. W.W. Norton Co. Inc., 1968.
- GUTTON P. : Le pubertaire, ses sources, son devenir. In : *Adolescence et psychanalyse: une histoire*, M. Perret-Catipovic, F. Ladame, Delachaux et Niestlé éd., Paris, 1997, 193-212.
- JEAMMET P., CORCOS M. : *Évolution des problématiques à l'adolescence*. Paris, Doin, 2001.
- KAES R., MISSENARD A., ANZIEU D., GUILLAUMIN J., BEGLER J. : *Crise, Rupture et Dépassement*. Dunod, Paris, 1979.
- KESTEMBERG E. : La crise de l'adolescence. *Rev. Fr. Psychanal.*, 1980, 44, 3-4, 524-530.
- LAUFER M. : Psychopathologie de l'adolescent : quelques principes d'évaluation et de traitement. *Adolescence*, 1983, 1, 1, 13-28.
- LAUFER M. : Adolescence, fantasme masturbatoire central et organisation sexuelle définitive. In : *Adolescence et psychanalyse : une histoire*, M. Perret-Catipovic, F. Ladame, Delachaux et Niestlé éd., Paris, 1997, 163-191.
- MALE P. : *La crise juvénile*. Payot, Paris, 1982.
- RASSIAL J.J. : *L'adolescent et le psychanalyste*, Paris, Ed. Rivages, 1990.
- SANDLER J., JOFFE W.G. : The tendency to persistence in psychological function and development. *Bull. Menniger Clinic*, 1967, 31, 257-271.
- THOM R. : Crise et catastrophe. *Communications*, 1976, 25, 34-38.
- WIDLÖCHER D. : Adolescence normale ou pathologique. *Rev. Prat.*, 1976, 26, 2927-2940.

A Entrevista com o Adolescente

Entre o interminável e fastidioso catálogo das diversas situações clínicas possíveis, de um lado, e a exposição breve e árida de alguns grandes princípios que ditam a conduta do terapeuta, de outro lado, o caminho que permite explicar a dinâmica das primeiras entrevistas é bem estreito. Contudo, da qualidade desses primeiros contatos podem depender a qualidade da relação terapêutica futura e da qualidade do investimento feito pelo adolescente e por sua família na terapia. Obviamente, é um exagero afirmar que tudo depende dessas primeiras entrevistas; é verdade, porém, que a plasticidade da organização psíquica do adolescente, sua ávida necessidade de uma relação nova e diferente, fazem dessas entrevistas momentos decisivos. O terapeuta muitas vezes é animado pelo sentimento de que o potencial evolutivo é muito aberto e depende em parte da qualidade da interação que se estabelece. Esse sentimento reflete um dos dados essenciais do trabalho com o adolescente: a densidade e o imediatismo da relação transferencial, mas também contra-transferencial. Se a intensidade dessa interação proporciona a energia necessária ao estabelecimento de um programa terapêutico para o adolescente, ela representa também, por parte dele, o meio de incluir esse novo adulto, o terapeuta, em suas projeções mais patológicas, com o ris-

co de se chegar a um impasse terapêutico. As primeiras entrevistas sempre oscilam entre esses dois pólos: o desligamento possível e o estabelecimento do quadro terapêutico necessário.

Entretanto, a demarcação do funcionamento psicopatológico do adolescente e a avaliação da qualidade das interações familiares constituem as primeiras preocupações do terapeuta. Mas é muito difícil dissociar, pela clareza pedagógica, o que faz parte do procedimento diagnóstico e o que já é da ordem de uma preocupação terapêutica. Neste capítulo, abordaremos sucessivamente os princípios e objetivos que subentendem o procedimento do terapeuta, e em seguida a própria prática clínica. Antes que se tome qualquer decisão relacionada a um adolescente e/ou à sua família, é necessário esse primeiro momento, que chamamos de entrevistas de avaliação.

PRINCÍPIOS E OBJETIVOS DAS PRIMEIRAS ENTREVISTAS

Durante essas primeiras entrevistas, o terapeuta é confrontado antes de tudo com a necessidade de uma avaliação diagnóstica global,

avaliação que leva em conta dados produzidos pela qualidade da relação adolescente-terapeuta e da dinâmica dessa relação por meio de algumas entrevistas iniciais, produzidos pelas hipóteses psicopatológicas sobre o funcionamento intrapsíquico tal como ele pode ser apreendido pelas condutas manifestadas e a dinâmica relacional, e produzidos finalmente pela análise das interações familiares e sociais. A partir desses dados, o clínico avalia logo após a entrevista aquilo que resta de suas preocupações essenciais: diagnóstico, prognóstico e terapêutica.

A Qualidade da Relação com o Adolescente e sua Família: O Problema do Diagnóstico

A preocupação diagnóstica é vista com maus olhos, e seus perigos são denunciados incansavelmente. É verdade que a adolescência, por sua instabilidade, por sua incerteza evolutiva, pelo caráter normalmente ruidoso e perturbador de certas manifestações banais, é um dos períodos da vida em que o estabelecimento de um diagnóstico psiquiátrico preciso torna-se aleatório. Além disso, ao se formular um diagnóstico que implica contra-attitudes em geral muito pesadas, como a que se observava no caso do “princípio de esquizofrenia simples” ou, ainda hoje, da “psicopatia”, corre-se o risco de cristalizar o processo evolutivo do adolescente e, pior ainda, de induzir no adolescente contra-identificações negativas correspondentes a esse diagnóstico psiquiátrico e que, falaciosamente, virão a confirmá-lo *a posteriori*. Pode-se resumir os perigos e os riscos de um diagnóstico psiquiátrico na adolescência da seguinte maneira:

- dificuldades de estabelecer uma correspondência entre uma fase mutante e evolutiva da vida e um quadro nosográfico fixado, delimitado muito mais em função da patologia mental do adulto ou, a rigor, da criança do que do próprio adolescente;
- risco de atribuir a uma conduta ruidosa, inquietante ou incômoda para o círculo (família, sociedade) o poder de explicar o conjunto do funcionamento mental: uma experiência com droga conduzindo ao diagnóstico

de toxicomania, um furto ao de delinquência, uma aventura homossexual ao de perversidade, etc;

- risco de proteção e de ancoragem operada pelo diagnóstico apresentado e pelas contra-attitudes que ele suscita, tanto no adolescente quanto no seu ambiente familiar ou social;
- flutuações freqüentes dos níveis de funcionamento psíquico do adolescente, flutuações que dependem em parte do momento e de circunstâncias pontuais, onde intervém a entrevista.

Contudo, a ausência de qualquer procedimento diagnóstico também comporta perigos próprios. Por um lado, pode-se renunciar a qualquer tentativa de síntese dos dados e limitar-se a attitudes espontâneas mais ou menos refletidas: isto culmina com o abandono de qualquer elaboração teórica, mas, sobretudo, de qualquer projeto terapêutico. Assim, deixa-se levar pelos acontecimentos. O adolescente, que está justamente em busca de sua identidade e de seus limites, será impelido inevitavelmente a condutas cada vez mais patológicas em face dessa ausência total de referência. Por outro lado, uma consequência freqüente dessa recusa de qualquer procedimento diagnóstico é o recurso a categorias que não são designadas como tais, não reconhecidas explicitamente porque elas se mantêm sob a forma de notações impressionistas, de referências à experiência anterior do terapeuta ou da instituição (tal adolescente parece com aquele antigo, este tem o ar de...). Trata-se então de uma classificação diagnóstica empírica não reconhecida, e totalmente dependente da subjetividade individual.

Portanto, a análise da psicopatologia das condutas do adolescente nos parece necessária, mas Widlöcher (1978) denuncia um segundo perigo, que consiste em distinguir artificialmente dois tipos de conduta: as que seriam do registro do compreensível, do vivido, em uma palavra: do normal, e as que seriam do registro do incompreensível, do sintoma, em uma palavra: do patológico (ver a esse respeito a discussão sobre o normal e o patológico). Não é na demarcação e na rotulação de uma série de sintomas que o procedimento diagnóstico será frutífero no adolescente. De fato, nessa idade, não há nenhuma conduta que possa um dia, ou ao menos uma vez, manifestar-se sem neces-

sariamente traduzir uma organização psicopatológica fixada. Mais do que demarcar condutas-sintomas, o clínico deve tentar analisar o funcionamento psíquico do paciente, mas também associar esse funcionamento às interações familiares das quais esse adolescente participa.

A análise da psicopatologia individual.

– Consideradas as observações anteriores, a demarcação de condutas deve levar em conta dados ao mesmo tempo diacrônicos e sincrônicos. No plano diacrônico, é importante avaliar em que medida a conduta do adolescente se apresenta em ruptura com relação ao seu passado, ou, ao contrário, parece traduzir uma continuidade seja sintomática, seja estrutural com a infância: a existência de uma ligação evidente com a sintomatologia da primeira infância geralmente traduz uma organização mais fixada. No plano sincrônico, é essencial a análise em termos econômicos e dinâmicos dessa conduta: que obstáculo ao conjunto do funcionamento psíquico, que desorganização no campo social ela provoca? Há investimentos não conflituosos preservados? Qual é a parte não patológica da personalidade? Quais são os mecanismos de defesa predominantes? Estes últimos permitem ainda uma adaptação satisfatória ou, ao contrário, acentuam a desadaptação à realidade externa?

Eventualmente, pode-se propor uma avaliação psicológica, avaliação cujo interesse consiste não apenas em uma avaliação do funcionamento psíquico, mas também em um encontro mediado por um material, o do teste, com uma pessoa cujo interesse se concentra no mundo interno do adolescente. Contudo, o momento e as condições em que se propõe esse balanço devem ser cuidadosamente pesados para que clínico e adolescente tirem o máximo proveito dele: os dados próprios ao balanço psicológico são agrupados em um item posterior (cf. item “O exame psicológico na adolescência”, neste capítulo).

A avaliação das interações familiares e sociais. – Indivíduo vulnerável e sensível, o adolescente depende ao extremo de seu ambiente. Isso deve ser levado em conta na avaliação. Estimamos que o encontro entre o terapeuta e os pais representa um momento essencial dessa avaliação. A qualidade e o tipo de interações

familiares permitem prejudicar as possibilidades de que dispõe o adolescente para se constituir como pessoa, com seus limites próprios, sua história familiar e seu projeto existencial. Aqui também há uma dupla demarcação, ao mesmo tempo sincrônica e diacrônica. A avaliação sincrônica consiste em apreender o tipo atual de interação entre o adolescente e seus pais: a “crise” do adolescente está ligada a uma “crise do meio de vida” junto aos pais ou ainda a uma “crise parental”? (ver item “O adolescente e sua família”, no Capítulo 16). Observam-se mecanismos patológicos que estariam travando o processo de autonomização do adolescente, como atitudes projetivas repetidas...? A avaliação diacrônica consiste em retomar a história do adolescente e sua inserção naquilo que é chamado de “mito familiar”. Uma atenção particular será dirigida ao primeiro desenvolvimento da criança e às primeiras dificuldades que possam ter aparecido. Além disso, a personalidade e as imagens dos avós do adolescente e a natureza das relações estabelecidas com eles representam normalmente um bom índice da maneira como o adolescente procura inserir-se na história real ou mítica de sua família.

O terapeuta poderá considerar assim a qualidade do ambiente social próximo. De fato, na adolescência, em razão dessa vulnerabilidade já mencionada, há, do nosso ponto de vista, uma inversão da perspectiva da psicopatologia individual e da qualidade do contexto ambiental. Na infância, em face de uma sintomatologia precisa, a constatação de graves carências no ambiente representa um fator atenuante da avaliação da patologia. Em compensação, na adolescência, em face de uma sintomatologia precisa, a constatação de uma desorganização no ambiente constitui um fator agravante da avaliação do patológico. A ausência de contexto, de limite coerente, só poderá favorecer e depois amplificar o aparecimento de conduta de ruptura.

A Preocupação Prognóstica

O segundo objetivo dessas entrevistas de avaliação é prognóstico. Duas séries de fatores permitem sustentar algumas hipóteses, embora o prognóstico seja sempre difícil e aleatório.

No plano do indivíduo, é essencial a avaliação da fluidez das condutas ou, ao contrário, de sua permanência através dos tempos e, sobretudo, de sua repetição. A repetição de uma conduta, em particular de uma conduta de ruptura (experiência com droga, fuga, atuação, etc.) assinala sempre um princípio de processo patológico, traduz a tendência do adolescente a não reconhecer nele próprio os conflitos e a projetá-los no ambiente e, conseqüentemente, acentua sua incapacidade crescente de elaborar e superar seus conflitos.

Um outro fator importante do prognóstico é representado pela capacidade do adolescente de se interessar por seu mundo psíquico interno, de tomar consciência, mas, principalmente, de aceitar tomar consciência da origem intrapsíquica das dificuldades apresentadas, de desenvolver uma certa solicitude em face de seus conflitos internos. O confronto do adolescente com seus conflitos intrapsíquicos e a reação que isso produz permitem verificar em que medida é possível um trabalho psicoterápico.

No plano familiar, a possibilidade de rearranjo relacional constitui um elemento importante do prognóstico. Em termos muito concretos, a capacidade que têm os pais de se mobilizar para ajudar seu adolescente (em particular aceitando as entrevistas propostas) é um bom indicador. Em um registro menos concreto, deve-se levar em conta a possibilidade que têm os pais de tomar alguma distância em relação à atualidade do conflito com seu adolescente, sua possibilidade de rever sua própria adolescência, de manter um contato empático com seu filho para além da oposição atual. Em geral, as manifestações ruidosas representam para o adolescente um meio mais ou menos consciente de testar seus próprios limites, mas também de testar o interesse que seu ambiente, sobretudo seus pais, possa ter em relação ao seu mundo intrapsíquico. Sua aparente e freqüente oposição a uma consulta médico-psicológica e, ao mesmo tempo, sua aceitação relativamente fácil quando seus pais insistem, ilustram esse duplo movimento de oposição e de procura de seu interesse.

Tanto em relação ao adolescente quanto em relação à sua família, a maneira como o terapeuta é investido, as modificações secundárias, seja de seus conselhos, seja mais diretamente de esboços de interpretações que ele possa ter

proposto, o trabalho intrapsíquico realizado pelo adolescente de uma consulta a outra, todos esses elementos são indicadores valiosos ao mesmo tempo para o prognóstico e para a motivação a iniciar e a prosseguir uma terapia; mas encontramos aqui o terceiro eixo dessas entrevistas de avaliação.

As Bases da Abordagem Terapêutica

A meta dessas duas ou três entrevistas de avaliação é chegar a uma proposição terapêutica. Contudo, em um grande número de casos, essas entrevistas, por si mesmas, podem ter tido um valor terapêutico e permitido uma elaboração intrapsíquica e/ou um rearranjo relacional intrafamiliar. Essas consultas terapêuticas, segundo a definição de Winnicott, são possíveis, como especificou esse autor, na medida em que:

- existe uma profunda motivação parental;
- o sintoma presente não é sobredeterminado (vários problemas ou conflitos são representados por essa conduta).

Contudo, na maioria dos casos, é necessário o estabelecimento de um quadro terapêutico. A abordagem terapêutica e as diversas estratégias possíveis são tratadas na quinta parte desta obra (cf. Capítulo 21).

AS PRIMEIRAS ENTREVISTAS: CONSELHOS PRÁTICOS

Após um exame rápido dos princípios e objetivos que subentendem a conduta dessas duas ou três entrevistas de avaliação, faremos aqui algumas recomendações práticas. Em nenhum caso estas devem ser entendidas como receitas ou como regras intangíveis: trata-se de proposições que consideramos útil adotar, mas que ao mesmo tempo deixam ao clínico a liberdade de manobra, a possibilidade quase sempre proveitosa de uma surpresa, a espontaneidade indispensável. Abordaremos brevemente dois pontos: 1) as relações entre o clínico, o adolescente e sua família; 2) a seqüência dessas duas ou três entrevistas.

As Relações Terapeuta-Adolescente-Pais

Para o terapeuta, a particularidade de seu trabalho com o adolescente é que, por um lado, estabelece com ele uma relação bastante próxima da que pode ter com um adulto, e, por outro, as relações necessárias com os pais aproximam muito mais a dinâmica das consultas da prática de psiquiatria infantil. De fato, na imensa maioria dos casos, o encontro entre o terapeuta e os pais é necessário, mas o momento desse encontro deve ser cuidadosamente delimitado.

Em um centro de consultas externas para adolescentes (Genebra), Ladame apresenta a seguinte percentagem de primeiros contatos: em 20% dos casos, o contato é feito pelo adolescente sozinho; em 37% dos casos, pelos pais e em 22% dos casos, por um médico ou um assistente social; em 6% dos casos, é feito pela escola ou pelo empregador (segundo o autor, a fraca percentagem de casos assinalados pela escola provavelmente decorre do fato de que a escola possui seu próprio serviço social e psicológico).

Qualquer que seja o modo de contato inicial, preconizamos o seguinte procedimento: a primeira entrevista é feita com o adolescente sozinho, sobretudo quando se trata de um adolescente maior (mais de 16 anos). Na prática, dois problemas se colocam em alguns casos: 1) às vezes, os pais ocupam demais o primeiro plano e têm a tendência a se antecipar à palavra de seu adolescente; 2) às vezes, o adolescente recusa que o terapeuta encontre seus pais ou recusa estar presente na entrevista com seus pais.

Achamos preferível evitar um encontro prévio com os pais. Em alguns casos, os pais, ou às vezes um deles, exigem encontrar o terapeuta previamente. Isso sempre deu-nos a impressão de que o adulto procurava de antemão incluir esse novo adulto em sua própria zona de controle, que essa manobra tinha a tendência a jogar o adolescente no campo do patológico criando uma coalizão pais-terapeuta. Se, de maneira geral, com uma criança com menos de 12-13 anos, não vemos problema em ouvir primeiro os pais na presença de seus filhos, a partir dos 13-14 anos, parece-nos desejável ouvir primeiro o adolescente. Vale notar que certos adoles-

centes muito perturbados ou que mantêm com os pais uma ligação de dependência agressiva e às vezes inclusive rancorosa, procuram fazer de tudo para vir à consulta, sem estarem nela verdadeiramente, por exemplo, chegando bêbados ou não se apresentando no horário previsto na sala de espera, ou entupidos de medicamentos: e então eles se esquivam usando frases como: “pergunte aos meus pais, eles podem explicar melhor que eu...; estou cansado, eles vão lhe contar, etc.”. Tais manobras vão no sentido de acentuar a passividade do adolescente, passividade que ele utilizará em face do terapeuta evitando qualquer explicação pessoal, e se remetendo ao discurso dos pais.

Inversamente, há adolescentes, em particular com mais de 16 anos, que recusam a eventualidade de uma entrevista pais-terapeuta. Isso não é muito comum, mas, na nossa prática, essa atitude testemunhava em geral interações mais patológicas e muito estereotipadas entre pais e adolescentes, ou então se manifestava nos casos em que um dos genitores tinha um desvio evidente: doença mental, alcoolismo grave, debilidade, etc. Mediante essa recusa, o adolescente procura ou proteger a imagem de seus pais, ou mascarar o aspecto patológico da relação. Nos dois casos, a realidade, para o adolescente, é uma fonte de perturbação, de vergonha narcísica; ele busca na relação com o terapeuta uma imagem parental substitutiva, idealizada, que ele teme que seja “contaminada” se esse terapeuta encontrar os pais reais, ou que ele próprio se sinta desprezado mediante o profundo desprezo que nutre por seus pais, e que ele também atribui de forma projetiva ao terapeuta.

Em todos os casos, ao longo dessas entrevistas de avaliação, parece-nos importante que o terapeuta afirme sua vontade de encontrar os pais, mesmo que o adolescente seja hostil a isso. Contudo, ele pode contemporizar, mas depois de ter esclarecido com o próprio adolescente os possíveis motivos dessa recusa.

Com mais frequência, o adolescente costuma aceitar e mesmo se mostrar satisfeito quando o terapeuta propõe uma entrevista com os pais. Também aqui, depois de ter assegurado o sigilo das informações intercambiadas entre adolescente e terapeuta, parece-nos desejável que o terapeuta só se encontre com

eles na presença do adolescente. Se há evidências de problemas graves de um dos genitores ou de uma patologia do casal, o terapeuta terá de escolher na sua estratégia de abordagem terapêutica o eixo a ser priorizado, visto que não poderá fazer tudo: ser o terapeuta do adolescente, de um dos genitores, do casal e das interações familiares, etc.

Quando se trata de um problema complexo, em que estão intrincados uma psicopatologia inquietante no adolescente, dificuldades psíquicas antigas em um dos genitores, um conflito latente, larvado, mas antigo no casal, interações familiares perturbadas..., o terapeuta deve saber que há poucas possibilidades de se colocar como terapeuta potencial de um ou outro membro da família. Na maioria das vezes, sobretudo em um primeiro contato psiquiátrico, os riscos de ruptura são grandes, tanto no adolescente quanto nos pais. A principal preocupação do terapeuta parece-nos residir então no cuidado de estabelecer eixos terapêuticos posteriores com outros terapeutas: psicoterapia do adolescente, terapia familiar, psicoterapia de genitor, hospitalização, internação terapêutica.

Contudo, quando se é confrontado com a situação habitual de conflito agudo em que ainda não há uma patologia específica cristalizada, as entrevistas de avaliação com os pais e o adolescente fornecem ao mesmo tempo elementos de informações sincrônicas atuais e diacrônicas históricas.

A Sequência das Entrevistas de Avaliação

Seremos bastante breves, pois, evidentemente, a diversidade de uma família a outra é extrema. Antes de apresentar proposições terapêuticas, salvo em caso de urgência e de evidência diagnóstica (como, por exemplo, um episódio psicótico agudo), consideramos necessárias duas ou três entrevistas.

A dinâmica da primeira entrevista é dominada pela natureza do contato com o adolescente e, quando os pais estão presentes, pela avaliação do tipo de interações familiares. Com muita frequência, essa entrevista é feita na atualidade das condutas do adolescente, na pressão exerci-

da pelo conflito entre os pais e seu filho, por um certo clima de urgência.

A segunda entrevista tem um tom em geral bem diferente, dominado às vezes pelo aspecto defensivo, e mesmo o retraimento. Os mecanismos de defesa em face da angústia, das manifestações sintomáticas, das surpresas mobilizadas no primeiro encontro normalmente ocupam o primeiro plano: banalização, recalque, fuga na "saúde", negação das dificuldades, clivagem. Ao contrário, em caso de investimento positivo persistente, a retomada dos temas levantados, uma rememoração, uma mobilização de afetos e de fantasias testemunham expectativas transferenciais, o interesse demonstrado nas entrevistas de investigação, e às vezes também de uma distensão sintomática real, que não é nem negação, nem banalização e nem recalque exacerbado. Nos dois casos, essa segunda entrevista permite assim avaliar um parâmetro importante: a tolerância à frustração e a capacidade de mentalizar esse eventual recrudescimento tensional. De fato, a primeira entrevista não proporciona a solução mágica aos problemas nem uma eliminação imediata das dificuldades. Certos adolescentes e suas famílias não toleram essa expectativa e essa frustração relativa. "Isso não serve para nada", "é sempre a mesma coisa", podem dizer alternadamente o adolescente e os pais. Outros se colocam em uma posição defensiva e passiva, alegando já ter "dado" tudo na primeira entrevista ("a gente já disse tudo", "não tenho mais nada a dizer"). Eles esperam em retorno o que o terapeuta vai "dar" agora, numa tentativa de assumir o "controle" da situação clínica pelo estabelecimento de uma simetria artificial.

As entrevistas seguintes testemunham no adolescente a qualidade de seus investimentos tanto na pessoa do terapeuta quanto no fato de ser levado dessa maneira a falar de si a alguém. É importante distinguir esses dois planos. O investimento de dimensão transferencial sobre a pessoa do terapeuta é relativamente fácil de demarcar, e às vezes inclusive é de uma rapidez de desenvolvimento e de uma intensidade muito característica da relação adolescente-terapeuta. Mas quando esse investimento é pesado e invasivo, ele pressupõe em geral uma fantasia de sedução e uma crença mágica ou projetiva na suposta onipotência do terapeuta que cons-

tituem obstáculos no investimento do trabalho de introspecção, de auto-observação e de capacidade crescente de falar “de si a alguém”. O terapeuta estará atento, portanto, não apenas às eventuais manifestações diretamente transferíveis (expectativa das entrevistas), mas também à capacidade do adolescente de lembrar um tema já abordado, de levar em conta o que já foi dito, de oferecer um material novo, de enunciar um problema voluntariamente ocultado nos primeiros encontros, de abordar o domínio dos sonhos, das fantasias e visões, etc.

No caso de ter sido feita uma prescrição medicamentosa, essas entrevistas servem também para avaliar seus efeitos, para constatar as modificações sintomáticas, a freqüente emergência de um problema novo, a observância das prescrições pelo adolescente ou o contrário.

A seqüência de entrevistas permite não apenas uma avaliação dinâmica do próprio adolescente, mas também de sua família e de suas capacidades de mobilização. De fato, a mobilização familiar evidencia-se no interesse que os pais demonstram por essas entrevistas, em sua solicitação e/ou acordo para participar delas, nos eventuais rearranjos operados ou, inversamente, nos reforços defensivos, na acentuação dos conflitos interindividuais, em um recrudescimento das diversas atuações, etc. Esses parâmetros são indicadores valiosos para tomar-se certas decisões terapêuticas, como uma terapia familiar ou uma separação em forma de hospitalização ou, mais ainda, da ida para um internato, para uma instituição (ver também: item “A consulta terapêutica”, no Capítulo 22)

Ao final dessas entrevistas, se o adolescente aparenta condutas reveladoras de uma organização psicopatológica que tem todas as chances de travar o desenvolvimento normal do processo de adolescência, é importante que o terapeuta informe claramente ao próprio adolescente e aos seus pais sobre a gravidade de sua avaliação e sobre o tratamento que lhe parece necessário. Para nós, o mérito do ponto de vista genético na compreensão da adolescência (a adolescência como processo de desenvolvimento e, em particular, como segunda fase de separação-individação) está justamente em ter focalizado a atenção no desdo-

bramento na idade adulta das condutas atuais e no seu potencial de entrave de um tal desenvolvimento. Ele se opõe ao ponto de vista dinâmico, onde há o risco de banalizar as manifestações, tomando-as como mero testemunho da “crise de adolescência” e, conseqüentemente, limitando-se a “esperar para ver”. Laufer, que adota o primeiro ponto de vista, é muito enfático quando declara: “eu exijo deles (os pais e o adolescente) que percebam uma parte da recusa da gravidade do problema que pode ter se arrastado por um longo tempo antes do tratamento, e talvez antes que a patologia fosse reconhecida”. Segundo o autor, essa maneira de dramatização do problema permite o estabelecimento de um quadro terapêutico, favorece a mobilização e a motivação para o tratamento do adolescente e de sua família, e possibilita a continuidade desse tratamento, o que constitui *in fine* um dos objetivos essenciais dessas entrevistas de avaliação.

O EXAME PSICOLÓGICO NA ADOLESCÊNCIA³

O exame psicológico, geralmente situado na mesma categoria que as técnicas de exploração de laboratório, é assimilado por certos práticos a um exame complementar que permite circunscrever objetivamente o funcionamento psíquico de um indivíduo, ao mesmo tempo em suas dimensões intelectuais, instrumentais e afetivas; seria reduzir o exame psicológico à aplicação de um conjunto de técnicas (os testes); seria esquecer a importância do âmbito relacional no qual esse exame se realiza e do âmbito em que esse exame é prescrito ou, preferiríamos dizer, é proposto ao adolescente.

De fato, a proposição de um exame psicológico deve passar pela aceitação do sujeito e por certas condições de aplicação; o que em geral coloca alguns problemas práticos para o clínico que trata de adolescentes.

³ Item redigido por Nicole Duplant, psicóloga, unidade para adolescentes, serviço de psiquiatria da criança e do adolescente, hospital de Salpêtrière, Paris.

As Dificuldades do Exame Psicológico na Adolescência – Como Resolvê-los?

Os especialistas costumam reear o encontro com um adolescente, porque eles têm na cabeça uma espécie de retrato-robô de um adolescente, ora reticente, ora inibido, que geralmente tem dificuldade de traduzir verbalmente um mal-estar que expressa melhor nas múltiplas atuações mais ou menos espetaculares ou violentas.

Por isso, são muitos os especialistas, sejam médicos ou psicólogos, que temem propor ao adolescente um exame psicológico, que poderia ser visto por este como um ataque sistemático ameaçando a precária base de apoio que constituem, por exemplo, as reações de imponência ou de inibição.

Contudo, parece possível conduzir a apresentação do exame psicológico de modo que o adolescente não o receba como um ataque intrusivo.

Propor um exame psicológico. – Atualmente, a maioria dos psicólogos que trabalham com adolescentes prefere falar de balanço psicológico, em vez de exame psicológico. A palavra exame implica a avaliação de uma situação atual, que põe em evidência um passivo, mas também um ativo. Isso coloca os testes em uma dimensão bem diferente da inflexível prova de capacidades. E também abre caminho a uma possibilidade de mudança com relação à situação de crise que se produz normalmente com as primeiras consultas. Se o clínico apresenta dessa maneira os objetivos do balanço psicológico, o adolescente se sentirá convidado a participar, e não obrigado a se submeter a um exame com tudo o que isso subentende de performances que terá de cumprir e de intrusões em seu mundo interior que terá de suportar; propondo ao adolescente participar ativamente de um balanço da situação atual, o psicólogo também se livra de uma imagem de examinador investido de qualidades tanto boas quanto más, que manipula ferramentas cuja onipotência mística lhe permitirá ter acesso imediato àquilo que teria sido inacessível ao clínico que solicita o balanço psicológico depois de uma ou várias entrevistas prévias. Portanto, o psicólogo e o

clínico darão ao adolescente uma oportunidade importante de investir o balanço psicológico, desde que não subestimem sua apresentação. O psicólogo tem uma outra tarefa a cumprir.

Compreender a dinâmica relacional em que surge a solicitação de exame psicológico.

– Se é necessário que o psicólogo avalie bem as cargas afetivas inerentes à situação em que se encontra o adolescente, é igualmente necessário que ele tome consciência da aposta que esse balanço representa para todos que aguardam ansiosamente por seus resultados. O adolescente é objeto de muitas inquietações nesse momento do balanço. O clínico às vezes pede a intervenção do psicólogo, porque se vê confrontado com um problema diagnóstico. Os pais aderem facilmente à proposição de um exame psicológico, porque querem assegurar-se da normalidade de seu filho. Mas a precipitação dos adultos em aconselhar o adolescente a fazer o balanço psicológico tem sempre o risco de aumentar a perturbação do adolescente em face de sua vida interior, perturbação contra a qual ele luta seja pela recusa de seu sofrimento, seja por uma procura ansiosa daquilo que o assegure de sua própria normalidade.

O psicólogo encarna para o adolescente o representante de todos os adultos inquietos a seu respeito; portanto, ele corre o risco de arcar com todas as consequências dessas substituições, seja pela exacerbação das defesas, seja por um exagero, mais ou menos inconsciente, por parte do adolescente, da morbidade dos temas expressados. A interpretação dos protocolos recolhidos nessas circunstâncias deve levar em conta essa dinâmica complicada. O adolescente pode ser levado a se mostrar ainda mais “louco” do que os adultos ou do que ele próprio temem que seja.

A decisão do balanço psicológico deve obedecer a uma reflexão comum por parte do clínico e do psicólogo, mais do que a um impulso diante de uma inquietação.

Importância do momento em que o balanço psicológico é proposto ao adolescente.

– A decisão quanto ao momento de propor o balanço psicológico é crucial. O psicólogo deve deixar de lado qualquer noção de urgência, que só serviria para acentuar as dificuldades do

exame e concorrer para a dramatização de um clima geral já bastante tenso na maioria das vezes. Sua intervenção só se mostrará frutífera no momento em que o adolescente parece estar começando a se indagar sobre si mesmo, depois de ter se distanciado um pouco daqueles que o pressionaram a fazer uma consulta ou a se internar. A intervenção do psicólogo é um pouco diferente na consulta a na hospitalização.

1) *Na consulta.* – É raro que o próprio adolescente marque uma consulta; geralmente ele é levado a se consultar por seus pais, ou estes são aconselhados por um terceiro (pedagogo, médico da escola, médico generalista, assistente social...). É raro, portanto, que um adolescente se mobilize de imediato para participar de um balanço psicológico. Um “exame” psicológico imposto sistematicamente desde a primeira consulta nunca será tão frutífero quanto o balanço proposto após algumas entrevistas. É preciso deixar ao adolescente a possibilidade de se individualizar sem hesitação nem inibição com relação às consultas; assim, clínico e adolescente encararão o balanço psicológico como o meio de proporcionar-se mutuamente informações novas. A perspectiva do balanço psicológico deve inscrever-se sempre na possibilidade de abertura ou de mudança, e não apenas resumir-se a uma contribuição diagnóstica cujos termos prognósticos freqüentemente associados são excessivamente cristalizadores para esse período de instabilidade.

2) *Na hospitalização.* – O balanço psicológico praticado durante uma hospitalização que teria como único objetivo estabelecer um diagnóstico esbarraria nos mesmos limites que o balanço psicológico em consulta. A hospitalização e a doença que a tornam necessária representam para o adolescente uma experiência dolorosa à qual seria inútil acrescentar a prova de uma investigação psicológica com finalidade meramente diagnóstica.

O balanço psicológico será proposto ao adolescente mais ao final da hospitalização, como a ocasião manifesta para demonstrar seu restabelecimento após as perturbações vividas nessa crise aguda. A avaliação do resultado das alterações de equilíbrio psicológico da adolescência constitui, aliás, a parte mais interessante da análise dos dados recolhidos

pelo psicólogo. Ela pode permitir ao clínico trabalhar melhor com o adolescente a construção do futuro a curto e médio prazo, pode encorajá-lo a adotar um tipo de tratamento, seja ele, por exemplo, institucional ou psicoterápico.

Sendo a adolescência um período de mudanças incessantes, os psicólogos orientam-se cada vez mais para uma interpretação dinâmica dos dados do balanço psicológico, de preferência para uma acumulação diagnóstica de sinais patognomônicos de estruturas precisas (psicótica, neurótica, pré-psicótica). O balanço psicológico revela-se cada vez mais como um meio de abordagem clínica com particularidades muito interessantes.

Interesse e Natureza do Exame Psicológico na Adolescência

Não existem testes exclusivos para os adolescentes: utilizam-se testes aplicáveis desde a infância média para as provas projetivas e testes psicométricos que comportam amostras de referência.

Sentido e natureza dos testes psicométricos. – A utilização desses testes muitas vezes assume um caráter criticável quando o psicólogo se contenta com uma medida do quociente intelectual, sem uma abordagem clínica das possibilidades do adolescente de investir as atividades intelectuais, que tanto podem ajudá-lo a se libertar de uma vida fantasiosa excessivamente intensa, quanto lhe proporcionar meios de valorização social e narcísica. A inibição ou o desinvestimento intelectual geralmente tem conseqüências catastróficas quanto ao futuro de um adolescente empurrado precocemente a uma escolha profissional e a uma inserção social. Portanto, o psicólogo não pode desprezar sua eventual interferência nas dificuldades do adolescente em crise.

As provas mais adotadas são os testes de eficiência intelectual de tipo Weschler (um mesmo conjunto de subtestes propostos para todas as idades, mas pontuados diferentemente conforme a idade). Trata-se do WAIS (Escala de Inteligência Weschler para Adultos), a partir dos 13 anos, ou

do WISC-R (Escala de Inteligência Weschler para Crianças – Forma revisada), até 16 anos e meio.

O estudo das variações de eficiência (Scatter) nos diversos subtestes proporciona dados clínicos interessantes, particularmente sobre as defasagens que podem ocorrer entre certas notas em função de transtornos instrumentais persistentes nessa idade, de dificuldades emocionais ou de transtornos cognitivos propriamente ditos.

As provas inspiradas nas teorias piagetianas, como a EPL (Escala de Pensamento Lógico de Longeot), constituem um complemento frutífero ao exame cognitivo nos casos em que se observam essas defasagens nos diferentes setores do funcionamento intelectual (desarmonia cognitiva) e permitem testar a homogeneidade dos níveis de desenvolvimento do pensamento lógico. Os trabalhos realizados por Gibello e colaboradores sobre crianças e adolescentes em situação de fracasso escolar mostraram que muitos deles raciocinam em níveis diferentes de pensamento (fase concreta, operatória, pré-formal ou formal) conforme as provas que lhes são propostas (cf. o item “O modelo cognitivo e educativo”, no Capítulo 1).

Sentido e natureza dos testes projetivos.

– Os testes projetivos são utilizados há cerca de quarenta anos. Trata-se de propor ao sujeito um material suficientemente informal para que ele projete sua personalidade segundo sua própria maneira de perceber a realidade e de organizar sua experiência emocional em face desse real. Os psicólogos se indagaram muitas vezes sobre a própria natureza desse processo projetivo. Para D. Anzieu, trata-se de uma obra criadora que apela à percepção, à imaginação, à associação de idéias e à expressão verbal. É uma obra de expressão que não é totalmente livre, visto que é solicitada por um material preexistente, mas é também uma expressão dependente da ligação estabelecida entre o psicólogo e o sujeito. C. Chabert e N. Rausch de Traubenberg vêem nisso o efeito de um encontro entre o psicólogo e o sujeito “mediado pela existência material de um objeto terceiro (o material do teste)” e estabelecem um parentesco entre o funcionamento solicitado para as provas projetivas e a aptidão a brincar (no sentido do *playing* de Winnicott). Esse encontro se desenvolve em um *espaço tran-*

sicional entre o real e o imaginário. Para outros psicólogos, a situação projetiva é uma situação *não de paradoxo*, mas de *conflito*, porque ela encoraja o sujeito à expressão do eu respeitando ao mesmo tempo a realidade. Em todos os casos, a situação projetiva é um encorajamento ao sujeito para que construa um arranjo entre a realidade e a fantasmática. Esse arranjo situa-se na zona da normalidade quando se estabelece segundo uma flexibilidade de funcionamento mental aliando a realização de potencialidades intelectuais, a expressão fantasmática sem um transbordamento que desorganize a adaptação ao real e a integração social, sem repressão excessiva da vida afetiva e sem redução das capacidades criativas.

Os psicólogos abordam agora as respostas propostas pelo sujeito como a resultante do compromisso entre exigências da realidade exterior e exigências interiores.

Nisto reside o interesse de aplicação dessas provas em um período como a adolescência que justamente questiona as possibilidades do adolescente de estabelecer um equilíbrio entre sua vida interior renovada e as exigências sociais, em um movimento dialético entre progressão e regressão.

O teste de Rorschach é uma prova que encoraja ao mesmo tempo a uma atividade perceptiva criativa e a uma expressão imaginária pessoal. Esse teste é particularmente sensível à projeção da imagem do corpo e às das imagens parentais que são suportes de identificação (trabalhos de Rausch de Traubenberg). Isso mostra o interesse dos dados recolhidos graças à administração desse teste sobre a intensidade das perturbações e as possibilidades de reorganização da imagem corporal nesse momento de alteração pubertária. Os protocolos de Rorschach de adolescentes permitem circunscrever rapidamente os problemas de identificação sexual e seu tipo. Trata-se igualmente de uma ferramenta capaz de ajudar a detectar um risco de suicídio, assim como um risco de evolução para um processo dissociativo nos adolescentes que tenham apresentado um episódio delirante agudo ou que tenham mergulhado no apragmatismo, na desinserção escolar e/ou social.

O TAT (Thematic Aperception Test) é uma prova temática que oferece a possibilidade de circunscrever as capacidades do adolescente de conflitualizar as situações duais ou triangula-

res apresentadas nas imagens do teste, de desligar-se delas sem afetar demais suas necessidades pessoais fundamentais. Essa dinâmica relacional é perceptível na leitura das narrativas feitas pelo adolescente para cada imagem, sem que os mecanismos defensivos prejudiquem a expressão de sua problemática pessoal. Os trabalhos de V. Shentoub visam a uma análise de mecanismos de estruturação verbal das narrativas que testemunham capacidades de elaboração mental; eles visam também a uma técnica de avaliação da ressonância fantasmática, isto é, da possibilidade do adolescente de “jogar” nos diversos níveis de sua vida afetiva (genitais e pré-genitais).

O teste da Aldeia, embora raramente utilizado, a não ser junto a jovens delinquentes (trabalhos de M. T. Mazerol), é uma prova “desrealizante” bem aceita pelos adolescentes: propõe-se um material lúdico suscetível de incitá-los à regressão, mas também a uma atividade criadora original (construir uma aldeia da sua cabeça). Os trabalhos de M. Monod permitiram circunscrever, mediante a análise simbólica do espaço de construção da aldeia, uma zona representativa do investimento do Ego e de sua coerência interna.

Não obstante a ausência de trabalhos que proponham dados normativos estáveis para o conjunto dos testes projetivos na adolescência, sua aplicação é de grande interesse clínico. As provas projetivas permitem apreender alguns instantes da mobilidade extrema dos adolescentes, e podem proporcionar ao próprio adolescente os meios de se perceber fugazmente, seja em suas contradições, seja na permanência de certas preocupações.

Em contrapartida, a aplicação de provas de tipo questionário, como o MMPI (Inventário Multifásico Minnesota de Personalidade) esbarra em certas dificuldades. Geralmente são vistas pelo adolescente como provas muito maçantes. Além disso, o MMPI não pode ser proposto antes dos 16 anos, pois não foi validado para os adolescentes mais jovens. Por outro lado, essa prova exige um bom nível de compressão verbal, se não um bom nível cultural: as questões normalmente são colocadas de uma forma verbal duplamente negativa, sua tradução do inglês às vezes é muito literal e o adolescente logo se desinteressa de questões que lhe parecem muito distantes de seu mundo cotidiano atual.

Benefícios do balanço psicológico na vivência dos adolescentes: a mediação e o aporte narcísico. – O material dos testes mediatiza a expressão na medida em que proporciona um suporte às projeções que não são mais vividas pelo adolescente como o fruto de sua “loucura”, e sim do próprio material. Assim, a palavra acaba perdendo esse caráter persecutório e angustiante que costuma provocar nos adolescentes que preferem o agir. O material autoriza o adolescente a pensar e, sobretudo, a expressar seu pensamento sem que ele seja perigoso para aqueles a quem se dirige, visto que esse pensamento é justificado pela própria existência do material.

Finalmente, o balanço psicológico na adolescência pode ser a ocasião de uma prova narcísica que não leva necessariamente a uma constatação de fracasso e de anormalidade. Ao contrário, o adolescente pode encontrar ali um meio de valorização narcísica e de constituição do eu longe do olhar dos pais, dos educadores ou dos congêneres, desde que ele se sinta apoiado, em vez de questionado.

O balanço psicológico revela-se às vezes como a alavanca de uma demanda de ajuda psicoterápica em um adolescente intrigado por suas interações, que se tornam para ele, no confronto com o real, um objeto de trabalho interno.

Cabe ao psicólogo, portanto, situar-se em uma relação de confiança com o adolescente, tirar proveito do caráter único e momentâneo desse encontro para proporcionar a ele os meios de se reconstituir narcisicamente (como em um trabalho de criação artística ou literária) em face do conjunto de provas projetivas e psicométricas que lhe são apresentadas como meio de expressão.

Cabe ao clínico evitar pedir ao adolescente que passe por um balanço psicológico como se prescrevesse um exame complementar para ajudá-lo em seu diagnóstico. Essa atitude reforçaria ainda mais o adolescente numa vivência puramente persecutória dos testes.

Psicólogos e clínicos devem resistir juntos às pressões ansiosas daqueles que rodeiam o adolescente em sua vida cotidiana, mas devem resistir também ao seu próprio desejo de investigação e à sua própria inquietude sobre o estado psíquico do adolescente a fim de protelar ao máximo a decisão do balanço,

até o momento em que o adolescente possa ver nele uma oportunidade de abertura, de mudança e de segurança narcísica no decurso de uma crise mais ou menos desestruturante

para ele, operando-se assim um deslocamento da curiosidade do clínico e do psicólogo para a curiosidade do adolescente a respeito de si mesmo.

REFERÊNCIAS

- ANZIEU D. : *Les méthodes projectives*. PUF, Paris, 1965.
- BRACONNIER. : Hygiène mentale de l'adolescent. *Encycl. méd. chir. : Psychiatrie*, 1982, 37960, D 50.
- BRUSSET B. : La démarche diagnostique dans la pathologie de l'adolescent. *Rev. Neuropsychiat. Infant.*, 1978, 26, 10-11, 559-567.
- CHABERT C., RAUSCH DE TRAUBENBERG N. : Tests de projection de la personnalité chez l'enfant. *Encycl. méd. chir. Psychiatrie*, 1982, 37190, B 10-2.
- GIBELLO B. : Dysharmonie cognitive. *Rev. Neuropsychiat. Infant.*, 1976, n° 9.
- GIBELLO M.L., GIBELLO B., SANGLADE A. : L'examen psychologique de l'enfant : les tests d'intelligence, d'aptitude et de raisonnement. *Encycl. U (méd. hir. : Psychiatrie*, 1983, 37180, C 10-2.
- KAPLAN A.H. : Joint parent-adolescent interviews in the psychotherapy of the younger adolescent. In : *Adolescence : psychosocial perspectives* (G. CAPLAN, S. LEBOVICI Ed.). Basic Books, New York, 1969.
- LADAME F.G. : Conception et fonctionnement du service de psychiatrie pour adolescents de Genève. *Rev. Neuropsychiat. infant.*, 1978, 26, 10-11, 571-579.
- LAUFER M. : Psychopathologie de l'adolescent : quelques principes d'évaluation et de traitement. *Adolescence*, 1983, 1, 1, 13-28.
- MAZEROL M.T. : Contribution à l'étude des personnalités délinquantes : Apport du test du Village. *Annales de Vaucluse*, 1969, n° 8, 1966, n° 4.
- MAZET PH., BRACONNIER A. : Adolescence et examen de l'adolescent. *Encycl. méd. chir. : Psychiatrie*, 1979, 37102, E 10.
- MONOD M. : *Le test du Village : Technique projective non verbale. Manuel d'Application*. Delachaux et Niestlé, Neuchâtel, 1970.
- RAUSCH DE TRAUBENBERG (en collaboration avec: M.F. BOIZON et C. CHABERT) : Représentation de Soi. Identité. Identification au Rorschach chez l'enfant et l'adulte. *Psychologie Française*, 1978-1979, XXXII, n° 3 à 7.
- SHENTOUB V. : TAT Test de Créativité. *Psychologie Française*, 1981, 26, n° 1.
- SHENTOUB V., DEBRAY R. : Fondements théoriques du processus TAT *Bull. Psychol.*, 1970-1971, 24, n° 292.
- WIDLÖCHER D. : La question du normal et du pathologique à l'adolescence. *Rev. Neuropsychiat. Infant.*, 1978, 26, 10-11, 533-537.

SEGUNDA PARTE

ESTUDO PSICOPATOLÓGICO
DAS CONDUTAS

Epidemiologia das Condutas

Os estudos epidemiológicos referentes às condutas dos adolescentes multiplicaram-se nos últimos anos. Dados muito interessantes para o clínico começam a emergir desses trabalhos, em particular quando podem ser examinados em uma perspectiva longitudinal e evolutiva.

Evidentemente, a conduta clínica é sempre singular. Podemos dizer que o terapeuta diante de seu paciente não tem de produzir dados epidemiológicos referentes a um conjunto de indivíduos: o terapeuta ouve um sujeito singular.

Um tal ponto de vista justifica-se na posição do terapeuta, mas não mais na posição de terapeuta, em particular no âmbito de um trabalho institucional público. Parece evidente que as proposições de atendimento devem levar em conta a intensidade das perturbações e do risco evolutivo posterior. Parece evidente também que a possibilidade de atendimento depende da capacidade dos indivíduos (família e/ou adolescente) de ter acesso ao sistema de atendimento. Desse ponto de vista, um bom conhecimento dos dados epidemiológicos recentes constitui o “pano de fundo” que dá ao terapeuta a perspectiva e a profundidade para avaliar a situação de um indivíduo.

EPIDEMIOLOGIA E SAÚDE PÚBLICA

Condutas Patológicas e Doenças

As pesquisas epidemiológicas permitem definir para uma conduta particular (tentativa de suicídio, conduta bulímica, consumo de um produto tóxico, etc.) ou uma “doença” (anorexia mental, bulimia nervosa, depressão, etc.) as taxas de:

– **Prevalência:** número de casos de doenças ou de doentes ou de qualquer outra ocorrência em uma determinada população sem distinção entre os casos novos e os antigos. Expressada em proporção sobre o número de indivíduos, ela deve ser sempre situada no tempo.

– **Incidência:** número de casos novos de doenças ou de suspeitas que apareceram durante um determinado período em uma população definida.

– **Morbidade:** soma de doenças ou dos traços referentes a um indivíduo ou a um grupo de indivíduos em um determinado período de tempo.

– **Mortalidade:** taxa de mortalidade: relação existente entre o número de mortes e a

cifra da população onde elas ocorreram durante um determinado período de tempo.

Essas informações são necessárias para conhecer as necessidades sanitárias de uma população particular, mas também para acompanhar a evolução natural de uma patologia e afinar os conhecimentos catamnéticos.

Contexto de Vida e Traço Individual

Ao lado das condutas patológicas, as pesquisas epidemiológicas procuram circunscrever também as características individuais (comportamento, pensamento, relações familiares e sociais, escolaridade, etc.) da população adolescente. Isso permite demarcar correlações ou “fatores de risco” cuja presença aumenta a probabilidade de ocorrência de uma conduta ou de um estado patológico. Esses fatores de risco, que não são fatores causais e que, conseqüentemente, devem ser distinguidos de mecanismos explicativos, permitem, no entanto, demarcar “grupos de risco” no interior da população. Um “grupo de risco” constitui um subconjunto da população que partilha um certo número de características, traços ou comportamentos similares. Com relação a uma conduta patológica particular, a taxa de incidência, de prevalência e de morbidade nesse “grupo de risco” assim definido é significativamente maior, do ponto de vista estatístico, do que a da população normal (podemos definir inversamente “grupos resistentes” com “mecanismos protetores”). A título de exemplo, a existência entre 14 e 16 anos das condutas seguintes:

- tabagismo (mais de 10 cigarros por dia);
- furto em local público;
- atraso escolar freqüente

define um “grupo de risco” para o qual é sensivelmente maior a probabilidade de aceitação posterior pelo adolescente de uma oferta de consumo de droga (Choquet et al., 1992).

Assim, as correlações entre condutas pertencentes a campos tão diferentes (no exemplo citado: campo da escolaridade, problema de delinquência e problema de consumo individual de cigarro) podem adquirir uma significação potencial que freqüentemente escapa à avaliação individual.

Idealmente, o reconhecimento do “grupo de risco” deveria ter como objetivo definir melhor uma política sanitária de prevenção (ver o item “Prevenção e acolhimento”, no Capítulo 21) e utilizar de modo mais adequado os meios disponíveis.

Contudo, a definição de “grupo de risco” também apresenta um perigo: o de uma designação patológica potencial tendo como efeito negativo um processo de “inscrição no índice” que em sociologia é chamado de “profecia autocriadora”. Por isso, esse reconhecimento de um “grupo de risco” implica a definição de ações de prevenção dirigida (ver Capítulo 21) e a consideração de atitudes individuais em relação aos sistemas de atendimento.

EPIDEMIOLOGIA E CUIDADO INDIVIDUAL

Um bom conhecimento dos dados epidemiológicos recentes também representa para o clínico um parâmetro novo que ele deve levar em conta em sua avaliação. Desse ponto de vista, não é tanto o aspecto quantitativo (prevalência, incidência, morbidade, etc.) que importa, mas o aspecto qualitativo e, sobretudo, evolutivo. A avaliação psicopatológica individual, em particular o ponto de vista psicodinâmico, deve ser ponderada à luz desses conhecimentos epidemiológicos. Não se trata de fazer uma “rotulagem patológica” suplementar, mas, ao contrário, na medida em que os fatores psicológicos individuais e a qualidade do contato com o próprio adolescente pareçam tranquilizadores, trata-se de saber que outros fatores podem ter um peso tal que esse adolescente não consiga se libertar das restrições impostas.

A título de exemplo, quando um adolescente apresenta dificuldades, a qualidade das relações familiares é um parâmetro de avaliação importante. Os estudos epidemiológicos mostram, sem dúvida, que é preferível ter boas relações a ter relações hostis com os pais (em particular com o pai), mas mostram ainda, o que é mais interessante, que é preferível relações com um pai visto como hostil do que uma ausência de relação com um pai indiferente.

Outro exemplo: episódios de dimensão bulímica são bastante freqüentes entre 14 e 16 anos (28,2% das meninas e 20,5% dos meninos têm pelo menos um episódio bulímico no ano). Nos meninos, a freqüência desses episódios tende a diminuir com a idade. Nas meninas, a associação dessas crises com estratégias de controle de peso (vômitos, regime, medicamentos), que aumentam regularmente com a idade, podem fixar a patologia. Tanto quanto os acessos bulímicos intermitentes do menino podem ser banalizados, os acessos bulímicos na menina justificam um acompanhamento atento.

AS VARIÁVEIS PERTINENTES E DISCRIMINANTES

Nas análises epidemiológicas sobre a saúde dos adolescentes, quatro variáveis se revelam como particularmente pertinentes para discriminar os adolescentes uns dos outros, geralmente sobrepondo-se aos outros parâmetros.

O Parâmetro Sexo-Idade

Não há praticamente nenhum traço comportamental ou estado afetivo, nenhuma patologia particular que não apresente uma prevalência

e uma incidência muito diferentes, segundo o sexo, menino ou menina: queixa somática, pensamento depressivo, conduta alimentar, conduta externalizada, acidentes e riscos, consumo de produto, tudo isso tem prevalências e incidências diferentes segundo o sexo. Essa última variável normalmente se sobrepõe a todas as outras na explicação das diferenças entre indivíduos.

Além disso, a incidência evolui de modo diferente com a idade, de tal forma que a defasagem entre os sexos tende a aumentar com a idade (cf. Figura 4.1).

As Relações com os Pais

Quando os dois genitores estão regularmente presentes, a situação matrimonial do casal nem sempre é um fator de diferenciação pertinente; em compensação, o clima familiar e sobre a qualidade do contato com os pais são fatores significativos de diferenciação dos adolescentes com ou sem problemas. Contudo, a existência de uma relação hostil parece preferível a uma indiferença do pai (a mãe muitas vezes é vista como hostil mais pelas meninas de 17-18 anos, porém, nunca indiferente). Essa constatação epidemiológica (forte correlação com certos transtornos de condutas, em particular a patologia comportamental) confirma a descrição psicológica do trabalho de adolescência: de fato, um pai visto como hostil represen-

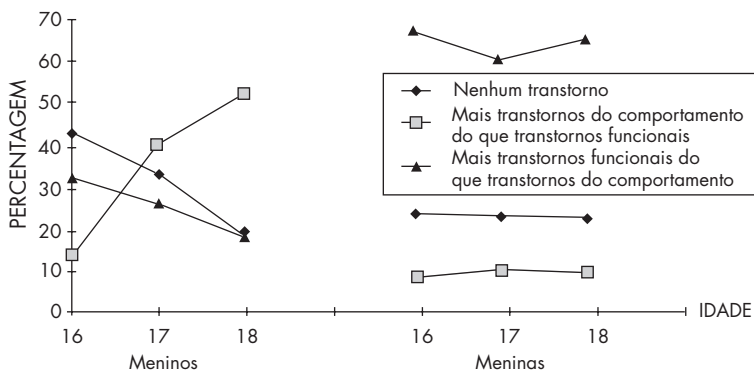


Figura 4.1 Predominância de transtornos na idade da adolescência (Choquet, Ledoux, Menke, INSERM U., 169, *La Doc. Française*, Paris, 1968).

(Transtorno funcional = queixa somática, estado afetivo, conduta alimentar; transtorno do comportamento = conduta agida, acidente, consumo de produto).

ta um limite para o adolescente, enquanto que um pai indiferente deixa o adolescente em face de si mesmo e de uma falta de continente. A ausência total de um dos genitores, sobretudo quando se trata do pai (situação de longe mais freqüente) constitui sempre um fator de risco considerável (Gowers et al., 1993).

O Papel da Escolaridade

Existe uma forte correlação entre a manutenção e a continuidade da escolaridade, por um lado, e a existência de dificuldades na adolescência, por outro, sendo alguns desses problemas correlacionados à qualidade dos estudos. Assim, a pesquisa de M. Choquet (1988) mostra que os alunos dos ciclos curtos (colégios profissionalizantes) apresentam mais condutas de risco, de consumo de álcool, de badernas; eles também têm mais problemas de saúde, embora consultem com menos freqüência. Esses dados são encontrados também em uma população em desemprego ou desescolarizada de adolescentes ou jovens adultos (levantamento L. Harris, maio de 1991 junto a 1.031 jovens com menos de 25 anos em processo de inserção: 42% com problemas de sono, 32% com problemas alimentares, 60% fumam muito, 30% bebem muito, 20% já consumiram uma droga, 32% se dizem “deprimidos”, 38% pensaram em suicídio e 17% fizeram uma ou várias tentativas, 10% das meninas submeteram-se a um aborto voluntário das quais 13% não se beneficiaram de nenhuma proteção social e 41% deixaram “algumas vezes” ou “freqüentemente” de procurar um atendimento em razão do custo).

Esses fatos particularmente preocupantes são apenas a amplificação na faixa etária seguinte de dados já encontrados na faixa etária de 11 a 18 anos: o atraso e o absenteísmo escolar freqüentes, a exclusão e a interrupção da escolaridade representam sempre fatores de risco para a saúde física e psíquica dos adolescentes.

É evidente que essa exclusão ou essa ruptura é um sintoma da dificuldade e do mal-estar e não a causa da patologia posterior (ver Capítulo 17 – “A escolaridade na adolescência”).

As Relações com os Iguais

Se a ausência total de relações aparece como o indicador de uma dificuldade importante, no plano epidemiológico, ao contrário, o elemento mais pertinente é a intensidade de relações com os iguais. O aparecimento e a manutenção de numerosas condutas patológicas (em particular transtornos do comportamento) são fortemente correlatos com a existência e, sobretudo, com a “qualidade” das relações com os iguais. Desse ponto de vista, a busca excessiva (saídas muito freqüentes, muito tardias, ter muitos “companheiros”, estar sempre fora...) é um indicador e um revelador de múltiplas condutas patológicas.

GRUPO SEM PROBLEMAS, GRUPO COM PROBLEMAS

As taxas de prevalência dos diversos estados ou condutas patológicas serão apresentadas no capítulo e no item correspondentes (ver tentativa de suicídio, anorexia, bulimia, transtornos do sono, consumo de droga, etc.).

A título informativo, apresentaremos em forma de quadros alguns resultados da pesquisa realizada recentemente pelo INSERM (U. 169, M. Choquet et al., 1988, 1991, 1992, 1993) junto a adolescentes escolarizados de 11 a 19 anos.

Essa pesquisa estudou a vida dos jovens, suas relações familiares, circunstâncias da vida, interesses, lazeres, queixas somáticas, estado afetivo, percepção do corpo, doença somática, acidente, transtornos de conduta (violência, baderna, roubo, fuga), consumo de produto, qualidade da escolarização.

O recorte e o reagrupamento do conjunto de resultados permitiu aos autores definir três grupos de adolescentes em função do número de problemas que eles apresentavam. Assim, os autores definem um grupo “sem problema aparente” e um grupo com “problemas múltiplos”, o que define *a contrario* um terceiro grupo intermediário.

Grupo de Adolescentes “Sem Problemas Aparentes”

Entre 16 e 18 anos, 26% dos jovens (meninos: 32%, meninas: 19%) não apresentaram nenhum transtorno nas pesquisas sucessivas.

No conjunto, esses jovens sem problemas aparentes têm uma opinião mais positiva de seus pais e estão satisfeitos com a vida familiar. Eles dizem em geral que se sentem bem consigo mesmos, ainda que admitam ser um pouco tímidos. Eles gostam de sair (cinema, programas com colegas), de ouvir música, mas fazem poucos excessos.

Em compensação, não há diferença com os outros grupos no que se refere à nacionalidade, à escolaridade, à origem socioprofissional do pai, à atividade profissional da mãe, ao estatuto matrimonial dos pais, ao tipo de habitação.

Nesse grupo, o aparecimento de problemas parece correlato com um sentimento de fadiga no adolescente, uma degradação do clima familiar, uma dificuldade de organizar sua vida. Mas o elemento importante parece ser a ocorrência de *circunstâncias de vida* mais frequentes: desemprego, doença dos pais, hospitalização de alguém próximo, divórcio ou separação dos pais. Isto demonstra claramente a *vulnerabilidade* do adolescente ao ambiente familiar e social

Grupo de Adolescentes “Com Problemas Múltiplos”

Entre 16 e 18 anos, 10% dos jovens (meninos: 6%, meninas: 14%) apresentam pelo menos quatro problemas⁴ nas pesquisas sucessivas (14, 17 e 18 anos). Esses jovens tinham mais problemas de sono e de cefaléias durante a infância do que os outros (os problemas de sono durante a infância representam assim um bom indicador de possíveis dificuldades na adolescência...).

⁴ Comportamentos com problemas: álcool regular, bebidas múltiplas, cigarro em quantidade significativa, experimentação de uma droga ilícita, badernas frequentes. Transtornos psicossomáticos e de humor, geralmente pesadelos, transtornos do sono, dores de cabeça, ânsia de vômito, vontade de chorar, idéias depressivas e suicidas, nervosismo.

A vida familiar é vista pelos adolescentes desse grupo “com problemas” como penosa, tensa; os pais, sobretudo o pai, são descritos seja como invasivos, seja como indiferentes, mas sempre como incapazes de compreensão. Esses adolescentes reclamam mais de afetos de tristeza, de mal-estar, mas estão quase sempre em grupo, com um sobreinvestimento da vida relacional extrafamiliar, das saídas. Eles cometem excessos com frequência.

Nesse grupo, certos adolescentes apresentam uma melhora ao longo das pesquisas sucessivas. É mais o caso de adolescentes inseridos em um ciclo escolar longo, cuja família apresenta um nível sociocultural favorável, tendo consultado seu médico em várias ocasiões. Os antecedentes psicossomáticos na infância são mais raros (entre os adolescentes cujas dificuldades se atenuam, do que entre aqueles sem melhora). Enfim, esses adolescentes saem às vezes com seus pais, que nunca são vistos como indiferentes. Assim, podemos ver nos traços anteriores fatores de *resistência* à patologia.

Grupo Intermediário

Embora os autores não o mencionem, a definição dos dois grupos anteriores isola um terceiro grupo intermediário. Esse grupo, que poderia representar uma maioria de adolescentes entre 16 e 18 anos (63% aproximadamente: 65% de meninas, 60% de meninos) é constituído de indivíduos que apresentam de um a três “problemas”. Pode-se constatar na frequência dessas manifestações o traço clínico do trabalho psíquico da adolescência, o que, mesmo sem definir um estado patológico propriamente dito, testemunha a “vulnerabilidade” individual dos adolescentes. Se a essa vulnerabilidade individual ligada ao trabalho psíquico da adolescência acrescentam-se fatores de risco familiares e, além disso, fatores de risco ambientais, não é difícil conceber, pelo acúmulo de fatores, os perigos de uma franca descompensação patológica.⁵

⁵ É difícil estabelecer comparações entre esses grupos definidos pelo acúmulo de “comportamentos com problemas” e os grupos definidos segundo uma perspectiva desenvolvimentalistas (Offer, ver p. 28).

Acúmulo e Repetição

Para além da singularidade das condutas de sofrimento ou de desvio, dois parâmetros devem ser objeto de uma avaliação rigorosa, um sincrônico (acúmulo) e outro diacrônico (repetição):

– O *acúmulo de condutas com problemas*: fator de avaliação essencial, ele impõe ao clínico uma conduta avaliativa ampla que necessariamente ultrapassa o campo estreito de sua especialidade.

– A *repetição de condutas com problemas* é o segundo fator a ser avaliado. Essa repetição tem o risco de inserir o adolescente em uma fixação desviante segundo o modelo descrito por Ph. Jeammet (conduta de auto-sabotagem). Essa repetição deve atrair tanto mais a atenção na medida em que se trata de uma conduta nova ou de uma conduta já existente na primeira infância e que desapareceu em parte ou totalmente durante a infância. Por seu potencial de fixação, uma tal conduta ameaça o desenvolvimento e o trabalho psíquico em curso.

Quadro 4.1 Manifestações somáticas: queixas e observações de adolescentes referentes a seus corpos (Fonte: pesquisa de Choquet et al., INSERM U., 169, 1988.)

	Meninos	Meninas
Impressão de estar fatigado	20%	47%
Dificuldades de adormecer	21%	35%
Despertares noturnos	8%	19%
Pesadelos	5%	9%
Dor de barriga	8%	27%
Dor nas costas	16%	28%
Dor de cabeça	13%	30%
Problemas de pele	11%	18%

Quadro 4.2 Manifestações psicológicas: queixas ou observações de adolescentes referentes a seu estado psicológico ou ao seu “nervosismo” (Fonte: idem)

	Meninos	Meninas
Dizem-se “nervosos”	25%	40%
Dizem-se “deprimidos”	6%	25%
Idéias de suicídio	5%	12%
Vontade de chorar	4%	36%
Tédio	14%	24%

Quadro 4.3 Percepção do corpo (Fonte: idem)

	Meninos	Meninas
Acham-se muito gordos	12,4%	37,3%
Acham-se muito magros	10,1%	4,2%
Desejam emagrecer	21,1%	57,2%
Desejam engordar	20%	5,8%
Fazem um regime	4,2%	14%
Tomam um medicamento para emagrecer	1,4%	2,3%
Tomam laxantes	1,5%	3,1%

Quadro 4.4 Acidente-incidente

	Meninos	Meninas
Sofreram um acidente entre 11 e 18 anos	46%	25%
Sofreram um acidente entre 17 e 18 anos	24%	10%
Foram hospitalizados após um acidente entre 17 e 18 anos	6%	3%
Tiveram uma recidiva de acidente	28%	28%

REFERÊNCIAS

- BRACONNIER A., CHILAND C., CHOQUET M. et coll. : *Adolescentes, adolescents. Psychopathologie différentielle*. Bayard éd., Paris, 1995, 1 vol.
- CHOQUET M., LEDOUX S., MENKE H. : La santé des adolescents. *Doc. Française*, Paris, 1988, 1 vol.
- CHOQUET M., LEDOUX S., MARÉCHAL Cl. : Drogues illicites et attitudes face au SIDA. *Doc. Française*, Paris, 1992, 1 vol.
- CHOQUET M. et coll. : *Adolescence, Physiologie, Épidémiologie, Sociologie*. Nathan éd., Paris, 1993, 1 vol.
- CHOQUET M., LEDOUX S. : Adolescents : enquête nationale. *Analyses et prospective*, INSERM éd., Paris, 1994.
- FOMBONNE E. : La contribution de l'épidémiologie à la recherche étiologique en psychiatrie : des facteurs de risque aux mécanismes du risque. *Rev. Epidém. et Santé Publi.*, 1993, 41, 263276.
- GOWERS S., ENTWISTLE K., COOKE N., OKPALUGO B., KENYON A. : Social and family factors in adolescent psychiatry. *J. of Adolescence*, 1993, 16, 353366.
- INSERM : *Les adolescents face aux soins*. Ministère des Affaires sociales, Paris, 1992.
- LEDoux S., CHOQUET M. : Les troubles des conduites alimentaires. *Doc. Française*, Paris, 1991, 1 vol.
- TURSZ A. : *Adolescence: risques et accidents*, Doin éd., Paris, 1987, 1 vol.
- TURSZ A., SOUTEYRAND Y., SALMI R. : *Adolescence et risque*, Syros éd., Paris, 1993, 1 vol.

○ Problema do Agir e da Passagem ao Ato*

INTRODUÇÃO¹

A oposição entre conduta agida e conduta mentalizada assume toda sua importância na adolescência. Nessa idade, o agir é considerado como um dos modos de expressão mais importante nos conflitos e nas angústias do indivíduo. Ele se manifesta na vida cotidiana do adolescente, cuja força e atividade motriz se desenvolveram brutalmente; manifesta-se igualmente no nível psicopatológico em transtornos do comportamento que representam um dos motivos de consulta mais freqüente a psiquiatras da adolescência.

O termo agir comporta vários tipos de conduta que respondem a definições diferentes segundo os modelos utilizados.

O modelo de compreensão clínica e fenomenológica. – Aqui se distinguem, de um lado,

“o ato” e a “passagem ao ato”, e, de outro, o impulso e a compulsão.

O *ato* é uma conduta espontânea com uma elevada dimensão positiva; geralmente rápido como um relâmpago, praticado sem reflexão, mas nem por isso totalmente irrefletido. Encontramos freqüentemente esses gestos no adolescente que alega uma espontaneidade e, às vezes, mesmo uma culpabilidade inconsciente. Muitas atitudes generosas, em particular com relação aos oprimidos, assumem essa forma.

A *passagem ao ato* é quase sempre violenta e agressiva, com um caráter freqüentemente impulsivo e delituoso (Porot, 1969). A expressão francesa *passage à l'acte* tem o inconveniente de uma utilização em psiquiatria que limita seu uso a situações violentas e proibidas por lei, como o furto, por exemplo. A propósito da passagem ao ato, coloca-se constantemente o problema da difícil e fascinante tentativa de acomodamento, raramente bem-sucedida, entre os gestos provocadores ou insensatos do adolescente e a palavra sensata do mundo, do qual faz parte o psiquiatra ou o terapeuta (Millaud et al., 1998).

O *impulso* designa, por sua vez, a ocorrência súbita, vista como uma urgência, a cumprir este ou aquele ato. Este se realiza fora de qualquer controle e geralmente sob o domínio da emoção.

* N. de R. T. Mantida a tradução do conceito francês de “passagem ao ato” por ser mais abrangente do que “atuação”, comumente mais utilizado, mas que pode se sobrepor ao conceito de *acting out*.

¹ Tendo em vista sua importância e sua freqüência, as tentativas de suicídio serão tratadas em um capítulo específico, embora faça parte da questão das condutas violentas e da atuação (ver Capítulo 10).

A **compulsão** é um tipo de conduta que o sujeito é impelido a cumprir por uma imposição interna. Essa conduta é complexa e implica sempre uma luta interior. Diferentemente do impulso, a compulsão pode se manifestar em uma ação, mas também em um pensamento, em uma operação defensiva e mesmo em uma sequência completa de comportamentos.

O modelo de compreensão psicanalítica.

– Já os psicanalistas distinguem o “*acting out*” e os “atos-sintomas”.

O *acting out* distingue ações que na maioria das vezes apresentam uma característica impulsiva relativamente em ruptura com os sistemas de motivações habituais do sujeito, passíveis de serem isoladas no curso de suas atividades, e geralmente assumindo uma forma auto ou heteroagressiva. Representa uma das vicissitudes da transferência e opõe-se à verbalização e à rememoração.

Os *atos-sintomas* têm uma função totalmente diferente e mesmo oposta: “verdadeiro compromisso que revela, ao mesmo tempo em que oculta suas origens e seus elementos, a existência de um conflito”, eles são prévios ao tratamento psicanalítico no qual tendem a ser substituídos pela verbalização e justamente pelas vicissitudes da transferência.

Evidentemente, o estudo dos atos nos adolescentes pode levar em conta uma ou outra dessas definições, segundo o modo e o contexto em que são observados.

Fatores que Favorecem o Agir em Todo Adolescente

O agir não é próprio apenas dos adolescentes que apresentam transtornos psíquicos, é antes uma característica de todo adolescente. Duas séries de fatores favorecem o agir:

- fatores ambientais;
- fatores internos.

Os fatores ambientais. – Entre estes, citaremos brevemente: 1) *a mudança de status social*: a passagem da infância à idade adulta através da adolescência constitui um período de mudança que, como qualquer mudança, é uma incitação

ao agir; 2) *o próprio conteúdo desse novo status social*: a liberdade, a autonomia e a independência recém-adquiridas favorecem o agir (cf. o item “Abordagem social”, no Capítulo 1); 3) *os estereótipos sociais*: os adolescentes têm a tendência a confirmar por seu modo de agir a idéia que os adultos fazem das características desse período chamado comumente de “crise de violência”; 4) *a interação social*: todos sabemos que um ato atrai outro ato, seja por imitação, seja por reação. Isso é bastante visível nos fenômenos de grupo, e observa-se tanto mais quanto o grupo é importante. Entre adolescente e ambiente, há o risco de se produzir um reforço recíproco da tendência a agir (cf. o item “Identidade-Identificação”, no Capítulo 1); 5) *as restrições excessivas da realidade*: de fato, quando o ambiente impõe restrições excessivamente rígidas ou totalmente opostas à necessidade natural do adolescente, uma de suas últimas saídas é a passagem ao ato.

Os fatores internos. – Mas, na realidade, o adolescente encontra principalmente em si mesmo as condições favoráveis ao agir. Sem negar as diferenças individuais e constitucionais que podemos observar no recém-nascido desde as primeiras semanas de vida, a motilidade e a utilização dessa possibilidade na ação dependerá de fatores psíquicos internos ao longo de toda a vida, em particular na adolescência. Citaremos aqueles que explicam a facilitação ao agir: 1) *a excitação pubertária*: a irrupção da maturidade genital, a nova necessidade sexual confronta o adolescente com um estado de tensão primeiramente física e depois psíquica que, para chegar à sua distensão, precisa encontrar antes seu “objeto adequado” (Gutton, 2001). O pubertário confronta necessariamente o adolescente com um estado de insatisfação, de frustração transitória da qual o sujeito não pode se poupar a não ser justamente mediante uma passagem ao ato (ver o item seguinte: “Fatores de resiliência”); 2) *a angústia*: seu ressurgimento na adolescência não precisa mais ser demonstrado; ela necessita de ações de descarga, entre as quais o agir. Em um nível psicopatológico, podemos inclusive dizer que a angústia é um elemento essencial da passagem ao ato, pois ela nunca falta; 3) *o remanejamento do equilíbrio pulsão-defesa* é a fonte facilmente reconhecível da passagem ao ato do adolescente, passagem ao ato sexual sob o peso

da pulsão social quantitativamente reavivada e qualitativamente modificada tornando-se genital, passagem ao ato auto ou heteroagressiva induzida pelo ressurgimento das pulsões pré-genitais; recordemos que para S. Freud a característica essencial da passagem ao ato é a noção de deslocamento da descarga pulsional, como é o caso na regressão formal; 4) *a antítese atividade/passividade*: o medo da passividade, ao remeter à submissão infantil e às tendências homossexuais, também conduz os adolescentes a recorrerem à ação (e à auto-afirmação) para negar essa passividade; 5) *as modificações instrumentais*: o corpo e a linguagem. A ligação entre o corpo, a linguagem e o agir fica patente naquilo que se chama de “o ato de palavra”, situado em um lugar que oscila permanentemente entre a linguagem (código lingüístico falado) e o grito (descarga motriz do corpo) (Gori, 1977). Na adolescência, o corpo e a linguagem desempenham um papel incontestável nessa propensão à passagem ao ato por dois fatores:

- sua mudança própria como instrumento;
- a mudança de sua função.

Para o corpo, as transformações corporais da adolescência caracterizam-se por um aumento da energia e por uma força muscular brutalmente ampliada que, por si mesmos, favorecem o agir. Além disso, essas transformações, pelo transtorno do esquema corporal que elas induzem e pela perturbação de sua função no nível da construção da identidade do sujeito, são fonte de angústia e, por isso mesmo, de passagem ao ato.

Para a linguagem, o equilíbrio entre linguagem e ação é observado em psicopatologia sob a forma de um aumento freqüente do agir e das passagens ao ato nos sujeitos que utilizam com dificuldade a linguagem. A relação inversa observada entre a passagem ao ato e a formulação de conceito abstrato é bem conhecida nos adolescentes psicopatas (cf. Capítulo 13). Mas também se observa essa relação inversa fora de qualquer processo psicopatológico. Nessa idade, a linguagem torna-se imprópria para traduzir o sentimento do adolescente, que deve forjar um novo vocabulário para exprimir o que ele percebe e o que pensa de sua nova vivência. Isso pode ser ilustrado pelos neologismos próprios aos adolescente e por certas “palavras gritos” como “genial”, “que pé”, “vou flipar”, “é uma

trip”, etc. O instrumento linguagem é naturalmente perturbado. Mas sua função de comunicação e de contato (Kasiri, 1975) também é, tanto mais na medida em que a necessidade de se comunicar e de contato nessa idade cresce consideravelmente. Isso é fonte de tensão e, portanto, de agir.

Isso explica, sem dúvida, o fato de nessa idade “o ato de palavra” oscilar com mais freqüência e mais fortemente para os seus extremos do que na idade adulta: o aparecimento de um código lingüístico falado, às vezes objetivado por uma verdadeira neolinguagem, representa uma dessas extremidades, enquanto a outra extremidade se exprime geralmente sob a forma de “gritos” do coração e do afeto.

Lugar da Passagem ao Ato nos Principais Quadros Psicopatológicos

Em oposição aos transtornos de conduta mentais interiorizados, a passagem ao ato assinala uma patologia de condutas externas agidas. É uma das respostas privilegiadas da adolescência às suas situações de conflito. Clinicamente, é comum distinguir vários elementos:

- Os diferentes modos de passagem ao ato. Eles são muito diversos, e o conjunto de condutas comportamentais pode ser relacionado: cólera clástica, furto, agressão, fuga, suicídio, automutilação, conduta sexual, conduta “de adição” química, etc.
- Seu aspecto isolado ou repetido. Se o aspecto isolado não assinala uma patologia, a repetição das passagens ao ato e, sobretudo, da mesma passagem ao ato, leva a descrever transtornos enquistados, assimilando a patologia do sujeito ao seu gesto repetitivo. Assim, fala-se de suicida, de toxicômano, de delinqüente ou mesmo de ladrão, de fugitivo.
- Sua ligação com outras manifestações ou com uma estrutura psicopatológica determinada. Aqui encontramos as passagens ao ato como sintoma de uma entidade nosográfica tal como é evocada no conjunto da psicopatologia sem diferenciação de idade: pode se tratar, por exemplo, de atos impulsivos de estados deficitários ou de estados psicopatológicos. Pode-se pensar também nas passagens ao ato psicóticas,

cujos mecanismos de desencadeamento variará conforme se trate de um estado delirante, de uma melancolia ou de um surto maníaco, sem esquecer as clássicas passagens ao ato dos epilépticos.

- Finalmente, certos autores estabelecem uma correlação entre o modo da atuação e o tipo de personalidade; eles diferenciam o “*acting out*” dos delinquentes, dos toxicômanos ou dos psicóticos: passagens ao ato violentas, irracionais, impulsivas, mas também imprevisíveis e caóticas, e o “*acting out*” dos sujeitos neuróticos, nos quais a passagem ao ato é igualmente violenta, irracional e impulsiva, mas não é nem imprevisível nem caótica (M. H. Stein, 1972).

Mais especificamente na adolescência, três eventualidades diagnósticas são evocadas:

- as crises na adolescência, cujas manifestações são variadas (cf. Capítulo 2), mas onde a passagem ao ato ocupa um lugar de escolha, quer se trate de diferentes formas de crises juvenis ou da crise de identidade descrita por E. H. Erikson;

- as condutas graves na adolescência, grupos nos quais se situam as tentativas de suicídio, as toxicomanias, os atos de delinquência (cf. Capítulo 10 “As tentativas de suicídio”). Essas condutas graves inserem-se seja no quadro de personalidades anti-sociais já organizadas como tais desde a adolescência, seja no quadro de organizações “limite” da personalidade (ver Capítulo 12);

- a depressão na adolescência merece uma atenção muito especial. Aqui o adolescente introduz uma dimensão particular, no sentido que, diferentemente do que ocorre com o adulto, a depressão se manifesta comumente sob a forma de passagem ao ato (cf. o item “Clínica”, no Capítulo 9). A desaceleração psicomotora, sinal clássico da depressão do adulto, é substituída pela busca constante de estimulação pela hiperatividade, alternada por períodos de grande fadiga, e por passagens ao ato. A fuga da doença depressiva pela hiperatividade sexual é relativamente freqüente. Do mesmo modo, a expressão verbal e agida da cólera é muito mais importante. No adolescente, uma passagem ao ato, qualquer que seja ela, e, sobretudo, a repetição da mesma, deve levar a pensar sistematicamente em uma depressão. Uma prova

disto é fornecida pelos testes psicológicos de adolescentes deprimidos. Esses testes mostram uma propensão do agir: no WISC, a pontuação performance é mais elevada que a pontuação verbal; “reunião de objetos mais arranjo de imagens” tem uma pontuação melhor que “cubos mais complemento de imagens”. Igualmente no teste de Rorschach, as passagens ao ato e as cóleras misturam-se aqui e ali com a expressão de um conteúdo depressivo. Sensações de vazio, imagens sádicas agressivas como mordedura e dilaceração são freqüentes (Toolan, 1969).

Podemos afirmar que a passagem ao ato é um dos modos sintomáticos preferenciais da depressão do adolescente.

As Significações Psicológicas e Psicopatológicas do Agir

Quer se considere o agir como um traço de caráter (adolescente com propensão psicopática), como um sintoma (adolescente deprimido) ou como ambos (adolescente delinquente, por exemplo), a passagem ao ato assume um sentido diferente conforme as situações e conforme as abordagens.

O agir como estratégia interativa. – O agir é considerado aqui como um meio indireto de adquirir, de dissimular ou de revelar uma informação por meio de um encontro interpessoal com um outro adolescente ou com um outro adulto, incluído o ou os terapeutas: “os pacientes violentos questionam o funcionamento pessoal dos terapeutas, obrigam-nos à introspecção e também questionam e põem à prova as estruturas institucionais” (Millaud et al., 1998).

Com o adulto, o adolescente procurará essa interação por intermédio do agir para deixá-lo embaraçado, para atrair sua atenção, para fazer o que o adulto faz mas que ainda é proibido ao adolescente. Fumar cigarro ou maconha, “tomar um porre”, ter um namoro ou uma relação sexual, furtar no mercado, ou “matar aula”, entre outras coisas, revestem essa significação.

Com seus iguais, o adolescente procura igualmente essa interação para pertencer ao grupo, para aumentar, manter ou defender sua

auto-estima (Elkiend, 1980). As corridas de moto ou de carro, as proezas esportivas, as relações sexuais ou os atos delituosos costumam ter essa significação.

Trata-se efetivamente de uma estratégia interativa, pois a resposta a essa demanda agida se dá geralmente sobre o modo de agir tanto por parte dos adultos quanto dos adolescentes pertencentes ao grupo de iguais. Também se observa essa estratégia interativa no quadro de um processo terapêutico e psicoterápico. Ela é, então, uma fonte de dificuldades para manter esse processo.

O agir como mecanismo de defesa. – O agir pode acompanhar ou representar uma mentalização. É o caso, por exemplo, do ato de masturbação e da fantasia associada a ele. Além disso, como assinalaram vários autores, o agir e a passagem ao ato podem ser considerados como a expressão de um mecanismo de defesa. Nisso, eles têm uma função de restituição com relação ao Ego. O *acting out* do adolescente pode ser concebido como uma forma de ação experimental a serviço da função adaptativa do Ego. Desse ponto de vista, uma tal ação pode ser considerada como uma forma de solução de um problema (Levitt e Rubinstein, 1959). No mesmo sentido, Blos atribui a certos comportamentos agidos dos adolescentes uma função do *reality testing*.

Jeammet (1980) explica a frequência dos transtornos do comportamento agido no adolescente por essa atitude:

Passando ao ato, o adolescente exprime a necessidade de recuperar um papel ativo que contrabalance o vivido profundo de passividade em face da perturbação sofrida, evita a tomada de consciência que seria dolorosa e constituiria um fator de depressão, na medida em que faria emergir o caráter conflituoso da sua situação, assim como sua solidão e a vivência de separação que supõe todo movimento reflexivo. Com relação a suas produções mentais, o adolescente geralmente adota a mesma atitude fóbica de evitamento que tem com seu corpo sexuado.

Na mesma ordem de idéias, poderíamos evocar uma conduta particular: “a recusa de agir”, atitude que comumente se insere nessa dinâmica atividade-passividade tão característica da adolescência.

Anna Freud descreve vários mecanismos de defesa contra a ligação com o objeto infantil na adolescência. Alguns se exprimem mais em modo de conduta mentalizada: defesa por reversão do afeto, pelo retraimento da libido no eu; outros mais sob forma de conduta agida: defesa pela regressão, defesa pelo deslocamento da libido. Nessa última, o adolescente vai transferir sua libido a substitutos parentais, a líderes, a um amigo ou a um grupo (bando ou gangue). Essa transferência se manifesta na forma de passagem ao ato. Tais adolescentes podem ser encaminhados para tratamento quando suas atitudes tenham entrado em conflito com a escola, com o empregador ou com a lei.

Essas atuações aqui expressam claramente um mecanismo de defesa e, por isso mesmo, um processo mentalizado.

Em um grau a mais em adolescentes pré-psicóticos ou psicóticos, encontramos passagens ao ato como defesa em face da despersonalização ou da confusão de identidade.

O agir como entrave da conduta mentalizada. – Essa significação do agir decorre em grande parte da prática e de certas concepções psicanalíticas. De fato, no quadro da transferência, observa-se com frequência que o paciente age para evitar sentir. O *acting out* é avaliado então como uma conduta de fuga em face do afeto ou da representação desagradável à consciência do sujeito. Freud, primeiramente, opôs a rememoração verbalizada (objetivo do tratamento psicanalítico) ao conjunto “ato-transfereência-resistência”, cujo caráter comum é a repetição. Os psicanalistas kleinianos atribuíram ao *acting out* a função de desviar certos sentimentos ou certas atitudes experimentadas em relação ao analista para outras pessoas da vida cotidiana. O paciente tentará então se desviar do analista como tentou fazer em relação aos seus objetos primários (Rosenfeld, 1964). A repetição dos *acting out* em um tratamento trava consideravelmente o seu desenvolvimento e torna impossível o *insight*. O agir opõe-se à tomada de consciência.

Enfim, do nosso ponto de vista, não se insistiu suficientemente sobre a função de desligamento das pulsões como fonte do agir na adolescência. A passagem ao ato constitui em geral uma das conseqüências da separação das

pulsões libidinais e das pulsões agressivas. Ao fazer isso, o adolescente evita certamente o sofrimento (o que representa a vertente “mecanismo de defesa”), mas, ao mesmo tempo, suas possibilidades fantasmáticas e cognitivas são parcialmente travadas.

Encontramos aqui os fatores psicológicos que favorecem o agir na adolescência. Resta saber por que alguns adolescentes passam ao ato mais facilmente do que outros. Peter Blos dá-nos uma explicação. Para ele, os adolescentes que consideram suas fantasias mais reais que o mundo exterior têm uma predisposição que se tornará eventualmente *acting out*. Essa predisposição está ligada a um sentido fraco e vago da realidade que decorre do fato de ter-se desenvolvido uma vida fantasiosa rica na infância, isoladamente e por si mesma, sem compromisso com a realidade (Blos, 1962).

Pode-se considerar que o agir como mecanismo de defesa e o agir como entrave ao pensamento representam duas vertentes de uma mesma conduta.

Essas duas últimas significações psicológicas e psicopatológicas do agir, seja como entrave da conduta mentalizada, seja, ao contrário, como mecanismo de defesa, remetem em parte à distinção feita pelos psicanalistas entre o *acting out* e os atos-sintomas. Essa distinção permite igualmente lançar pontes entre a passagem ao ato impulsiva, que se aproxima do *acting out* por seu caráter brusco, repetitivo e pela determinação inconsciente, e passagem ao ato compulsiva, verdadeira atividade-sintoma, acompanhada de um sentimento de coerção e cuja função defensiva às vezes se revela claramente.

A recusa de agir. – Finalmente, ao lado dos “múltiplos” atos praticados pelo adolescente, é preciso evocar sua freqüente “recusa de agir”: certos adolescentes desenvolvem condutas de inércia ativa, de recusa estênica ou ainda de passividade enérgica. Esses comportamentos diferem sensivelmente da inibição de origem neurótica. Para Ph. Jeammet, essa “inércia ativa” representa uma tentativa ativa de expulsar o objeto de desejo a fim de melhor controlar, secundariamente, a realidade interna. De fato, o adolescente passa a ter dificuldade de tolerar essa realidade interna, pela excitação provocada pelo desejo/necessidade do objeto. Poderíamos

dizer que, para certos adolescentes, “é preferível não desejar nada a desejar sem realização imediata”. Essas diversas condutas de retraimento representam a imagem invertida de todos esses “agires” que geralmente ocupam o primeiro plano do quadro semiológico. Por meio desses agir-recusa de agir, coloca-se igualmente a conflituosidade decorrente do par atividade-passividade em uma dialética sutil e própria a cada adolescente: alguns “passam ao ato” por temor da passividade, outros se fecham nessa inércia ativa por temor de se deixar levar passivamente a agir, etc. Subjacente a esse par atividade-passividade, está em jogo, evidentemente, a problemática identificatória masculino-feminino.

Fatores de Resiliência em Face da Passagem ao Ato

Quais são os fatores que podem proteger um adolescente de sua propensão à passagem ao ato? Levando-se em conta os múltiplos fatores favoráveis expostos anteriormente, parece legítimo perguntar-se por que todos os adolescentes não passam ao ato mais regularmente e mais seguidamente. Entre esses fatores de proteção, pode-se destacar:

- **A tolerância à frustração:** adquirida durante a infância, a tolerância à frustração traz a capacidade do sujeito de aceitar em si mesmo um estado de insatisfação interna freqüentemente acompanhado de um aumento do nível de angústia (ligada a essa tensão). A tolerância às flutuações do nível de ansiedade no ego (Kernberg, 1979) faz parte dessa tolerância à frustração. É comum encontrar uma intolerância às variações do limiar da angústia nos pacientes *borderline* ou portadores de traços psicopáticos (ver capítulos 12 e 13).

- **A capacidade de adiar:** a sobrecarga de tensão física e psíquica atualiza “cenas pubertárias” e mobiliza as capacidades de representação do sujeito: é preciso também que a atividade de pensar tenha sido investida de um mínimo de prazer (ver Capítulo 1: desenvolvimento cognitivo). A auto-estima é um bom indicador desse prazer de pensar. Se for o caso, o paciente constrói cenários imaginários protetores graças ao investimento das duas direções da temporalidade: a do

passado, investindo sua própria história e mais ainda sua história familiar transgeracional; e a do futuro, marcado pela esperança de que amanhã será melhor do que hoje. Nessas condições, a expectativa se torna possível e, mesmo que essa expectativa se torne tediosa (ver Capítulo 9), o investimento dessas cenas fantasmáticas permite ao adolescente adiar sua necessidade de satisfação e de distensão imediatas.

– *A capacidade de deslocamento*: o adolescente dispõe de uma outra estratégia protetora da passagem ao ato. De fato, ele pode investir sua excitação, sua tensão em um outro objeto, em um campo de exploração adjacente. A sublimação (Poiret, 1994) está a serviço desse trabalho de deslocamento. Sua base é construída no período de latência: a abertura ao conhecimento, a curiosidade, o desejo de saber e de compreender são todos deslocamentos da sexualidade infantil, cujo traçado e cujas pegadas serão muito úteis ao jovem adolescente que torna-se curioso com tudo, investe-se em *hobbies*, em paixões, como deslocamentos de uma genitalidade nascente ainda pouco conhecida e assumida.

– *O lugar do jogo na adolescência*: ele ilustra o problema do agir e da passagem ao ato e condensa as questões levantadas acima.

Em relação à criança (*cf. Enfance et psychopathologie*), a relação do adolescente com o jogo sofre uma mudança. Todos sabem que, a partir da pré-adolescência, o jogo se torna muito mais socializado. Mas, ao contrário do período de latência, no qual, como mostrou Piaget, os jogos simbólicos foram substituídos pelos jogos de regra, na adolescência o sujeito normalmente volta a utilizar, ainda que eles jamais tenham sido totalmente abandonados, os três tipos de jogos: jogo de exercício, jogo simbólico e jogo de regra. Por intermédio do jogo, da atividade lúdica, podemos observar a maneira como o adolescente maneja o agir. Essa observação leva a constatar que o espaço do jogo na adolescência fica reduzido, pois é constantemente confrontado com duas ameaças:

– A invasão pulsional, que se caracteriza por um ato brutal, mais ou menos violento, que faz o adolescente abandonar o jogo: observamos aqui a ocorrência da passagem ao ato impulsiva.

– A contrapartida defensiva dessa invasão: o adolescente não entra no jogo ou não está

mais no jogo. O evitamento fóbico, a racionalização, o conformismo levam o adolescente a abandonar o espaço do jogo. Um ato sintomático pode então substituir a atividade lúdica, como se observa nos adolescentes jogadores de cartas ou de xadrez, ou que agora jogam com o computador, ou em certos esportistas de alta competição, para os quais as atividades lúdicas assumiram um caráter impositivo e obsessivo.

Ameaçada pela passagem ao ato impulsivo, e pelo ato-sintoma compulsivo, a atividade lúdica na adolescência esclarece o vasto problema do agir nessa idade. Ela permite constatar a existência de uma continuidade entre as diferentes formas de agir, e permite igualmente reconhecer a substituição de uma forma por outra e, com isso, desvendar as funções que assumem cada uma dessas formas.

FUGAS E ERRÂNCIAS

Um das representações mais concretas da ruptura do adolescente com seu contexto familiar ou institucional é a partida do meio onde vivia. Essa partida pode ter a aparência de fenômenos bem distintos em suas formas e em suas significações.

Antes de abordar esses diferentes fenômenos, é importante especificar suas características comuns: 1) trata-se de condutas agidas; 2) nenhuma delas constitui um delito em si mesma; 3) elas representam uma conduta social importante do adolescente; 4) elas não se situam fatalmente em um contexto psicopatológico; 5) finalmente, elas se caracterizam pela passagem do campo familiar e institucional ao campo social.

Os Diferentes Modos de Partida dos Adolescentes: Descrição Clínica

De um ponto de vista clínico e metodológico, é necessário distinguir atualmente três modos diferentes:

- a viagem;
- a “estrada”;
- a fuga.

A viagem. – A viagem é uma partida, mas uma partida preparada com antecedência, por um tempo determinado, solitária ou, preferencialmente, em grupo, com uma meta precisa e com previsão de retorno. Uma pesquisa do INSERM (1970-1971) sobre os estudantes do ensino médio assinalava que metade deles tinha partido para o exterior nos três anos precedentes. Ela mostrava também que o modo de viagem era dos mais variados, indo da viagem em *charter* à viagem de carona, este último representando um verdadeiro dado sociológico, visto que era praticado por 65% dos meninos e por 35% das meninas. Os objetivos de uma tal viagem também são dos mais variados: pode-se tratar de uma viagem escolar, universitária, de uma viagem com finalidade cultural, turística ou política. Essa dimensão sociológica da viagem dos adolescentes atuais é o reflexo das estruturas socioeconômicas, em particular da melhoria dos meios de comunicação e de elevação do nível de vida dos jovens.

Essas viagens remetem ainda a dimensões individuais bem conhecidas: desejo de descoberta, gosto pela aventura ou fuga da vida cotidiana rotineira. Os adultos reconhecem nisso suas próprias motivações, mas ficam mais admirados com a forma dessas viagens, que trinta anos atrás pareceriam verdadeiras explorações financeiras ou aventureiras.

Portanto, essas viagens não deixam de ter uma ligação com um certo aumento da angústia, tanto para o ambiente como para o próprio adolescente. De fato, a viagem tem várias funções: manifestação de independência do adolescente em relação à sua família, rituais socializados de um distanciamento aceito pelos pais. Mas pode ser também a oportunidade de uma descompensação ansiosa: ocorrências de crises de angústia agudas, de episódio depressivo momentâneo, de transtornos particulares de condutas (anorexia, insônia), ou mesmo de episódios delirantes agudos, constituem os primeiros sinais de um estado psicopatológico. Suas condições de ocorrência durante uma viagem geralmente servem de anteparo tanto para o adolescente quanto para sua família, mas testemunham também a importância da angústia durante aquilo que geralmente constitui uma das primeiras separações. Esta pode ser relacionada às vicissitudes do segundo processo de separação-individualização (cf. Capítulo 1).

“A estrada”. – Mais ainda que a viagem, o fenômeno da “estrada” deve ser aproximado do caráter sócio-histórico contemporâneo e, em particular, do movimento *hippy*, em que a “estrada” permanece indissociável em seu desenvolvimento. A “estrada” é um verdadeiro parêntese que delimita uma etapa da vida entre a infância e a idade adulta, que assinala uma vontade deliberada de ruptura com a família e com o “sistema”. A finalidade e seu término são diferentes da viagem ou relegados ao segundo plano e, aliás, podem ser modificados ao acaso dos encontros. Trata-se mais, ou tanto quanto, de partir e de romper com o meio anterior do que se interessar por um aspecto particular ao longo dessa deambulação. Contudo, encontra-se também a busca de condições climáticas ou geográficas agradáveis, a presença de “comunidades” ou uma vontade ideológica claramente definida (movimento ecológico, por exemplo). Uma das características do “mochileiro” é manifestar um certo conformismo em seu anticonformismo, como mostram o aspecto físico, a maneira de se vestir, os locais de encontro, a linguagem comum a todos os “mochileiros”. Não é *a priori* desejável prejudicar a normalidade ou a patologia com base apenas nessa conduta, mas é preciso considerá-la em associação com outras condutas agidas (uso de álcool ou de drogas, tentativas de suicídio, atos delituosos) e/ou mentalizadas, tédio, inibição relacional, angústia corporal, etc., assim como a significação dessa partida para o adolescente (Ferrari e Braconnier, 1976).

A fuga. – A fuga é uma partida impulsiva, brutal, na maioria das vezes solitária, limitada no tempo, geralmente sem uma meta precisa, normalmente em uma atmosfera de conflito (com a família ou com a instituição onde o adolescente se encontra). Nas descrições clássicas, a fuga implica a partida do domicílio familiar por cerca de uma noite. Ao contrário da estrada, a fuga é um fenômeno descrito há muito tempo. Desde os anos de 1960, seu aumento tem sido muito significativo. Nos Estados Unidos, cerca de 7 a 11% dos jovens entre 12 e 21 anos fugiram pelo menos uma vez (Windle, 1989; Greene et al., 1997; Ringwalt et al., 1998). Na pesquisa nacional francesa (Choquet, 1994), 3,7% dos jovens em uma população escolar declararam ter fugido.

Os dados quantitativos referentes aos fugitivos variam conforme o lugar onde foram estabelecidos. As cifras provenientes de organismos sociais ou fornecidas pela justiça dão conta de uma população de fugitivos cujas características são evidentemente bem próximas das que se referem aos jovens delinquentes. Por exemplo, D. H. Russel estuda uma população de cem fugitivos que foram encaminhados à justiça. Entre essa população, 72% eram meninos com uma média de idade de 15,2 anos e 28% eram meninas com uma média de idade de 14,9 anos. A maioria desses jovens adolescentes era oriunda de classes sociais pouco favorecidas. Entre seus pais, encontravam-se 49,7% de divorciados, 26,1% de doentes graves, 20,1% de alcoolismo importante e 16% de morte de um dos genitores. Finalmente, 12% desses adolescentes eram considerados como seriamente perturbados do ponto de vista clínico (Russel, 1981).

Essas cifras, a nosso ver, não oferecem um quadro exato do conjunto dos fugitivos, mas apenas daqueles que provêm de organismos sociais ou judiciários. Em compensação todas as pesquisas revelam a frequência e a importância de fatores associados: fracasso e dificuldades escolares, clima de conflitos familiares e mesmo de violência, antecedentes de sevícias físicas e/ou de abusos sexuais, etc. No próprio jovem, encontram-se regularmente sinais depressivos, queixas somáticas, tentativas de suicídio (a associação fuga e tentativa de suicídio é frequente; Askévis, 2001), condutas delinquentes e/ou violentas, consumo de produtos.

De um ponto de vista psiquiátrico, certos autores tentaram estabelecer categorias diagnósticas. R. Jenkins (1971) destaca três:

- 1) A fuga como reação que ocorre em sujeitos emocionalmente imaturos, solitários, um tanto frios, vivendo em um ambiente familiar pouco caloroso e de rejeição.
- 2) A reação agressiva não-socializada que se manifesta em adolescentes com transtornos psicopatológicos claros, mas diversos.
- 3) O grupo de delinquentes fugitivos.

Como conclusão, costuma-se estabelecer uma diferença entre essas três formas de partida; da viagem à estrada e depois à fuga, passamos sem dúvida:

- do mais preparado ao mais inesperado;
- do mais mentalizado ao mais agido;
- do mais grupal ao mais individual;
- do mais aceito ao mais delituoso;
- do mais normal ao mais psicopatológico.

Porém, o mais interessante é observar em que essas condutas podem se esclarecer reciprocamente: a fuga caricatura a dimensão de escape, a angústia, o papel do meio, que encontramos também na estrada e na viagem – a estrada caricatura o desejo de ruptura e a busca de uma nova identidade que encontramos na fuga e na viagem – a viagem caricatura o desejo de descoberta, o gosto pela aventura que encontramos na fuga e na estrada.

As Significações Psicológicas e Psicopatológicas

Sem minimizar a importância da interação de fatores individuais, políticos, sociológicos e culturais, essas condutas de partida assumem uma significação intrapsíquica para o adolescente e para o seu meio.

O adolescente. – Todas essas condutas representam modalidades de escape de uma tensão interna. Evidentemente, existem outros meios de escapar de uma situação de tensão além dessas condutas. Trata-se aqui do que o adolescente “escolhe”. Por quê?

Também nesse caso, sem minimizar as circunstâncias externas mais ou menos favoráveis, geralmente predominam duas representações intrapsíquicas, sozinhas ou associadas, no adolescente em questão:

- A necessidade de assegurar na realidade o distanciamento de suas relações objetivas conflituosas estabelecidas durante a infância. Quanto maior for essa necessidade, mais brutal ela será e mais assumirá uma forma patológica.
- A dúvida e a incerteza quanto à própria identidade, que leva o adolescente a viver, a se sentir existindo ao partir, a procurar novas identificações que não pode encontrar onde vive.

Graças à realização dessas condutas, a autoafirmação em face dos outros atenua o transtor-

no da identidade. Aqui também, quanto maior for essa dúvida, mais se revelará a dimensão patológica.

O ambiente. – A “estrada” e a fuga constituem geralmente o desfecho e o ponto culminante do confronto entre o adolescente e o seu ambiente. Uma vez realizadas, essas condutas são fontes de uma grande angústia no ambiente. Segundo a psicopatologia parental essa angústia remeterá seja a uma falta, reavivando ali a angústia de castração, seja a um abandono pondo em jogo novamente a angústia da separação. Aqui, igualmente, das capacidades do ambiente de enfrentar essas angústias dependerão as reações normais ou patológicas. Duas tendências devem ser evitadas pelo ambiente:

- o ativismo por temor do vazio ou da dilatação;
- a transformação do tempo de reflexão em tempo de cumplicidade por medo do enfrentamento.

Classificação Nosológica

Como acabamos de ver, a presunção do normal e do patológico não repousa nas condutas em si mesmas, mas em suas significações. Nenhuma dessas condutas pertence a uma estrutura psicológica particular.

Entretanto, alguns pontos de vista evocados anteriormente permitem estabelecer alguns marcos, sobretudo para a “estrada” e para a fuga.

Essas condutas são observadas comumente nos adolescentes que não dispõem de outros meios a não ser o agir e a passagem ao ato (cf. Capítulo 5) para escapar a uma situação de tensão. Isso é particularmente verdadeiro para os que fogem repetidamente, nos quais encontram-se quase sempre outros modos de atuação (delituosos, tentativa de suicídio, uso de droga), e que freqüentemente são diagnosticados como de tendência psicopática.

Elas são observadas também nos adolescentes para os quais o luto das imagens parentais torna-se patológico e, nesse sentido, uma fonte de depressão. Esta só pode ser assumida pelo

adolescente por uma separação concreta de seu meio parental ou de seu equivalente.

Elas se encontram, finalmente, nos adolescentes cujos transtornos de identidade estão no primeiro plano, podendo inclusive revelar um estado-limite ou mesmo psicótico. As descompensações psicóticas na Índia ou, de maneira mais geral, nos países que “submetem” os indivíduos pela diferença existente entre as culturas, são mais freqüentes, sem dúvida, nesse tipo de adolescentes.

Em geral, a “estrada” representa nesses dois últimos casos (depressão, transtornos de identidade) um modo de defesa em face de um afeto ou de um mundo pulsional demasiadamente invasivo.

Mencionaremos apenas como registro, visto que não são específicas da adolescência, as clássicas fugas de etiologias orgânicas (epilepsia, confusão), *deficits* intelectuais (atraso, deterioração) e psicoses (agudas ou crônicas).

Nenhuma classificação pode dar conta da diversidade de formas de errância na adolescência. Toda conduta desse tipo deve ser analisada em função de vários componentes e, portanto, considerada como uma realidade única.

O FURTO

O furto representa a conduta delinqüente mais freqüente na adolescência: de fato, as infrações contra os bens (crime ou delito) totalizam mais de 75% do conjunto das infrações, e entre essas infrações contra os bens, o furto atinge a proporção de 95 a 96% (Henry, 1976).

A conduta de furto, por si só, é responsável em grande parte pelo aumento das cifras da delinqüência. Além disso, entre as múltiplas condutas de furto, dois tipos predominam amplamente: o furto de veículo, o furto nos hipermercados. Pode-se classificar o furto segundo sua significação (pode-se distinguir assim: o furto compulsivo, o furto impulsivo, o furto iniciático para obter o *status* de membro de um bando, o furto “esportivo”, o furto utilitário, etc.), segundo o contexto no qual ele se realiza (em particular, furto solitário ou furto em grupo ou em bando ou menos organizado) ou segundo o objeto furtado. Na realidade, essas classificações

coincidem em grande parte, sendo que a classificação conforme o objeto roubado apresenta o interesse de sua simplicidade e, sobretudo, de sua correspondência bastante nítida com um certo contexto psicológico.

O Furto de Veículos Motorizados

Ele representa um quarto de todos os delitos (25%). Em 35% dos casos, trata-se de um furto de carro, e nos outros casos de um furto de “duas rodas”.

Observa-se uma concordância desse furto em função da idade: bem poucos furtos antes dos 13 anos, quase dois terços são cometidos entre 16 e 18 anos; a partir de então, o fenômeno vai diminuindo progressivamente, sobretudo após os 21 anos. De resto, posteriormente, a conduta muda de significação (furto para facilitar uma outra infração). Trata-se quase sempre de meninos (3,5% de meninas), e em 60% dos casos o furto é cometido em grupo: de dois (31%), três (14%) ou mais. O furto tem como meta um uso breve.

Geralmente é visto como “um empréstimo”. Tem como motivo dar um passeio. O veículo é abandonado um pouco mais adiante, e às vezes inclusive devolvido perto do local do “empréstimo”. É cometido em férias ou, principalmente, em fins de semana. Um acidente pontua com certa frequência esse furto (10% dos casos), revelando a ambivalência dessa conduta na qual não está excluída a componente autopunitiva.

No plano psicológico, o furto do veículo a motor é cometido frequentemente em um contexto impulsivo, em resposta a uma necessidade imediata e a uma oportunidade presente. Segundo Henry, trata-se de um “delito bifurcação”, pois a evolução do adolescente dependerá muito da resposta dada a essa primeira conduta delinquente: “a reação judiciária poderá direcionar o futuro do jovem para uma liquidação ou, ao contrário, para um engajamento confirmado na dissociabilidade”.

De fato, o primeiro furto normalmente é cometido em um contexto de temor e de angústia; depois, a necessidade de vencer o medo leva o adolescente a uma atitude de desafio (furto ao sair da prisão ou para se apresentar ao juiz).

No plano sociológico, os adolescentes que furtam veículos a motor são oriundos de um

meio socioeconômico geralmente desfavorecido: carência familiar, fracasso escolar, inserção pré-profissional ou profissional medíocre, ambiente suburbano precário...

O Furto nos Hipermercados

Ele vem em segundo lugar entre os delitos contra os bens (15%), mas, na realidade, sua frequência é fortemente subavaliada por inúmeras razões. Antes de tudo, o reconhecimento do furto implica que o adolescente seja pego no ato, depois que ele não tenha possibilidade de reembolsar o preço do objeto e/ou quitar a multa “amigável”; finalmente, é preciso também que se abra um processo judiciário. Diversas pesquisas junto a adolescentes, por questionários “autoconfessados”, mostraram de forma concordante que 70 a 90% deles “confessavam” ter cometido pelo menos um furto. A diferença entre a população de adolescentes processada e a que não é processada aparentemente se estabelece antes de tudo com base em critérios de ordem social: os adolescentes que são o objeto de processo penal pertencem essencialmente a famílias desfavorecidas.

A frequência desses furtos aumenta em correlação com a difusão da venda em hipermercados. Trata-se quase sempre de uma conduta individual. Um fato notável é que as meninas são amplamente representadas, ao contrário dos outros furtos, em que os meninos dominam. Os jovens roubam discos, aparelhos de rádio, roupas, livros, guloseimas, aperitivos e outros gêneros alimentícios. Os objetos nunca são devolvidos. Em geral são consumidos em grupo, e às vezes distribuídos (furtos generosos de Heuyer e Dublineau).

Em alguns casos, eles são conservados, assumidos e/ou colecionados. A dimensão psicopatológica aparece então em primeiro plano; o furto tem uma característica compulsiva e é cometido em um estado de tensão ansiosa. Na realidade, esses furtos representam apenas uma percentagem ínfima.

Embora a recidiva seja freqüente, é preciso assinalar que em cerca de 65% dos casos a conduta do furto permanecerá isolada. Em outros casos, a reiteração do furto pode introduzir o adolescente no mundo da delinquência.

Furtos de Locais Habitados

Eles representam 14% do conjunto de delitos. São cometidos ora em grupo, ora de forma solitária, mas sempre por meninos. Na maioria dos casos, o “lugar habitado” resume-se à visita à adega em um grande conjunto: o(s) jovem(ens) leva(m) algumas garrafas de bebida e/ou caixas de conservas. Contudo, nessa categoria figuram também as invasões graves: furtos à noite em grupo, com escalada, arrombamento, às vezes porte de arma, e mesmo violência contra as pessoas. Trata-se então de uma conduta profundamente anti-social característica dos adolescentes mais velhos (16-17 anos) em geral recidivistas.

Os Outros Tipos de Furto

Destacaremos entre os outros tipos de furto: os furtos nos carros (em particular de rádios, 7% dos delitos). O furto é cometido em grupo. Embora possa ser às vezes apenas uma questão de oportunidade (portas não-fechadas), na maioria dos casos é resultado de uma conduta deliberada: visita a uma série de estacionamento, ou inclusive a toda uma rua. O furto por agressão de pedestres consiste, nas grandes cidades ou nos subúrbios, em arrancar a bolsa da mão de uma mulher. Ele é cometido por meninos, geralmente em grupo (3% dos delitos).

A VIOLÊNCIA NA ADOLESCÊNCIA

Independentemente de qualquer manifestação exteriorizada de violência, muitas vezes exagerada pela mídia, o adolescente experimenta uma grande violência nele e em torno dele, sentimento que quase sempre aparece como uma resposta potencial à ameaça narcísica e à depressão (Tyrode e Bourcet, 2001). Seus afetos, suas pulsões, seus sistemas de ideais são vividos e/ou expressados com uma intensidade extrema, quase violenta. Aos olhos do adolescente, o mundo externo parece exercer sobre ele uma pressão que considera freqüentemente como violenta e da qual pode desejar se livrar

utilizando a mesma violência. Alguns insistem sobre a perda de mecanismos protetores gerados habitualmente pelo campo social, em particular os ritos e os rituais, que permitem cadenciar as diferentes etapas do desenvolvimento (Kammerer, 2001). Neste item, vamos nos limitar à expressão comportamental da violência: violência dirigida para o exterior ou violência voltada contra si mesmo. Recordemos que o termo “violência” remete essencialmente a um campo sociológico e jurídico, enquanto que o termo “agressividade” remete essencialmente a um campo médico e psicológico.

A Heteroagressividade

Violência contra os bens. – A violência contra os bens não é um dos delitos mais freqüentes (2,5%), mas geralmente choca a opinião pública por seu aspecto “gratuito”: em geral não há nenhum motivo aparente para a conduta destrutiva. Trata-se antes de jovens adolescentes, pois a maioria deles tem menos de 16 anos (e 30% menos de 14 anos). Pode-se distinguir a violência em bando ou vandalismo, e a violência solitária.

O vandalismo. – É sempre característico de um grupo. Em fim de noite, depois de uma festa, sob o efeito do álcool, o bando ataca bens coletivos (iluminação, placas de indicação, bancos de jardim, saque de um lugar público) ou individuais (carros estacionados, saque de um apartamento desocupado, de um canteiro). Às vezes, pode-se encontrar uma motivação aparente, mas geralmente ela é desproporcional aos desgastes provocados, tal como o saque da sala de aula, ou mesmo da escola, depois de uma punição ou de uma simples advertência feita a um aluno por um professor. A gravidade dos atos cometidos, pelo menos de suas consequências, nem sempre é corretamente avaliada pelo adolescente; contudo, esses adolescentes que fazem parte desses bandos muitas vezes revelam a existência de tendências sádicas bastante importantes.

No plano sociológico, os adolescentes normalmente são oriundos de famílias dissociadas, em conflito. O ato pode ter a significação

de uma auto-afirmação em face do bando, mas uma afirmação paradoxal, em negativo: é preciso lembrar aqui a observação de Winnicott, segundo a qual os adolescentes estão isolados em bando, e que eles têm uma tendência a se identificar com o elemento mais patológico do grupo (cf. item “O grupo”, no Capítulo 1).

As condutas destrutivas solitárias. – Elas são mais raras, mas também o indicador de um maior desvio psicopatológico. O exemplo típico disto é a *conduta piromaniaca*. Essa conduta constitui tanto mais um índice de desvio psicopatológico na medida em que o adolescente está sozinho quando passa ao ato. Em qualquer caso, o fogo remete a uma intensa excitação que o adolescente não pode nem dominar nem afastar de outra maneira que não seja pela utilização do fogo. Essa excitação traduz a incapacidade de dissociar a pulsão agressiva e a pulsão libidinal. Em geral, por trás dessa conduta está a fantasia de uma cena primitiva explosiva e destrutiva. Às vezes, ela pontua um longo período de luta acompanhada da idéia obsessiva do fogo. A conduta de pirômano remete então a estruturas de tipo neurótico tanto mais quanto o adolescente experimenta um sentimento de mal-estar, de culpabilidade ou de vergonha.

Mas, em geral, a impulsividade e a agressividade é que estão em primeiro plano. Essa conduta pode constituir então a ativação das pulsões e das fantasias agressivas, em que a percepção da realidade dissolve-se na invasão fantasmática. É o que se observa nas estruturas psicóticas ou em caso de psicopatia grave.

Uma outra conduta destruidora solitária é representada pela crise de violência do adolescente no apartamento da família: bruscamente, às vezes sem nenhum sinal de anúncio, às vezes quando de uma reprimenda ou de uma discussão particularmente violenta, às vezes em continuidade a uma sequência inter-relacional feita de provocações recíprocas (em forma de chantagem), o adolescente começa a quebrar o mobiliário no apartamento. Em certos casos, ele destrói todos os móveis e objetos de seu quarto, outras vezes se prende aos móveis da família (a televisão, em particular), ou então ele se tranca em um cômodo e o devasta (banheiro). Os objetos destruídos podem ser de uma só pessoa: objetos pertencentes ao próprio adoles-

cente e aos quais era particularmente afeiçãoado antes (equipamento de som, violão, etc.) ou a alguém próximo (objetos da mãe, ou do pai, ou da fratria).

Fora da psicopatologia do próprio adolescente, essas condutas destruidoras assinalam sempre perturbações profundas na dinâmica familiar: o desentendimento entre os pais é permanente, as cenas de violência verbais ou agidas entre os cônjuges podem ter marcado o passado; além disso, antes da adolescência, a criança pode ter sido freqüentemente alvo desse conflito ou mesmo o motivo de disputa. Em certos casos, o adolescente afigura-se como o portador da agressividade de um de seus pais em relação ao outro, parece tramar-se uma verdadeira convivência destrutiva entre um dos pais e o adolescente.

A ausência física de um dos pais, em particular do pai, é muito comum; em outros casos, pode-se tratar de uma ausência total de autoridade parental. No que se refere à psicopatologia do próprio adolescente, a conduta destrutiva centrada na casa da família sempre indica, de um lado, a intensidade da agressividade e, de outro, a necessidade de passagem ao ato. A agressividade é fácil de compreender: o ataque ao mobiliário, às cortinas, as quebras de vidraças assumem sempre uma dimensão simbólica de ataque do corpo interno de um dos protagonistas, em particular da mãe. Esse ataque ao corpo interno adquire uma significação que decorre do nível de organização estrutural em que se situa o adolescente: reativação da problemática de castração ou angústia centrada na integridade corporal.

É preciso assinalar que essa conduta destrutiva pode ser isolada, correspondendo a uma crise única. O risco é que ela se repita, fixando o adolescente na patologia; essa repetição está ligada em geral a sistemas de interações familiares altamente perturbadas. Em caso de repetição, observam-se outras condutas agidas, em particular fuga e tentativa de suicídio.

No plano das interações familiares, para além da diversidade de cada caso, esse tipo de conduta remete à dificuldade que têm os pais e seu adolescente de se separar. Não é raro que o afastamento do adolescente constitua uma ameaça à integridade ao casal; o casal pode “ir pelos ares” com a partida deste. Assim, as condutas destrutivas parecem constituir uma

espécie de “compromisso” em torno do qual a família conserva sua estabilidade capenga: talvez seja isso que explique a habitual e notável tolerância das famílias a esse tipo de comportamento. A abordagem terapêutica familiar é então indispensável (*cf.* Capítulos 22 e 23).

As condutas heteroagressivas em formas excrementícias. – Designamos por isto uma conduta bastante freqüente nos adolescentes, pelo menos em certos lugares, como instituição de acolhimento, centro de desintoxicação, etc., que consiste em urinar ou defecar em locais diversos. Em geral, trata-se de uma conduta isolada, não reivindicada pelo adolescente: de manhã, encontram-se excrementos depositados em um cômodo, atrás de um móvel, debaixo de uma poltrona, às vezes inclusive embrulhados. Em outros casos, um mesmo lugar é regularmente regado de urina. A significação agressiva dessas condutas é mais ou menos clara: agressividade que remete ao plano pulsional, seja em um nível anal, seja em um nível fálico. Contudo, uma tal conduta indica dificuldades encontradas por esses adolescentes na elaboração simbólica dessa agressividade e a necessidade de passar por um comportamento agido, evocando o da criança pequena de 3 ou 4 anos que freqüentemente se opõe dessa maneira às exigências de limpeza da mãe. Por outro lado, sujar dessa maneira seu local de habitação, mesmo que se trate de um lugar de permanência temporária, indica o pequeno grau do investimento de seu ambiente e da imagem projetada de seu corpo. Essas falhas no processo de simbolização, a intensidade dessas condutas agressivas, o desvalor da imagem de seu corpo a que remete esse tipo de conduta são observadas nos transtornos como a psicopatia ou a toxicomania.

Violência contra as pessoas

Os “tiranos familiares”. – Esse fenômeno está longe de ser excepcional, visto que sua freqüência é calculada entre 0,5 e 13,7% segundo as séries, o que, evidentemente, tem a ver com a amostragem. Nos dossiês abertos por um juiz da infância, 0,5% refere-se a menores envolvidos em violências contra os próximos (Legru, 2001). Nos Estados Unidos, 9,2% bateriam em

seus pais pelo menos uma vez por ano (Agnew et al., 1989)! No Japão, 3,7% dos indivíduos com menos de 18 anos cometeram violências contra seus pais (Honjo et al., 1988) e na França, Laurent e colaboradores (1997) encontram uma taxa idêntica: 3,4%.

O agressor. – Em 75 a 80% dos casos trata-se de meninos de 9 e 17 anos, com um pico entre 13 e 14 anos. Esses adolescentes violentos apresentam com certa freqüência problemas somáticos (antecedentes de asma, de eczema, infecções de ouvido, nariz e garganta de repetição), porém, mais ainda, dificuldades psicológicas antigas e atuais: quase todos tiveram problemas como transtornos esfinterianos (enurese, encoprese), motores (instabilidade, tiques), transtornos do sono, atrasos de desenvolvimento e de aprendizagens. Portanto, não se pode dizer que os comportamentos violentos surgem sem antecedentes. Fora da família, esses jovens também apresentam dificuldades: transtornos de comportamento com violência verbal (insultos, cólera em plena aula, etc.), agitação e provocação, passagem ao ato, bagunças, atos delinquentes, furtos, fugas, consumo de produtos, particularmente álcool, com bebedeiras repetidas. As dificuldades escolares são comuns: atrasos escolares, maus resultados, faltas, exclusão, encaminhamentos para seções especializadas, ruptura escolar e desescolarização. Contudo, se esses transtornos fora do meio familiar são encontrados na grande maioria dos casos, há também algumas situações em que a violência fica limitada estritamente ao meio familiar, sem qualquer outro transtorno ou conduta violenta fora. Isso se observa mais em jovens adolescentes, em torno de 12 ou 13 anos que, sem serem crianças violentas, foram crianças caprichosas e difíceis, cujas condutas violentas permanecem centradas em um dos pais. Em geral, esses jovens, mais do que os outros, costumam se manter isolados e mesmo tímidos no meio extrafamiliar, sendo objeto de gozações dos outros ou bode expiatório da classe. Em casa, eles parecem vingar-se dessa situação de inferioridade submetendo alguém próximo à violência de que são vítimas fora da família.

A família, os pais. – No que diz respeito à estrutura familiar, encontram-se tanto casais

quanto famílias dissociadas, pais isolados ou famílias recompostas em proporções que não parecem muito diferentes do que na população em geral. Em compensação, todas as pesquisas indicam o fato de que os pais vítimas geralmente são mais velhos: tinham mais de 35 anos quando do nascimento do filho agressor. Na imensa maioria dos casos, o nível socioeconômico é baixo, marcado pela falta de qualificação profissional, pelo desemprego, por uma invalidez. Os antecedentes médicos são muito freqüentes: doença crônica de um dos pais, deficiência motora com invalidez. Mas, sobretudo, encontram-se nos pais com antecedentes de depressão, de tentativa de suicídio, de transtornos de ansiedade. O alcoolismo é, se não habitual, pelo menos muito freqüente e, quando existe, trata-se não apenas de um alcoolismo crônico, mas, sobretudo, de episódios de alcoolização aguda, aos quais se associam comportamentos violentos. Essa violência pode ter sido praticada seja entre os cônjuges, mas na presença do filho, seja contra os filhos, mas nem sempre o futuro tirano foi sua principal vítima. Não é raro que um dos pais tenha tido antecedentes judiciais. O clima familiar é quase sempre violento, as manifestações de gritos, de cólera, as grosserias, as injúrias entre adultos a respeito dos filhos são habituais. Dois grandes tipos de famílias foram descritos (Legru, 2001): aquelas em que uma carência de autoridade é manifesta com um pai desvalorizado, decadente, objeto de sarcasmos e de gozações da mãe. Esses pais geralmente ficaram desaparecidos durante longos períodos, não mostram interesse por seu filho. Nas outras situações, encontram-se pais violentos, impulsivos, autoritários, mas que ao mesmo tempo rejeitam seu filho, tendo freqüentemente problemas com a justiça devido a episódios de alcoolização aguda, instáveis no plano profissional, quando não vivem cronicamente uma situação de desemprego...

O âmbito educativo. – O clima familiar depende das relações pai-mãe, mas também da educação que eles decidem dar a seu(s) filho(s) de forma coerente ou, ao contrário, oposta (por exemplo, um pai tanto mais severo quanto mais a mãe é tolerante e superprotetora). Encontram-se assim quatro tipos de perfil: liberal, estrito, superprotetor, de rejeição. A mãe geral-

mente é liberal, não colocando nenhum limite nem padrão educativo, não tendo nenhuma exigência com relação às diversas tarefas cotidianas de arrumação, participação nas refeições (pôr a mesa, tirar a mesa, etc.). O pai é indifferente, tolerante, sem nenhuma exigência, e às vezes inclusive se acumplicia ao filho para desqualificar o trabalho da mãe ou se opor aos seus pedidos de ajuda, preocupando-se unicamente com seu próprio bem-estar e seu lazer. De resto, ele é excessivamente severo, mostra uma rigidez inflexível, recusas categóricas, ameaças de surra à menor oposição, exigências de submissão que têm uma dimensão sádica e humilhante... A atitude superprotetora costuma ser mais característica das mães, que parecem sempre prontas a desculpar tudo de seu filho para obter dele afagos e carinho. Sistemáticamente, elas saem em defesa de seu filho, apóiam-no em todos os seus comportamentos, mesmo aqueles claramente delinquentes, dissimulam os furtos domésticos, ocultam inicialmente as ameaças e violências verbais quando se tornam alvo delas. Quanto à indiferença e ao desinteresse, eles são efetivamente mais característicos do pai do que da mãe, mas há também menores totalmente abandonados a si mesmos desde a infância, por volta de 7-8 anos, sem nenhum padrão educativo, que voltam para casa na hora que desejam, comem sozinhos no quarto qualquer coisa que encontram no congelador, diante de seu próprio aparelho de TV, dormem quando querem, passam muito tempo na rua com um bando, etc.

A vítima. – O menor costuma exercer sua violência sobre uma pessoa preferencial. Essa vítima na maioria das vezes é a mãe, mas pode ser também uma avó, ou os dois genitores, ou um membro da fratria. Contudo, a violência não tem o mesmo sentido dependendo da vítima:

– para as mães sozinhas com seu filho, em particular menino, parece que a origem da relação de violência situa-se no estabelecimento de uma relação dual excessivamente exclusiva e gratificante;

– em face do casal de genitores, situa-se em geral no contexto de uma oposição ou de uma contestação da autoridade, em particular em relação a um padrasto ou madrasta não reconhecido como portador dessa autoridade;

– a fratria é vítima, não tanto de violência física direta, mas principalmente de intimidação e de violência moral, que pode chegar até a exploração. Às vezes, a família inteira é coagida por aquele que se torna um verdadeiro “carrasco doméstico”.

O tipo de violência. – Raramente as coisas começam pela violência física. Na quase totalidade dos casos, ela foi precedida de uma violência verbal: insultos, ameaças verbais, atitudes de provocação, etc. Os pais, sobretudo a mãe, se queixam de falta de respeito, de insolência, de arrogância. O adolescente, e às vezes mesmo a criança, não respeita as ordens, transgride os limites, adota comportamentos abertamente provocativos. Ele pode se tornar o verdadeiro tirano da casa, exercendo um domínio sobre os pais, ou até sobre a fratria. Toda a vida cotidiana é comandada por essa criança: os horários das refeições, os pratos, o programa de televisão, despesas particulares, etc. Essa violência verbal e moral geralmente é seguida de agressões contra os bens, e irrompe após numerosas ameaças de quebra de material, ameaças que levam os pais a ceder às exigências. As destruições visam inicialmente a pequenos objetos, bibelôs, louças que em geral têm um valor afetivo importante para este ou aquele membro da família. Em seguida vêm as destruições de móveis (televisão, cadeiras, etc.), e depois ataques à própria casa, arrebentando portas, arrancando papéis de parede, estragando pinturas com grafites injuriosos, fazendo buracos nas paredes, nas portas, etc. Às vezes, verdadeiras crises de furor clástico culminam em uma demolição completa de um ou de vários cômodos. Isso ocorre em geral no contexto de uma frustração que nem sempre se deve aos pais. Paralelamente, começa-se a impor violências morais contra o membro mais vulnerável da família: trancamento em um cômodo, extorsão de dinheiro sob ameaças diversas. Portanto, as violências físicas ocorrem ao final de uma longa escalada, e freqüentemente começam por um gesto brutal e habitual, mas que desta vez foi mais longe e atingiu seu alvo! A partir de então, a atitude temerosa da vítima parece funcionar como um detonador da agressão: o gesto violento ocorre quando a vítima tenta se proteger. Na imensa maioria dos casos, as agressões consistem de socos, pontapés, mas às vezes também se uti-

liza um objeto: garfo, faca, estilete, etc. É preciso assinalar a grande tolerância da família a esse tipo de comportamento, pois no momento da primeira entrevista os transtornos remontam a mais de seis meses (80% dos casos), ou até a mais de 18 meses (40% dos casos) (Du Bois, 1968).

O perfil psicológico e psicopatológico do menor. – Os jovens tiranos familiares raramente apresentam transtornos psiquiátricos bem-definidos. Por exemplo, é pouco comum observar-se uma psicose constituída. Em compensação, as manifestações depressivas ou ansiosas são encontradas com alguma freqüência, sem com isso constituir-se em um verdadeiro estado depressivo ou em transtornos ansiosos caracterizados. A avaliação psicológica permite demarcar três grandes tipos de quadros:

– Os jovens nos quais predomina uma vivência de desamparo e antecedentes de carência afetiva: rupturas relacionais, hospitalizações freqüentes, mudanças de condições de vida, abandonos mais ou menos duradouros. Esses jovens tiveram um atraso de desenvolvimento, um fracasso escolar.

– Outros se caracterizam pela imaturidade, por exigências absolutas e infantis. Em geral, cresceram no interior de uma relação diádica, excessivamente protegidos por uma mãe que não tinha nenhuma exigência educativa a seu respeito. Apresentaram transtornos do comportamento desde a infância.

– Finalmente, os últimos tiveram uma relação de fusão com a mãe, sem que tenha havido nenhuma separação, na ausência de figura paterna. Raramente foram confrontados com frustrações e costumam sofrer de uma angústia de separação às vezes intensa.

Uma gênese do vínculo de violência. – O vínculo agressivo que se constitui na criança mais velha ou no início da adolescência teria uma história, uma gênese que permitisse encontrar vestígios na primeira infância? Como vimos, se às vezes a violência parece surgir por volta dos 12-13 anos, na grande maioria dos casos ela foi precedida de numerosas manifestações patológicas, tais como transtornos opositivos, transtornos do comportamento, atrasos escolares, etc.

Na primeira infância, no período de oposição, isto é, entre 2 anos e meio e 3 ou 4 anos, notam-se freqüentemente gestos agressivos ou de ameaça: mão levantada em direção ao pai ou mãe proibidor, objeto lançado, mordida, arranhão, gesto de tapa ou de bofetada, etc. A atitude educativa dos pais é então essencial. Eles podem expressar uma clara reprovação, elevar a voz nitidamente ou impedir o gesto com firmeza, conduta que conduz ao rápido desaparecimento desses gestos agressivos, desde que ela seja compartilhada pelos dois genitores e constitua a resposta regular, coerente e automática ao comportamento de ameaça da criança pequena. Portanto, é necessário apoiar os pais nessas posições educativas destituídas de qualquer ambigüidade, mostrando-lhes que ensinar ao seu filho que deve respeitá-los é a melhor maneira de protegê-lo no futuro: o respeito a ele mesmo será calcado no respeito por seus pais. Da mesma maneira, os caprichos são freqüentes nesse período de oposição e de autoafirmação. Quando eles se tornam invasivos e repetitivos, quando se complicam com ataques de cólera (criança que rola no chão, berrando até o espasmo do soluço, etc.), podem abrir caminho no futuro a uma vontade de onipotência, ao não respeito a limites e proibições, a uma intolerância a qualquer frustração. É por isso que é importante que, desde muito cedo, se oponha a essas cóleras e caprichos uma atitude coerente, firme, mas, ao mesmo tempo, benevolente e, sobretudo, idêntica entre os dois genitores. Os caprichos são um meio muito usado pela criança para mobilizar em torno de si a atenção de seus pais ou para obter, graças à diferença de atitude entre o pai e a mãe, o que um proíbe e o outro concede, ou o que se acaba sempre concedendo: a cólera torna-se então o preâmbulo da recompensa. Ajudar os pais a não ceder, sem com isso ter um comportamento violento com criança, parece ser uma profilaxia essencial. É preciso ainda sensibilizar os pais para atitudes ou palavras que possam parecer provocadoras. Ensinar a criança pequena a conter sua agressividade representa provavelmente uma das melhores profilaxias daquilo que virá na adolescência.

De fato, se na criança pequena os gestos agressivos são benignos e facilmente controláveis, com a idade eles se tornarão cada vez mais perigosos e destruidores. No início da adolescên-

cia, a puberdade e as exigências pulsionais que a acompanham fazem com que a frustração que o jovem adolescente tem de enfrentar doravante não provenha mais apenas do mundo externo, mas também do mundo interno. A puberdade e a sexualidade confrontam o adolescente com a exigência de suas pulsões, e estas não podem ser satisfeitas no mesmo instante e com o primeiro interlocutor que aparecer. O adolescente é obrigado a esperar. Essa imposição caracteriza a psicopatologia do adolescente. É evidente que, nessas condições, os continentes de autoridade adquirida no tempo de infância representam para o jovem, como também para seus pais, a melhor e a mais eficaz das proteções.

Quando um adolescente maltrata seus pais, há uma incontestável situação de perigo potencial, e deve-se fazer de tudo para frear essa violência. A verdadeira prevenção começa, aliás, já na primeira infância, em particular durante essa fase de oposição, por volta de 3 ou 4 anos. Na criança maior e no jovem adolescente, é preciso apoiar os pais, principalmente aquele que é objeto de agressões, encorajando-os a não aceitar esses maus-tratos como um fenômeno natural e inelutável. O ideal é propor uma terapia familiar a fim de abordar as habituais distorções de comunicação intrafamiliares; podem-se considerar também rearranjos de vida, quando parece impossível pôr em prática as abordagens relacionais: separação e internato terapêutico, hospital-dia, etc. Finalmente, às vezes é necessário saber recorrer aos tratamentos medicamentosos, tanto mais eficazes quanto o jovem e seus pais aceitarem essa prescrição e ela responder a transtornos claramente identificados: depressão, transtornos ansiosos, forte impulsividade, etc. Também nesse caso, é preferível associar a essa prescrição uma abordagem relacional, como uma psicoterapia de apoio.

Violência extrafamiliar. – A violência contra as pessoas (crimes e delitos) representa apenas 9% do total de delitos. A conduta assassina é excepcional, porém, ainda que felizmente os casos sejam raros, devemos considerar dois elementos: um relativo aumento de seu número em uma idade cada vez mais precoce. A título de exemplo, uma pesquisa na Escócia (Fiddes) mostra que o número de casos passa em 8 anos de 2/3 para 7/8 ao ano em média, e que 50%

dos adolescentes têm entre 14 e 16 anos e 50% entre 17 e 18 anos. Trata-se quase que exclusivamente de meninos (33 meninos, 1 menina). Os fatores ambientais e socioculturais parecem ter um grande peso, pois dois terços dos casos provêm de áreas urbanas carentes, os adolescentes fazem parte de bandos mais ou menos delinquentes. O assassinato é cometido mais em grupo do que de forma solitária. A maioria desses adolescentes já apresenta antecedentes de delinquência, de droga, de alcoolismo e, às vezes, antecedentes psiquiátricos. Nas famílias, existe uma sobre-representação de “perfil de risco” (separação dos pais, falecimento, fratria muito numerosa, doença física ou mental), mas esse não é um ambiente constante.

A vítima geralmente é desconhecida do assassino: trata-se ou de um adulto mais velho, ou de um idoso, ou de um adolescente de um outro bando. A conduta não é premeditada e não parece ser motivada por um interesse financeiro ou sexual, mas, em compensação, ocorre com frequência sob efeito do álcool. Finalmente, todo ano há dois ou três parricídios, em geral motivados pela defesa da mãe ou da fratria ameaçada pelo pai.

Nos Estados Unidos, os adolescentes são, ao mesmo tempo, os atores e as vítimas de uma violência assassina inquietante: entre 1979 e 1991, 49 mil jovens com menos de 19 anos (9 mil com menos de 14 anos, 40 mil de 15 a 19 anos) foram mortos a bala, compreendidos acidentes e crimes. No mesmo período, as prisões de jovens com menos de 19 anos por homicídio aumentaram 93%. Depois dos acidentes de trânsito e do câncer, o homicídio é a terceira causa de mortalidade do adolescente nos Estados Unidos (*Le Monde*, 23 de janeiro de 1994, relatório do Children’s Defense Fund).

Na maioria dos casos, a violência contra as pessoas é exercida entre os próprios adolescentes: confusões entre bandos, em bailes ou festas, ou entre indivíduos. Às vezes, inclusive, a violência parece “gratuita”, como a necessidade “de se pegar”. Vale assinalar igualmente a violência em relação a crianças ou adolescentes mais jovens: certos bandos extorquem, ameaçam, e até mesmo espancam ou ferem os mais jovens. O contexto sociocultural parece sempre prevalecer: zona suburbana, grande conjunto, nível socioeconômico precário, absenteísmo escolar, etc.

Violências escolares

As violências escolares mereceriam um capítulo inteiro atualmente. De fato, muitos constataam um verdadeiro “muro do silêncio” sobre uma disfunção da instituição escolar que favorece os maus-tratos aos mais fracos, isolando as vítimas e banalizando os atos (Vivet e De-france, 2001). A dificuldade aumenta pelo fato de que os adolescentes e os alunos próximos raramente apontam as violências constatadas.

A Auto-Agressividade

As manifestações auto-agressivas do adolescente são dominadas pelo problema das tentativas de suicídio. Contudo, observam-se outras condutas auto-agressivas: distinguiremos a automutilação impulsiva, a automutilação crônica, o equivalente suicida.

As automutilações. – Na adolescência, as automutilações aparecem em dois contextos bem diferentes: 1) em certos casos, trata-se de uma verdadeira descarga motriz em resposta imediata a uma situação de tensão, de conflito ou de frustração; 2) em outros casos, trata-se de uma antiga criança automutiladora cujas manifestações persistem, ou mesmo se agravam na adolescência.

As automutilações impulsivas: brutalmente, às vezes de forma totalmente imprevisível, às vezes após um aumento de angústia ou de agitação facilmente perceptível, o adolescente ataca seu corpo com mais ou menos violência; ele pode se apoderar de uma faca ou correr para o banheiro para pegar uma lâmina de barbear, ou quebrar a primeira janela ou vidro ao seu alcance. E então corta os braços, o dorso das mãos, os pulsos, ou mesmo o rosto, o peito. Em outros casos, o adolescente se precipita contra um objeto duro: bate a cabeça contra uma parede, joga o corpo contra uma porta de vidro. E em outros, mais raros, o adolescente se agride com um objeto ou dá murros, bofetadas no rosto, nos olhos, no busto.

O ato de se cortar (com uma lâmina de barbear, uma faca, um pedaço de garrafa, etc.) é

o mais freqüente. Em seguida vêm as queimaduras com cigarro. As automutilações se situam em geral nos pulsos, nos antebraços, e às vezes também no peito, na barriga, nas pernas. Em compensação, o rosto raramente é atingido. Isso acontece mais com as meninas do que com os meninos. Segundo Rosenthal e colaboradores (1972), 60% das inscrições corporais ocorrem no momento das menstruações. A maioria das mulheres que se corta experimenta uma relação negativa com as menstruações. As condutas automutiladoras podem persistir por longos anos, freqüentemente como um ritual solitário e secreto. A dor é sentida de maneiras diferentes: segundo Ross e McKay (1979), a metade dos sujeitos diz que não sente nada, 31% dizem experimentar uma dor leve e 18%, uma dor extrema. Segundo Le Breton (2003), “o momento da alteração do corpo, em princípio, raramente é doloroso. Sua meta é justamente cortar o sofrimento, ainda que o indivíduo não tenha uma consciência clara disso”.

Outras condutas sintomáticas costumam estar associadas: condutas anoréxicas ou bulímicas, estado depressivo, dificuldade sexual, tendência toxicômana. Esses adolescentes freqüentemente apresentam transtornos da personalidade, e mais raramente patologias nitidamente identificadas (psicoses, psicopatias, etc.). Em geral, esses adolescentes apresentam um nível intelectual limite, mas isso não é uma constante.

No plano psicopatológico, duas séries de fatores convergem para culminar na descarga auto-agressiva; por um lado, encontram-se graves carências na imagem de si e do objeto, onde geralmente predominam as más imagens de si e do objeto, sem que elas sejam moduladas pelas contribuições positivas que poderiam representar as boas imagens de si e do objeto. Por outro lado, a exteriorização dos afetos e o agir constituem o meio privilegiado de luta contra a angústia, na medida em que as perturbações na elaboração dos processos cognitivos não dão ao adolescente possibilidades de domínio adequadas.

Os dois elementos, predominância de uma má imagem de si e inclinação extrema à passagem ao ato, explicam em parte a automutilação impulsiva. O último fator geralmente é ambiental: objeto que cai à mão, incitação mais ou menos consciente do entorno, inabilidade dos iguais ou dos adultos... É preciso destacar a

possibilidade de um “contágio” desses episódios nas coletividades de adolescentes (internato, hospital, instituição, etc.).

Alguns autores tentaram compreender a significação do corte, do entalhe cutâneo e da visão do sangue associada a isso. Foram apresentadas explicações culturais comparando esses cortes com escarificações rituais e psicanalíticas, ligando a visão do sangue que escoia ao escoamento menstrual.

Le Breton (2003) isola três componentes nessa conduta sobredeterminada: 1) o direcionamento contra si da agressividade mais ou menos associada à culpabilidade e à necessidade de se punir; 2) uma busca de afirmação identitária pelas marcas assim autocriadas, pela busca e a exploração do seu próprio limite, de uma “coragem de parar”; 3) uma dimensão de ritual e de ritualização, maneira de criar uma “pele nova”, de se inscrever em uma cultura de grupo e ao mesmo tempo de se diferenciar. Seja como for, essa conduta parece paradigmática daquilo que está em jogo hoje na psicopatologia: ela ilustra como um indivíduo passa de um sofrimento sofrido passivamente a uma dor provocada ativamente, de um afeto experimentado a uma sensação administrada, de uma recusa a uma dependência relacional causadora de frustração e de tensão (estado que precede a passagem ao ato) a um agir que autovulnerabiliza o sujeito inscrevendo-o em uma nova dependência a uma sensação que, no entanto, ele julga dominar.

As automutilações crônicas: elas ocorrem em um contexto bem diferente. Trata-se de adolescentes profundamente encefalopatas que já apresentaram em seus antecedentes essas automutilações (ver a significação dessas condutas em *Enfance et psychopathologie*, p. 232). Um fato a se notar é que o adolescente pode apresentar um *cap* particular no aspecto clínico desses comportamentos automutiladores. Pode-se observar uma sedação, um reforço ou uma transformação das condutas automutiladoras. A emergência da maturidade genital, em particular no menino, pode modificar essas condutas. Elas passam a se centrar então na masturbação intempestiva que, aliás, apresenta às vezes uma certa dimensão auto-agressiva.

Essas automutilações crônicas podem ter uma significação variável: 1) busca de um limite do eu corporal; 2) busca de uma auto-estimulação; 3) direcionamento para si da conduta hete-

rogressiva quando ela é dificultada ou proibida; 4) busca de uma comunicação mediante o apelo ao outro. Finalmente, podem-se comparar certas automutilações, sobretudo quando elas são menos relevantes (arranhões, brincadeira com alfinetes, fósforos ou facas) a escarificações próprias de certos ritos de passagem.

Os equivalentes suicidas e as condutas de risco. – Designa-se pelo termo “equivalentes suicidas” ou “condutas suicidas” um conjunto de condutas durante as quais a vida do sujeito é posta em perigo do ponto de vista de um observador externo, mas durante a qual o sujeito nega o risco assumido.

Na realidade, existe um *continuum* nas diversas condutas que põem a vida em perigo, desde as condutas perigosas, passando pelos equivalentes suicidas, para chegar às tentativas de suicídio. A discriminação entre essas diversas condutas introduz a noção de consciência do desejo de morte; embora as “tendências suicidas” (Stork) sejam extremamente frequentes na adolescência, elas nem sempre chegam, longe disso, à atuação suicida assumido como tal pelo adolescente (adolescente suicida). Inversamente, a problemática da morte e do luto constitui o fundamento inconsciente da “crise do adolescente”; isso significa que, tomados no sentido mais amplo do termo, os comportamentos que fazem parte do campo suicida inconsciente são extremamente numerosos: abuso de drogas, de álcool, comportamento anti-sociais; sem esquecer que a maioria dos transtornos psíquicos graves pode ser comparada a um desejo de morte, como assinala Henri Ey a propósito

da esquizofrenia: “a progressão da doença tende a levar a uma abolição da existência psíquica, a uma espécie de suicídio do ser no mundo”.

Uma tal extensão das “noções de equivalentes suicidas” corre o risco de esvaziar de seu conteúdo as tentativas de compreensão e de discriminação do comportamento suicida propriamente dito. Essa é a razão de termos excluído, no item consagrado às tentativas de suicídio, aquilo que se poderia chamar de “gestos suicidas inconscientes”. Do mesmo modo, incluir nesses gestos suicidas inconscientes a totalidade do campo psicopatológico tira qualquer interesse de um tal conceito. Em compensação, talvez seja útil reservar o termo “equivalente suicida” e, mais ainda, conduta de risco, para definir certos comportamentos durante os quais o desejo consciente de atentar contra a própria vida não foi expressado, mas onde a estrutura psicopatológica do adolescente, assim como seu ambiente familiar e social, apresentam grandes semelhanças com o que se observa nos adolescentes suicidas. É o caso particular de certos acidentes repetitivos, como os acidentes de trânsito (motocicleta) ou acidentes de “overdose” nos toxicômanos.

O conceito de “conduta de risco” tem para o clínico o interesse de colocar sua atenção em alerta para a possibilidade de passagem a uma tentativa real de suicídio, e para a necessidade de considerar um quadro terapêutico adequado. Esse conceito também deveria suscitar o interesse e a atenção dos médicos somáticos (cirurgião ortopedista, em particular) sobre a significação inconsciente de certas condutas perigosas repetitivas.

REFERÊNCIAS

- AGNEW R., HUGULEY S. : Adolescent's violence toward parents, *Journal of Marriage and the family*, 1989, 51, 699-711.
- ASKEVIS M. : *Fugue et suicide à l'adolescence : faits et significations*. Thèse Psychologie, Aix-Marseille I, 2002.
- BRACONNIER A., MARCELLI D. : Jeu, psychothérapie et adolescence. *Neuropsychiat. Enf.*, 1982, 30, 7-8, 433-435.
- DUBOIS R.H. Battered parents : psychiatric syndrome or social phenomenon? In: Schwartz-Berg A.Z. : The adolescent in turmoil, Wesport, Praeger, 1998, 124-133.
- DUGAS M., MOUREN M.-Ch., HALFON O. : Les parents battus et leurs enfants. *Psy. Enf.*, 1985, 28, 185-219.
- FERRARI P., BRACONNIER A. : La route. *Rev. Prat.*, 1976, 26, 2983-2994.
- FIDDES D.O. : Scotland in the seventies. Adolescents in care and custody. A survey of adolescent murder in Scotland. *J. Adol.*, 1981, 4, 47-65.

- FREUD A. : *L'enfant dans la psychanalyse*. Paris, Gallimard, 1976.
- GREENE J.M., ENNETT S.T., RINGWALT C.L. : Substance use's among runaway and homeless youth in three natinal samples. *American Journal of Public Health*, 1997, 87, 2, 229-235.
- GUTTON P. : Culpabilité et remords, *Adolescence*, 2001, 38, 805-812.
- HONJO S., WAKABAYASHI S. : Family violence in Japan: a compilation of data from the departement of psychiatry, Nagoya University Hospital. *Ipn J. Psychiatr. Neurol.*, 1982, 42, 5-10.
- JEAMMET Ph. : Réalité externe et réalité interne. Importance et spécificité de leur articulation à l'adolescence. *Rev. Fr. Psychanal.*, 1980, 44, 481-522.
- JEAMMET Ph. : Actualité de l'agir. À propos de l'adolescence. *Nouv. Rev. Psychanalyse*, 1985, 31, 201-222.
- JENKINS R. : The run away reaction. *Am. J. Psychiat.*, 1971, 128/2.
- KAMMERER P. : *Adolescents dans la violence*, Gallimard, Paris, 2001.
- LAPLANCHE J., PONTALIS J.B. : *Vocabulaire de la psychanalyse*. 2^e édition. PUF, Paris, 1968.
- LAUFER M., LAUFER M.E. : *Adolescence et rupture du développement*. PUF, Paris, Col. Fil Rouge, 1989, 1 vol.
- LAURENT A., BOUCHARLAT J., ANCHISI A.M. : A propos des adolescents qui agressent physiquement leurs parents. *Arch. Pédiatr.*, 1997, 4, 468-472.
- LE BRETON D. : *La peau et la trace : sur les blessures de soi*. Métailié, Paris, 2003, 1 vol.
- LEGRU H. : *Les enfants qui battent leurs Parents; une problématique adolescente? Etude a partir des dossiers judiciaires*. Mémoire de DIU. Médecine et Santé de l'Adolescent, 2003.
- LEVITT M., RUBINSTEIN R. : Acting out in adolescence; a study in communication. *Am. J. Orthopsychiat.*, 1959, 29, 622-632.
- MARCELLI D. : Enfants tyrans et violents. *Bull. Acad. Natle de Méd.*, 2002, 186, 6, 991-999.
- MILLAUD F. : *Le passage à l'acte : aspects cliniques et psychodynamiques*. Masson, Paris, 1998, 1 vol.
- MORON P. : La violence à l'adolescence. In: *Le bien-être de l'enfant dans sa famille*. Éditions ESF, Paris, 1980, 1 vol., 81-87.
- POROT A. : *Manuel alphabétique de psychiatrie*. 4^e édition. PUF, Paris, 1969.
- PORRET J.M. : *La consignation du sublimable*, PUF, Paris, 1994.
- RAINE W.J.B. : Self-mutilation. *J., Adol.*, 1982, 5, 1-13.
- REY C. : Le point de vue du pédiatre. In : *Soigner, Protéger, Punir*, sous la direction de BRACONNIER A. Bayard, Paris, 1999.
- RINGWALT C.L., GREENE J.M., ROBERTSON M., MCPHEETERS M. : The prevalence of homeless among adolescents in the United States. *American Journal of Public Health*, 1998, 88, 9, 1325-1329.
- ROSENTHAL et Coll. : «Wrist cutting as a syndrome: the meaning of a gesture», *American Journal of Psychiatry*, 1972, 129.
- ROSS R.R., MCKAY H.B. : *Self-mutilation*, Lixigton Books, Toronto, 1979.
- RUSSELL D.H. : On running away. In: *Self destructive behavior in children and adolescents* (C.F. WELLS, I.R. STUART, Éd.). Von Nostrand Reinhold Co., N.Y., 1981, 61-73.
- SZABO D., GAGNE D., PARIZEAU A. : *L' adolescent et la société*. Dessart et Mardaga, Bruxelles, 1972, 1 vol., 232 p.
- TOOLAN J.M. : Depression in children and adolescents. In : *Adolescence Psychosocial Perspective* (J. CAPLAN, S. LEBOVICI). Basic Books Inc., 1969, 264-269.
- TYRODE Y., BOURCET S. : *Les adolescents violents*, Ellipse, Paris, 2001.
- VIVET P., DEFRANCE B. : *Violences scolaires*, Syros, Paris, 2001.
- WINDLE M. : Substance use ans abuse among adolescent runaways : A fouryear follow-up study. *Journal of Youth and Adolescence*. 1989, 13, 4.

Psicopatologia das Condutas Centradas no Corpo

O PROBLEMA DO CORPO NO ADOLESCENTE

Na maioria dos casos, o corpo da criança é silencioso: a criança goza de boa saúde e, segundo as palavras atribuídas ao cirurgião Leriche, “a saúde é o silêncio dos órgãos”.

Brutalmente, na adolescência, o corpo faz “barulho”. São esses barulhos que o adolescente nos dá a entender sob forma de queixas somáticas diversas: dor de barriga, dor nas costas, no joelho, ou de múltiplas inquietações de tipo hipocondríaco... Barulhos do crescimento para os quais se consultam os médicos somáticos; eles constituem também os primeiros pontos possíveis de cristalização de uma angústia sempre prestes a emergir. Não é surpreendente que o corpo represente um papel central na adolescência, tanto no registro das interações concretas com o entorno quanto no registro da atividade fantasmática. No processo da adolescência, associam-se uma necessidade de experimentação intensa e um “sobredespertar corporal”, como mostra o lugar preponderante da dimensão “busca de sensação” por meio de numerosos comportamentos próprios a essa idade (Michel, 2001).

O corpo está no centro da maior parte dos conflitos da adolescência. Recordemos que na faixa etária de 11-20 anos escolarizada, o estudo do INSERM de 1991 mostrou que, de maneira geral, 12,4% dos meninos e 37,3% das meninas se diziam excessivamente preocupados com seu peso. Nos trabalhos ou artigos a respeito da adolescência em geral ou de um de seus campos particulares, é raro não se encontrar alguma referência ao corpo. A transformação morfológica pubertária e a irrupção da maturidade sexual põem em questão a imagem do corpo que a criança possa ter constituído progressivamente. Essas modificações dão conta, em parte, da frequência com que se menciona o corpo quando se estuda a adolescência. Recordemos a importância do hipotálamo na regulação dos hormônios sexuais, mas também da alimentação. Mas somam-se a isso outros fatores: alguns são inerentes aos próprios processos psíquicos, como o trabalho de luto ou a ruptura de equilíbrio entre investimento do objeto – investimento narcísico; outros consideram o quadro familiar e social no interior do qual o adolescente evolui. Falando do corpo, encontramos aqui três eixos principais de compreensão, sempre estreitamente relacionados, mas que Schilder já havia distinguido claramente em 1935.

O Esquema Corporal

Esse é um termo de conotação neurofisiológica e neuropsicológica que provém do registro sensório-motor (sensorialidade exteroceptiva e proprioceptiva). O esquema corporal corresponde às diversas projeções corticais dessa sensorialidade. É evidente que as modificações pubertárias são acompanhadas de uma modificação sensível do esquema corporal (cf. o item “A adolescência como trabalho de luto”, no Capítulo 1).

A Imagem do Corpo

Esta pertence, por sua vez, ao registro simbólico imaginário. A base da “imagem do corpo” é afetiva. Sua organização depende da ontogênese das pulsões libidinais e agressivas, da importância de pontos de fixação e das possibilidades de regressão a esta ou àquela fase. Schilder esclarece muito bem: “Tudo o que pode haver de particular nas estruturas libidinais reflete-se na estrutura do modelo postural do corpo. Os indivíduos nos quais predomina tal ou qual pulsão parcial sentirão tal parte do corpo como estando no centro de sua imagem do corpo”. Assim, a imagem do corpo depende de investimentos dinâmicos, libidinais e agressivos: essa imagem está em perpétuo remanejo. Além disso, a constituição da imagem do corpo implica o reconhecimento de um limite. Segundo Angelergues (apud Anzieu, 1973), a imagem do corpo é

um processo simbólico de representação de um limite que tem a função de “imagem estabilizadora” e de envelope protetor. Esse procedimento coloca o corpo como objeto de investimento e sua imagem como produto desse investimento, um investimento que conquista um objeto não intercambiável, salvo no delírio, um objeto que se deve manter intacto a qualquer preço. A imagem do corpo situa-se na ordem da fantasia e da elaboração secundária, representação que age sobre o corpo.

Na adolescência, o problema dos limites é particularmente agudo, o que explica as frequentes incertezas relacionadas à “imagem do corpo”, como testemunham, em graus diferen-

tes, as dismorfofobias, os acessos hipocondríacos agudos ou os frequentes sentimentos de estranheza. A imagem mais específica de um corpo sexuado é abordada no Capítulo 7.

O Corpo Social

Este constitui, finalmente, o terceiro eixo de compreensão. Em uma perspectiva fenomenológica, Schilder afirma que o corpo representa o veículo do “ser no mundo”, está no centro das trocas relacionais afetivas entre indivíduos:

Sempre que se manifesta um interesse por esta ou aquela parte do corpo de outro, existe o mesmo interesse por esta ou aquela parte correspondente no próprio corpo. Toda anomalia de uma parte do corpo concentra o interesse na parte correspondente no corpo dos outros (Schilder).

As pesquisas de Schonfeld (1963) mostraram claramente a importância da norma social. Há um paradoxo na adolescência: no campo da fisiologia (altura, idade de aparecimento de sinais sexuais secundários, idade das primeiras regras e das primeiras ejaculações...), o desvio padrão em relação à média, na adolescência, é particularmente grande, enquanto que a pressão social normativa é particularmente forte para o indivíduo; o adolescente se indaga o tempo todo para saber “se é normal”, “o que os outros acham”. Essa pressão do ambiente, em particular do grupo de iguais, leva o adolescente a utilizar seu corpo como suporte de um discurso social cuja meta é, ao mesmo tempo, diferenciar-se de outro (sobretudo na pirâmide de idades e de gerações) e procurar uma semelhança asseguradora com os outros (em particular, os iguais): o fenômeno da moda ou, em um outro grau, da tatuagem, ilustra bem isso. Aliás, esses dois meios de expressão às vezes estão ligados, nos casos extremos como no da moda dita *punk* com ou sem *piercing*, onde a vestimenta se completa geralmente com uma série de inscrições na pele, sem esquecer o corte e a pintura particular dos cabelos.

Por todas as razões enumeradas no item anterior, isolar um capítulo consagrado a expressões somáticas parece um pouco arbitrário. Quase todos os tipos de condutas estudadas nessa segunda parte da obra levam em conta o cor-

po: a passagem ao ato, a tentativa de suicídio, a conversão histérica, o temor dismorfofóbico... O que dizer, por outro lado, das condutas ligadas à sexualidade, visto que o essencial para o adolescente é, não apenas reconhecer-se em um corpo, mas, sobretudo, em um corpo sexuado?

É difícil estabelecer uma fronteira muito nítida que defina o conjunto de condutas centradas no corpo. A passagem ao ato em seu papel de descarga motriz deve ser excluída, mas é evidente que toda conduta centrada no corpo inclui em si mesma uma parte do agir e constitui com a passagem ao ato um entrave ou uma defesa relativa em face da elaboração mental. Além disso, a conversão histérica simboliza um conflito deslocado para um segmento do corpo, do mesmo modo que certas condutas somáticas alimentares ou de adormecimento. Contudo, nesses últimos casos, a simbolização parece menos elaborada, mais próxima a um comportamento próprio de uma criança pequena.

A referência à criança pequena revela o lugar particular que o corpo ocupa na psicologia e na psicopatologia do adolescente. Assim, não é demais dizer que, na interação social, o corpo do adolescente ocupa quase o mesmo lugar que o do corpo do bebê ou da criança pequena na interação dual com a mãe. A título de comparação, a referência ao corpo é muito menos freqüente, tanto na psicopatologia do adulto quanto na da criança em período de latência, excluindo-se, é claro, alguns campos de patologia específica (psicossomática, patologia psicomotora da criança). De fato, uma das características do adolescente é servir-se do corpo e das condutas ditas somáticas como modo de expressão de suas dificuldades, mas também como meio de relação. Nesse sentido, as condutas de expressão somática diferem ao mesmo tempo da histeria e da patologia psicossomática: o papel das relações atuais e a busca de um meio de pressão imediata sobre o ambiente situam essas condutas aquém da histeria, se admitimos que o conflito histérico é em primeiro lugar e acima de tudo um conflito interno; mas o trabalho de simbolização psíquica e o sofrimento psíquico expressado com freqüência situam-nas além da patologia psicossomática, se admitimos que esta última substitui inteiramente a elaboração psíquica, e se caracteriza pela existência de um “pensamento operatório”. Para resumir, definiremos os transtornos de expressão somática dos adolescentes estudados neste capítulo

como sistemas de conduta em que as necessidades fisiológicas do corpo (entendidas em sentido amplo: sono, alimentação, mas também higiene, vestimenta, adereços) são tomados como meio de interação com os objetos externos quer estes objetos sejam reais (pessoas do entorno) ou fantasmáticos (imagens parentais).

De maneira geral, as condutas centradas no corpo, a nosso ver, apresentam como primeira particularidade a de pôr em questão a definição de um corpo sexuado: o adolescente utiliza seu corpo físico, suas necessidades fisiológicas, em particular alimentares ou de sono, para manter a distância a sexualidade e as transformações que ela induz no corpo. O exemplo da anorexia mental é evidente, mas a obesidade e certas dificuldades do sono podem também se ajustar a esse tipo de explicação. Uma hipótese levantada por Canestari para explicar freqüentes temores dismorfofóbicos pode ser estendida às diversas condutas centradas no corpo (cf. item “A organização fisiológica”, neste capítulo). Para esse autor, a ruptura de equilíbrio entre os investimentos objetais e os investimentos narcísicos, e a ausência transitória de objeto nas pulsões libidinais e agressivas levam o adolescente a tomar seu próprio corpo como objeto transitório, transicional ou transacional a fim de dirigir a ele suas pulsões. Escolher seu próprio corpo como objeto de amor é justamente uma das etapas do narcisismo secundário, tal como Freud o definiu. Sem dúvida, Freud interessou-se essencialmente pelo destino da pulsão libidinal; é possível fazer as mesmas constatações para a pulsão agressiva. Quando esta última já não tem um objeto de investimento à sua disposição, o corpo o substitui transitoriamente. Assim, as numerosas condutas observadas em clínica, tais como as automutilações discretas ou os esboços de tentativa de suicídio, ou os vagos temores dismorfofóbicos, parecem revelar antes de tudo essa relação particular e privilegiada do adolescente com seu corpo. O estudo dessas condutas mereceria ser incluído neste capítulo, mais do que nos diversos capítulos específicos.

Assim, na adolescência, o corpo pode ser considerado como uma espécie de objeto substituto das diversas pulsões libidinais e agressivas, a meio caminho entre o objeto externo e os objetos fantasmáticos internos: lugar de projeção dessas fantasias, o paradoxo do corpo na adolescência é ser considerado ainda como

um objeto transicional, isto é, um objeto que faz parte do eu e do não-eu. É também o lugar de temores de alteridade, de estranheza, de alienação no sentido quase etimológico do termo (transferência de uma propriedade ou de um bem de uma pessoa a outra). Jeammet (1980) resume perfeitamente o papel do corpo na problemática da adolescência:

O recurso ao corpo, na adolescência, é um meio privilegiado de expressão. De fato, o corpo é uma referência fixa para uma personalidade em busca de si mesma e que só tem uma auto-imagem ainda flutuante. É um ponto de encontro entre o dentro e o fora, marcando seus limites... O corpo é uma presença ao mesmo tempo familiar e estranha: é simultaneamente uma coisa que lhe pertence e uma coisa que representa o outro, e em especial os pais... Finalmente, o corpo é uma mensagem dirigida aos outros. Geralmente indica os rituais de pertencimento, principalmente em forma de moda.

Quando se aborda o campo mais específico da psicopatologia, no âmbito de condutas centradas no corpo, dois tipos de defesas parecem prevalecer entre todos os outros modos defensivos: 1) a necessidade de domínio, defesa posta a serviço da progressão que é ilustrada em clínica pelo ascetismo, mas que pode assumir uma intensidade tal que qualquer emergência pulsional deve ser aniquilada (como na anorexia mental); 2) a capacidade de regressão em sua dimensão temporal, marcada pelo retorno a fontes de satisfação pulsional anteriores parcialmente abandonadas.

A Necessidade de Domínio

Está diretamente ligada à necessidade do adolescente de manter controle ao mesmo tempo sobre as fantasias que podem surgir nele e sobre as fontes de excitação pulsional interna. As mudanças que se operam nele, “em seu corpo defensivo” correm o risco de designar o corpo como objeto a controlar, passando de uma simples necessidade de domínio à imperiosa necessidade de manter o comando sobre o corpo. Como assinala Gantheret (1981), “o comando é antes de tudo comando do corpo” e “comando no corpo [...] é a tarefa de dominar o objeto para deter a fon-

te que é reservada à pulsão de comando”. Para nós, a tradução clínica dessa pulsão de comando pode ser vista naquilo que A. Freud descreveu no comportamento ascético do adolescente; “o ascetismo da puberdade” caracteriza-se por uma hostilidade inata, indiferenciada, primária e primitiva entre o ego e as pulsões, hostilidade que leva o ego a odiar os instintos que despertam na puberdade: “esse temor da pulsão sentida pelo adolescente tem um caráter perigosamente progressivo, e depois de se referir apenas aos verdadeiros desejos pulsionais, pode chegar até as necessidades físicas mais ordinárias. O adolescente se recusa a se prevenir contra o frio, reduz ‘por princípio’ sua alimentação diária ao mínimo estrito, obriga-se a levantar muito cedo, evita rir ou sorrir...”. Todos conhecem esses adolescentes que se impõem tarefas físicas rudes, que estabelecem uma “higiene” de vida espartana, que se recusam qualquer satisfação física. Em geral, é fácil constatar que esses preceitos nada mais são do que uma tentativa rígida de controlar as pulsões sexuais e/ou agressivas, em particular os desejos masturbatórios. Na anorexia mental, esse ascetismo tornar-se caricatural.

O Lugar da Regressão

Sua qualidade, seu grau, sua reversibilidade constituem um dos fatores primordiais da avaliação do patológico nessa idade. Essa regressão se expressa de maneira privilegiada por meio de condutas centradas no corpo (perturbações de condutas alimentares, de condutas de adormecimento) ou por exigências corporais diretas (exigências de cuidados corporais, temores hipocondríacos, etc.). É clássico distinguir três tipos de regressão: 1) a regressão temporal, caracterizada por um retorno a metas de satisfação pulsional próprias a fases anteriores do desenvolvimento; 2) a regressão formal, marcada pelo abandono de processos secundários de pensamento em proveito de processos primários; 3) a regressão tópica, caracterizada pela passagem de um nível de exigência do ego ou do superego a um nível de exigência do id.

O conceito de regressão deve ser articulado estreitamente ao conceito de ponto de fixação (cf. *Enfance et psychopathologie*, p. 29). Na adolescência, observam-se todos os tipos de regres-

são. Mas, no que se refere mais diretamente ao corpo, pode-se dizer que a regressão temporal e, em menor grau, a regressão tópica constituem meios de compreensão úteis: é evidente que, em face da emergência da sexualidade, o retorno protetor a metas pulsionais que testemunham pulsões parciais é freqüente. As perturbações de condutas alimentares ocupam, nesse campo, um lugar privilegiado: a freqüência dessas perturbações na adolescência mostra a importância de pontos de fixação orais e de suas reativações concomitantes ao recrudescimento pulsional global. Do mesmo modo, as queixas relacionadas ao sono aparecem freqüentemente como temores diretos da regressão induzida necessariamente pelo adormecimento ou, inversamente, como uma necessidade defensiva de regressão excessiva (clinofilia) a uma fase de desenvolvimento primário (fase simbiótica, por exemplo).

Neste capítulo, seguindo a definição que apresentamos anteriormente (cf. item “A necessidade de domínio”), excluiríamos diversos campos particulares: 1) a patologia inerente a uma perturbação do esquema corporal (comprometimento cerebral hemisférico, por exemplo); 2) os comprometimentos do esquema corporal secundários a uma patologia mental patente, tal como os delírios centrados no corpo que se observam em psicoses agudas (cf. item “Estados psicóticos característicos da adolescência”, no Capítulo 11) ou na esquizofrenia (cf. item “A esquizofrenia”, no Capítulo 11); 3) as dificuldades psicológicas ligadas a perturbações objetivas do corpo: deficiência motora, malformações diversas, doenças somáticas.

Limitaremos este capítulo às condutas de dimensão corporal essencialmente de duas ordens:

- os transtornos da série alimentar;
- os transtornos do sono e do adormecimento.

PERTURBAÇÕES DAS CONDUTAS ALIMENTARES

Na linha de H. Bruch, agruparemos neste capítulo as diversas situações em que “a corpulência e/ou absorção alimentar servem para

resolver ou para dissimular problemas adaptativos internos ou externos”. Na clínica, essas perturbações tomam o aspecto seja de modificações ponderais estáveis (obesidade, anorexia mental) ou flutuantes, seja de preocupações dietéticas excessiva ligadas em geral à aparência corporal e que levam a hábitos alimentares particulares (regime dietético).

Daqui em diante, designaremos como “transtornos do comportamento alimentar” (TCA) ao mesmo tempo a anorexia mental e a bulimia nervosa, mas também condutas alimentares não usuais (restrição alimentar, crise bulímica isolada, manobras de controle de peso, preocupação permanente quanto à imagem do corpo, etc.) que, sem responder ao conjunto de critérios diagnósticos das classificações internacionais, aparecem freqüentemente ligadas a essas patologias, seja porque constituem seus primeiros indícios, seja porque persistem por muito tempo após a cura clínica. A prevalência parece particularmente elevada, correspondendo aos anos da adolescência (e do jovem adulto): entre 15 e 25 anos, no sexo feminino, essa prevalência cumulativa para o conjunto dos transtornos do comportamento alimentar seria de aproximadamente 8,8%, com um pico de prevalência pontual em 2,4% (*Victorian Adolescent Health Cohort Study*: 853 sujeitos femininos de 15 a 20 anos, Patton et al., 2003), sendo que a anorexia mental tem uma prevalência cumulativa de 1,8% (síndrome parcial) e a bulimia nervosa de 7,3%.

Clínica de Condutas Alimentares na Adolescência

Abordaremos primeiramente uma descrição das diversas condutas alimentares desviantes observadas de maneira freqüente na adolescência, em particular quando do despertar da puberdade ou no decurso desta. Essas condutas podem permanecer isoladas por muito tempo, com intensidade moderada, ou ser sucessivas, mas sem chegar aos quadros clínicos tais como a anorexia mental ou a bulimia nervosa. Contudo, elas geralmente constituem seus prenúncios, mais nas meninas do que nos meninos, nos quais essas condutas têm menos tendência a se

perenizar. Veremos ao final deste capítulo as hipóteses psicopatológicas sugeridas para explicar essa frequência.

Em certos casos, as perturbações constatadas existiam há muito tempo: o contexto familiar desempenha um papel preponderante nisso, como no caso de hiperfagias familiares. Contudo, não é raro que essas condutas alimentares desviantes apareçam na adolescência. Distinguiremos quatro tipos de perturbações: 1) comportamentos alimentares instáveis: fome canina, crise de bulimia; 2) comportamentos alimentares quantitativamente inadequados: hiperfagia, lambisco, restrição global; 3) comportamentos alimentares qualitativamente perturbados: exclusão alimentar, regime particular; 4) manobras particulares ligadas à alimentação.

Os comportamentos alimentares instáveis. – Se o comportamento alimentar não é perturbado durante as refeições, certos adolescentes conhecem intermitentemente condutas particulares. É clássico distinguir a fome canina e a crise de bulimia.

A fome canina. – Ela responde a uma sensação imperiosa de fome. Estaria mais presente na adolescente em período pré-menstrual. O comportamento alimentar continua adequado, e o adolescente absorve os alimentos de que gosta (doce, bolo, etc.).

A “crise bulímica”. – Chamada também de compulsão alimentar (*Aimez*) ou, entre os anglo-saxões, de *binge eating* (Russel), ela é um episódio brusco durante o qual uma grande quantidade de alimento é ingerida rapidamente, às escondidas, sem possibilidade de controle. Às vezes, os alimentos são absorvidos após um preparo culinário, mas normalmente são consumidos como tais, não aquecidos, na lata de conserva. Todos os alimentos podem ser objeto de uma conduta bulímica, sendo que cada paciente tem suas “preferências” (massas, carne, frios, doce, chocolate, etc.).

Freqüentemente, a crise é precedida de um estado tensional de mal-estar, sem fome verdadeira, com uma dimensão de excitação; uma luta consciente contra a impulsão a ingerir

pode acompanhar esse momento. A paciente bulímica come sozinha, às escondidas, começa seu acesso impulsivamente após o período tensional precedente. Algumas organizam quase rituais, cozinhando e instalando alimentos e ambiente, outras absorvem esses alimentos na maior desordem. Esse alimento às vezes é roubado.

A absorção é rápida, sem amassar nem mastigar; as quantidades ingeridas podem ser enormes. O acesso termina quando não há mais nada a comer ou quando a paciente é perturbada em sua solidão por um terceiro ou, enfim, quando as sensações de estufamento se tornam dolorosas.

Sucedese uma fase de abatimento, com mal-estar físico (dor de estômago, fadiga, cefaléias, náuseas, etc.) e psíquico (remorso, vergonha, culpabilidade, desgosto, humilhação, desvalorização, etc.), que dura até o adormecimento ou aos vômitos provocados.

Às vezes, ocorrem acessos sucessivos ao acordar ou após os vômitos, sendo que o conjunto pode se prolongar por vários dias (os dois ou três dias de um fim de semana). Quando o acesso termina, é comum o esquecimento do estado afetivo e físico penoso que se sucedeu à absorção. Contudo, a paciente mantém o sentimento de uma conduta patológica em dissidência com seu comportamento habitual.

A distância, o acesso se repete com uma frequência variável: diária, semanal (geralmente, o fim de semana), mensal ou plurimensal.

Essas crises bulímicas podem apresentar-se de forma isolada, mas é mais comum aparecerem no contexto de uma anorexia mental (cf. item “Perturbação das condutas alimentares”, neste capítulo), com a qual essas crises se alternam em certas fases da doença, ou no contexto de uma “bulimia nervosa” (cf. item “A anorexia mental”, neste capítulo). No plano psicopatológico, essas crises de bulimia representam a tradução comportamental de um sentimento de vazio, de tédio, freqüentemente com um estado de ansiedade. A emergência desse desejo, dessa pulsão não controlada ou, ao contrário, extremamente controlada antes, em geral está ligada a um profundo desatamento pulsional: a vivência agressiva e destruturante constitui o pano de fundo, vivência agressiva ligada à ativação súbita de uma relação imaginária agressiva e/ou mortífera

com uma das imagens parentais, em particular a da mãe. A crise de bulimia representa então uma tentativa inútil de incorporar o objeto materno associado à angústia de destruí-lo.

Comportamentos Alimentares Quantitativamente Perturbados

Hiperfagia-lambisco. – A hiperfagia, como seu próprio nome indica, caracteriza-se por um aporte alimentar excessivo. Em geral, essa hiperfagia é familiar. O número de refeições é de 3 a 4 por dia, com um lanche abundante, mas um café da manhã reduzido. A hiperfagia responde a fatores ambientais, em particular aos hábitos alimentares da família.

O lambisco ocorre fora das refeições, pode mesmo se estender por todo o dia. Um único produto pode ser incriminado, normalmente um alimento que está à mão e não requer um preparo (biscoitinhos amanteigados, chocolate, doce, etc.). O lambisco acompanha as atividades do sujeito: atividades escolares, leitura, televisão. A inatividade física é comum durante o lambisco, assim como o contexto solitário. A sensação de fome não é habitual durante o lambisco. Segundo G. Gonthier, hiperfagia e lambisco são condutas características da obesidade (cf. item “O problema do corpo no adolescente”, neste capítulo). Ao contrário do que se observa na crise bulímica, o adolescente que come muito ou que lambisca não tem o sentimento de perda de controle sobre a alimentação.

A redução alimentar. – No período pubertário, sobretudo na adolescente, é freqüente, se não habitual, um período transitório de restrição alimentar. Essa redução pode ser global ou eletiva (pão, queijo, etc.), conforme os “conselhos ou recomendações” lidos na imprensa ou ouvidos em programas de rádio. Os fatores ambientais são predominantes, marcados pela busca de uma silhueta delgada, na moda. Essa redução alimentar costuma suscitar discussões familiares, seja na forma de uma comparação, de uma relativa convivência (mãe e filha fazem o mesmo regime), seja na forma de um conflito, quando um dos genitores deseja manter o controle que sempre exerceu sobre o regime alimentar de seu filho.

Apenas alguns casos evoluem secundariamente para uma restrição importante, levando o adolescente a uma verdadeira anorexia mental (cf. item “A anorexia mental”, neste capítulo).

Comportamentos alimentares qualitativamente perturbados. – Nesses casos, como assinala H. Bruch, o fato de comer em si mesmo é perturbado, e a absorção de alimento adquire significações simbólicas diversas, geralmente feitas de perigo e de ameaça. Certos alimentos são excluídos, mas não com a intenção de reduzir o aporte calórico: aqui a significação simbólica do alimento e sua valorização familiar ou individual estão em primeiro plano.

Assim, o adolescente de tipo ascético (cf. item “A necessidade de domínio”, neste capítulo) pode se privar de um alimento do qual gosta particularmente. Em outros casos, trata-se de uma refeição ou de um prato familiar eleito. Essas condutas revelam freqüentemente a existência de um conflito neurótico, em particular em caso de aversão eletiva, que pode corresponder a uma conversão histérica típica. Há ainda situações em que o adolescente se submete a um regime alimentar particular em razão do valor simbólico ligado a tal ou qual alimento ou das virtudes atribuídas a esse regime. Não é raro que essas condutas veiculem idéias subjacentes quase delirantes ou, pelo menos, um temor extremo em face de uma agressividade oral não-elaborada. O mesmo ocorre com bruscas modificações dos hábitos alimentares de certos adolescentes que, de uma hora para outra, tornam-se vegetarianos (regime que exclui a carne dos animais, mas não seus produtos, como leite, manteiga, ovos, mel) ou mesmo vegetarianos (regime alimentar que exclui todos os alimentos que não provenham do reino vegetal). Tais práticas, que podem testemunhar um investimento delirante da alimentação, são observadas nos casos de psicose, sobretudo quando essas práticas estão em discordância com o hábito alimentar da família. A observação de um regime fortemente desequilibrado no plano dietético pode levar a emagrecimentos, ou mesmo a estados de marasmo fisiológico. É importante não confundir os emagrecimentos secundários a partir do investimento delirante da alimentação com a anorexia mental verdadeira.

Manobras particulares ligadas à alimentação. – Alguns adolescentes adotam comportamentos particulares com o objetivo consciente de conseguir um melhor controle do peso, ou mesmo emagrecer sem modificar as condutas alimentares. É o caso das manobras vomitivas que podem se suceder a acessos bulímicos (ver acima), mas que também podem ocorrer isoladamente. No início, o adolescente desencadeia os vômitos voluntariamente e ativamente provocando um reflexo de náusea. Em seguida, o vômito pode tornar-se um “reflexo”, pela mera contração do diafragma, ou mesmo tornar-se “involuntário”, sucedendo às mínimas absorções alimentares. Outros adolescentes recorrem a medicamentos, ingeridos sem qualquer prescrição médica: vomílicos, diuréticos, laxantes, etc. Assim, uma pesquisa sistemática nos Estados Unidos revelou que 13% dos adolescentes, duas vezes mais meninas do que meninos, utilizam tais procedimentos.

Em uma menina que apresenta episódios bulímicos, o aparecimento de manobras para controlar o peso constitui um fator de gravidade para as crises bulímicas, com um risco de aumento de frequência e de persistência da conduta.

Com toda evidência, essas manobras particulares estão associadas na maioria das vezes às perturbações descritas anteriormente: episódios de bulimia, lambisco, restrição alimentar, episódio anoréxico.

Elementos de psicopatologia. – Várias hipóteses psicopatológicas ajudam a compreender a frequência dessas desordens nas condutas alimentares na adolescência. Destacaremos quatro: 1) a reativação da pulsão oral ligada a um ponto de fixação defensivo em relação ao recrudescimento pulsional, em particular genital. Essa reativação insere-se na perspectiva de regressão temporal já evocada: o adolescente retorna à modos de satisfação já experimentados em sua infância e vivenciados como não ameaçadores, pelo menos para o seu equilíbrio psíquico interno (a ameaça se desloca então para a silhueta corporal); 2) o desejo de apropriação e de domínio das necessidades corporais, desejo que se estabelece dentro de uma perspectiva ontogenética no processo de separação-individuação. A título de exemplo,

os conflitos entre o adolescente e seus pais em torno da alimentação são comuns: estes últimos desejariam manter o equilíbrio alimentar que consideram satisfatório, enquanto que o adolescente reivindica alimentar-se segundo critérios estritamente pessoais; 3) a focalização em torno da “refeição familiar” das interações e do conflito entre pais e adolescente (cf. Capítulo 16). De fato, os adolescentes experimentam com frequência afetos carregados de cólera e/ou agressividade em relação a essas refeições feitas em comum. Esses afetos podem constituir a transformação direta da curiosidade em face da “cena primitiva”, curiosidade mesclada de aversão e de inveja: a refeição familiar assume um valor altamente simbólico, e as funções alimentares são “sexualizadas”. Existe um deslocamento da “cena primitiva” para a “cena familiar”: prova disso são as frequentes observações dos adolescentes sobre a maneira de comer de seus pais, em particular as observações de adolescentes que acham que seu pai come “como um porco”, etc; 4) uma “fome de objeto” particularmente intensa. Tomamos de Blos essa expressão, que traduz a necessidade do adolescente de incorporar o maior número possível de objetos para satisfazer sua busca identificatória. Se essa fome mantém um caráter metafórico, ela também pode assumir o aspecto mais concreto de absorção de alimento. Seria o caso aqui de se fazer uma reflexão sobre a continuidade ou a ausência de continuidade entre os conceitos de introjeção, de incorporação e de identificação. Naturalmente, essa necessidade de absorção de alimento pode constituir um meio de preenchimento, isto é, um meio de luta contra o vazio e contra a depressão subjacente. Seja como for, essa fome de objeto, quando o adolescente renuncia ao trabalho psíquico de metaforização para se satisfazer com uma absorção concreta de alimento, pode avivar o temor de destruição do objeto: esse temor é tanto maior quanto mais intensa é a necessidade de incorporação. Esse temor também leva o adolescente a controlar fortemente sua forma e a desenvolver condutas anoréxicas mais ou menos sérias, intercaladas às vezes de “crises bulímicas”, verdadeiras quebras na tentativa de domínio da oralidade. Essa alternância entre necessidade de incorporação e tentativa de controle explica a instabilidade particular das condutas alimentares em nume-

rosos adolescentes, assim como a ausência bastante freqüente de uma repercussão ponderal flagrante, na medida em que não se adota de forma repetitiva uma conduta particular.

A Obesidade

Generalidades. – A obesidade é definida como um excesso de peso que ultrapassa em dois desvios padrões ou em 20% o peso ideal para a altura. A obesidade assim definida é bastante comum: nos Estados Unidos, 9% dos meninos e 12% das meninas; na França, 7% das crianças e adolescentes na região de Paris são obesos (Doyard). A freqüência da obesidade vem aumentando de forma constante e regular em todos os países ditos desenvolvidos, a ponto de ser considerada em nossos dias como um problema importante de saúde pública.

A obesidade não constitui propriamente um estado específico da adolescência. De fato, segundo as pesquisas retrospectivas que procuram determinar o início da obesidade, 25% das obesidades da criança maior e do adolescente começaram antes de um ano, 50% antes de 4 anos e 75% antes de 6 anos. Portanto, na maioria dos casos a obesidade não se constitui na adolescência, mas sucede uma obesidade já instalada na infância. Isso distingue a obesidade da anorexia mental. Contudo, a adolescência representa uma etapa importante: até então, a criança era dependente de seus pais, consultando-se apenas sob pressão, geralmente pouco motivada ela mesma a fazer um regime. Já o adolescente pode se sentir pessoalmente interessado, e em alguns casos até mesmo tomar a iniciativa de marcar uma consulta. A pressão do entorno, do grupo de iguais, da moda, somada às transformações pubertárias, pode contribuir para que esse adolescente participe ativamente das consultas e das medidas terapêuticas propostas (Schmit e Rouam). Quanto à obesidade que começa na adolescência, é preciso assinalar antes de tudo a existência banal e normal de uma discreta sobrecarga ponderal pré-pubertária: essa sobrecarga não tem a significação fisiológica de uma obesidade, mas pode assumi-la aos olhos do entorno, criando um contexto ambiental desfavorável. Segundo H. Bruch, seria preciso distinguir, de um lado, a fase de criação

da obesidade e da aquisição de peso, e, de outro, a fase de estabilização ponderal.

Quanto aos fatores psicossociais, eles desempenham papéis complexos. H. Bruch sugere, também nesse caso, que se faça uma distinção entre os fatores psicossociais: 1) aqueles que desempenham um papel na criação da obesidade; 2) aqueles que são criados pela obesidade; 3) aqueles que são suscitados pelo desejo de emagrecer. Não abordaremos em detalhe esses pontos que não apresentam nenhuma especificidade na adolescência em relação às outras idades (cf. *Enfance et psychopathologie*, capítulo 7).

Condutas e personalidades do adolescente obeso. – Duas condutas alimentares parecem bem específicas do adolescente: o lamberisco e a hiperfagia, geralmente de conotação familiar (cf. descrição p. 107). Ao contrário, as crises de bulimia são bastante raras. O adolescente obeso mantém uma relação particular com a sensação de fome, como veremos no próximo item. De fato, nem sempre a sensação de fome está presente antes do ato de comer: os adolescentes dificilmente conseguem dizer se quando procuram algo para beliscar estão com fome. Parece que isso ocorre mais como resposta a uma sensação imprecisa, indefinível, muitas vezes com uma conotação de mal-estar, ou ainda a uma necessidade (ou a um prazer) de encher a boca, de mastigar e de deglutir, em suma, de manter uma atividade oral incessante. Por outro lado, o ato de alimentar-se não produz uma sensação de saciedade, mas, ao contrário, um sentimento de culpabilidade ou um estado de tédio suplementar.

Classicamente, o adolescente obeso é descrito como uma pessoa inativa. Segundo H. Bruch, o transtorno fundamental na obesidade não é, aliás, a hiperfagia, mas a inatividade; esse autor estabelece uma oposição hoje bastante conhecida entre “polifagia-obesidade-inatividade”, de um lado, e “anorexia-magreza-atividade”, de outro. Dentro dessa passividade, certos afetos parecem freqüentes. A noção de tédio, sem se tratar de um estado depressivo real, é bastante comum. De resto, a solidão complementa esse sentimento de tédio: o adolescente se queixa de um sentimento de vazio, de inutilidade. Em outros casos, descrevem-se estados

de tensão ansiosa com alguns traços neuróticos habitualmente na série fóbica.

No plano do diagnóstico, excluiremos aqui os raros casos de obesidade como consequência de uma patologia orgânica (síndrome de Willi-Prader, de Laurence Moon-Biedl). Quanto ao diagnóstico psiquiátrico, a maioria das obesidades na adolescência não se integra a quadros nosográficos precisos, embora possam ser observadas em casos de neurose ou de psicose estruturada. Em caso de psicose acompanhada de uma obesidade, isso pode assumir um aspecto oscilante, com freqüentes períodos de emagrecimento, depois de aquisição de peso, períodos que muitas vezes estão estreitamente ligados a descompensações delirantes; propôs-se para isso o termo “obesidade-borracha” (Marcelli et al., 1979).

Prognóstico. Evolução da obesidade. – Todos os autores assinalam a relativa estabilidade através das idades. Contudo, a adolescência é um período privilegiado em que a motivação terapêutica pode tornar-se pessoal (e não mais parental), em que as modificações psicodinâmicas podem favorecer a terapia e em que existe uma forte pressão do ambiente. Entre os raros fatores de prognóstico, H. Bruch assinala o interesse do teste do homem: as crianças e adolescentes obesos que desenharam um homem corretamente superaram sua obesidade ou pelo menos serão adultos adaptados. Ao contrário, os obesos que tinham resultados ruins no desenho do homem eram mal adaptados, apresentavam graves transtornos da personalidade, e mesmo uma psicose, segundo H. Bruch. Em certos membros desse grupo, a obesidade continuou aumentando.

Hipóteses psicopatológicas. – A hipótese de um fator constitucional genético repousa sobre a constatação muito comum da existência de uma obesidade em um ou em ambos os genitores. Mas esse fator é difícil de distinguir dos hábitos alimentares da família: de fato, a hiperfagia quase sempre é familiar. H. Bruch propôs uma teoria da obesidade levando em conta ao mesmo tempo interações familiares e a posterior interiorização de um tal modelo em um desenvolvimento psicofisiológico desviante. Essa autora constata, como outros, que a ingestão de alimentos muitas vezes não res-

ponde a um sentimento de fome, mas a uma condição bem diferente. A fome parece ser um estado fisiológico mal discernido, como também a saciedade. Para H. Bruch, um adolescente normal deve ter adquirido o sentimento do seu corpo específico, a consciência de ser um organismo autônomo e independente, deve saber reconhecer e definir as necessidades corporais e, levando em conta essas necessidades e o ambiente, ser capaz de chegar a uma satisfação adequada de suas necessidades. O adolescente obeso não adquiriu essa autonomia. H. Bruch levanta uma hipótese centrada no papel do ambiente. Para ela, a incapacidade do adolescente obeso de reconhecer suas necessidades corporais específicas e, conseqüentemente, de dar uma resposta adequada a elas, provém do caos das primeiras experiências de satisfação, em particular orais:

Quando uma mãe oferece alimento em resposta a sinais que indicam uma necessidade alimentar, a criança desenvolverá progressivamente a noção de “fome” como uma sensação distinta de outras necessidades ou tensões físicas. Em compensação, se a reação da mãe é sempre inadequada, quer ela seja indiferente, hiperestimulante, proibitiva ou totalmente permissiva, o resultado para a criança será um estado de perplexidade confusa. Na seqüência, a criança será incapaz de discernir se está com fome, se está saciada ou se está sentindo um outro mal-estar.

Para H. Bruch, essas crianças tornam-se adolescentes “que não desenvolveram nem integraram sua imagem do corpo, e que se verão sem recursos em face das necessidades corporais ou terão o sentimento de que essas necessidades são controladas do exterior, como se eles não fossem os proprietários de seu corpo e de suas sensações”. Esses adolescentes, em face de qualquer estado de tensão indeterminado, quer se trate de fome ou ainda de um sentimento de tédio, de um estado de solidão ou de um mal-estar físico, tenderão a absorver alimentos, da mesma maneira que suas mães lhes davam alimentos indistintamente quando eram bebês, quaisquer que fossem suas manifestações.

Haveria uma espécie de condicionamento que impeliria a criança, e depois o adolescente, a recorrer sistematicamente ao alimento em face de qualquer tensão.

Essas hipóteses são corroboradas por certas constatações clínicas: a fome raramente preside a absorção de alimento, como no caso do lambisco, por exemplo. Do mesmo modo, a saciedade geralmente é desconhecida.

Sensações difusas (tédio, um vago mal-estar) conduzem igualmente a uma absorção alimentar.

Para além dessa hipótese de dominância ambiental, outros autores viram nessas condutas alimentares seguidas de obesidade o testemunho de uma fixação defensiva na pulsão oral: “a satisfação da fome é o protótipo da satisfação instintual” (Kreiser), a oralidade, sendo erotizada mediante a atividade de sucção característica do lambisco. A importância da oralidade e da incorporação na adolescência foi bastante destacada por P. Blos, que fala de uma verdadeira “fome de objeto” a incorporar: “As sensações de fome e a tendência a se entupir de alimento são causadas apenas parcialmente pelo crescimento físico do adolescente. Pode-se observar que elas variam significativamente no mesmo sentido que o aumento ou o declínio da fome de objeto primitivo, isto é, da função incorporativa”.

Quando se torna excessiva, essa fixação na oralidade parece ter várias funções: fator de luta contra a depressão, fator de resistência à sexualidade, fator de entrave à elaboração mental.

Obesidade e depressão. – A existência de elementos depressivos é uma constatação frequente no obeso adulto. Não voltaremos aqui ao lugar particular que a depressão ocupa na adolescência. No adolescente obeso, a depressão, ou pelo menos o tédio, situa-se às vezes no primeiro plano. Em geral, essa temática recobre deficiências na elaboração do narcisismo, deficiências que são mascaradas pela obesidade. Por exemplo, não é casual que os temas marinhos, com os “sentimentos oceânicos” que podem acompanhá-los, estejam tão presentes nos testes projetivos (Rorschach), como uma tentativa de retornar ao universo protetor da matriz uterina, onde o corpo se dissolve em uma entidade mais ampla. A temática depressiva também se aproxima da vertente narcísica, com seus sentimentos de vazio, de inutilidade, de falta. A própria imagem do corpo corresponde ao corpo obeso, frequentemente hipertrofiado, volumoso: o cor-

po obeso, inflado, proporciona ao adolescente um sentimento de segurança de si, a segurança interna que não teria sem isso.

Obesidade e sexualidade. – Quando persiste ou se agrava na adolescência, a obesidade frequentemente serve de anteparo em face da sexualidade, ao mesmo tempo em que a conduta hiperfágica e/ou do lambisco proporciona gratificações orais regressivas e substitutivas. Em ambos os sexos, mas talvez mais ainda na menina, a obesidade é utilizada às vezes como uma defesa em face dos desejos sexuais e aos sentimentos de culpabilidade que podem acompanhá-los.

Obesidade e estrutura psicossomática. – Em alguns casos, a obesidade parece substituir em parte o funcionamento psíquico, e servir de anteparo a uma descompensação psicótica, em particular no caso de vivência paranóica do mundo externo: a obesidade parece representar então uma espécie de proteção contra as intrusões externas. Pode-se fazer essas constatações às avessas nos casos de descompensações após uma cura de emagrecimento, como se observa às vezes. Nesse caso,

é como se o emagrecimento tirasse a espessura concreta das defesas de que o obeso precisa se guarnecer com o duplo objetivo de amortecer a agressividade (projetada) no exterior e de manter um sentimento do eu hipertrofiado à maneira de um balão de borracha. De fato, a obesidade nos parece ter sempre esse duplo papel: “protetor contra o ambiente, garantia da integridade e do valor da auto-imagem (Marcelli et al.).

Desse ponto de vista, a obesidade na adolescência pode constituir um fator de entrave aos processos psicodinâmicos próprios a esse período, o que, na evolução posterior do indivíduo, pode cristalizar de maneira mais ou menos definitiva as capacidades adaptativas e relacionais e, para além destas, a organização fantasmática e defensiva: a obesidade pode se tornar então uma espécie de equivalente de um processo de defesa. A esse título, pode-se falar de sintoma psicossomático.

Tratamento. – Seremos muito breves e necessariamente esquemáticos. A obesidade, salvo

caso excepcional (sobrecarga ponderal superior a +60%), não ameaça diretamente a vida do indivíduo. Assim, toda medida coercitiva, toda medida que não tem a anuência e não suscita a participação ativa do adolescente é nefasta e está condenada ao fracasso.

Para os tratamentos medicamentosos, vale lembrar que, na França, um decreto recente proibiu os “coquetéis emagrecedores”, tornando ilícita a associação entre eles e um dos produtos pertencentes às três classes tradicionais de produtos ditos “emagrecedores”: 1) hormônios tireóides; 2) diuréticos; 3) psicotrópicos e anorexígenos. Na adolescência, a prescrição medicamentosa deveria ser nula ou, pelo menos, reduzir-se a um ansiolítico suplementar.

A hospitalização visando o descondicionamento, tanto em relação ao contexto familiar quanto aos hábitos alimentares, poderia ser proposta, sobretudo nos casos graves e quando o adolescente solicita (Schmit e Rouam).

Segundo H. Bruch, a psicoterapia, individual ou em grupo, precisa ser organizada em torno do objetivo essencial de proporcionar ao adolescente “a consciência dos sentimentos e das pulsões que se manifestam nele, assim como a possibilidade de aprender a conhecê-las, satisfazê-las ou utilizá-las de forma pertinente”. Para H. Bruch, essa tomada de consciência do corpo pode aparecer inicialmente em um outro campo que não o da alimentação e que constitui seu objetivo prioritário, enquanto que o emagrecimento seria um objetivo secundário:

Os progressos em relação a uma obesidade oscilante e antiga não podem ser medidos em termos de peso, mas unicamente em termos de capacidade global. Apenas uma melhor adaptação pessoal pode favorecer uma regulação do peso e vice-versa. Essa regulação só poderá ser considerada como bem-sucedida e positiva depois de ter dominado outros elementos do comportamento pulsional.

A Anorexia Mental

A anorexia mental ocupa um lugar particular no campo da patologia mental: sua estereotipia clínica, a prevalência do sexo feminino e uma idade de início bastante característica rompem com o habitual polimorfismo

dos transtornos psicopatológicos, sobretudo na adolescência. Essa estereotipia clínica explica a antiguidade da descrição da síndrome e a busca permanente de uma etiologia orgânica inscrevendo-se em um esquema explicativo linear. Reivindicada por muito tempo exclusivamente pelos endocrinologistas, a anorexia mental não pode mais ser considerada como o puro resultado de uma desordem “neurovegetativa”. Seu determinismo psicogenético parece aceito pela maioria, embora essa posição seja periodicamente posta em questão. Mas, assim como no caso da bulimia, que abordaremos mais adiante, esse determinismo é complexo e sempre mal elucidado hoje. De traços de temperamento, como o perfeccionismo (Bulik et al., 2003), aos movimentos inconscientes, como a busca de “neo-objetos” sob controle (Jeammet e Corcos, 2001), os fatores em jogo evocados hoje são múltiplos, e situam-se em níveis epistemológicos muito diferentes.

Histórico. – A anorexia mental é de conhecimento bastante antigo, pois seus indícios foram notavelmente fixados já no século XVII por um autor inglês, Richard Morton. Com o nome de “tísica nervosa”, ele descreve em 1689, em uma mulher jovem, um afinamento do corpo que ocorre sem febre, sem tosse, sem dispnéia, e que é acompanhado de uma perda do apetite e das funções digestivas. Morton insiste sobre a magreza assustadora que essa afecção pode induzir. Segundo ele, a doença tem uma origem nervosa e provém de uma alteração do ímpeto vital.

Mas classicamente, atribuem-se as primeiras descrições da anorexia mental a Lasègue e a W. Gull, que publicaram em datas próximas suas experiências clínicas. W. Gull fala primeiramente de “Histeria apepsia” (1868), e depois, na seqüência do trabalho de Lasègue, de “Anorexia Nervosa” (outubro de 1873). Já C. Lasègue evoca a “anorexia histérica” (abril de 1873).

As descrições clínicas feitas por esses autores mereceriam ser relidas integralmente, tamanha é a atualidade que ainda preservam:

Pouco a pouco, a doente reduz sua alimentação, alegando ora uma dor de cabeça, ora uma aversão momentânea, ora o temor de se repetirem as impressões dolorosas que

se seguem a uma refeição. Ao final de algumas semanas, já não são mais repugnâncias supostamente passageiras, é uma recusa da alimentação que se prolonga indefinidamente. (Lasègue)

Observa-se também um comportamento hiperativo: “Os pacientes, ainda que extremamente esgotados, não se queixavam nem de dor nem do menor mal-estar, e com frequência se mostravam singularmente agitados e obstinados...” (Gull). “A doente, longe de se enfraquecer, de se entristecer, desenvolve uma maneira de exaltação que não lhe era comum: mais ativa, mais leve, ela monta a cavalo, faz longas caminhadas a pé...” (Lasègue). A desordem alimentar é atribuída a uma perturbação mental: “A falta de apetite se deve a um estado mental mórbido... Penso, conseqüentemente, que sua origem é central e não periférica” (W. Gull). Finalmente, a importância das relações familiares é, desde essa época, claramente ressaltada. Uma vez constituída a doença,

A família só tem a seu serviço dois métodos, que ela sempre esgota: implorar ou ameaçar, mas tanto um como outro serve apenas de pedra de toque. Multiplicam-se as delicadezas da mesa na esperança de despertar o apetite: quanto mais se aumenta a solicitude, mais o apetite diminui. A doente prova desdenhosamente os pratos novos, e depois de ter demonstrado dessa maneira sua boa vontade, ela se considera liberada da obrigação de ir além. Tanto se suplica, se reclama como um favor, como uma prova soberana de afeto, que a doente se resigna a acrescentar uma única garfada suplementar à refeição que declarou encerrada. O excesso de insistência atrai um excesso de resistência” (Lasègue). “O meio em que vive a doente exerce uma influência que seria igualmente lamentável de omitir ou de ignorar. (Lasègue)

Após essas descrições pioneiras, que têm o mérito de valorizar a origem “moral e nervosa” da afecção, há um período de relativa confusão, dominado pelos trabalhos de Simmonds que, em 1914, descreve uma síndrome nova: a caquexia pan-hipofisária. Durante longos anos, a anorexia mental é confundida então com essa afecção orgânica, confusão que servirá por muito tempo para fundamentar a convicção compartilhada por certos autores de uma origem orgânica endócrina da anorexia mental.

Será preciso esperar até os anos 1940 para que sejam retomadas as hipóteses psicogenéticas. Nessa época, os trabalhos são muito numerosos: H. Bruch nos Estados Unidos, M. Selvini na Itália, E. e J. Kestemberg e Decobert na França... em perspectivas comportamentais, psicanalíticas, sistêmicas ou outras, mas onde a dimensão psicológica é sempre dominante.

Nos últimos tempos, a atenção dos clínicos voltou-se mais particularmente para duas séries de fatores: de um lado, uma consideração do conjunto de transtornos alimentares da adolescência de um ponto de vista epidemiológico, mas também descritivo, mostrando a freqüente associação anorexia-bulimia (cf. item “Evolução”, neste capítulo). De outro lado, uma nova perspectiva dinâmica se esboça em torno da problemática da dependência e das patologias ligadas a ela: se a bulimia às vezes é descrita como uma “toxicomania alimentar”, a anorexia mental aparece como uma tentativa de controlar uma dependência em particular, uma avidez oral sentida de forma insuportável pela adolescente. Assim, a anorexia é por vezes incluída entre as “novas dependências” (Veneza, 1991) encontradas na adolescência.

Características epidemiológicas. – A predominância feminina é esmagadora em todos os estudos: 90 a 97% dos casos. A idade de surgimento conhece dois picos: por volta dos 15/16 anos e dos 18/19 anos, idade freqüente do primeiro diagnóstico.

A prevalência, difícil de avaliar, aparentemente oscila, segundo os estudos, entre 0,1 e 0,5% para a população feminina de 16 a 25 anos (Hardy e Dantchev, 1989). Essa taxa parece relativamente estável ao longo dos anos recentes.

Os parentes de primeiro grau têm uma taxa mais elevada de anorexia do que a população geral, o mesmo ocorrendo para os gêmeos, em particular homozigotos, mas não se consegue explicar essa incidência elevada para uma patologia essencialmente psicogênica.

Finalmente, observa-se uma importante patologia co-mórbida: episódio depressivo sério ou distímia (50 a 75%), com uma prevalência de 4 a 6% para os transtornos bipolares. Para os transtornos obsessivo-compulsivos, a prevalência é de cerca de 25% (Halmi et al., 1991). Observa-se igualmente uma co-morbidade importante com os transtornos ansiosos,

em particular fobia social. O uso abusivo de substâncias não é raro, mas na maioria das vezes aparece associado às formas com crises de bulimia e/ou uso de purgativos: 12 a 17% (Herzog et al., 1992).

A família pertence, na maioria dos casos, às classes socioprofissionais médias ou abastadas. Ao contrário de várias outras patologias psiquiátricas, os divórcios e separações dos pais não são mais freqüentes: as famílias com *status* matrimonial “normal” parecem sobre-representadas. Encontram-se com mais freqüência transtornos de condutas alimentares nas famílias de anoréxicos do que nas famílias controle: haveria assim três vezes mais anoréxicos entre os parentes de primeiro grau de um sujeito anoréxico e 2,7 vezes mais de bulímicos (Strober, 1985).

Finalmente, certos meios socioprofissionais ou culturais parecem “de risco”: modelos, bailarinas (numerosas são as adolescentes anoréxicas que praticam a dança clássica).

A “síndrome anoréxica”: descrição clínica. – O quadro clínico é muito característico. Ele se constitui em 3 a 6 meses, após um período marcado por um desejo de “fazer um regime” para perder alguns quilos considerados supérfluos. Vale observar que em alguns casos existia uma real e discreta subobesidade infantil. Em geral, esse desejo infantil é aceito pela família, tanto que às vezes outros membros (principalmente a mãe) fazem um regime idêntico. Um acontecimento detonador pode ser incriminado: conflito ou separação familiar, luto, nascimento, ruptura sentimental, etc., acontecimento que na maioria das vezes assume o aspecto de uma perda-separação.

A restrição alimentar se agrava e a síndrome anoréxica torna-se evidente. Ela associa:

A conduta anoréxica. – A restrição alimentar, inicialmente moderada, torna-se metódica, resoluta, perseguida com energia na intenção clara de emagrecer. Consagrado pelo uso, o termo “anoréxico” não é, entretanto, adequado, pois normalmente a fome é sentida com intensidade, pelo menos no início, e a paciente procura controlar essa fome. Aliás, certos autores evocaram o “orgasmo da fome”, verdadeiro gozo obtido pela anoréxica de seu domínio sobre a necessidade fisiológica. Isso explica o pa-

radoxo comum: enquanto o regime é cada vez mais draconiano, reduzido a algumas centenas de calorias, e as ingestões cada vez mais limitadas e raras, o pensamento da anoréxica é cada vez mais invadido pela idéia de alimento e de regime: contagem de calorias absorvidas, avaliação de atos necessários para eliminar o que foi ingerido, etc.

O comportamento alimentar se modifica: a paciente seleciona cada vez mais os alimentos, dissectiona os pedaços em porções cada vez mais reduzidas, separa interminavelmente o conteúdo de seu prato, mastiga incansavelmente, e às vezes cospe de volta. As refeições familiares constituem um momento de conflitos e de tensões, seja em razão da insistência dos pais, ou, ao contrário, de seus esforços para não dizer nada. O desfecho desses conflitos costuma ser a fuga de um dos membros para um outro cômodo. É muito comum que a anoréxica acabe por se isolar na cozinha para preparar suas refeições, comer ao abrigo dos olhares da família.

Se a redução alimentar normalmente é regular e progressivamente crescente, ela é entrecortada de crises bulímicas (ver p. 119), verdadeira ruptura na tentativa de domínio. Essas crises são sempre vividas com um sentimento de falha, de aversão e de vergonha, levando ao mesmo tempo a manobras para evacuar as calorias ingeridas (vômitos, laxantes, provas físicas suplementares) e um recrudescimento posterior do comportamento restritivo.

Quando o emagrecimento é importante, no limite da caquexia, pode-se instalar uma verdadeira anorexia, com uma perda total da sensação de fome (invoca-se a hipersecreção de certas endorfinas de ação anorexígena).

O emagrecimento. – Inicialmente moderado, logo ele se torna espetacular. Ultrapassa 20 a 30% do peso inicial, e pode chegar a 50% nas formas de desnutrição profunda. Observa-se uma fusão do panículo adiposo, uma amiotrofia que dá aos membros um aspecto frágil, fino, que ressalta as articulações; os fâneros tornam-se secos, quebradiços, os cabelos foscas; uma hipertricose (hipercorticismismo reacional), transtornos circulatórios com extremidades frias aparecem nos emagrecimentos severos.

A atitude da paciente em face do peso é característica: ela se pesa regularmente, sente-se satisfeita, triunfante e orgulhosa de si mesma quando constata uma perda de peso; ela nega

o emagrecimento, e às vezes, inclusive, acha que ainda está gorda, embora apresente um *deficit* ponderal importante. Ela mantém com frequência um sentimento de dismorfofobia localizada (coxas ou nádegas gordas, etc.), apesar da magreza evidente. Em contrapartida, a constatação de uma retomada de peso é acompanhada de um sentimento de opressão, de abatimento, de desgosto e de cólera interior.

Nas formas de caquexia e nas formas contemporâneas da puberdade, podem aparecer complicações somáticas (ver item “Evolução”, neste capítulo).

A amenorréia. – É um sinal constante, considerado por alguns como necessário ao diagnóstico. Ela pode ser primária, quando a anorexia mental surge no início da puberdade, mas na maioria das vezes é secundária. A relação entre amenorréia e emagrecimento não é simples, pois a amenorréia pode aparecer desde o início do emagrecimento, seguir-se a ele após alguns meses, ou até mesmo precedê-lo. Em geral, a amenorréia persiste mesmo com a retomada do peso.

A adolescente costuma manifestar indiferença em relação a essa amenorréia, e, em alguns casos mais raros, até mesmo uma satisfação. Porém, após a retomada do peso, a persistência da amenorréia geralmente é sentida de forma negativa pela paciente, como uma espécie de “resistência” do corpo a uma vontade de normalização ou de eliminação dos sintomas. Às vezes, a exigência de um tratamento hormonal substitutivo (pílula) pode ter essa significação: desaparecimento aparente dos sintomas e normalização de superfície.

A esses três sintomas típicos, acrescentaremos a hiperatividade, os transtornos de percepção da imagem corporal, o desinteresse pela sexualidade e pelas atividades sociais.

A hiperatividade. – Ela é intelectual e/ou física. Geralmente existe um hiperinvestimento no trabalho escolar: busca-se o desempenho escolar por ele mesmo, sem sentir um verdadeiro prazer no funcionamento intelectual. As pacientes passam longas horas estudando, “decorando”, e obtêm melhores resultados nas matérias que recorrem ao saber e à memória do que nas matérias que exigem imaginação ou

criatividade. Esse investimento no trabalho é o pretexto para um freqüente isolamento social, para uma recusa às consultas e aos procedimentos terapêuticos que fazem “perder tempo”. Ele representa igualmente um setor em que a adolescente e os pais estão ligados por uma estima, uma admiração ou uma satisfação recíproca. Contudo, não é raro observar uma piora no desempenho escolar à medida que a escolaridade avança: enquanto no ensino fundamental os resultados eram brilhantes, no ensino médio eles se tornam medíocres, culminando muitas vezes no fracasso relativo ou completo no início dos estudos superiores. Fora a escolaridade propriamente dita, normalmente há pouco interesse por atividades culturais, de lazer ou de descontração, salvo quando são acompanhadas de uma atividade física (dança).

A hiperatividade física não muda nada com o emagrecimento. É muito comum, inclusive, que quanto mais magra é a anoréxica, mais ela se sente “com energia” e se movimenta: longas caminhadas, *jogging*; ela patina, dança, nada, preferindo os esportes solitários aos esportes coletivos. Essa atividade pode beirar o ascetismo e chegar próximo aos maus-tratos físicos: exposição ao frio, redução do sono, banhos gelados, privações diversas, etc. Em certos casos, pode aparecer um ativismo doméstico (arrumação, cozinha, etc.), levando a uma espécie de domínio sobre a vida familiar que pode estar na origem dos conflitos com os pais, com a fratria.

A percepção deformada da imagem do corpo. – Ela é habitual. Existe um temor obsessivo de ser gorda, que persiste mesmo quando o emagrecimento é evidente. Esse temor pode assumir o aspecto de dismorfofobias localizadas (barriga, nádegas, coxas grossas demais). A retomada de peso suscita um medo intenso de engordar e de não ter mais limites.

O desinteresse pela sexualidade. – Ele é freqüente. As transformações corporais da puberdade são negadas, fonte de incômodo. As atividades sexuais são ignoradas, ainda que, no contexto social em evolução, seja menos raro encontrar anoréxicas que tenham relações sexuais. Nesse caso, trata-se de atividades conformistas, para “fazer como as outras”, sem

implicações afetivas a não ser uma eventual gratificação narcísica. O desejo de encontrar um corpo pré-pubertário às vezes é manifestado diretamente, assim como a recusa de “crescer”.

As relações sociais geralmente são escassas, reduzindo-se aos contatos escolares, mera camaradagem superficial. Eventualmente, um envolvimento social de caráter ideológico pode mobilizar a energia da pessoa.

A família da anoréxica. – Já nos primeiros trabalhos de Lasègue e de Gull, enfatizou-se a importância do contexto familiar. Fora as hipóteses etiopatogênicas, que levam em conta a natureza das primeiras relações mãe-filho (Bruch, Doumic), que retomaremos no item “Psicopatologia”, numerosos autores propuseram uma certa tipologia psicológica, centrada ora na própria mãe, ora no casal parental, ora no conjunto da dinâmica familiar.

As mães das anoréxicas são descritas como ansiosas e hipocondríacas. Elas seriam ambiciosas e utilizariam comumente seus filhos como uma valorização narcísica de si mesmas (Sours). A preocupação com a aparência física da criança é excessiva. Elas seriam superprotetoras, tendo dificuldade de perceber as necessidades próprias de sua filha e tendência a manter uma confusão entre ela e sua criança (Selvini). Em outros casos, elas são descritas como “frias”, pouco interessadas na *rêverie*, no imaginário, valorizando em sua filha o aspecto operatório.

Os pais são mais calorosos, normalmente permissivos e apagados, intervindo pouco nas decisões familiares. Existe muitas vezes uma ligação pai-filha de grande convivência, mesclada de elementos neuróticos (ligação edipiana pai-filha particularmente intensa). Falou-se também de pais “maternizados” (Kestemberg et al.).

O casal aparenta uma união satisfatória, mas frequentemente superficial. O “bom entendimento” de fachada geralmente mascara tensões e conflitos intensos, mas não verbalizados. O desequilíbrio no casal é comum, e em geral um dos dois é muito perturbado: traços psicóticos, depressão (Jeammet). As interações familiares costumam ser muito rígidas e patológicas, necessitando uma abordagem terapêutica familiar (Selvini). Contudo, é muito difícil avaliar, em face de uma conduta tão alarmante e a um estado físico tão degradado, o que é causa e o

que é consequência da anorexia mental nas interações familiares.

As alterações provocadas pelo sintoma são numerosas, focalizadas, evidentemente, em torno da alimentação: ameaça e sedução, súplica e chantagem, solicitude e indiferença alternam-se no tempo e de um genitor a outro. A fratria pode participar desses conflitos, quase sempre acusatória. Brusset chama a atenção para a “exigência paradoxal” que a anoréxica exerce sobre a família e, sobretudo, sobre sua mãe: a magreza e o pericínio suscitam uma necessidade culpabilizada de alimentá-la, o que a anoréxica recusa intelectualmente com extrema energia, e os pais podem se sentir culpados de deixar esse corpo perecer, mas também culpados pelas manobras de imposição ou sedução: a ligação de dependência culpabilizada entre os diversos membros da família só se reforça.

A dependência entre os membros da família pode se tornar extrema, a ponto de um dos pais acompanhar quase que permanentemente a paciente. Esta deseja controlar o conjunto da vida familiar: refeições, lazer, passeios. As exigências não satisfeitas são seguidas de manifestações de cólera. Em outros casos, fora a recusa de alimentos, a anoréxica se mostra particularmente dócil e submissa, e a família acomoda-se em um clima de dimensão idílica e livre de conflitos, o que reforça a dependência e justifica a recusa de cuidado ou de separação.

Os sinais biológicos. – Apesar das inúmeras explorações empreendidas, não se encontrou até agora nenhum sinal específico. Os sinais biológicos são a consequência da redução alimentar e depois do emagrecimento. Contudo, há também uma disfunção do eixo hipotálamo-hipofisário que não se explica inteiramente pelo emagrecimento, disfunção que desaparece com a melhora clínica.

Não vamos detalhar os múltiplos sinais biológicos (desordem hidroeletrólítica, hipoglicemia), elétricos (desordem eletrocardiográfica), sangüíneos (anemia, leucemia, hipoplasia medular). Podem aparecer também edemas de carências.

Embora o déficit de cálcio não seja imediatamente perceptível, são cada vez mais frequentes as descrições de um risco de osteoporose secundária decorrente da desnutrição associada à suspensão da função estrogênica.

O temor de uma repercussão sobre o crescimento é tanto maior na medida em que a anorexia é contemporânea à puberdade e ao impulso do crescimento. Pode-se observar uma interrupção brusca da curva de crescimento (as taxas de hormônio de crescimento costumam ser normais, mas a somatomedina cai bastante).

Evolução. – Seria uma postura científica um pouco superficial estudar separadamente a evolução da anorexia e a estrutura psicopatológica que essa conduta subentende, pois ambas estão intimamente ligadas. Entretanto, é importante distinguir:

– *As formas menores*, bastante frequentes. Nelas se encontra a totalidade da sintomatologia. Elas aparecem com mais frequência em uma jovem adolescente de 13-14 anos, filha única. O episódio anoréxico estende-se por alguns meses, depois desaparece, seja espontaneamente, seja após alguns rearranjos familiares recomendados pelo pediatra ou pelo psiquiatra, na realidade pouco consultado nessa fase.

– *As formas graves caquetizantes*. A instalação na caquexia representa um risco evolutivo notável. Em torno dessa caquexia, observa-se uma redistribuição das relações familiares: o sintoma permite uma abração da agressividade mãe-filha, e a magreza autoriza uma relação de convivência pai-filha da qual a sexualidade é excluída.

Qualquer intromissão no equilíbrio familiar é visto como perigosa, mesmo na fase em que a sobrevivência da adolescente parece aleatória. Embora a morte seja menos frequente que outrora como resultado final e dramático, não é raro ter de recorrer aos serviços de reanimação intensiva.* Para a família, incluída a adolescente, é um meio suplementar de negar a dimensão psicopatológica. Essas estadias em reanimação podem inclusive se repetir. A morte continua sendo a evolução possível, sobretudo se uma doença intercorrente abala o frágil equilíbrio fisiológico. A mortalidade é de 5 a 7% em média, segundo os diversos estudos, metade como consequência direta da desnutrição, e metade ligada ao suicídio, cuja dimensão tende a crescer conforme a duração da catamnese (Patton, 1988).

– *A evolução intermediária* é pontuada de episódios anoréxicos intercalados com retomadas transitórias de peso, seja por causa das crises bulímicas da paciente, seja em razão de hospitalizações. Assim, a anoréxica atravessa sua adolescência e a entrada na idade adulta estabelecendo relações com o entorno familiar ou médico nas quais a dimensão psicopatológica, toxicômana ou perversa pode tornar-se predominante.

Na evolução a longo prazo, a percentagem de pacientes que se recuperam completamente ainda é modesta (Herzog et al., 1996): depois de 4 anos, 44% têm uma boa recuperação (peso sensivelmente normalizado, menstruações regulares), 24% mantêm sintomas (peso insuficiente, ausência de regras) e 28% ficam no meio. Depois de 7,5 anos, há apenas 33% de pacientes com uma boa evolução (Herzog et al., 1999). Observa-se em todas as catamneses cerca de 5% de mortes, metade por suicídio e metade por complicações ligadas à desnutrição. Além disso, essa mortalidade aumenta com a duração do acompanhamento, atingindo 20% em uma pesquisa sobre mais de 20 anos (Theander, 1996).

Mas, para além desses critérios descritivos, dois terços das pacientes continuam a ter preocupações intensas com o peso e a alimentação, mais de 40% mantêm as crises bulímicas, e são frequentes as patologias co-mórbidas de que são acometidas.

Wentz e colaboradores (2001), na pesquisa de Göteborg, apresentam resultados similares sobre um acompanhamento de 10 anos (AM aos 15 anos de idade, revista aos 21 e depois aos 25 anos): 27% de evolução ruim, 29% de evolução intermediária e 43% de evolução favorável, segundo critérios que levam em conta não apenas o peso, a alimentação, o retorno das menstruações, mas também as outras manifestações psíquicas, o equilíbrio afetivo e social (critérios de Morgan-Russel). Ao final do acompanhamento, um quarto das pacientes AM ainda tinha transtornos alimentares; durante os 10 anos desse acompanhamento, cerca de metade dessas pacientes AM apresentaram uma BN e três quartos apresentaram eventualmente sintomas bulímicos; quase todas as pacientes apresentaram durante esse acompanhamento um transtorno afetivo, mas ao final do acompanhamento apenas 10%

* N. de R. UTI.

delas ainda tinham um transtorno afetivo; mais de um terço das pacientes AM apresentaram um diagnóstico de transtorno obsessivo compulsivo (TOC), sintomas que quase sempre precediam os da AM.

Contudo, estudos catamnéticos de longo prazo mostram também a possibilidade de um desaparecimento progressivo dos sinais clínicos: assim, para Jeammet e colaboradores, em 70% dos casos as regras reaparecem 12-18 meses após o último episódio, em 80% dos casos o peso e as condutas alimentares se estabilizam em torno de uma relativa normalização, e 50% das anoréxicas podem ser consideradas como curadas com uma distância média de 11 anos (Jeammet, 1993; Agman et al., 1994).

Posteriormente, a paciente se casa (60% dos casos) e “funda uma família” em um clima de conformismo social. Com uma distância de 10 anos, 69% têm pelo menos um filho. A procura por uma procriação medicamente assistida é cada vez mais freqüente, quando persiste uma esterilidade psicogênica, que não deixa de colocar problemas delicados.

– *Alguns elementos de prognóstico:* fora a estrutura psicopatológica, os fatores de mau prognóstico, a presença de vômito, uma má resposta ao tratamento inicial, distorções nas interações familiares antes do início da doença parecem ter um peso inicial muito baixo (Hsu LKG, 1990). As pacientes anoréxicas com manobras purgativas têm maior probabilidade de desenvolver complicações médicas graves. Em geral, as adolescentes têm um prognóstico melhor que as adultas, e as jovens adultas um prognóstico melhor que as mais velhas (Nussbaum et al., 1985; Kreipe et al., 1989). Contudo, numerosos pacientes têm uma evolução independente desses critérios.

Já os fatores externos, como a natureza, a qualidade, a coerência e a duração do tratamento, são essenciais ao prognóstico, segundo Jeammet e colaboradores. Assim, as mudanças de hospitais e as condutas de “imposição alimentar” parecem levar a recaídas cada vez mais graves e a enrijecer o funcionamento psíquico. Porém, é difícil encontrar apenas nos fatores externos indicadores confiáveis de prognóstico. É necessária a avaliação psicodinâmica da adolescente.

Formas Clínicas

A anorexia mental masculina. – Nos meninos, a anorexia mental é muito mais rara do que nas meninas, e pode atingi-los em uma proporção que oscila entre 3 e 20% dos casos, segundo os autores.

Pode-se tratar de formas típicas de anorexia, mas os meninos são menos ativos que as meninas. Apesar disso, não é raro que o comportamento anoréxico do menino se instale seja no interior de uma organização psicopatológica mais definida, tal como uma psicose, marcada então por um investimento delirante do alimento ou da incorporação, seja no prolongamento de uma anorexia da primeira infância. O temor da obesidade parece estar em segundo plano, sendo superado pela importância da angústia e das manifestações hipocondríacas, encontradas com mais freqüência do que na menina.

A anorexia pré-púbere. – Representa de 5 a 10% dos casos. É considerada grave pela rigidez dos mecanismos psíquicos individuais e familiares encontrados, pela gravidade dos transtornos da personalidade associados (patologia narcísica grave, psicótica). A repercussão somática é grande, sendo dominada pela interrupção do crescimento. Isso costuma ser reversível, mas nem sempre totalmente: é comum uma perda do ganho estatural normal.

Diagnóstico psiquiátrico. – O diagnóstico positivo e diferencial normalmente não oferece nenhuma dificuldade, mas é preciso estar suficientemente atento para reconhecer os casos de caquexias secundárias de origem orgânica (tumores centroencefálicos, por exemplo). É preciso distinguir também, segundo H. Bruch e J. Sours, a anorexia mental verdadeira da restrição alimentar decorrente de um investimento delirante do alimento ou de certos alimentos, como se observa em certas psicoses paranóicas em particular.

O diagnóstico segundo os termos da nosografia psiquiátrica tradicional deu origem a vários trabalhos. Podemos distinguir duas grandes posições teóricas: 1) os autores que fazem da “Anorexia Mental” uma entidade autônoma, sem relação com a nosografia clássica; 2) os autores que consideram a conduta anoréxica como um sintoma e, para além da descrição semioló-

gica, procuram relacionar a “Anorexia Mental” a uma categoria nosográfica conhecida.

Na segunda corrente, foram propostos numerosos diagnósticos. Lasègue já classificava a entidade que descrevia no grupo das histéricas (“Anorexia histérica”). Levantou-se a possibilidade de uma neurose compulsiva (Palmer e Jones). A hipótese de uma psicose esquizofrênica ou de uma forma particular de psicose maníaco-depressiva também foi sugerida. E se considerou ainda a hipótese de uma forma particular de perversão.

Na realidade, os autores atuais tendem a considerar a anorexia mental não em termos de diagnóstico psiquiátrico tradicional, mas segundo uma constelação de sintomas ou de traços psicopatológicos que, em função dos agrupamentos predominantes, situam esses pacientes em um *continuum* diagnóstico (Sours), geralmente próximo do grupo dos estados-limite. Assim, para Kestemberg e colaboradores (1972), as anorexias mentais evocam “organizações complexas e específicas”, de um lado, aproximando-se de certas neuroses de caráter, de outro, fazendo pensar em certas estruturas psicóticas da personalidade. Esses autores falam de “psicose fria”, caracterizada por uma organização fantasmática sempre fixa, imutável, permitindo a ocultação de conflitos, uma relação fetichista com o objeto, que se encontra fora do sujeito e ao mesmo tempo o representa, ilustrando assim a relação de dependência.

Essa perspectiva explica a freqüente comorbidade, evocada a partir de um modelo rigorosamente descritivo. Assim, descreve-se uma associação com:

- transtornos de humor (episódio depressivo maior ou distímia segundo os critérios do DSM-IV)*: 50 a 75% dos casos;
- transtornos da sexualidade;
- condutas aditivas: quando a anorexia mental permanece isolada, essas condutas são pouco freqüentes. Em compensação, quando os comportamentos bulímicos alternam-se com a anorexia, é comum observar-se o surgimento

de outras condutas aditivas: álcool, toxicomanias, automutilação ou tentativas de suicídios de repetição;

- a personalidade *borderline* é descrita como um “fator associado” em 2 a 60% dos casos (o que mostra, entre outras coisas, os limites inerentes a esse modelo puramente descritivo e estatístico).

Hipóteses etiológicas orgânicas. – Considerada, a partir dos trabalhos de Simmonds sobre o pan-hipopituitarismo, como o resultado de uma desordem neuroendócrina central, a anorexia mental não mais é reduzida atualmente à mera expressão somática. Contudo, diante da conduta anoréxica que a paciente racionaliza, às vezes conscientemente, como resultado de uma ausência de sensação de fome, mas também diante da existência de episódios bulímicos, certos autores levantam a possibilidade de um desregramento dos centros da fome e da saciedade.

As modificações das taxas intracerebrais de certos neuropeptídeos, em particular endorfinas, observados em casos de anorexias graves, podem ir nesse sentido. Contudo, parece provável que essas modificações são a consequência, e não a causa da perturbação alimentar.

Elementos de reflexão psicopatológica. – Em 1965, o simpósio de Gottingen formulou conclusões que ainda são pertinentes:

- a anorexia mental exprime uma incapacidade de assumir o papel sexual genital e de integrar as transformações da puberdade;
- o conflito situa-se no nível do corpo que é recusado e maltratado, e não no nível das funções alimentares (sexualmente investidas);
- a estrutura da anorexia mental é diferente da de uma neurose clássica.

Sobre essas bases, podem-se distinguir atualmente quatro grandes modelos em torno dos quais se articula a compreensão psicogenética da anorexia mental. Evidentemente, esses modelos não se excluem, mas, ao contrário, é comum vê-los associados: 1) um modelo de compreensão centrado no estudo das interações alimentares precoces mãe-bebê, depois na interações família-criança: dos desvios iniciais

* N. de T. Quarta edição do *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, publicado pela American Psychiatric Association em 1994. No Brasil, publicado pela Artmed sob o título *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*.

decorrem as modalidades atuais da dinâmica familiar e individual. Trata-se aqui, portanto, do anoréxico em sua família e através de sua história; 2) um modelo de compreensão ligado à problemática da imagem do corpo e ao lugar da sexualidade; 3) um modelo de compreensão psicanalítica sincrônica, em que se descreve uma organização fantasmática particular própria à anorexia mental; 4) um modelo “aditivo” em torno do conflito ligado à dependência, integrando a conduta anoréxica às “novas adições” (cf. Capítulo 14).

As hipóteses ontogenéticas. – Não voltaremos aqui à descrição já feita sobre as particularidades familiares. H. Bruch remonta a origem dos transtornos a um desconhecimento das necessidades do corpo, e a um transtorno secundário à percepção da imagem do corpo. Esse desconhecimento estaria ligado às primeiras experiências distorcidas do bebê: ele teria recebido da mãe respostas inadequadas, caóticas, negligentes ou excessivas às suas diversas demandas. Essas aprendizagens precoces erradas não permitiriam ao bebê, e depois à criança e ao adolescente, reconhecer as necessidades de seu próprio corpo. A criança aprenderia a responder exclusivamente às sensações e às necessidades corporais da mãe e não às suas; isso provocaria perturbações no estabelecimento dos limites do ego, da identidade fundamental e da imagem do corpo. Sabemos que na anorexia mental existe uma percepção deformada, às vezes quase delirante, da imagem do corpo, com uma negação do emagrecimento e um temor constante de ficar gordo. Essas perturbações no reconhecimento e na discriminação cognitiva dos estímulos corporais dizem respeito à fome e à saciedade, mas também ao cansaço, à fraqueza e ao frio. A incapacidade de integrar e de compreender os diversos estados afetivos explicaria também, segundo H. Bruch, a falta de interesse pela sexualidade.

De maneira menos específica, certos autores (Brusset) explicaram a prevalência da anorexia mental no sexo feminino depois de constatar que a má adaptação entre a mãe e seu bebê-menina é maior do que entre ela e seu bebê-menino no que diz respeito às modalidades de alimentação. De fato, O. Bruner e I. Lévine (1965) observaram que a alimentação

dos bebês-meninas parecia mais conflituoso e controlado que a dos bebês-meninos. Evidentemente, essa constatação não seria suficiente por si só: não podemos esquecer os fatores culturais, aqueles ligados aos imprevistos da sexualidade feminina, etc.

Contudo, são muitos os autores (Brusset, Jeammet) que insistem nos erros nos processos de identificação primários mãe-filha, marcados por uma ligação de dependência em que domina a ambivalência. A natureza dessas ligações primárias explicaria as freqüentes falhas narcísicas observadas nessas pacientes, falhas responsáveis pelas percepções deformadas da imagem de si e do corpo.

A anoréxica e seu corpo. – A concordância da anorexia mental e da adolescência levou a considerar essa doença como uma espécie de neurose atual relacionada com a maturação pubertária, hipótese que vai no sentido de uma origem psicossomática da anorexia mental. As condutas de ascetismo tão freqüentes em numerosos adolescentes (cf. item “A necessidade de domínio”, neste capítulo) tornam-se caricaturais na anorexia mental (Mogul), ascetismo que permite negar as necessidades corporais, depois a feminilidade, e ignorar os desejos genitais.

Segundo M. Selvini, o corpo é objeto direto de ódio: ele é possuído por um mau objeto (“uma má mãe”), perseguidor interno confundido com o corpo. Esse mau objeto está ligado geneticamente à relação precoce mãe-filho. Existe um estado de desespero do ego, fonte de depressão em face da ameaça de um corpo que engorda.

A anoréxica luta contra a sensação de fome, vivida como um estado de falta oral em razão da dimensão persecutória que assume a incorporação do objeto. De fato, segundo esse autor, há uma clivagem no ego entre o sujeito e o corpo, marcada por uma projeção extrapsíquica, mas que se mantém intracorporal, das partes más do eu e dos objetos.

Contudo, B. Brusset destaca a existência, subjacente a essa clivagem, de um investimento narcísico focalizado no corpo, verdadeira sujeição ao corpo que permite negar a imposição dos desejos e dos investimentos de objetos. Essa sujeição ao corpo obriga a adolescente a buscar “sensações corporais que, por isso mesmo, são

concretizadas e desconectadas das representações que lhes correspondem” (Brusset, 1993).

O corpo torna-se então o suporte de uma espécie de idealização megalomaníaca defensiva. Corpo idealizado, desencarnado, indestrutível, depurado, ele se torna uma abstração sobre a qual se concentra a necessidade de domínio, de ascendência, em uma identificação com a imagem da onipotência materna. A anoréxica chega a essa posição paradoxal: de um lado, um corpo idealizado, objeto de desejo, de outro, um corpo real, objeto de denegação (Kestemberg et al.). Haveria, assim, uma espécie de círculo vicioso que se pode resumir da seguinte maneira: maus objetos internos ameaçadores, projeção extrapsíquica mas intracorporal destes, clivagem protetora entre o corpo e o sujeito, ascetismo e domínio desse corpo, idealização narcísica compensatória do corpo desencarnado, identificação por intermédio desse corpo com a onipotência materna, temor reforçado do mau objeto interno, etc. É o que B. Brusset chama de “processo anoréxico”, que culmina em uma espécie de nivelamento e de abrasão de diferenças, processo que explicaria o monomorfismo dos diversos casos de anorexia mental que chegaram ao período de estado.

A anoréxica e suas fantasias. – Sob a aparente riqueza da vida fantasmática tal como ela pode aparecer durante as primeiras entrevistas, a dificuldade associativa logo se torna aparente em psicoterapia. Essa dificuldade associativa se deve à importância da racionalização, que opera um verdadeiro controle sobre o funcionamento mental, e em pouco tempo deixa entrever a utilização predominante de mecanismos ditos arcaicos: clivagem, projeção, identificação projetiva, negação, idealização. Essas racionalizações são sustentadas por um investimento defensivo do erotismo anal de domínio e de controle, tanto da própria pessoa quanto do entorno. O controle e o domínio (do corpo, das necessidades fisiológicas, da família, do “corpo” médico) alimentam o ideal do eu, e sua relativa fusão com o ego atual leva a uma espécie de indistinção profunda, inclusive entre as diversas zonas erógenas (Kestemberg et al.): confusão freqüente entre genitalidade e oralidade, impressão de ser apenas um tubo com orifícios quase intercambiáveis (ver as múltiplas práticas anais que visam, como o vômito, esvaziar o tubo: laxantes, lavagens). Finalmente, para Kestemberg e colaboradores, todos esses mecanismos estão a serviço de uma

vida fantasiosa dominada pelo inchaço narcísico, em que a anoréxica busca a fusão de seu ideal de ego e de seu ego presente, tal como o corpo desencarnado o idealiza: esse corpo assexuado, sem desejo revela sua megalomania onipotente. No mais secreto da anoréxica estaria situado o prazer mesclado de perversão obtido no orgasmo da fome (Kestemberg et al.), em que a satisfação é proporcionada pela não-satisfação:

Essa organização particular de fato assemelha-se a uma megalomania secreta, agindo constantemente à sombra do estado lastimável do corpo mal-amado, cujo prazer se concentra na embriaguez muda da fome buscada, perseguida e encontrada, mas se ramifica também na vertigem da dominação do animal pelo cavaleiro (o animal sendo o corpo e as necessidades dominadas pelo sujeito). (E. Kestemberg et al.)

A “adição anoréxica”. – Embriaguez e vertigem descritas na citação anterior fazem emergir a importância das sensações. Esse recurso às sensações, espécie de erotismo primário narcísico, está no centro da compreensão atual dessa patologia, verdadeiro modelo do conflito típico do adolescente, isto é, o conflito narcísico-objetal base do trabalho identificador (ver item “Identidade-identificação”, no Capítulo 1). A necessidade objetual, avivada por uma oralidade invejosa, é sentida como uma ameaça para um narcisismo frágil. A anoréxica nega a dependência a qualquer investimento de objeto, mas logo se instala em uma dependência a essa negação que é atualizada, não sob a forma de pensamento ou de emoção, mas sob a forma de sensações: essa sensação de fome (“orgasmo da fome”) cria um verdadeiro “neo-objeto de substituição representando um arranjo de tipo perverso da relação” (Jeammet, 1993). Graças a essa sensação intracorporal, a adolescente anoréxica não tem necessidade de nada e se sente onipotente. O conflito ligado à dependência desloca-se para o alimento e considera a fome como desafio. Trata-se de uma verdadeira conduta de “auto-sabotagem”, não apenas das necessidades fisiológicas, mas também das capacidades de elaboração psíquica, inscrevendo a anoréxica em uma dependência paradoxal sobre a qual ela mantém o domínio: a dependência à sua recusa e às sensações que decorrem disso.

Tratamento. – Seremos muito esquemáticos. Não voltaremos aqui à impressionante panóplia de métodos coercitivos utilizados para “fazer as anoréxicas engordarem”. Salvo casos de caquexia avançada em que a sobrevivência está em jogo, sendo necessárias então medidas de reanimação apropriadas em um meio especializado, medidas às quais as anoréxicas geralmente se submetem de “bom grado”, os métodos impositivos e coercitivos são pouco a pouco abandonados.

Eles são contra-indicados se não for por absoluta necessidade orgânica, pois o recurso a tais métodos constitui sempre uma terrível complicação para o tratamento de longo prazo.

O acompanhamento ambulatorial. – Ele repousa sobre uma abordagem plurifocal e um contrato de retomada do peso: exige-se da paciente uma retomada progressiva e regular do peso, sem o que será necessária uma hospitalização com afastamento do meio familiar. Pode-se determinar também um peso “mínimo”. A retomada do peso é regularmente “controlada” (com uma frequência que depende da importância do emagrecimento: semanal, bimensal, mas raramente menos no início), de preferência por um médico somático (pediatra, generalista) trabalhando em sintonia com os outros técnicos.

Uma consulta psiquiátrica com encontros apenas com a adolescente, depois com os pais e a adolescente (bimensal ou mensal), faz parte do “contrato de tratamento” imposto, associando uma “orientação parental” e, junto à adolescente, uma primeira abordagem dos conflitos e das zonas de sofrimento. É proposta uma psicoterapia individual, que geralmente é recusada em um primeiro momento. Contudo, essa psicoterapia é apresentada como um momento indispensável da abordagem terapêutica.

Graças a esse quadro aceito pelos pais e imposto à adolescente no início, mas depois admitido por ela, as formas moderadas de anorexia normalmente regredem. Porém, quando o peso se mantém inalterável por muito tempo (3 a 4 meses) ou quando o emagrecimento prossegue, é necessário recorrer à separação.

A hospitalização torna-se indispensável, ou mesmo urgente, quando se observa: 1) um emagrecimento importante e rápido; 2) um esgo-

tamento físico ou um cansaço intenso expressado pela paciente; 3) *a fortiori* transtornos da atenção e da consciência. Não se pode ignorar a existência de *fatores de agravamento ou de descompensação*, alguns do âmbito relacional, outros do âmbito somático. Trata-se, em particular: 1) de rupturas ou de separações mesmo que temporárias (férias do terapeuta, por exemplo); 2) de calendário social ou escolar (exame, concurso); 3) de esforços físicos intensos, sobretudo se eles ocorrem em altitude; 4) de episódios somáticos intercorrentes (episódios infecciosos, diarreia). Nesses diversos eventos, deve-se pensar em uma hospitalização ou, pelo menos, um reforço do acompanhamento ambulatorial.

A hospitalização e a separação. – Considerada por muito tempo como a pedra angular da ação terapêutica, seu rigor flutua, segundo os autores, do isolamento quase carcerário à simples estadia na clínica ou às seqüências de tratamento integrador baseado na conjunção das abordagens médicas, nutricionais, psicoterápicas e familiares (Le Heuzey, 2002). O risco é centrar essa hospitalização no ganho de peso (sempre possível) e esquecer a necessidade concomitante de estabelecer uma relação terapêutica (sempre aleatória). Durante essa hospitalização, uma maternagem intensa e de boa qualidade pode ter um efeito reparador, e permitir à anoréxica desencadear um movimento autenticamente depressivo no qual a psicoterapia encontrará suas primeiras bases. Dada a intensidade de contra-attitudes que a anoréxica suscita, é indispensável a análise institucional destas.

O isolamento e a hospitalização jamais constituem um fim em si. Para Girard, a hospitalização deve ter metas limitadas e precisas:

- deter a queda de peso, interromper o agravamento dos comportamentos relacionais familiares;
- demonstrar a possibilidade de reversão da patologia somática pela abordagem psicológica;
- inserir a hospitalização no conjunto de um projeto terapêutico em que a psicoterapia continue sendo o elemento principal;
- finalmente, tratar um estado depressivo secundário, se for o caso.

Em geral, há um contrato de hospitalização e de separação, que inclui um peso de saída. Às

vezes, os patamares de peso são definidos pela retomada sucessiva de contatos familiares por carta ou por telefone, de visitas e saídas experimentais. Os autores contemporâneos insistem sobre o valor simbólico desse contrato e alertam contra o risco de cair em uma vigilância de caráter policial da anoréxica, o que tende a induzir uma relação de caráter perverso. A base desse contrato é a retomada progressiva e moderada do peso. Desse ponto de vista, é necessária uma vigilância regular do peso (cerca de uma vez por semana), realizada por um membro referente da equipe de tratamento. É impossível fixar a duração provável da hospitalização, apesar das demandas insistentes da anoréxica e de sua família, pois essa duração depende evidentemente do ritmo da retomada de peso. A hospitalização dura em média entre 3 e 6 meses. Não é excepcional observar-se uma estagnação do peso quando este se aproxima do peso estabelecido pela saída. Essa estagnação temporária testemunha a ambivalência inconsciente da anoréxica desejosa de sair (o que ela reclama), mas que não quer perder o apoio da instituição (como mostra a estagnação ponderal) e se angustia com a idéia da separação.

Esse momento inscreve-se no “tratamento institucional” posto em prática durante a hospitalização com o estabelecimento de uma relação de apoio regressivo com certos atendentes (referentes), a diversificação dos investimentos na pluralidade de lugares e de pessoas (oficinas diversas, grupo institucional, lugares de expressão, etc.), o recrudescimento de angústias de abandono no momento da saída, etc. Esse tratamento institucional serve para preparar e apoiar a psicoterapia individual.

Os pais. – Parece indispensável proporcionar aos pais uma ajuda terapêutica durante todo o processo de hospitalização de sua filha. Essa ajuda deve aproximar-se o máximo possível daquilo que eles podem aceitar (apoio, orientação, verdadeira psicoterapia do casal ou de um dos genitores), mas tem de ser apresentada como um dos elementos indispensáveis do quadro terapêutico (o equivalente para os pais do contrato de peso para a adolescente). A participação em um grupo de pais de anoréxicas é muito benéfica quando se dispõe de uma tal possibilidade.

A prescrição medicamentosa. – Ela deve ser reduzida ao estritamente necessário, tanto do ponto de vista somático quanto psicológico. Qualquer regime alimentar particular é desaconselhado: a paciente deve voltar a se alimentar progressivamente e espontaneamente a partir da refeição-padrão. Não se recomenda nenhum aporte específico (vitaminas, cálcio, etc.), a não ser em caso de grave desnutrição.

A prescrição de antidepressivos segundo as modalidades habituais (ver item “Tratamentos medicamentosos”, no Capítulo 9) pode ser necessária. Contudo, essa prescrição não deve entrar o trabalho psicodinâmico de elaboração depressiva, nem *a fortiori* substituí-lo. De fato, essa elaboração depressiva representa muitas vezes uma fase necessária e dinâmica da progressão psicoterápica.

A Bulimia

Descrita inicialmente por M. Wulff (1932), e depois retomada por G. Russel (1979) sob o nome de *Bulimia nervosa*, a bulimia surge com mais frequência em adolescentes no momento da puberdade (12-14 anos) ou perto da conclusão do ensino médio (18-19 anos). A predominância feminina que, na adolescência, é de 3 a 4 meninas para um menino (Ledoux e Choquet), aumenta com a idade.

A síndrome bulímica. – Ela é dominada por acessos de fome canina (*binge eating*: ver descrição neste capítulo), que respondem a três critérios:

- a necessidade intensa e irresistível de absorver grandes quantidades de alimento com um sentimento de perda de controle da capacidade de se limitar;
- as manobras para evitar um ganho de peso ligado a essa absorção excessiva (vômitos, abuso de laxantes, regimes alimentares mais ou menos estritos e/ou fantasiosos no intervalo das crises, atividade esportiva);
- o temor dessas pessoas de engordar associado a uma dificuldade conscientemente sentida na vivência da imagem do corpo. A relação negativa com seu corpo e com a imagem de seu

corpo parece um elemento importante do prognóstico, em particular nos meninos.

O DSM-III-R e depois o IV acrescentam a esses critérios uma exigência de frequência: dois episódios por semana durante pelo menos três meses. Outros autores levam em conta antes de tudo a vivência penosa e imposta pela crise bulímica com o sentimento de um comportamento “patológico” na paciente (Jeammet), mesmo quando as crises bulímicas são menos frequentes.

Os estudos epidemiológicos. – Eles relatam uma prevalência bastante importante, quando não se retém o critério de frequência do DSM-III-R, particularmente na população-alvo: estudantes de ensino médio e superior. Assim, a prevalência é estimada por Timmerman em 11,4% nas meninas e em 7% nos meninos entre 14 e 20 anos, quando se retém apenas 4 dos 5 critérios do DSM-III-R. Essa prevalência cai para 2% nas meninas e para 0,1% nos meninos quando se inclui o critério de frequência. Do mesmo modo, sobre uma população adolescente de 11 a 20 anos, S. Ledoux e M. Choquet destacam uma prevalência de acessos bulímicos de 28,2% nas meninas e de 20,5% nos meninos para episódios pouco frequentes nos últimos 12 meses, depois de 9,8% e de 7,2% para episódios mais frequentes e de 3,6% e 2,8% para acessos semanais. Contudo, Flament e colaboradores (1993) avaliam a prevalência da bulimia nervosa em uma população geral de adolescentes entre 11 e 20 anos em 1,1% para as meninas e em 0,2% para os meninos.

Os parentes de primeiro grau apresentam com mais frequência problemas idênticos, assim como os gêmeos. As famílias de pacientes com BN têm taxas mais elevadas de abuso de substâncias, em particular alcoolismo (Mitchell et al., 1988; Lilinfeld et al., 1997), transtornos afetivos (Hudson et al., 1987) e obesidade (Pyle et al., 1981). Encontra-se a mesma co-morbidade que na AM, porém, com taxas ainda mais elevadas para abuso de substância, que atingem de 30 a 37% (Halmi et al., 1991; Herzog et al., 1992). Nos antecedentes infantis, encontram-se com mais frequência do que nos casos de AM casos de abusos sexuais: 20 a 50% (Bulik et al., 1989).

A evolução de longo prazo é bem menos conhecida que a da AM. Com uma distância de 1 a 2 anos, 25 a 30% dos pacientes apresentam uma melhora (Yager et al., 1987), sendo que de 50 a 70% dos pacientes melhoraram após a avaliação a curto prazo de diversas estratégias terapêuticas (psicoterapias breves, apoio psicossocial, tratamento medicamentoso), mas as recaídas atingem de 30 a 50% dos pacientes após seis meses (American Psychiatric Association, 2000). Com um acompanhamento de 6 anos, 60% dos pacientes tiveram uma evolução considerada boa, 29% média e 10% ruim, e 1% faleceu (Fichter e Quadflieg, 1997), e com 7,5 anos de evolução, Herzog e colaboradores (1999) constataam 74% de prognóstico bom. Segundo esses autores, 99% dos pacientes BN teriam uma melhora sensível.

A diferença entre meninos e meninas diz respeito à frequência, mas também à evolução com o tempo: no conjunto, as percentagens de frequência de crises são mais estáveis nos meninos, enquanto nas meninas elas evoluem, chegando a um máximo por volta de 16-17 anos, ao mesmo tempo em que a frequência de aparecimento de vômitos e/ou uso de laxantes cresce regularmente com a idade nas meninas.

Antecedentes de Abuso Sexual na Infância

Nos anos de 1980-1990, várias publicações, essencialmente anglo-saxônicas, relataram antecedentes de abuso sexual na infância de pacientes com problemas de comportamento alimentar, principalmente bulimia, mas também anorexia. Contudo, os resultados são no mínimo divergentes, pois as cifras obtidas variavam de 7 a 65%, sendo que a maioria dos estudos estimava a frequência de antecedentes de abuso em torno de 30%. É importante distinguir os abusos sexuais intrafamiliares dos abusos sexuais extrafamiliares, sendo que os primeiros parecem constituir um fator de risco mais importante. Finalmente, é preciso diferenciar, sobretudo, abuso sexual propriamente dito e atmosfera incestuosa. Segundo Corcos e Jeammet (2002), a percentagem de meninas com transtorno da conduta alimentar, particularmente bulimia, que sofreram violências sexuais caracterizadas durante a infância ou a adolescência é mais ou menos similar à que se

observa na população geral (em torno de 7%). Isso deve ser diferenciado de um clima incestuoso, de manobras de sedução incestuosa que parecem mais freqüentes (embora não se saiba com muita exatidão qual é a freqüência dessas situações na população geral!).

Associações Patológicas

Com as alterações de peso. – Verdadeira síndrome de preenchimento aditivo (Brusset), a bulimia nem sempre é acompanhada de uma alteração de peso. O que é muito comum é que um ganho de peso relativamente importante acompanhe o início dos acessos bulímicos. Contudo, apenas 15% dos bulímicos são obesos e cerca de 15% apresentam um déficit ponderal. A ligação com a anorexia mental é complexa, e certas formas parecem suceder uma anorexia mental típica; em outros casos, observa-se uma alternância de estado anoréxico e de período bulímico.

Ainda que numerosas bulímicas pareçam capazes de controlar o peso, mantendo-o relativamente estável apesar do caos das ingestões calóricas, algumas apresentam flutuações ponderais importantes e rápidas (mais ou menos 20kg em algumas semanas). Essas seriam as piores formas de prognóstico.

Com as outras dependências. – Outras condutas aditivas costumam estar presentes: automedicação por tranqüilizante ou sonífero (50% da população segundo Aimez), alcoolismo regular ou consumo de álcool em grande quantidade, farmacodependência (anorexígenos ou anfetaminas). Para alguns autores, a bulimia encontra seu lugar nas múltiplas condutas aditivas descritas na adolescência, e inscreve-se em uma patologia da dependência, verdadeira “toxicomania alimentar”.

Com a depressão. – Certos sintomas depressivos são descritos pela maioria dos pacientes bulímicos (desvalorização, culpabilidade, desespero). A desvalorização da imagem do corpo é muito freqüente e há o desejo de mudar de peso (nas meninas é sempre o desejo de emagrecer, nos meninos é sempre o desejo de engordar). Outros sintomas depressivos são observados com freqüência: transtornos do sono,

idéias de suicídio com ou sem passagens ao ato. Já em 1979, Russel assinalava a freqüência de depressão entre os bulímicos (de 25 a 75% dos casos). As manifestações de disforia, de instabilidade afetiva, seriam ainda mais freqüentes.

A ligação entre depressão e bulimia está aberta à discussão: elementos depressivos secundários às condutas bulímicas ou, ao contrário, estado depressivo mascarado pelos transtornos alimentares, a questão continua em debate.

O contexto familiar. – Ele parece ser diferente daquele dos pacientes anoréxicos mentais. Inúmeros autores assinalam a freqüência de antecedentes psiquiátricos familiares (alcoolismo, depressão materna, suicídio, etc.). As famílias de bulímicos parecem ser mais caóticas, impulsivas e abertamente conflituosas do que as famílias de anoréxicos. L. Igoin distingue, de um lado, lares muito unidos, união que freqüentemente mascara grandes tensões (perfil similar às famílias de anoréxicos), de outro, lares destruídos, às vezes com manifestação violenta de separação dos pais.

Nestes últimos casos, é comum observar-se uma dimensão de abandono.

A organização psicopatológica. – A organização psicopatológica subjacente mostra-se muito variável de uma paciente a outra, porém, com uma tendência à uniformização aparente, que será tanto maior quanto mais antiga for a evolução e quanto mais as crises se repetirem. As crises bulímicas tornam-se pouco a pouco “o canal final comum de descarga de todas as excitações” (Brusset), focalizando todos os investimentos do sujeito.

Os autores chamam a atenção para a diversidade de organizações psicopatológicas subjacentes no início das crises. Originalmente considerada como um sintoma histérico, a crise de bulimia foi descrita também no quadro de organização neurótica de dominante ansiosa e às vezes obsessiva, no quadro de patologia do caráter e, sobretudo, de patologia narcísica e “limite”, em particular com a tendência às passagens ao ato, à impulsividade...

A relação estabelecida pelas pacientes bulímicas com o entorno é bem característica, “análoga à ligação que elas mantêm com o alimento, e que alterna com a mesma intensidade avidez e

rejeição” (Jeammet): avidez de um contato que pode parecer rico, diversificado, fluido, aprofundado, mas que rapidamente se transforma em ruptura, afastamento, distância. A apetência objetual da paciente bulímica corresponde a uma busca ávida incessante, mas sem “digestão”, isto é, sem interiorização.

No plano psicodinâmico, Ph. Jeammet sublinha a tensão entre esta avidez objetual e as falhas da base narcísica, a intensidade da primeira estando à altura das faltas da segunda.

Evolução e tratamento. – É preciso ainda tomar uma grande distância para julgar a evolução a longo prazo. A curto e a médio prazos (cinco a dez anos), a evolução é marcada pela repetição das crises, entrecortadas de tentativas de interrupção, de estabilização. As solicitações terapêuticas formuladas pelas pacientes geralmente são numerosas diversificadas (dietéticos, psicoterápicos, medicamentosos, comportamentais, etc.), mas raramente seguidas com assiduidade, pelo menos no início. Todos os autores reconhecem a dificuldade de abordagem e de tratamento em profundidade dessas pacientes.

É preciso tomar distância também para avaliar a pertinência dos diversos métodos terapêuticos utilizados.

A hospitalização pode permitir interromper a escalada de crises e empreender uma “reeducação” mediante um programa dietético adequado. Mas é comum a recidiva após a hospitalização. Só se recorre a isso nas formas extremas.

Propôs-se a prescrição de psicotrópicos, essencialmente antidepressivos. Sua eficácia coloca a questão teórica das relações entre bulimia e depressão, de um lado, bulimia e impulsividade, de outro. Ainda que exista a associação bulimia-depressão, ela não é constante, e esses dois estados não podem ser confundidos. A ligação entre bulimia e impulsividade, fundamentada no aspecto clínico das crises bulímicas, sugere a hipótese da origem serotoninérgica do transtorno, retomada por numerosos autores. Contudo, para Dantchev e colaboradores (1993), é muito difícil categorizar as pacientes bulímicas segundo esse traço comportamental, seja de um ponto de vista quantitativo seja dimensional. Mesmo assim, essa hipótese é interessante, no mínimo para explicar a ação de antidepressivos, em particular serotoninérgicos, que parecem eficazes em certos casos, mesmo na

ausência de perturbação tímica. Porém, convém prescrever produtos que tenham uma ampla margem de segurança para evitar os perigos decorrentes de ingestões impulsivas e/ou suicidas. Além disso, os pacientes costumam hesitar diante da idéia de fazer um tratamento, temendo uma dependência e os efeitos secundários.

Quanto aos tratamentos relacionais, muitos foram recomendados: terapia comportamental breve, marcada por um trabalho de reeducação no nível dietético; terapia de grupo; psicodrama; terapia de inspiração analítica ou psicanálise clássica.

Neste último quadro, todos os autores reconhecem a dificuldade de manter uma relação estável com as pacientes bulímicas, marcada por uma distância terapêutica satisfatória: a fuga e a ruptura terapêutica geralmente se sucedem a um investimento intenso e exclusivo. Apenas em um segundo momento, dominado pelas flutuações transferenciais e pela crítica ao quadro terapêutico, será possível desenvolver uma relação terapêutica satisfatória.

Em todos os casos, é sempre necessária uma assistência bi ou plurifocal para reduzir as passagens ao ato e as tentativas de interrupção terapêuticas precoces das pacientes.

O SONO, SEUS TRANSTORNOS, SUA PSICOPATOLOGIA

Se os problemas do sono não desapareceram totalmente na infância e na pré-adolescência, eles reaparecem ou se exacerbam na adolescência, tanto que não é raro nos adolescentes com problemas de sono que tenham tido dificuldades de sono na infância. O fato mais marcante é que, nesse período da existência, quando ele é avaliado por um questionário, a necessidade de sono aparece como um dado subjetivo que nunca é inteiramente satisfeita. Várias pesquisas evidenciam uma insatisfação de sono e uma síndrome de cansaço ao despertar que atinge mais de 80% dos adolescentes, sobretudo as meninas. Portanto, é necessário conhecer as características do sono na adolescência, em sua organização fisiológica, em seus transtornos específicos e naqueles ligados a um transtorno psicopatológico patente.

A Organização Fisiológica

Como mostraram os trabalhos de Carskadon e colaboradores, em uma pesquisa junto a adolescentes escolarizados, existe neles uma “tendência natural” ou mesmo “uma preferência” a esticar seu horário de sono para mais tarde, sobretudo nas meninas, seja nos dias de aula ou nos dias sem aula. Esses mesmos autores estudaram longitudinalmente, por registro poligráfico à noite, as modificações do sono desde a primeira fase pubertária de Tanner até o fim da adolescência. Eles constataam:

- Uma persistência de necessidade de sono noturno de aproximadamente 10 horas.
- Uma estabilidade do sono paradoxal ao longo da adolescência que, no entanto, constata-se ser o tipo de sono mais afetado pelo “efeito primeira noite”. Mas, como mostraram outros autores (Hoffman e Petre Quadrens, 1979), a percentagem de sono paradoxal cai brutalmente no início da adolescência e fica próxima à da idade adulta: 22,4% aos 11 anos, 16,97% aos 14 anos.
- Uma diminuição progressiva do sono lento profundo, nítida sobretudo a partir da terceira fase de Tanner.
- Um ressurgimento de uma capacidade de dormir de dia e de um certo grau de sonolência diurna “fisiológica”, objetivada pelo encurtamento do tempo de sono de dia, quando do “Teste de Latências Múltiplas de Adormecimento” (ou TLME). Essa sonolência seria o testemunho de uma privação de sono crônica. De fato, apesar de sua grande necessidade de sono, os adolescentes não dormem mais do que oito horas e meia por noite na metade da adolescência, e, os mais velhos, não mais de sete horas, sobretudo nos dias de aula e durante a semana.

A explicação desses casos particulares de sono na adolescência não é unívoca, e poderia incluir tanto as modificações hormonais ligadas à puberdade quanto os problemas psicoafetivos e modo de vida próprio a essa faixa etária.

Os Transtornos Específicos

A clínica de transtornos do sono do adolescente é tão rica e variada quanto a da criança.

Um elemento específico é a frequência da expressão pelo adolescente dessas dificuldades de sono, como vimos acima.

Porém, esses transtornos são bastante comuns. Em 1973, Davidson e colaboradores assinalavam que 10% dos adolescentes de 15 a 20 anos tomavam medicamentos para dormir melhor. Nos Estados Unidos, uma pesquisa epidemiológica junto a 627 adolescentes de 15 a 18 anos apresentava os seguintes resultados:

- 12,6% têm “dificuldades crônicas de sono”, isso é, têm insônias graves: insônias de adormecimento e/ou insônias noturnas. Isso atinge mais as meninas do que os meninos. A grande maioria desses adolescentes relaciona seu transtorno a fatores psicológicos experimentados por eles: tensões, inquietudes, problemas familiares, socioprofissionais e escolares. Nesse mesmo grupo, encontram-se dificuldades de levantar de manhã, sonos repetitivos, problemas familiares de sono.
- 37,6% têm “dificuldades ocasionais de sono”, isto é, apresentam insônias passageiras. Também aqui, encontra-se uma predominância de meninas. A grande maioria desses adolescentes ignora as razões de seus transtornos, isto é, não julgam que tenham dificuldades físicas ou psicológicas particulares (Price et al., 1978).

As insônias. – Podemos distinguir clinicamente três tipos de insônia:

- As “insônias verdadeiras” do adolescente com dificuldade de dormir e despertares noturnos. A duração do sono diminui e o adolescente se queixa de não conseguir dormir como desejaria. Os fatores psicológicos aqui são predominantes, e geralmente estão ligados a uma ansiedade excessiva, associada ou não a elementos depressivos. Trata-se na maioria das vezes de adolescentes que costumam apresentar condutas fóbicas ou fobo-obsessivas.
- As insônias secundárias à utilização abusiva de drogas psicotrópicas, de álcool ou de cigarro, ligadas à relativa frequência desse tipo de conduta nessa idade (Braconnier, 1981).
- Uma forma particular da insônia do adolescente é a Síndrome de Retardo de Fase do Sono, descrita por Weitzman e colaboradores. Trata-se de uma desordem cronobiológica instalada há mais de seis meses na origem de in-

sônias do desencadeamento do sono. O início dessa síndrome se dá geralmente na adolescência em pessoas que sempre tiveram tendência a deitar tarde e que seriam “pessoas notívagas”. Há um retardo sistemático da hora de deitar, que ocorre duas ou três horas depois da meia-noite, para se levantar no meio do dia ou depois do meio-dia. Uma vez iniciado, o sono tem uma duração e uma qualidade normais, sem despertares intercorrentes. Essas pessoas têm muita dificuldade de dormir e de se levantar nas horas habituais, e sofrem de sonolência diurna excessiva quando são obrigadas a se levantar para cumprir suas obrigações escolares, familiares ou sociais. Uma vez instalada, essa síndrome pode levar a uma desescolarização com o risco de desinserção social. Os registros poligráficos de sonos são menos úteis que o calendário de sono e o porte de um actímetro, que vão objetivar a defasagem de fase. Vimos que os adolescentes normais tinham uma tendência fisiológica ao retardo de fase. Os hipnóticos são ineficazes para essa síndrome, cujo tratamento é feito em bases cronobiológicas.

Condutas patológicas durante o sono: as parassônias. – Muito menos freqüentes do que durante a infância, as parassônias que aparecem, reaparecem ou persistem durante a adolescência, geralmente traduzem uma dificuldade psicopatológica mais séria do que antes.

O sonambulismo (sonilóquio, bruxismo) costuma aparecer em adolescentes que apresentam problemas neuróticos; os terrores noturnos são vistos em adolescentes com uma fragilidade de mecanismos de defesa do Ego e que correm o risco de desmoronamento psicótico. Quanto à enurese noturna, ela também pode persistir na adolescência. Trata-se na maioria das vezes de uma enurese primária. Constata-se com freqüência um caráter familiar, mas há uma “imaturidade afetiva” ou uma psicopatia muito características desses adolescentes enuréticos. É preciso assinalar que essa enurese desaparece facilmente por ocasião das primeiras relações sexuais.

As hipersonias. – Uma hipersonia de origem orgânica é rara. É preciso buscá-la em um adolescente cansado que se queixa de dormir demais:

A narcolepsia-cataplexia (doença de Gélineau). – Sua prevalência oscila entre 0,05 e 0,067% (Billiard).

Essa síndrome associa:

- uma sonolência diurna excessiva com acesso de sono irresistível durante alguns minutos a algumas horas;
- ataques catapléticos (abolição brusca do tônus estático durante alguns segundos a um minuto, desencadeados geralmente por emoções, em particular de natureza agradável);
- paralisias do sono;
- alucinações hipnagógicas auditivas, visuais ou labirínticas, quase sempre com um caráter assustador;
- um sono entrecortado de numerosos despertares.

Os registros poligráficos mostraram que o adormecimento se faz de imediato em sono profundo, sem passar pelo sono em ondas lentas. Os ataques de cataplexia são considerados como a intrusão no despertar da inibição tônica própria do sono profundo.

O diagnóstico repousa sobre a análise clínica, mas também sobre o “teste iterativo de latência de adormecimento”. Existe no agrupamento HLA um “perfil particular”, talvez com a presença de um marcador genético específico (pesquisa em curso).

Embora essa síndrome se manifeste em sua totalidade entre 15 e 20 anos, com um caráter nitidamente familiar, não é raro constatar a existência de um ou dois sintomas na infância: a hipersonolência e os ataques de sono diurno seriam os sinais mais precoces. Se essas manifestações podem se toleradas até 4-5 anos, depois disso acabam tolhendo a vida social da criança. Entre os antecedentes, assinala-se a existência de sonambulismo e de um estado hiperativo (Navelet).

Pode-se propor um tratamento medicamentoso, eficaz em 60% dos casos. Uma certa higiene de vida (sesta regular) melhora os sintomas.

A hipersonia idiopática. – Ela também começa normalmente entre 10 e 20 anos. A prevalência é 4 a 5 vezes menos elevada que para a narcolepsia. Manifesta-se pela associação:

- de um sono noturno prolongado;

- de grandes dificuldades de levantar de manhã;
- de uma permanente sonolência diurna que não melhora com a sesta (ao contrário da síndrome de Gélinau).

O registro elétrico do sono revela um aumento quantitativo global com um aumento ainda maior do sono profundo. Além desses dados, o diagnóstico se apóia no teste de adormecimento iterativo.

A síndrome de Kleine-Levin. – Caracteriza-se pela associação de episódios de hipersônia com hiperfagia, transtornos do comportamento, do humor e desordem de condutas sexuais. Essa síndrome, muito rara, manifesta-se no adolescente (início entre 15 e 20 anos). Poderia constituir eventualmente um modo de entrada na psicose.

Porém, na maioria das vezes as hipersônias na adolescência são psicogênicas. Elas costumam revelar um estado depressivo latente, e é preciso buscar outras manifestações significativas deste.

Transtornos do Sono e Psicopatologias

O adormecimento é um momento delicado e frágil na adolescência. Essa fragilidade provém do ressurgimento de diferentes meios que a criança utilizou ao longo de seu desenvolvimento para lutar contra a angústia que se instala no momento de se deitar: objeto transicional ou equivalente, ritos, fobias e atitudes contrafóbicas, atividades auto-eróticas. Por exemplo, a música tão freqüentemente ouvida pelo adolescente antes de adormecer remete àquilo que Winnicott descreveu como fenômeno e zona transicionais. Atividades orais (cigarros, bebidas), masturbação e sonhos eróticos são igualmente freqüentes no período de pré-adormecimento. Sua repercussão é dupla: função de distensão e função de restauração narcísica preparando o mergulho no sono, comparado freqüentemente a um período regressivo e de recolhimento narcísico. De fato, devemos insistir particularmente no lugar da regressão, já mencionada. O sono é, por excelência, um momento de regressão, mas essa regressão pode criar no

adolescente o temor de uma perda do domínio sobre um mundo fantasmático e pulsional que surge nos sonhos e nos pesadelos, e mesmo uma perda de sua integridade narcísica. No caso de insônias, encontramos então adolescentes que, assim como as crianças pequenas, não conseguem dormir sozinhos em um quarto ou em um apartamento ou que lutam por meios endógenos ou exógenos (café, cigarro, música, droga) para não entrar nesse abismo de incerteza e de ameaça representado pelo sono e pela vida onírica, que podem se tornar verdadeiras fobias.

Nos casos de hipersônias, ao contrário, o sono terá uma função de refúgio em face de todas as dificuldades de sua vida de vigília. Esses adolescentes passam longas horas do dia ou da noite, às vezes sonolentos, às vezes dormindo profundamente, em um estado de retraimento narcísico, e por isso o sinal depressivo nunca está totalmente ausente.

Como é comum no adolescente, esses dois movimentos podem se alternar em ritmos mais ou menos rápidos.

Existe incontestavelmente uma ligação entre os transtornos do sono, qualquer que seja seu tipo (insônias ou duração excessiva do sono ou Síndrome de Retardo de Fase do Sono) e a depressão do adolescente, conforme demonstra a clínica. A depressão é mais comumente encontrada durante a entrevista nos adolescentes que se queixam de dificuldades no sono. Números mecanismos podem ser evocados para explicar essa ligação. Alguns evocaram os transtornos de sincronização de ritmos circadianos aos quais o adolescente seria particularmente sensível, sobretudo o adolescente deprimido. Em uma perspectiva mais psicopatológica, o transtorno do sono poderia ser compreendido às vezes como a consequência do transtorno narcísico que acompanha de forma constante a depressão, e que arrastaria em um movimento de autodesvalorização o conjunto do corpo e das funções ligadas a ele. Outras vezes (especialmente quando o sono é de duração excessiva ou nas síndromes de retardo de fase, que levam a um despertar tardio após o meio-dia), os transtornos do sono aparecem mais como condutas de recolhimento, de retraimento, e mesmo de inibição: atitudes de valor defensivo em face do envolvimento relacional com o outro e da apreensão da realidade, atitudes que, de fato, como todos sabemos, costumam acompanhar uma au-

tênica depressão, inclusive contribuindo eventualmente para mascará-la.

Recordemos, finalmente, que a insônia é freqüente nos estados maníacos, e às vezes constitui o “sinal sintoma” destes. A insônia também é muito comum nos estados psicóticos delirantes agudos.

Tratamento

Na criança, o tratamento é essencialmente preventivo: assegurar uma boa higiene do sono desde a primeira infância, assegurar um equilíbrio psicoafetivo e relacional o menos movimentado possível.

Os tratamentos medicamentosos representam sempre a confissão de um fracasso. Eles devem ser usados com muito mais precauções nessa idade devido ao risco de automedicação e de engajamento em um ciclo farmacotômico, cujo risco de cronicidade é bem conhecido. Até o momento, os novos hipnóticos de meia-vida breve continuam sendo os produtos menos nocivos, desde que prescritos por um prazo determinado, evitando o costume ou a autoprescri-

ção. Lembremos que é importante nessa idade não “matar o sonho” com medicamentos que amputam a fase de sono paradoxal.

No que diz respeito à Síndrome de Retardo de Fase de Sono, aconselha-se uma cronoterapia sem quimioterapia. A cronoterapia consiste em deslocar regularmente os horários de sono, antecipando a hora de deitar em duas a três horas por dia até chegar a um horário compatível com a vida social, mantendo uma hora fixa para acordar: é o método chamado de “giro do mostrador”. Essa cronoterapia, que às vezes pode exigir uma hospitalização de alguns dias, só pode ser realizada com a anuência e a participação ativa do adolescente, e depois de ser informado sobre todos os benefícios secundários que este extrai de sua síndrome, evitando assim o confronto com uma escolaridade vivida por ele quase sempre de forma conflituosa.

Apenas os antidepressivos, em caso de depressão, e os psicoestimulantes, na narcolepsia e em certas hipersonias, mantêm indicações de tratamento psicotrópico não-hipnótico.

Evidentemente, em face de qualquer trans-torno do sono, é preciso pensar em uma avaliação psicopatológica: ela pode levar a uma abordagem psicoterápica breve ou de longa duração.

REFERÊNCIAS

- AGMAN G., CORCOS M., JEAMMET Ph. : Les troubles des conduites alimentaires. *EMC Psych.*, 1994, 37 350 A10, 16 p.
- ALVIN P., ZOGHEIB J., REY C., LOSAY J. : Complications graves et mortalité au cours des dysorexies mentales à l'adolescence. À partir de 99 patients hospitalisés. *Arch. Fr. Pédiatr.*, 1993, 50, 75562.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION : Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders. *Am. J. Psychiatry*, 2000, 157, 1, Supplément, 139.
- ANZIEU D. «Le moi-peau». *Nouv. Rev. Psychiat.*, 1974, 9, 195208.
- BENOIT O. *Physiologie du sommeil*. Masson, Paris, 1984, 1 vol., 208 p.
- BRACONNIER A. : Le sommeil et ses troubles chez l'enfant et l'adolescent. *Encycl. méd. chir. : Psychiatrie*, 1981, 37105, A 10.
- BRUCH H. : Obesity in Adolescence. In: *Adolescence Psychosocial Perspectives* (G. CAPLAN, S. LEBOVICI). Basic Books Inc., New York, 1969.
- Bruch H. «Eating disturbances in Adolescence». In : *American Hand Book of Psychiatry*. Basic Books Inc., New York, 1964, vol. 2, 18, 275286.
- BRUNET O., LEZINE I. : *Le développement psychologique de la première enfance*. PUF, Paris, 1965, 1 vol.
- BRUSSET B. : «L'assiette et le miroir». Privat Éd., Toulouse, 1977, 1 vol.
- BRUSSET B. : Anorexie mentale et boulimie du point de vue de la genèse. *Neuropsych. Enf. Ado.*, 1993, 41, 56, 245249.
- BRUSSET B., COUVREUR C. : *La boulimie*. PUF, Monographie de la Revue Franç. Psychanal, 1991, 1 vol.
- BULIK C.M., SULLIVAN P.F., RORTY M. : Childhood sexual abuse in women with bulimia. *J. Clin. Psychiatry*, 1989, 50, 460464.
- CARSKADON M.A., VIEIRA C., ACEBO C. : Association between puberty and delayed phase preference. In: *Sleep*, 1993, 16 (3) : 258262.
- CHOQUET M., TESSON F., STEVENOT A. et al. : Les adolescents et leur sommeil : approche

- épidémiologique. *Neuropsychiat. de l'Enfance*, 1988, 36 (10), 399410.
- CORCOS M., JEAMMET P. : *Les troubles des conduites alimentaires : facteurs de risque, dépistage et modalités de prévention*. In : *Conduites addictives, conduites à risques : quels liens, quelle prévention?* J.L. Venisse, D. Bailly, M. Reynaud, Masson éd., Paris, 2002, 127151.
- DANTCHEV N., LANCRENON S., JEAMMET Ph. : L'impulsivité dans les conduites boulimiques. *Neuropsych. Enf. Ado.*, 1993, 41, 89, 520530.
- FERBER F. : *Protégez le sommeil de votre enfant*. Paris, ESF, 1985.
- FITCHER M.M., QUADFLIEG N. : Sixyear course of bulimia nervosa. *Int. J. Eat. Disord.*, 1997, 22, 361384.
- FLAMENT M., REMY B. : Les troubles des conduites alimentaires chez le garçon, In *Adolescentes, Adolescents, psychopathologie différentielle*, (A. BRACONNIER, C. CHILAND, M. CHOQUET, R. POMMAREDE), Bayard, Paris 1995, p. 92114
- FLAMENT M.E., LEDOUX S., JEAMMET Ph., CHOQUET M., DANTCHEV N., REMY B., LAGET J. : Boulimie et autres troubles des comportements alimentaires à l'adolescence : étude épidémiologique dans une population française scolarisée. *Ann. Méd. Psychol.*, 1993, 151, 9.
- GANTHERET F. : De l'emprise à la pulsion d'emprise. *Nouv. Rev. Psychiat.*, 1981, 24, 103116.
- GONTHIER G. : Comportement alimentaire et dynamique psychique chez l'adolescent obèse. *Neuropsychiat. Enf.*, 1981, 29, 10, 519526.
- HALMI K.A., ECKERT E., MARCHI P. et coll. : Comorbidity of psychiatric diagnoses in anorexia nervosa. *Arch. Gen. Psychiatry*, 1991, 48, 712718.
- HARDY P., DANTCHEV N. : Épidémiologie des troubles des conduites alimentaires. *Conf. Psych.*, 1989, 31, 133163.
- HERZOG D.B., KELLER M.B., SACKS N.R. et coll. : Psychiatric comorbidity in treatmentseeking anorexics and bulimics. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 1992, 31, 810818.
- HERZOG D.B., NUSSBAUM K.M., MARMOR A.K. : Comorbidity and outcome in eating disorders. *Psychiatr. Clin. North Am.*, 1996, 19, 843859.
- HERZOG D.B., DORER D.J., KEEL P.K. et coll. : Recovery and relapse in anorexia and bulimia nervosa: A 7.5 year followup study. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 1999, 38, 7, 829837.
- HOFMAN G., PETRE QUADRENS O. : Maturation of REM patterns from childhood, to maturity. *Walking and Sleeping*, 1979, 3, 255262.
- HUDSON J.I., POPE H.G., YURGELUNTODD D. et coll. : A controlled study of lifetime prevalence of affective and other psychiatric disorders in bulimic outpatients. *Am. J. Psychiatry*, 1987, 144, 12831287.
- Hsu L.K.G. : *Eating Disorders*. New York, Guilford Press, 1990.
- IGOIN L. : *La boulimie et son infortune*. PUF, Paris, 1979, 1 vol.
- JEAMMET Ph., CORCOS M. : *Évolution des problématiques à l'adolescence*, Doin, Paris, 2001
- JEAMMET Ph. : L'approche psychanalytique des troubles des conduites alimentaires. *Neuropsych. Enf. Ado.*, 1993, 41, 56, 235244.
- JEAMMET Ph. : Dysrégulations narcissiques et objectales dans la boulimie. In : *La boulimie*. Sous la direction de B. Brusset et C. Couvreur. PUF, Monographie de la Revue Franç. Psychanal., 1991, 81104.
- JEAMMET Ph. : L'anorexie mentale. *Encycl. méd. chir. Psychiatrie*, Paris, 1984, 37350, A10A15. Monographie, Doin, Paris, 1985, 1 Vol., 75 p.
- JEAMMET Ph., JAYLE D., TERRASSEBRÉCHON G., GORGE A. : Le devenir de l'anorexie mentale. *Neuropsychiat. Enf. Ado.*, 1984, 32, 23, 97113.
- JEAMMET Ph. : L'adolescence comme conflit. In : *Le bien-être de l'enfant dans sa famille*. ESF Éd., Paris, 1980, 1 vol., 6980.
- KESTEMBERG E., KESTEMBERG J., DECOBERT S. : *La faim et le corps*. PUF, Paris, 1972, 1 Vol.
- KREIPE R.E., CHURCHILL B.H., STRAUSS J. : Longterm outcome of adolescents with anorexia nervosa. *Am. J. Dis. Child*, 1989, 43, 13221327.
- LECENDREUX M. : SRPS chez l'adolescent, BVS, 2002, 710.
- LEDoux S., CHOQUET M. : *Les troubles des conduites alimentaires*. Inserm, Paris, 1991, 1 vol.
- LE HEUZEY M.F. : faut-il encore isoler les jeunes anorexiques mentales? *Ann. Med. Psychol.*, 2002, 160, 327331
- LILENFIELD L., KAYE W., GREENO C. et coll. : Psychiatric disorders in women with bulimia nervosa and their firstdegree relatives : effects of comorbid substance dependence. *Int. J. Eat. Disord.*, 1997, 22, 253264.
- MARCELLI D., CANARELLA Th., GASPARD B. : Les aspects cliniques de l'obésité de l'enfant. *Perspect. Psychiat.*, 1979, 17, 366374.
- MICHEL G. : Recherche de sensations et survéil corporel à l'adolescence, *Neuropsychiatr. Enfance Adolesc.* 2001, 49, 244251
- MITCHELL J.E., HATSUKAMI D., PYLE R., ECKERT E. : Bulimia with and without a family history of drug use. *Addict Behav.* 1988, 13, 24525 1.

- MOGUL S.L. : Ascetism in adolescence and Anorexia Nervosa. *Psychoanal. Study Child*, 1980, 35, 155175.
- Numéro spécial : Troubles des conduites alimentaires. *Conf. Psychiat.*, 1989, 31, 1 vol.
- Numéro spécial : La boulimie. *Rev. Franç. Psychanal.*, Monographie, PUF, Paris, 1991, 1 vol.
- Numéro spécial : Les troubles des conduites alimentaires, 1^{re} partie. *Neuropsych. de l'Enf. et de l'Adol.*, 1993, 41, 56.
- Numéro spécial : Les troubles des conduites alimentaires, 2^e partie. *Neuropsych. de l'Enf. et de l'Adol.*, 1993, 41, 89.
- NUSSBAUM M.P., SHENKER I.R., BAIRD D., SARAVAY S. : Follow up investigation of patients with anorexia nervosa. *J. Pediatr.*, 1985, 106, 835840.
- PATOIS E., VALATX J.L., ALPEROVITCH A. : Prévalence des troubles du sommeil et de la vigilance chez les lycéens de l'Académie de Lyon. *Revue Épidémiologique et Santé Publique*, 1992.
- PATTON G.C., COFFEY C., SAWYER S.M. : The outcome of adolescent eating disorders : findings from the victorian adolescent health cohort study. *European Child & Adolescent*, suppl. 1, 2003, 12, 2529.
- PATTON G.C. : Mortality in eating disorders. *Psychol. Méd.*, 1981, 18, 947951.
- PRICE V.A., COATES T.J., THORESEN C.E., GRINSTEAD O.A. : Prevalence and correlate of poor sleeper among adolescents. *Am. J. Dis. Child*, 1978, 132, 583586.
- PYLE R.L., MITCHELL J.E., ECKERT E.F. : Bulimia : a report of 34 cases. *J. Clin Psychiatry*, 1981, 42, 6064.
- RUSSEL G.F. : Bulimia nervosa : an omnibus variant of anorexia nervosa. *Psychol. Med.*, 1979, 9, 429448.
- SANCHEZGARDENAS M. : *Le comportement boulimique*. Masson, Paris, 1991, 1 vol.
- SCHILDER P. : *L'image du corps*. Gallimard Éd., Paris, 1971, 1 vol.
- SCHMIT G., ROUAM F. : Pour une approche psychologique de l'obésité juvénile : à propos d'un cas. *Neuropsychiat. Enf.*, 1981, 29, 10, 515518.
- SELVINI M. : *L'anorexie mentale*. Milan Feltrinelli Éd., 1963.
- SOURS J.A. : Anorexia Nervosa : nosology, diagnosis developmental. Batters and power. Control dynamics (p. 185212). In : *Adolescence Psychosocial Perspectives* (G. CAPLAN, S. LEBOVICI, Éd.). Basic Books Inc., New York, 1969.
- STROBER M., MORREL W., BURROUGHS J., SALKIN B., JACOBS C. : A controlled family study of anorexia nervosa. *J. Psychiat. Res.*, 1985, 19, 23, 239246.
- THEANDER S. : Outcome and prognosis in anorexia nervosa and bulimia : some results of previous investigations compared with those of e Swedish long term study. *J. Psychiat. Res.*, 1985, 19, 493508.
- THORPY M.J., KORMAN E., SPIELMAN A.J., GLOVINSKY P.B. : Delayed sleep phase syndrome in adolescents. *J. Adol Health Care*, 1988, 9, 2227.
- TIMMERMAN M.G. et coll. : Bulimia nervosa and associated alcohol abuse among secondary school students. *J. Am. Acad. Child Adolescent Psychiatry*, 1990, 29, 1, 112123.
- VENISSE J.L. : *Les nouvelles addictions*. Masson éd. Paris, 1991, 1 vol.
- WEITZMAN E.D., CZEISLER C.A., COLEMAN R.M. et al. : Delayed sleep phase syndrome. A chronobiological disorder with sleep onset insomnia. *Arch. Gen. Psychiatry*, 1981, 38, 737746.
- WENTZ E., GILLBERG Ch., GILLBERG Ca., RASTAM M. : Ten Year Follow-up of adolescent onset Anorexia Nervosa : Psychiatric disorders and overall functioning scales. *J. Child Psychol. Psychiat.*, 2001, 42, 5, 613622.
- WULFF M. (1932) : Sur un intéressant complexe symptomatique oral et sa relation à l'addiction. In : *La boulimie*, PUF, Monographie, 1991, 4762.
- YAGER J., LANDSVERK J., EDELSTEIN C.K. : A 20month followup study of 628 women with eating disorders, I : course and severity. *Am. J. Psychiatry*, 1987, 144, 11721177.

A Sexualidade e seus Transtornos

Desde Freud, sabemos que o desenvolvimento psicosssexual não começa na adolescência. Mediante atividades que interessam diretamente aos órgãos genitais, como por exemplo a masturbação, ou a partir de questões colocadas pela criança sobre a diferença entre um menino e uma menina, os adultos não podem ignorar as preocupações sexuais infantis. Para os psicanalistas, a sexualidade infantil não se limita às atividades e aos prazeres que dependem do funcionamento do aparelho genital propriamente dito, mas diz respeito, na realidade, ao conjunto do corpo. A adolescência e o advento da puberdade marcam uma virada na sexualidade do indivíduo. O desenvolvimento do aparelho genital, a atividade sexual e as modificações intrapsíquicas decorrentes caracterizam em grande parte a adolescência. De fato, a sexualidade é um ponto focal da vida do adolescente. Se o capítulo presente aparece no final desta segunda parte consagrada às diversas condutas da adolescência, é por julgarmos que, através da sexualidade, transparece a harmonização possível ou não dessas diversas condutas. De fato, a sexualidade inclui em si uma parte do agir, necessita uma elaboração mental e mobiliza o corpo e sua imagem. O estabelecimento de uma organização sexual definitiva, isto é, de uma organização que, de um ponto de vista somático,

psicológico e sociológico, inclui agora os órgãos genitais fisicamente maduros, representa uma das tarefas fundamentais da adolescência. O estabelecimento dessa organização não se faz sem variações segundo o ambiente sociocultural e segundo os indivíduos. Em qualquer situação, a tarefa do adolescente será fazer coincidir e, se possível, tornar satisfatório por meio da realização sexual, o imperativo da necessidade sexual e o desenvolvimento de suas fantasias sexuais. É importante para o adolescente distinguir a realização sexual que se situa no nível comportamental, da fantasia e dos devaneios sexuais que se situam no nível da psique.

Nesse processo, surgem dificuldades inelutáveis, que podem assumir uma significação psicopatológica. Porém, desse ponto de vista, há uma distinção fundamental que se deve ter sempre em mente: a distinção entre, de um lado, um comportamento sexual que às vezes adquire dimensões inquietantes por sua repetição ou por sua intensidade, mas que não provoca uma ruptura no desenvolvimento psíquico, e, de outro lado, atividades sexuais que representam invariavelmente um deslocamento desse desenvolvimento psíquico. Em outros termos, é preciso distinguir o comportamento em si e a maneira como ele repercute na personalidade e depois se integra a ela.

A sexualidade do adolescente é objeto de curiosidade, objeto de inquietação, objeto de nostalgia, objeto revelador da evolução social. É interessante observar a evolução da representação social dos tabus sexuais e das ameaças que os justificam e os alimentam nos últimos cinquenta anos. Assim, pode-se constatar que se passou do tabu sexual associado ao temor da sífilis para o tabu associado ao temor da aids, passando pela gravidez precoce e pelas doenças sexualmente transmissíveis (DST). Entretanto, os trabalhos sobre essa questão são muito heterogêneos. Há, de fato, uma grande diferença de evolução da sexualidade do adolescente segundo a maneira como ela é captada pelos diversos métodos: pesquisas sobre práticas sexuais dos adolescentes e sobre fantasias conscientes, geralmente estatísticas anônimas e envolvendo muita gente; ou, ao contrário, análise das fantasias, dos devaneios sexuais, e de sua repercussão dinâmica sobre o equilíbrio psicoafetivo mediante a realização de uma psicoterapia individual.

Isso nos levou a fazer uma separação em dois capítulos, um para os estudos quantitativos e epidemiológicos, o outro para a dinâmica da pulsão sexual e da sexualidade com seus avatares (a psicologia da puberdade foi tratada brevemente na primeira parte desta obra, cf. Capítulo 1).

DADOS QUANTITATIVOS E EPIDEMIOLÓGICOS

Várias pesquisas francesas e de outros países estudaram quantitativamente os diversos aspectos do comportamento sexual, e mesmo certas fantasias sexuais dos adolescentes. Citaremos apenas algumas delas.

O Orgasmo

Segundo o relatório Kinsey, parece haver um aumento brusco da atividade sexual, sobretudo no ano que antecede a puberdade. A frequência máxima de orgasmos é atingida no segundo após a puberdade. Na menina, há um

aumento regular da atividade sexual, que começa bem antes da puberdade e que prossegue depois desta. Na pesquisa de Kinsey, apenas 20% das meninas de 15 anos tiveram pelo menos um orgasmo.

A Masturbação

Embora a masturbação como atividade sexual quase nunca apareça no discurso espontâneo das adolescentes (discursos para os adultos, no âmbito de uma pesquisa mediante entrevistas não dirigidas realizadas por M. F. Castarede em 1976 a propósito da “vida psicosssexual”), 90% dos meninos e 40% das meninas praticam-na durante um período mais ou menos longo, e com uma frequência variável na adolescência (pesquisa feita anonimamente). A masturbação leva à primeira ejaculação em 68% dos casos no meninos e ao primeiro orgasmo em 84% dos casos nas meninas (Kinsey).

As Fantasias Sexuais Conscientes

Uma pesquisa americana junto a estudantes de 5ª a 8ª série (pesquisa realizada com 1.177 estudantes) examinou quantitativamente as fantasias sexuais conscientes dos adolescentes. A grande maioria dos pensamentos ou devaneios citados em primeiro lugar por esses adolescentes era acariciar um parceiro que se ama e fazer amor com ele. Fantasias homossexuais eram citadas por 3% dos adolescentes; fantasias sádicas por 24% dos meninos e por 6% das meninas; fantasias masoquistas por 21% das meninas e por 11% dos meninos; fantasias voyeurísticas por 35% dos meninos e por 24% das meninas.

A Primeira Relação Sexual

A data da ocorrência da primeira relação sexual é particularmente estudada nas diferentes pesquisas ou estudos epidemiológicos. Nos anos de 1960, o relatório Simon sobre a França estima a média da idade da primeira relação

sexual em 19,2 anos para os homens e 20,5 anos para as mulheres; 18% dos meninos e 4% das meninas tiveram uma relação sexual antes dos 16 anos; aos 18 anos, 46% dos meninos e apenas 20% das meninas. Na pesquisa de M. F. Castarede, a idade média das relações sexuais dos meninos é de 17 anos, e a das meninas de 18 anos. Segundo os *Dossiers de l'Étudiant*, em 1980, aos 16 anos, cerca de 37% dos alunos do ensino médio do sexo masculino já tinham feito amor, contra apenas 19% das meninas; aos 18 anos, mais da metade dos meninos e 35% das meninas. Mediante a pergunta que se faz com frequência sobre a data dessas primeiras relações sexuais indaga-se sobre a evolução dos costumes ao longo dos anos. Nos Estados Unidos, realizou-se uma pesquisa com três anos de intervalo junto a adolescentes de 15 anos no mesmo contexto: em 1970, 25% dos meninos e 13% das meninas tinham tido uma primeira relação; em 1973, 38% dos meninos e 24% das meninas declaravam ter tido uma primeira relação; um terço dos adolescentes de 17 anos tinha tido uma relação sexual, cifra nitidamente mais elevada que a do relatório de Kinsey, 20 anos antes. Na França, as três pesquisas citadas acima mostram uma evolução comparável para um período mais longo, mas com populações diferentes.

Há outros três dados que parecem caracterizar a evolução do comportamento sexual dos adolescentes ao longo destes últimos 20 anos: as meninas evoluem muito mais rapidamente que os meninos (as percentagens estatísticas mudaram muito menos para eles do que para elas); como consequência dessa mudança, cada vez mais as meninas fazem suas primeiras experiências sexuais com colegas da mesma idade; finalmente, observa-se uma homogeneização progressiva dos comportamentos segundo os diferentes meios (*Le Monde de l'Éducation*).

Em compensação, persiste uma distinção entre os meninos e as meninas no que se refere: 1) à continuidade das relações sexuais: apenas 8% dos meninos contra 29% das meninas permanecem com o mesmo parceiro; 2) ao envolvimento afetivo dessa primeira relação: 46% dos meninos dizem que isso não os levou a se envolverem afetivamente contra 8% das meninas (estudo americano citado anteriormente e que foi realizado ao longo dos anos de 1970).

A Homossexualidade

A homossexualidade é estudada com frequência nas pesquisas epidemiológicas. Parece que as relações sexuais propriamente ditas com pessoas do mesmo sexo ainda são raras na adolescência. Segundo a pesquisa dos *Dossiers de l'Étudiant*, citada anteriormente, isso envolve 4,6% de estudantes de nível médio do sexo masculino e 2,9% do sexo feminino. Na pesquisa de Lagrange e colaboradores (1997), 6% dos jovens de 15 a 18 anos se dizem atraídos pelo mesmo sexo, seja de forma exclusiva ou não. A proporção de relações homossexuais aumenta a partir dos 18-19 anos. No estudo de M. F. Castarede, nenhum adolescente menciona espontaneamente uma experiência homossexual em seu discurso.

Condutas Ligadas à Sexualidade: Contracepção, Aborto, Gravidez

Citaremos aqui algumas cifras referentes à contracepção, ao aborto e à gravidez. A contracepção nas adolescentes, ao que parece, ainda é muito pouco utilizada, visto que apenas uma entre quatro, aproximadamente, recorre a um meio contraceptivo eficaz. A necessidade da informação sexual para essas adolescentes torna-se ainda mais evidente quando se sabe que na França, em 1980, realizam-se cerca de 10 mil interrupções de gravidez, e há 3 mil partos de adolescentes entre 14 e 18 anos. Nos Estados Unidos, um estudo datado de 1975 estima o número de gravidezes em adolescentes em 1 milhão, culminando com 600 mil nascimentos e 400 mil abortos. O número de gravidezes “ilegítimas” teria multiplicado por 3 entre 1940 e 1975.

As Condutas Sexuais Desviantes

Para completar, citaremos a prostituição e os atos de violação, que parecem aumentar atualmente entre os adolescentes. Essas condutas sexuais desviantes geralmente se inserem no vasto quadro da delinquência juvenil.

O DESENVOLVIMENTO PSICOSSEXUAL NA ADOLESCÊNCIA

O desenvolvimento psicosssexual na adolescência depende de uma série de fatores orgânicos, cognitivos, afetivos e socioculturais.

Fatores Orgânicos

A existência de fatores orgânicos, mesmo que sua importância ainda seja desconhecida, é aceita por todos no desenvolvimento psicosssexual dos adolescentes: a libido depende em parte dos hormônios. Os esteróides sexuais têm um efeito sobre o comportamento de agressividade. Inversamente, toda situação crônica de estresse tende a bloquear a atividade gonádica, retardando ou atenuando o aparecimento de características sexuais. Esse aparecimento de características sexuais secundárias, a capacidade fisiológica de ter relações sexuais, a capacidade de procriar representam incontestavelmente uma perturbação fisiológica e psicológica.

A aquisição da puberdade é sempre uma surpresa. A criança espreita seus sinais, constata-os, não acredita neles, começa a acreditar, a integrá-los, ao que parece, e [...] ao se perceber totalmente estranha ao que era antes (e isto para qualquer um dos sexos), o que fará dessa inquietante estranheza? Creio que todos, e por mais que isso seja reprimido, terão provado, ainda que fugazmente, um momento de glória, ao qual se segue, ora como uma onda, ora como uma maré sub-reptícia, a angústia. Do manejo dessa angústia dependerá o futuro. (Kestenberg, 1980)

Fatores Cognitivos

A nova capacidade cognitiva de ter acesso à fase de operações formais e de compreendê-las interfere na simbolização do erotismo, na apreensão, na abstração e na racionalização necessária das transformações sexuais, dos roteiros imagináveis, das relações sexuais interpessoais e dos conflitos associados a isso.

Ainda que essa capacidade cognitiva não seja o fator determinante de uma sexualidade satisfatória, ela é um elemento do sentido da reciprocidade e um meio de modulação em face das exigências pulsionais. Inversamente, o exemplo de adolescentes com encefalopatia e débeis profundos mostra o papel potencialmente agravante de uma sexualidade não integrável. É muito comum presenciar condutas caóticas nesses adolescentes, quando emerge a necessidade sexual: masturbação violenta, heteroagressividade sexual, provocação, exibicionismo sem controle, etc. Na maioria das vezes, essas condutas são imediatamente reprimidas pelo entorno, mas essa repressão acaba suscitando uma exacerbação dos transtornos sintomáticos anteriores (estereotipia, automutilação, etc.). A integração da sexualidade nesses adolescentes continua sendo um problema sério, geralmente mal resolvido, tanto no que se refere à família quanto às diversas instituições onde vivem os adolescentes.

Fatores Afetivos e Relacionais

Vamos insistir ainda mais sobre os fatores afetivos e relacionais. As transformações intrapsíquicas são amplamente estudadas pelos psicanalistas. Podemos distinguir duas correntes. De um lado, estão aqueles que, seguindo a linha de Freud, vêem no desenvolvimento psicosssexual da adolescência uma nova etapa, onde o indivíduo chega com uma sexualidade já estabelecida e organizada desde a infância: a adolescência é apenas uma terminação ou uma renovação das experiências sexuais infantis já expressadas, que se completarão e depois se realizarão graças à transformação do aparelho genital; nesse quadro, insiste-se na noção de “a posteriori”. Por outro lado, há aqueles que, seguindo Erickson, enfatizam a originalidade profunda da adolescência, originalidade ligada justamente às novas potencialidades e às novas capacidades.

Contudo, os psicanalistas são unânimes em reconhecer que uma parte importante do que ocorre durante o desenvolvimento psicosssexual do adolescente depende do que se passou na infância, mas que a experiência da sexualidade na adolescência está ligada às experiências atuais e novas.

Dois pontos merecem ser abordados em particular: a imagem do corpo e a identidade sexual.

A imagem do corpo. – Apoiando-se na teoria da sexualidade de Freud, P. Schilder vê uma correspondência entre a construção definitiva da imagem do corpo e a fase de acesso à genitalidade. O homem só percebe seu corpo como um todo, como uma unidade, depois de ter acesso à genitalidade, portanto, durante a adolescência. Mas a teoria de Schilder também leva em conta o registro relacional: o adolescente descobre a imagem de seu corpo graças às tendências libidinais de outros dirigidas a ele. Existe uma corrente permanente de trocas mútuas entre a imagem do corpo de cada um e a imagem do corpo de todos os outros. Isso se aproxima do pensamento de Freud, a saber, que a escolha do objeto na puberdade é um elemento integrador da personalidade. Para Schilder, a imagem do corpo nunca é isolada, mas é sempre acompanhada pela de outros, e se estrutura mais precisamente na genitalidade, mas de maneira definitiva. A construção da imagem do corpo não é uma aquisição estática, mas pode ser influenciada pela vivência física, pelas emoções, pelas sensações, pelo olhar do outro (as noções de esquema corporal, de corpo social, de imagem do corpo foram tratadas no item “As condutas destrutivas solitárias”, no Capítulo 5).

A escolha de objeto¹ sexual. – A escolha de objeto sexual está sujeita ao conjunto de alterações que a adolescência comporta (cf. item “O modelo psicanalítico”, no Capítulo 1). Contudo, dois elementos nos parecem preponderantes: 1) o reagrupamento das pulsões parciais no interior da pulsão genital subordinada à organização da capacidade reprodutiva; 2) a harmonização e o estabelecimento de um equilíbrio na adolescência entre a linha objetal e a linha narcísica.

Toda escolha de objeto sexual na adolescência está sujeita a dois elementos. Além disso, uma série de passagens, de movimentos

dinâmicos, progressivos e regressivos, que caracterizam o processo da adolescência, infiltra a escolha de objeto sexual e suas dificuldades, e nisso se reconhece:

– O desligamento progressivo de objetos parentais e fonte de dificuldades, como testemunham escolhas de objeto sexual de aspecto incestuoso ou uma rejeição do eu como ser sexuado para marcar bem esse desligamento de imagens interiorizadas e sexuadas.

– A passagem progressiva do auto-erotismo à heterossexualidade: a conduta masturbatória, sua importância e a fantasia associada a ela são sinais reveladores disso.

– Finalmente, a resolução da bissexualidade: os imprevistos dessa resolução ficam marcados na sucessão de escolhas de objeto sexual durante a adolescência.

Esses movimentos dinâmicos se expressam por meio da flutuação transitória na escolha de objeto sexual, flutuação que pode ser ilustrada, por sua vez, pela multiplicidade de condutas sexuais. Esse é o sentido das oscilações entre a heterossexualidade e a homossexualidade, entre a ligação aos pais e o amor dedicado a um novo objeto, entre o grupo ou bando e o amigo único idealizado, entre o primeiro amor e a relação sexual passageira, sem investimento afetivo duradouro.

Assim, a escolha de objeto sexual pode assumir uma forma particular na adolescência com essa paixão amorosa chamada de “primeiro amor”:

Trata-se de uma brutal invasão narcísica, de uma violência feita ao Ego por um objeto externo tanto mais real quanto suas qualidades são projetivamente aquelas que, no passado não memorável em que se construiu o narcisismo primário, nesse tempo da megalomania infantil, eram da mãe: odor, sabor, traços acústicos... Esse traço felizmente traumático ordenará outros amores, amores de adultos... (Daymas, 1980)

A identidade sexual. – A identidade do Ego, conceito desenvolvido por Erikson, difere da imagem corporal, porque ela engloba as identificações do indivíduo e enfatiza as interações psicossociais. A busca e depois a constituição da identidade são uma das tarefas importantes da adolescência. Uma organiza-

¹ Utilizamos o termo objeto no sentido de objeto interno, intermediário entre o objeto externo e a instância do aparelho psíquico em discussão.

ção estável da identidade é considerada pelos defensores da psicanálise dita genética como o sinal do fim da adolescência. Essa organização estável da identidade é adquirida quando o indivíduo consegue se identificar de modo permanente em seus objetivos, em suas ambições, em sua sexualidade e em suas relações com o outro sexo, ao mesmo tempo no plano coletivo social e no plano individual, ético. Assim, diante da pergunta “que tipo de pessoa eu sou?”, “os sentimentos relacionados à masculinidade ou à feminilidade e as características associadas a isso, como a atividade ou a passividade, a dominação ou a submissão, desempenham um papel essencial na resposta”. Essa identidade sexual, parte integrante e às vezes até mesmo fundamental da identidade do Ego é chamada identidade de gênero. A identidade de gênero (*Gender Identity*) refere-se ao sexo psíquico, que deve ser diferenciado do sexo biológico que se manifesta na puberdade pelo aparecimento de características sexuais secundárias. Esse alerta é necessário para compreender melhor a divergência entre a posição freudiana e a posição dos pós-freudianos, como R. J. Stoller. Para Freud, a oposição feminino-masculino só se estabelece claramente na adolescência, quando a sexualidade se caracteriza pela oposição fálico-castrado; o Édipo modifica a bissexualidade psíquica, com uma identificação masculina preponderante sobre a identificação feminina no menino, e o oposto na menina. Para os autores que sucederam Freud, a identidade sexual é adquirida bem antes da puberdade. R. J. Stoller distingue o sentimento precoce de pertencer a um sexo e a realidade anatômica de seu próprio sexo, “identidade nuclear de gênero” (que aparece na primeira infância), do sentimento que é elaborado posteriormente com base no primeiro graças à evolução libidinal descrita por Freud: identidade sexual propriamente dita ou “identidade de gênero”. Para Stoller, esta última se estabelece antes da puberdade, pois ela é originária diretamente do conflito edipiano. A masculinidade e a feminilidade correspondem às identificações secundárias constituídas pela criança graças à fantasia do complexo de Édipo. O desenvolvimento dessa identidade de gênero prossegue intensamente pelo menos até o final da adolescência. Esse período, como assinala Erikson, representa ao mesmo tempo a última

etapa e uma ameaça para a finalização dessa identidade de gênero.

Assim, o acesso à sexualidade genital implica uma organização satisfatória da identidade sexual e de suas identificações. A identidade sexual se “constrói” progressivamente ao longo das etapas sucessivas da infância e da adolescência. Essa construção entrecruza sutilmente uma linha que se pode chamar de “narcísica” (N), na qual domina a questão da representação para o sujeito do que é o sexo em seu corpo, e uma linha “objetal” (O), na qual domina a dimensão relacional. Poderíamos definir a primeira linha como o trabalho de representação pré-consciente e consciente da pulsão sexual: essa linha segue um longo caminho já preparado pelo complexo de Édipo, e é reativada pela emergência da puberdade. Podemos resumi-la da seguinte maneira (ver Quadro 7.1):

(N1) “O sexo que eu tenho”. É a fase de reconhecimento de seu próprio sexo e que corresponde à afirmação narcísico/fálica de sua identidade sexuada. É certo que esse reconhecimento é afirmado desde a infância, no decurso do período edipiano, porém, nessa idade, ele é dominado precisamente pela afirmação fálica. A emergência pubertária atualiza-o e lhe dá uma realidade e uma acuidade inteiramente novas. Classicamente, esse reconhecimento seria primário no menino (N1 precede N2) e secundário na menina (N2 precede N1).

(N2) “O sexo que eu não tenho”. É a fase de reconhecimento da diferença anatômica dos sexos e que corresponde à aceitação da prova da realidade no campo da sexualidade: “o outro não é como eu”. Também aqui, embora a constatação da diferença geralmente seja adquirida desde a infância (mas não sempre) e mobilize a “curiosidade sexual”, por um lado, e a angústia da castração, de outro, essa diferença ainda está sujeita ao primado do falo. Ela dá à adolescência uma dimensão bem diferente, justamente porque o corpo, ao se tornar púbere, já não é simplesmente uma questão de curiosidade psíquica, mas uma prova corporal que pode ser fonte de angústia, de perplexidade ou de sentimento de perseguição. (“O que é que o outro pode sentir em um corpo tão diferente do meu?”).

Quadro 7.1 Os imprevistos da representação pré-consciente/consciente da identidade sexuada

	<i>Pensamento consciente ou pré-consciente</i>	<i>Significação simbólica</i>	<i>Trabalho psíquico de elaboração</i>
1	O sexo que eu tenho	Reconhecimento de seu sexo	Afirmação narcísico/fállica da identidade sexuada (infância-édipo)
2	O sexo que eu não tenho	Reconhecimento da diferença dos sexos	Aceitação da prova da realidade (infância-latência)
3	Falta alguma coisa em mim	Aceitação da castração simbólica	Renúncia à onipotência infantil (início da adolescência)
4	O outro tem o que me falta	Reconhecimento da complementaridade dos sexos	Elaboração da posição depressiva: aceitação da dependência (adolescência)
5a	A vagina não é perigosa para o pênis	Neutralização da oralidade agressiva	Abandono do arcaico maternal (o continente destrói o conteúdo)
5b	O pênis não é perigoso para a vagina	Neutralização da analidade agressiva	Abandono da violência máscula destrutiva (o conteúdo destrói o continente)

(N3) “Falta alguma coisa em mim”. É a fase de aceitação da castração simbólica tanto para um quanto para o outro sexo: para além da constatação da diferença anatômica dos sexos, a puberdade confronta o sujeito com a falta fundamental e estrutural que constitui toda pessoa: a pulsão genital busca seu objeto de satisfação. Até aqui, a imaturidade sexual tinha “protegido” a criança dessa obrigação de constatação, e era isso o que lhe dava essa sensação de onipotência infantil à qual justamente o adolescente tem de renunciar. É nesse sentido que o acesso à genitalidade não é apenas um ganho, mas pode ser sentido também como uma perda relativa (ver a seguir). Essa fase é específica da adolescência, e é provável que sua acuidade seja bem mais intensa nessa idade do que será posteriormente.

(N4) “O outro tem o que me falta”. É a fase de reconhecimento da necessária complementaridade dos sexos e, conseqüentemente, da aceitação da dependência, com a elaboração consecutiva da posição depressiva. No momento em que o adolescente gostaria de afirmar sua total independência, a pulsionalidade sexual confronta-o primeiramente com a “necessidade” do objeto complementar (análogo sexual da fase do objeto parcial), e em seguida com o outro portador desse objeto (objeto total), o que pode ser visto como uma ameaça de per-

seguição, ou mesmo de alienação. Aceitar essa necessária complementaridade dos sexos significa aceitar a finitude humana e a necessidade de relação, da qual ninguém pode escapar.

(N5) A realização sexual. É a fase durante a qual o sujeito se vê confrontado com suas fantasias sexuais por meio da cena imaginária da cópula, retomando os cenários da “cena primitiva” infantil, isto é, a maneira como a criança, no período da neurose infantil, podia fantasiar a sexualidade dos pais. A possível realização sexual atualiza essas fantasias no adolescente sob a forma de “cenas pubertárias”, de forma tanto mais intensa quanto tiver vivenciado as fases anteriores com um sentimento de angústia ou de perseguição. A necessária agressividade tem de ser neutralizada pela libido, de modo que essa “cena genital” (originária da cena primitiva via cenas pubertárias) não seja submetida inteiramente aos movimentos pulsionais de violência e de ódio. Continente e conteúdo devem, se não neutralizar um ao outro, pelo menos se equilibrar em uma relação de confiança recíproca mínima. Duas fantasias agressivas podem predominar e impedir esse relativo equilíbrio, a da oralidade devoradora e da analidade explosiva:

(N5a) “A vagina não é perigosa para o pênis”. É a fase de neutralização da oralidade

agressiva e de abandono da submissão ao arcaico maternal devorador que é simbolizado pela fantasia da periculosidade do continente para todo conteúdo.

(N5b) “O pênis não é perigoso para a vagina”. Fase de neutralização da analidade agressiva e de abandono da submissão à violência máscula destrutiva que é simbolizada pela fantasia da periculosidade do conteúdo para qualquer continente.

Contudo, ao lado dessa representação para o sujeito de sua pulsionalidade sexual, deve-se operar uma segunda linha de reorganização, aquela em que o indivíduo precisa reelaborar sua relação com o outro a partir da novidade de sua posição edipiana pós-pubertária. De fato, o “pubertário”, que significa para o funcionamento psíquico o que a puberdade significa para o corpo (Gutton, 1991), excita o adolescente e o obriga ao trabalho relacional seguinte (ver Quadro 7.2):

(01) “A aproximação incestuosa”. – É a fase que impulsiona o(a) adolescente em direção ao seu “objeto incestuoso”, o genitor do outro sexo. Mas, ao mesmo tempo, esse movimento confronta-o com a ameaça incestuosa. Assim como na infância essa aproximação era inofensiva e mesmo fonte de um evidente prazer, na adolescência essa aproximação, por ser excitante, torna-se ameaçadora.

(02) “A submissão isogenérica”. – É a fase que impulsiona o(a) adolescente a avançar em direção ao seu “objeto edipiano indireto”, isto é,

o genitor do mesmo sexo que ele, para se proteger da ameaça incestuosa. Mas, ao mesmo tempo, esse movimento confronta-o com a ameaça da confusão identitária: estou muito próximo, pareço muito com ele, corro o risco de não saber mais quem eu sou. Enquanto na infância essa aproximação reforçava a construção da identidade, na adolescência, subitamente, torna-se uma ameaça potencial para essa mesma identidade.

(03) “A aliança com os iguais”. – Durante essa fase, o(a) adolescente se afasta de seu objeto edipiano indireto, o genitor do mesmo sexo, para não se submeter a ele e não se confundir com ele. A partir de agora, ele procurará e tentará encontrar junto a seus iguais, sobretudo do mesmo sexo, os apoios necessários marcados pela barreira das gerações (há coisas que se faz entre colegas que não se faz mais com os adultos e principalmente com os pais), mas que desperta o risco da homossexualidade para além da homofilia, que se caracteriza por esse prazer de estarem todos juntos e serem todos semelhantes.

(04) “A descoberta do objeto de amor”. – Essa fase insere o(a) adolescente na relação com um outro diferente de si, tanto no plano da diferença dos sexos quando na radical “alteridade” do outro. Assim, o(a) adolescente se livra da ameaça homofílica e homossexual, mas se vê confrontado com a radical alteridade do outro, isto é, o sentimento de solidão.

É o conjunto desse trabalho de elaboração que caracteriza a construção da identidade e das identificações sexuais na adolescência com um

Quadro 7.2 A reelaboração da relação com o outro sob o impacto da puberdade e de suas vicissitudes

	<i>A vivência consciente ou pré-consciente</i>	<i>Significação simbólica</i>	<i>Trabalho psíquico de elaboração</i>
1	A excitação provocada pelo genitor do outro sexo	Transbordamento traumático: a ameaça incestuosa	O Édipo direto ou positivo
2	A submissão isogenérica: o refúgio junto ao genitor do mesmo sexo	Ameaça de confusão identitária: a necessidade parricida	O Édipo indireto ou negativo
3	A aliança com os iguais	Atração homofílica: a ameaça homossexual	A inscrição da barreira geracional
4	O primeiro amor: o objeto de amor	Ameaça de solidão: a radical alteridade do outro	A inscrição na diferença dos sexos

entrecruzamento dessas duas problemáticas, a da representação da pulsionalidade sexual em uma dimensão essencialmente narcísica e a da relação com o outro em uma dimensão mais objetiva. Evidentemente, a necessária reelaboração das relações com os objetos edipianos constitui o plano de fundo desse trabalho que, por outro lado, solicita também os fundamentos da identidade primária, base do narcisismo.

Enfim, no plano econômico, a puberdade confronta o jovem com uma excitação que o ameaça permanentemente de transbordamento, solicitando de maneira ativa seu funcionamento psíquico mediante a capacidade de desinvestimento, deslocamentos, reinvestimentos, sublimação, etc. De fato, a puberdade e, mais ainda, seu correspondente psíquico, o pubertário, solicitam intensamente a vida fantasmática, o que leva o sujeito a elaborar cenários imaginários que sejam fontes de gratificações possíveis e toleráveis. Essa excitação pode ter valor traumático pela dimensão incontrolável que pode assumir às vezes quando o jovem não suporta a frustração que será imposta pela necessária espera: as provações corporais e sensoriais podem se tornar então quase persecutórias. A busca da descarga pela passagem ao ato pode tornar-se compulsiva para certos adolescentes, na tentativa de libertar o corpo dessa tensão invasiva. Durante muito tempo, essa via de descarga foi essencialmente auto-erótica e masturbatória, apoiando a atividade de representação ou, na falta disso, agida por meio de condutas auto-agressivas (tentativa de suicídio, acidentes, etc.). A relativa liberdade sexual atual permite a certos jovens confrontados com esse excesso de excitação a encontrar a via direta de descarga em um ato sexual, hétero ou homossexual.

Fatores Socioculturais

Se a sexualidade e as principais fantasias sexuais são comuns a todos os adolescentes, sejam quais sejam as épocas ou as culturas, não é menos verdade que as relações sexuais, sua preparação, sua frequência, sua maior ou menor facilidade, sua aceitação pelo grupo ou pelos pais variam segundo a cultura e segundo as épocas; os relatos e os trabalhos de etnólogos ilustram bem isso. Mencionemos, a título de exemplo,

o estudo da sexualidade entre os adolescentes de uma tribo indiana, os muria, no Estado de Bastar. Nessa tribo, a vida sexual dos adolescentes é centrada em uma instituição chamada Ghotul, ou casa dos jovens. Essa casa é uma instituição altamente hierarquizada, em que o chefe representa o pai e a chefe representa a mãe. Nessa casa, verdadeiro estabelecimento noturno, os encontros geralmente ocorrem à noite, sendo que os meninos chegam um a um, trazendo suas esteiras de deitar, e em seguida chegam as meninas, todas juntas. Após as atividades preliminares (penteado, massagem), todo mundo se prepara para ir para a cama. De manhã, as meninas devem sair do Ghotul antes do alvorecer. De fato, uma menina não pode permitir que seus pais a vejam nem quando ela sai de casa para ir para o Ghotul nem quando volta. O sistema do Ghotul obriga as jovens a mudar de parceiro a cada dois ou três dias. Em troca, se futuros esposos vivem na mesma Ghotul, eles não devem se aproximar um do outro. Há também todo um círculo de parentesco proibido. Sem dúvida, poderíamos citar outros exemplos, em outras culturas, descritos de forma notável por Mead ou Malinowski. As ligações existentes entre a organização social e a sexualidade dos adolescentes estão mais do que provadas. Para ficar apenas na civilização ocidental, as mudanças constatadas no nível dos comportamentos sexuais dos adolescentes não podem ser isoladas das modificações sociais globais relacionadas a essa faixa etária ao longo dos últimos 30 anos.

Contudo, encontra-se uma constante qualquer que sejam as épocas ou as sociedades. O. F. Kernberg sugere, de fato, que a “moralidade convencional” (isto é, as regras sociais) pode proteger o casal e sua intimidade contra a agressão do grupo ampliado do qual ele faz parte, mas ao preço de uma sexualidade “autorizada”. A hipótese de Kernberg repousa de fato na idéia de que a reação do grupo em face do casal é fundamentalmente ambivalente: a idealização e a esperança que o casal evoca no grupo do qual faz parte são contrabalançadas pela inveja, o ressentimento e o desejo do grupo de destruir essa união. Isso explica porque os indivíduos ou os casais reagem sempre por um distanciamento em face da “ideologia oficial”. Essa observação é importante para o adolescente, que tem como uma de suas tarefas a capacidade de estabelecer

pouco a pouco uma sexualidade pessoal satisfatória e realizá-la na intimidade de um casal. Assim, convém examinar nos adolescentes sua capacidade de se realizar em uma vida de casal com uma certa independência em face do grupo social à sua volta. Este último pode ser o grupo social dos adultos e dos pais, mas também o grupo social dos iguais, isto é, de outros adolescentes. Não é raro, por exemplo, ver adolescentes cujos comportamentos fazem crer em uma grande liberação sexual, mas que na verdade mascaram uma séria inibição e que refletem um fracasso na diferenciação do casal ou do indivíduo em face dos valores ideológicos convencionais do grupo de iguais.

PSICOPATOLOGIA DAS PRINCIPAIS CONDUTAS SEXUAIS

O exame de condutas sexuais em psicopatologia coloca um problema complexo, centrado na noção de normalidade. Mais uma vez, é preciso distinguir o ponto de vista sociológico da anormalidade e o ponto de vista clínico e psicopatológico sobre a anormalidade em relação ao desenvolvimento psíquico. M. Laufer expõe o problema da seguinte maneira:

- de um ponto de vista semiológico, certas formas de atividades ou de comportamentos sexuais durante a adolescência representariam invariavelmente uma ruptura no desenvolvimento psicológico;
- de um ponto de vista estrutural, certas rupturas, quando ocorrem, manifestam-se por uma atividade ou um comportamento que aparece como anormal na evolução ou no tratamento;
- de um ponto de vista epistemológico, finalmente, o psicanalista deve estabelecer um julgamento sobre tal atividade ou tal comportamento na evolução de um tratamento?

Para esse autor, é preciso deixar claro: “As formas de atividades sexuais que necessitam ser consideradas como anormais em termos de desenvolvimento psicológico [...] são aquelas que excluem a heterossexualidade como a atividade sexual primária entre dois indivíduos”. Assim,

a homossexualidade, o fetichismo, o travestismo e as perversões pertencem a essa categoria. Contudo, essas condutas só podem ser consideradas como patológicas na medida em que são um indício de que o adolescente não integrou uma imagem do corpo fisicamente madura ou não estabeleceu uma identidade sexual pessoal. Uma tal avaliação deve aguardar o fim da adolescência. Antes disso, essas condutas podem parecer às vezes como o indício de um esforço do Ego para estabelecer essa identidade sexual. M. Laufer insiste em que é desejável informar o adolescente antes de qualquer tratamento da própria concepção do terapeuta acerca da normalidade de tal conduta sexual.

Podemos distinguir três categorias de dificuldades no âmbito da sexualidade do adolescente:

- a realização sexual e suas dificuldades: ausência de relações sexuais, frigidez, ejaculação precoce, impotência;
- a escolha de objeto sexual e suas dificuldades: masturbação, homossexualidade, conduta incestuosa;
- a identidade sexual e suas dificuldades: transexualismo, ambigüidade social.

Recordemos mais uma vez que essa distinção em três categorias é esquemática. É incontestável, por exemplo, que, se a homossexualidade remete a uma dificuldade da escolha do objeto sexual, ela coloca ao mesmo tempo o problema da constituição da identidade sexual do indivíduo.

As Dificuldades da Realização Sexual

As dificuldades da realização sexual podem assumir diferentes formas, mais ou menos intrincadas:

1) A ausência total de relações sexuais durante a adolescência representa hoje, sem dúvida, uma anormalidade no sentido estatístico do termo. Qualitativamente, essa ausência pode ser sinal de uma inibição neurótica, massiva, ou de uma angústia ainda mais arcaica.

2) Inversamente, relações sexuais múltiplas com mudanças de parceiros quase sistemáticas, em uma sexualidade aparentemente livre

de qualquer culpabilidade ou conflito, podem ser o sinal de uma depressão intensa, centrada não tanto no prazer ou no não-prazer do funcionamento do corpo, mas em uma inibição intelectual: “Assiste-se a uma ressexualização do funcionamento mental, que se torna então a única castração, e a uma dessexualização da sexualidade” (Kestemberg, 1978).

3) O primeiro orgasmo, a primeira ejaculação, a primeira masturbação, as primeiras regras, as primeiras relações sexuais podem estar na origem de um traumatismo psíquico, traumatismo encobridor em face dos traumatismos sexuais infantis. Em um nível inconsciente, essa primeira experiência marca a participação na cena primitiva e reaviva a angústia inerente ao conflito edipiano: angústia de castração, e depois, mais profundamente, angústia de fragmentação. Clinicamente, podemos assistir então a atitudes de recolhimento que revelam uma inibição neurótica subjacente, em particular no âmbito intelectual, ou a invasões psicóticas em adolescentes mais frágeis.

4) A frigidez primária ou secundária, a ejaculação precoce e a impotência. Depois de eliminada uma causa orgânica, esses transtornos se reportam ao mesmo tipo de mecanismo psicopatológico, e se relacionam à angústia ligada ao conflito edipiano. Essas dificuldades na realização sexual são freqüentes na adolescência, mas geralmente transitórias. Contudo, elas podem perdurar, tornando-se manifestações particularmente paralisantes, mas esses pacientes só se queixarão disso bem mais tarde, já adultos.

5) Finalmente, abordaremos os diferentes transtornos menstruais da adolescência: amenorréia primária ou secundária, dismenorréia, metrorragia ou menorrágia. Eles requerem um balanço orgânico, mas em geral traduzem uma aceitação difícil pela adolescente de sua feminilidade e de sua sexualidade. Nesses problemas cotidianos da medicina, costuma-se desprezar um apoio psicológico.

As Dificuldades da Escolha Sexual

A escolha de objeto sexual de que falamos anteriormente passa por vicissitudes mais ou menos significativos ao longo de toda a adolescência. Poderíamos diferenciá-los conforme

as etapas sucessivas da adolescência, tal como foram descritos, por exemplo, por P. Blos. Três condutas particulares ilustram bem o problema da escolha de objeto: a masturbação, a homossexualidade e as condutas incestuosas. Em troca, não trataremos as diferentes condutas sexuais perversas (fetichismo, zoofilia, exibicionismo, sadismo sexual, etc), pois elas são raras na adolescência.

A masturbação. – Já está longe o tempo em que a masturbação era vista como um vício ou uma doença. Hoje, a masturbação é considerada como uma atividade natural, se não necessária. A questão que se deve colocar agora é a seguinte: como essa conduta banal, e que pertence ao registro da psicologia normal, pode se inserir no campo da psicopatologia na adolescência? Joyce MacDougall fala de “processo masturbatório” e descreve duas vertentes dele: um ato e uma fantasia. Essas duas vertentes podem ter destinos diferentes na vida psíquica.

Se o ato masturbatório, como todos sabem, aparece bem antes da adolescência, nessa idade ele culmina na possibilidade de uma ejaculação e, portanto, de um orgasmo.

A ligação entre o ato masturbatório e a fantasia interessa muito particularmente ao clínico: para os psicanalistas, o adolescente que se masturba introjeta uma imagem da cena primitiva na qual, por seu ato, ele pode ser pai e mãe ao mesmo tempo. O “processo masturbatório” realiza então, por excelência, a ilusão bissexual da vida erótica, o ideal hermafrodita. Assim, ao se masturbar, o adolescente controla magicamente seus pais e nega o perigo da castração. O ato e a fantasia associada a ele são, portanto, o lugar de um desejo profundamente proibido, e criam sentimentos de culpabilidade, de vergonha e de ansiedade.

Se o ato masturbatório é facilmente admissível e confessável, o mesmo não ocorre com a fantasia que o acompanha. O conteúdo das fantasias masturbatórias, para alguns, atravessa duas etapas. No início da adolescência, as fantasias masturbatórias são mais de natureza regressiva; encontram-se aí as fases eróticas do início da vida, orais, anais, sádicas, narcísicas, homossexuais e heterossexuais; posteriormente, elas se tornam mais heterossexuais e se centram

em um parceiro sexual preciso. A masturbação é vivida pelo Ego, então, como uma preparação para assumir o papel de parceiro sexual, o que lhe dá um valor positivo. No momento da resolução do complexo de Édipo e da interiorização do Superego, M. Laufer descreve a “fantasia masturbatória central”, fantasia cujo conteúdo é constituído pelas diferentes satisfações agressivas e das principais identificações sexuais. Ela não depende da existência ou não de uma conduta masturbatória agida da infância. É universal. Durante o período de latência, o conteúdo dessa fantasia permanece inconsciente. Na adolescência, ele adquire um novo sentido em razão da maturação fisiológica dos órgãos genitais e impõe novas exigências ao Ego.

Na adolescência, o processo masturbatório, que associa masturbação e fantasia, torna possível a integração e depois a evolução de fantasias perversas da infância: ele ajuda o Ego a se organizar em torno da supremacia da genitalidade e do prazer terminal. Para alguns, isso é particularmente verdade para o menino. Na adolescente, parece que o ato masturbatório é menos freqüente, e que o processo masturbatório, tal como acabamos de descrever, afetaria a totalidade de seu corpo.

No caso em que o ato masturbatório é ausente ou reprimido, a fantasia não tem mais saída corporal, e, nessas condições, a libido e a energia que seriam descarregadas no ato podem se infiltrar em atividades do Ego e alterar seu desenvolvimento. Vale lembrar, a esse respeito, o artigo de M. Klein, de 1927, intitulado “Contribuição à psicogênese dos tiques”: M. Klein mostra como uma supressão radical da masturbação engendrou em um pré-adolescente, além de uma grande inibição relacionada aos interesses intelectuais e às relações sociais, o surgimento de um tique importante e preocupante. Em consonância com Ferenczi, ela afirma que “o tique é o equivalente da masturbação” e, mais do que isso, das fantasias masturbatórias ligadas a ela. Assim, a análise dessas fantasias masturbatórias foi a chave da compreensão do tique, e, depois, de seu desaparecimento. Uma tal análise permitiu a esse pré-adolescente superar seu medo, tocar seus órgãos genitais e assim vencer seu temor diante da masturbação.

No momento da adolescência, pode-se considerar que a ausência total de masturbação ou seu aparecimento muito tardio traduz, mais do

que as condutas masturbatórias muito freqüentes, um estado patológico. Contudo, as ligações entre certos aspectos psicopatológicos e o retardo ou a ausência de masturbação são complexas. M. Laufer mostrou que, no tratamento de adolescentes que apresentam um “desmoroamento psíquico” ou uma perturbação mental grave, a masturbação é sentida como algo de profundamente angustiante ou mesmo em discordância com eles. Toda sensação pelo corpo e no corpo é experimentada como uma verdadeira efração e como uma ameaça para o seu próprio Ego: a ejaculação noturna, as relações sexuais e a masturbação representam para esses adolescentes uma perpétua demanda pelo corpo de sentir algo que eles justamente tentam negar. No nível da fantasia masturbatória, surge uma confusão a propósito do papel respectivo do homem e da mulher no ato sexual, não há mais ilusão bissexual, mas uma confusão de identidade (M. Laufer).

A homossexualidade. – Os dados epidemiológicos mostraram-nos que a prática regular da homossexualidade em geral só se instala após os 21 anos. Porém, quando se consultam as obras que tratam da homossexualidade na adolescência, a grande maioria dos autores está de acordo em afirmar que ela é freqüente. De fato, tudo depende do que se entende por homossexualidade.

Portanto, quando se fala de “homossexualidade”, é preciso distinguir entre a construção de identificações (ver item “Identidade-identificação”, no Capítulo 1), as fantasias ou devaneios homossexuais, os temores conscientes da homossexualidade, os jogos e as carícias entre colegas do mesmo sexo, as relações homossexuais intermitentes e a prática homossexual exclusiva. Para todas essas situações, o uso indiferenciado da palavra “homossexualidade” produz mais confusões e erros do que clareza e coerência semiológica.

Devemos esclarecer, finalmente, que a homossexualidade não é um diagnóstico em si, mas que se trata de avaliar por meio de uma fantasia, de um desejo, de um temor ou de uma prática a relação que o adolescente estabelece com seu corpo e com o outro, aceitando (ou não) levar em conta a realidade da diferença anatômica dos sexos.

A questão da homossexualidade em clínica. – Lebovici e Kreisler distinguiram diferentes situações clínicas durante as quais a questão da homossexualidade poderia ser levantada pelo adolescente e/ou seus pais. Contudo, os autores consideram que se deveria reservar o termo “homossexual” para os adolescentes que “se dedicam” a práticas homoeróticas com um gosto exclusivo e de maneira repetida. Segundo esses autores, não se pode qualificar de homossexuais os adolescentes que tenham contatos homossexuais isolados ou nos quais se alternam experiências homossexuais e heterossexuais, nem aqueles em que não há repetição dessas experiências.

1) *Temor e/ou pensamento homossexual:* às vezes o clínico é interpelado pelo adolescente que julga ser homossexual porque se sente “atraído” pelos de seu sexo. Essas fantasias tão freqüentes geralmente se integram a uma relação de amizade intensa, ou a uma atração no grupo de colegas do mesmo sexo. Elas testemunham a intensidade da ligação edipiana invertida (ver p. 25) e da necessidade de se desligar dela apoiando-se no amigo ou no grupo.

Às vezes, esses temores ou pensamentos se integram em um quadro semiológico mais preciso, em particular uma neurose obsessiva marcada pelo repúdio desses pensamentos/desejos sentidos como homossexuais ou a inquietação que eles provocam. Em um grau suplementar, esses pensamentos são projetados no exterior em forma paranóide (medo de ser seguido ou perseguido por um adulto do mesmo sexo) ou delirante (convicção delirante de ser homossexual).

Às vezes, são os pais que levam seu adolescente à consulta, com o temor de que este seja homossexual, por atitudes e interesses que consideram ambíguos. Essa situação costuma ser preocupante, pois, diante dessas recriminações dos pais, o adolescente corre o risco de entrar em um processo de identificação negativa (identificar-se com os aspectos temidos pelos pais para tentar se livrar de uma ligação edipiana invasiva), cortina de fumaça de uma patologia subjacente em geral importante.

2) *As fantasias ou devaneios homossexuais* com freqüência aparecem durante uma psicoterapia do adolescente. Eles traduzem com toda evidência o trabalho psíquico de elaboração

identitária, de reconhecimento e de integração da imagem sexuada de seu próprio corpo, mas também de reconhecimento e aceitação do outro sexo como complementar do seu. Essas fantasias homossexuais costumam estar ligadas ao necessário trabalho de luto da onipotência infantil. Às vezes, essas fantasias são tão intensas que o adolescente desenvolve as condutas de luta que estão na origem da consulta ou do tratamento: tentativa de suicídio, anorexia mental, toxicomania, comportamento sexual caótico, automutilação, etc. Desse ponto de vista, a indagação sobre a “homossexualidade” é um tema habitual, se não patente pelo menos latente, em numerosas psicoterapias.

3) *As relações homossexuais* propriamente ditas representam uma situação clínica muito menos freqüente. Na pesquisa INSERM 1993 (*Le Monde*, 26 de maio, 1994) junto a 12.391 jovens de 11 a 19 anos, 2% dos meninos e 1% das meninas declararam ter tido relações homossexuais. Para M. Laufer (1989), em face de uma conduta homossexual na adolescência, é preciso esclarecer algumas coisas: a) se a atividade homossexual existiu antes da adolescência, o que em geral testemunha que as distorções na imagem do corpo preexistiam antes da puberdade; b) se as passagens ao ato homossexuais ocorreram pouco depois da transformação pubertária e se duraram toda a adolescência, situação em que a elaboração psicodinâmica da adolescência corre o sério risco de ter sido seriamente entravada; c) se a atividade homossexual implica uma penetração (anal, oral) ou apenas uma masturbação recíproca, o que em geral testemunha um apego à fantasia de completude da primeira infância; d) se o parceiro homossexual é único e carregado de uma significação afetiva particular (o que ainda pode se integrar a uma relação de apoio identitário ou de submissão a uma ligação edipiana particularmente intensa) ou, ao contrário, se há vários parceiros sexuais sem envolvimento afetivo, o que pode representar necessidades compulsionais de ataque do próprio corpo ou do objeto.

Obviamente, não se trata de propor uma tipologia artificial e de estabelecer uma correlação entre um ato e um conflito psíquico particular, mas, ao contrário, de mostrar a diversidade de arranjos pulsionais e defensivos, de níveis de construção identitária por trás de uma conduta

que se costuma resumir com muita freqüência em um único termo.

As relações homossexuais na adolescência geralmente são marcadas por uma grande culpabilidade ou, às vezes, por uma verdadeira vergonha. De fato, o reconhecimento social que os adultos conseguem obter não é tão fácil para os adolescentes, que quase sempre escondem sua homossexualidade.

4) A *homossexualidade venal*: a homossexualidade venal no adolescente representa o último caso citado por Lebovici e Kreisler. Essa situação polimorfa pode se integrar em numerosos contextos clínicos. Ela pode marcar:

- a entrada na psicose;
- a luta contra a ansiedade neurótica;
- na maioria das vezes, insere-se no quadro de condutas psicopáticas, sendo acompanhada então de outras manifestações, como a prostituição ou a toxicomania.

A homossexualidade na adolescência apresenta, portanto, uma grande diversidade de formas. Sem negar essa diversidade, que remete a situações diferentes, Lebovici e Kreisler consideram que o termo homossexual deve ser reservado aos adolescentes que “se dedicam a práticas homoeróticas com um gosto exclusivo e de forma repetida”. Assim, não se pode qualificar de homossexuais os adolescentes que tenham contatos homossexuais isolados ou nos quais se alternam experiências homossexuais e heterossexuais, nem aqueles em que não há repetição dessas experiências. Isso explica, sem dúvida, a taxa reduzida de homossexualidade manifesta no adolescente apresentada pelos estudos epidemiológicos.

Significações psicológicas e psicopatológicas. – Citaremos aqui apenas modelos de compreensão referentes à teoria psicanalítica; essa abordagem é que predomina nos trabalhos consagrados à adolescência. De fato, a maioria dos estudos distingue a homossexualidade da primeira parte da adolescência, que corresponde a uma fase normal de desenvolvimento, e a homossexualidade da segunda parte da adolescência, que pode ter uma significação diferente, mais inquietante, abrindo caminho à homossexualidade do adulto.

Para Freud, a homossexualidade é uma inversão quanto ao objeto sexual. A inversão na adolescência é freqüente e normal; três dados explicam por que a inversão não se prolonga na idade adulta:

- 1) a atração que as características do sexo oposto exerce sobre um e outro;
- 2) a influência inibidora exercida pela sociedade;
- 3) as lembranças da infância:
 - no homem, são lembranças da ternura que recebeu de sua mãe e que o induzem a dirigir sua escolha de objeto para a mulher, e as lembranças de intimidação sexual por parte do pai, que o induzem a se desviar dos objetos masculinos;
 - na mulher, são lembranças da tutela da mãe, que favorecerá a atitude hostil em face de seu próprio sexo e que a induz para uma escolha de objeto heterossexual.

Anna Freud considera as manifestações homossexuais da adolescência como normais. Elas são “recorrências de ligações objetais pré-genitais, sexualmente indiferenciadas, que se reativam durante a pré-adolescência, ao mesmo tempo em que muitas outras atitudes pré-genitais e edípicas. A escolha de objeto sexual na adolescência se deve também à regressão do investimento de objeto para o amor por sua própria pessoa e para a identificação com o objeto”. Portanto, o objeto passa a representar o Eu real e o ideal do Eu. As manifestações homossexuais são então fenômenos de ordem narcísica. “Elas [as manifestações homossexuais] são mais significativas da profundidade da regressão do que do papel sexual posterior do indivíduo.” Assim, para Anna Freud, a distinção entre a homossexualidade latente e a homossexualidade manifesta aplica-se à sexualidade adulta, e não pode servir para explicar a masturbação mútua e outros jogos sexuais entre adolescentes.

Blos e, sobretudo, M. Laufer prosseguem nessa direção, distinguindo claramente a homossexualidade correspondente a uma fase normal do desenvolvimento durante a primeira adolescência (ou “adolescência propriamente dita”, cf. Capítulo 2) e a homossexualidade fixada, por assim dizer (comparável à do adul-

to), que pode se observar durante a adolescência dita tardia. Durante o primeiro período, as relações homossexuais podem constituir para o adolescente “um meio de experimentar sua maturidade física e as sensações corporais relacionadas a isso”. Durante o último período, as relações homossexuais são sempre o sinal de uma perturbação, pois “ele deverá ter aceitado sua maturidade corporal e ser capaz de relações heterossexuais”. Entre esses dois tipos de homossexualidade, P. Blos evoca a necessidade de uma resolução do complexo de Édipo invertido, resolução que abre caminho para a escolha de objeto sexual do adulto. M. Laufer insiste em dois critérios para avaliar as condutas homossexuais na adolescência: o primeiro temporal, pois elas podem ser consideradas como patológicas em uma época e normais em outra; e o segundo qualitativo, visto que uma mesma conduta pode ter significações diferentes em uma mesma época da adolescência: por exemplo, durante o primeiro período, uma conduta homossexual não tem sistematicamente uma significação favorável, pois relações homossexuais prematuras podem ocultar nessa idade a recusa da mudança corporal que obriga o adolescente a renunciar ao segredo de seu corpo.

Finalmente, ao se inscrever a significação da conduta homossexual no processo integral da adolescência, não se pode deixar de assinalar a importância do grupo identificatório de iguais, que tem como função a integração da libido homossexual e a resolução de problemas colocados pela identificação com o genitor do sexo oposto.

Travestismo e fetichismo. – O travestismo é observado em um homem heterossexual que utiliza uma ou várias peças do vestiário feminino para provocar uma excitação sexual, seja ela seguida de masturbação solitária, seja integrada a uma troca com um parceiro sexual mais ou menos cúmplice. O travestismo é mais encontrado na idade adulta. Contudo, certos autores insistiram sobre os antecedentes na infância e na adolescência observados nos travestis. Assim, segundo Stoller, esses sujeitos sempre gostaram de se disfarçar de mulher ou de menina, preferiam as brincadeiras de meninas (bonecas, elásticos). No início da adolescência, na idade em que habitualmente o indivíduo prefere estar

com os do seu sexo (necessidade de inserção nas identificações de grupo), esses garotos preferem a companhia de meninas. Em geral são rejeitados pelos outros meninos e alvos de zombaria.

Esses adolescentes eventualmente sofreram uma humilhação ligada à obrigação imposta pela mãe de usar roupas femininas. Embora em um grau menor do que no caso do transexualismo (ver item “O transexualismo”, neste capítulo), essas crianças e adolescentes também podem ter vivido uma relação particularmente próxima e intensa com sua mãe, enquanto que a relação com o pai é inexistente ou precária (pai fraco, derrotado, desvalorizado). Se o travestismo pode se manter por muito tempo como uma prática limitada, em certos casos o adolescente ou o jovem adulto entra em uma relação de tipo homossexual (ver item “A homossexualidade”, neste capítulo).

As Dificuldades Específicas do Estabelecimento da Identidade Sexual

Tratamos aqui de dois problemas: o transexualismo e o intersexualismo ambíguo. O transexualismo é um transtorno específico da identidade sexual. O transexual, assim como o sujeito normal que recalca a alteridade sexual, a participação do outro sexo nele, tem o sentimento de pertencer exclusivamente a um sexo. Mas, ao contrário do sujeito normal ou do homossexual, não há no transexual uma escolha sexual, todos os problemas se colocam no nível da identidade sexual. A intersexualidade ambígua representa igualmente um transtorno da identidade, pois a escolha não se coloca mais em relação ao objeto sexual suporte do objeto interno, mas em relação às representações do eu enquanto objeto sexual e, portanto, enquanto eu em sua identidade sexual.

O transexualismo. – O transexualismo geralmente começa na infância. Trata-se do “sentimento experimentado por um sujeito de determinado sexo de pertencer ao sexo oposto e do desejo intenso, muitas vezes obsessivo, de mudar de conformação sexual, para viver sob uma aparência condizente com a imagem que construiu de si mesmo” (Alby, 1959).

Na adolescência, o sujeito transexual (mais o menino do que a menina) passa por uma crise de identidade e ele próprio vive um conflito:

- interno: por causa do impacto do desenvolvimento de sua puberdade que ele não deseja e cujo processo ele não aceita;
- externo: por causa da pressão crescente de sua família e da sociedade em relação às suas aspirações.

A puberdade, com o aparecimento de seios e de regras nas meninas e das ereções nos meninos, pode ser vista como catastrófica. São muito comuns nessa época as crises de depressão e os gestos suicidas. Aspectos perversos, neuróticos ou psicóticos podem prevalecer, segundo os sujeitos, mas, de todo modo, trata-se de um transtorno profundo da auto-imagem que o adolescente vem reavivar. Entretanto, nem todos os adolescentes transexuais consideram a puberdade intolerável; alguns se resignam às mudanças corporais, tentam por muito tempo compatibilizar a personalidade com o corpo, e se comportam de acordo com o que o entorno espera deles, mas nunca conseguem suprimir seus sentimentos (Kronberg et al., 1981). O transexualismo pode ser compreendido como fazendo parte do grupo de perversões, última defesa contra a psicose.

As fronteiras com o travestismo e com a homossexualidade nem sempre são muito nítidas, mas a maior parte dos autores reconhece uma autonomia clínica ao transexualismo: “O transexual que despreza dessa maneira a realidade biológica não tem anomalias físicas. Ele tampouco delira em um delírio de transformação, tal como o presidente Schreber. Ele não pisca perversamente para o público como o travesti. Ele tem a segurança tranqüila de possuir a verdade” (Daymas, 1980).

A compreensão psicanalítica do transexualismo está mais estabelecida para o transexualismo masculino do que para o transexualismo feminino. Para o primeiro, a inibição ou a aniquilação de toda angústia de castração até a castração real encontraria sua origem na simbiose original e excessiva com a mãe e a carência paterna. Em outros termos, a castração simbólica se torna a castração real em razão da carência da função constituinte da palavra, que

faz perder a dimensão simbólica em proveito da imaginária (Safouan).

Em certos casos, a demanda ou, pelo menos, o tema transexual (declaração do sujeito que diz ter um corpo do sexo atribuído no nascimento, mas uma “alma do outro sexo”) aparece relativamente cedo na infância. Numerosos autores se indagaram sobre a infância dos transexuais. Para Ovesey e Person (1973), a criança teria sido vítima de uma intensa angústia de abandono materno que tenta superar com uma fantasia de fusão com ela.

Para Stoller (1989), haveria no passado desses pacientes uma infância feita de “excesso de mãe e escassez de pai”; o menino teria vivido com sua mãe uma simbiose “extremamente perfeita e extremamente feliz” que o pai, seja por sua ausência ou por sua insignificância, não procurou interromper em nenhum momento. Essa simbiose estreita estaria na origem de uma “identidade de gênero” perturbada, marcada por uma feminilidade precoce e acentuada no menino. Contudo, C. Chiland (1989) não encontra sempre esse dados. Para essa autora, “a criança se conforma àquilo que ela imagina que é preciso ser para que a amem”. É em torno dessa necessidade-desejo que se constitui sua identidade primária. Porém, todos os autores enfatizam uma qualidade particular da relação mãe-filho, mas isso parece mais evidente para os meninos.

Embora a maioria das demandas cirúrgicas e/ou endocrinológicas dos transexuais ocorram na idade adulta, a adolescência parece ser um período privilegiado para uma abordagem psicopatológica desse problema, antes que ele se cristalize em sua personalidade adulta.

A intersexualidade ambígua. – A intersexualidade ambígua caracteriza-se antes de tudo pela anomalia dos órgãos genitais externos. Trata-se, evidentemente, de uma anomalia de origem orgânica, mas com grande repercussão no equilíbrio psicoafetivo. Vamos descrevê-la brevemente. Distinguem-se duas categorias principais:

- O pseudo-hermafroditismo feminino, o mais freqüente. Trata-se de meninas que possuem ovários, trompas, um útero e cujos órgãos sexuais externos são de aparência viril. A ori-

gem dessa aparência virilizante é diversa. Deixados à sua sorte, eles evoluem para uma morfologia corporal claramente masculina.

– O pseudo-hermafroditismo masculino, mais raro. Trata-se de meninos que possuem testículos, geralmente em posição ectópica, um epidídimo, canais deferentes, um broto genital reduzido, de aspecto clitoridiano, uma fenda vulviforme e eventualmente uma cavidade vaginal. Não existem transtornos endócrinos evolutivos, de tal modo que na puberdade assiste-se à eclosão de características secundárias masculinas: a voz, o sistema piloso, a morfologia.

Na adolescência, dois tipos de problemas se apresentam:

– Em certos casos, não foi feito nenhum diagnóstico e nenhum tratamento. A evolução psicossocial se deu segundo o sexo atribuído ao sujeito, e ele se confronta agora com questões sobre seu corpo ou por arrebatamentos amorosos pelo outro sexo.

– Às vezes, o diagnóstico foi feito precocemente e chegou o momento de uma intervenção cirúrgica conforme “a identidade do gênero”.

Os problemas psicopatológicos são então variáveis: ora o sujeito aceita bem essa situação e o tratamento que é necessário, ora se instala um estado depressivo, surgem gestos suicidas, ora a condição de ambigüidade se estabelece na própria personalidade: nesse caso o sujeito se organiza segundo uma “identidade hermafrodita” com a capacidade de intercambiar o parceiro sexual (Stoller, 1978). Ao contrário do que ocorre na homossexualidade, os transtornos não se referem ao objeto sexual, mas à identidade sexual.

ATITUDES DOS PAIS

A sexualidade dos adolescentes acaba repercutindo inevitavelmente sobre os pais. Podemos distinguir duas etapas: a das atitudes concretas dos pais em face da mudança recente da sexualidade dos adolescentes (relações sexuais mais precoces, vida de casal sem casamento, contracepção, etc.); e a das modificações intrapsíquicas dos pais em face das

questões sempre suscitadas pelo aparecimento de novas potencialidades de seu adolescente.

Os Pais e a Sexualidade de Seus Adolescentes: Mudanças Recentes de Atitudes

A mudança de atitude dos pais quanto aos problemas da sexualidade em relação a seus filhos manifesta-se em diversos âmbitos:

– A informação sexual: a atitude dos pais realmente mudou, o que parecia necessário, considerando-se a evolução cultural. Hoje, de fato, os pais são muito favoráveis à educação sexual de suas crianças e de seus adolescentes. Obviamente, fatores socioculturais ou ligados à idade dos pais ainda interferem na aceitação e na aplicação dessa informação, mas o movimento geral parece irreversível. Contudo, essa mudança de atitude não é tão facilmente assumida pelos pais como as cifras poderiam fazer crer. Por exemplo, os pais são cada vez mais favoráveis a uma informação sexual desde que seja passada por outros (56% dos pais em uma pesquisa recente consideravam que isso era papel dos educadores, dos professores, etc.); os pais também manifestam um mal-estar evidente com certos temas que dizem respeito à informação sexual. De fato, os temas mais facilmente abordados são a gravidez, o parto, a puberdade, a anatomia; no fim da lista, bem atrás, são mencionados o ato sexual, o aspecto afetivo e moral e, bem por último, as doenças venéreas, as perversões e os desejos.

– A contracepção: aparentemente, os pais aceitam com muito mais facilidade a contracepção para sua filha, e às vezes inclusive se antecipam à solicitação desta.

– Os marcos institucionais e morais ligados à sexualidade: os pais parecem manifestar uma resistência bastante firme às mudanças que seus filhos começam a reivindicar ou a viver. A questão do casamento, por exemplo, continua sendo um fator freqüente de conflitos encontrados entre os pais e seus adolescentes a propósito do problema de uma prática sexual regular, e isso principalmente para as meninas. Nesse campo, os pais ainda se surpreendem com as mudanças socioculturais.

Os Pais e a Sexualidade de Seus Adolescentes: Alterações Intrapsíquicas

Em face de adolescentes perturbados e transformados em seus corpos e em sua sexualidade, os pais também são levados a profundos remanejamentos, ligadas ao seu próprio corpo e sexualidade. A sexualidade de seu adolescente pode ser vivida pelos pais como uma ameaça para eles próprios, por várias razões:

- As ligações incestuosas que existiam entre seu filho e eles são reavivadas e, sobretudo, surgem brutalmente à consciência. Enquanto perdura a imaturidade fisiológica do filho, os desejos incestuosos, inconscientes, podem ser facilmente ocultados: jogos de carícias e afagos diversos são possíveis e não angustiantes, na medida em que um dos parceiros, por sua fisiologia, ainda é imaturo. Na adolescência é bem diferente.

- A sexualidade dos adolescentes faz reviver em um ou nos dois genitores seus próprios traumatismos. Uma mãe particularmente submissa à própria mãe durante sua adolescência pode, por exemplo, reviver cruelmente o conflito com sua filha e não suportar a sexualidade desta. De resto, isso pode resultar tanto em um liberalismo excessivo quanto em uma rigidez abusiva por parte dos pais.

- A sexualidade nascente dos adolescentes é inconscientemente percebida pelos pais como o fim da sua. Se os adolescentes devem realizar um trabalho de luto (cf. Capítulo 8), os pais devem igualmente produzir em retorno esse trabalho, particularmente a propósito de sua própria vida sexual (Braconnier e Marcelli, 1980: ver Capítulo 16).

Esses diversos movimentos pulsionais integram-se naquilo que é chamado de “contra-édipo parental”, isto é, conjunto de pulsões, defesas, investimentos e contra-investimentos no inconsciente parental com o surgimento da sexualidade no corpo de seus filhos, o que nós chamamos de “a crise parental”.

A sexualidade na adolescência é um tema vasto, cuja abordagem apresenta dois riscos: um risco extensivo considerando-se que a sexualidade está presente em tudo o que diz respeito à adolescência e aos seus problemas; um risco

reductor, limitando ao mero aspecto comportamental esse âmbito fundamental para o indivíduo nessa idade. Para fins didáticos, optamos por distinguir vários patamares sem ignorar suas múltiplas imbricações:

- no nível das condutas: estudo de comportamentos sexuais, a realização da sexualidade e das fantasias sexuais que a acompanham;

- no nível do desenvolvimento psicossocial e de suas dificuldades: para além da realização sexual, o problema da escolha de objeto sexual e de identidade sexual;

- no nível do problema do normal e do patológico: estudo das condutas sexuais moralmente ou socialmente desviantes, sem repercussão sobre o desenvolvimento da personalidade, opostas às condutas sexuais que colocam um problema psicopatológico em razão de sua repercussão sobre o desenvolvimento da personalidade.

GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA

A frequência de gravidezes na adolescência apresenta uma evolução variável segundo o país: nos países europeus, está em franca regressão.

Na França, a taxa de fecundidade (número de crianças nascidas vivas para 10.000 mulheres da mesma idade) passou, aos 15 anos, de 43, em 1977, para 25, em 1986; aos 16 anos, de 134, em 1977, para 66, em 1986; aos 17 anos, de 314, em 1977, para 147, em 1986 (*fonte*: INSEE, 1988). Acredita-se que as informações sobre contracepção e a legislação de 1975 sobre a interrupção voluntária de gravidez tenham possibilitado essa diminuição. Em compensação, a frequência de gravidezes em menores e mesmo entre as muito jovens aumenta de forma inquietante em certos países, como os Estados Unidos, situação sempre ligada à pobreza socioeconômica, à exclusão social e ao vínculo a grupos étnicos desfavorecidos.

Aspectos Somáticos

A idade é um critério de distinção essencial. Depois dos 16 anos, não parece haver risco mais

elevado para a gravidez e para o parto do que na idade adulta quando a adolescente recebe um acompanhamento adequado no plano somático. Em compensação, antes dos 15 anos ou para uma idade ginecológica (idade cronológica menos a idade das primeiras regras) inferior a 2, os riscos somáticos são mais elevados: ameaça de parto prematuro, frequência de anemia, infecções urinárias, partos difíceis (apresentação pélvica, sentado). Também para o prognóstico fetal, quanto mais jovem é a mãe, mais elevada é a mortalidade perinatal.

Aspectos Psicossociais

Os fatores de risco são numerosos. Não se pode ignorar a possibilidade de gravidezes, de partos e depois de interações mãe-bebê com um desenrolar plenamente favorável em jovens de 18/19 anos, porém, na maioria dos casos, os riscos psicossociais são elevados.

A gravidez ocorre com muita frequência em um clima de ruptura: adolescente isolada, em conflito com os pais, às vezes abertamente rejeitada pela família; em ruptura com uma escolaridade quase sempre marcada pelo fracasso; as condutas agressivas (impulsividade, confusões) são muito comuns, assim como as fugas. Não é raro que uma tentativa de suicídio preceda uma gravidez ou se siga a uma interrupção voluntária da gravidez (parece que a primeira eventualidade apresenta um prognóstico psicopatológico mais favorável). Condutas toxicomânicas (álcool, tabagismo, haxixe) geralmente precedem a gravidez.

Os antecedentes de separação traumática, de alojamentos sociais são frequentes. O genitor em geral é ausente: ou ele abandona a adolescente, ou esta mantém segredo sobre sua identidade.

O nível sociocultural da adolescente geralmente é baixo: o modo de vida e de organização social é confuso ou caótico, os conflitos familiares são habituais, e não é raro encontrar antecedentes de violências sofridas (servícias, abusos sexuais).

A ocorrência da gravidez acentua a situação de ruptura. A gravidez muitas vezes é ocultada, e às vezes descoberta apenas no momento do parto. Nesse aspecto, não é raro que a gravi-

dez permaneça por muito tempo imperceptível (gravidez “recolhida”).² O acompanhamento médico é inexistente ou irregular (o que aumenta os fatores de risco). Quando é descoberta, a gravidez pode provocar a exclusão familiar, escolar, afetiva (perda de amigos), acentuando a solidão da adolescente.

Aspectos Psicológicos e Psicopatológicos

Como consequência do que foi descrito no item anterior, as adolescentes geralmente apresentam traços de carência afetiva e de baixa auto-estima. A adolescente costuma “usar” as relações sexuais para obter uma relação de ternura e de maternagem; em situação de ruptura e de fracasso escolar, os investimentos sublimativos e idealizados normalmente são falhos ou inexistentes (ver item “O lugar do ideal do eu na adolescência”, no Capítulo 1); nessas condições, o desejo de gravidez vem substituir a ausência de projeto sublimatório, inscreve a adolescente em um projeto de identificação maternal e social e a faz esperar uma gratificação afetiva (“eu vou cuidar dessa criança, porque assim pelo menos alguém vai gostar de mim” – o abandono da criança é uma possibilidade raramente aceita pela adolescente). A adolescente muitas vezes amargou relações conflituosas agressivas com sua própria mãe; sua gravidez lhe permite rivalizar ou “triumfar” sobre esta.

No plano psicopatológico, os traços psicopáticos são frequentes, assim como as manifestações depressivas: cerca de 50% das adolescentes grávidas apresentam sintomas depressivos patentes (Osofsky et al., 1993). De um ponto de vista psicodinâmico, a ocorrência de uma gravidez pode ser entendida como a manifestação de uma conduta de ruptura, no sentido atribuído por Laufer a esse termo (ver Capítulo 1), e de ataque ao corpo. A emergência da sexualidade

² Esses fatos explicam por que nem sempre é possível propor à adolescente uma interrupção voluntária da gravidez, pois o prazo legal (12 semanas de amenorréia) muitas vezes é ultrapassado; a interrupção terapêutica de gravidez coloca problemas médico-legais muito mais complexos.

no corpo púbere é “atacada” pela gravidez, sem ser desejada e sem preocupação de se proteger. As freqüentes atitudes de dissimulação e, sobretudo, as condutas de risco durante a gravidez testemunham um investimento medíocre do corpo em seu conjunto e da sexualidade. Essa gravidez representa também um “ataque” à ligação edipiana, quer se trate da ligação com a mãe (meio de romper uma ligação de dependência/submissão excessiva, de oferecer à mãe um presente liberatório, de afirmar agressivamente uma identidade não reconhecida), ou da ligação edipiana com o pai, em particular quando ele é muito próximo, autoritário, e pretende controlar a vida relacional e afetiva da filha.

Contudo, se em um primeiro momento a gravidez pode aparecer como um meio de conquista de identidade, essa maternidade acaba sempre produzindo efeitos de ruptura desenvolvimental: enrijecimento dos processos identificatórios, regressão notável, compulsão de repetição por meio da rejeição, do fracasso, da desvalorização, etc.

Futuro da Criança, Interações Mãe-Adolescente-Bebê

Para a criança, todas as pesquisas epidemiológicas e os estudos catamnéticos mostram que quanto mais jovem é a mãe, maior é o risco. Além do risco de morbidade neonatal mais elevado quando a mãe tem menos de 15-16 anos, o risco psicossocial é elevado: crianças “largadas”, vítimas de sevícias, com problemas de comportamento (instabilidade, agressividade, etc.).

Mais recentemente, a atenção foi dirigida para a qualidade das interações entre uma mãe

adolescente e seu bebê. Durante a gravidez, essas adolescentes manifestam poucas preocupações maternas ansiosas, ao contrário das outras mulheres. Com o bebê, embora em uma abordagem superficial, essas jovens mães normalmente se mostrem hábeis, uma análise mais fina revela uma falta de investimento estável: elas se mostram menos expressivas, menos positivas em suas atitudes, têm menos vocalizações, menos momentos de atenção compartilhados que as mães com mais idade. Se em geral elas têm uma boa capacidade de brincar com o bebê, mostram-se mais intrusivas, menos sensíveis às necessidades do bebê; expressam convicções que impõem ao bebê (“ele está com fome”, “ele tem de dormir”). As crianças quase sempre apresentam comportamentos de apego ansioso ou ambivalente (Culp et al., 1991; Osofski et al., 1993).

Para concluir, a ocorrência de uma gravidez em uma adolescente testemunha sempre uma situação psicossocial frágil, aumenta os riscos já presentes, tanto de marginalização social quanto de descompensação psíquica (depressão, conduta de ruptura), e geralmente entrava o processo de elaboração psíquica da adolescente. O ingresso em uma parentalidade precoce pode representar para a adolescente um meio de se lançar em um *status* “pseudo-adulto”: a gravidez em uma adolescente é um risco de adolescência abortada. O tratamento é necessariamente multidisciplinar, com um acompanhamento médico reforçado, uma assistência social atenta e prolongada (idealmente, durante vários anos após o nascimento da criança) e, se possível, um acompanhamento psicológico ou psicoterápico. Contudo, a implementação de um acompanhamento de longo prazo se mostra particularmente difícil.

REFERÊNCIAS

- Numéro spécial : *Adolescence*, L'homosexualité, 2001, 19, 1.
- AJURIAGUERRA J. DE : *Manuel de psychiatrie de l'enfant*. Masson, Paris, 1970.
- ALBY J.M. : Contribution à l'étude du transsexualisme. Thèse dactyl., Paris, 1956. *Rev. Neuropsychiat. Infant.*, 1959, 4, 1-2, 52-62.
- BRACONNIER A., MARCELLI D. : The adolescent and his parents : the parental crisis. *J. Adol.*, 1979, 2, 325-336.
- CASTAREDE M.F. : La sexualité chez l'adolescent. *Psychiat. Enf.*, 1978, 21, 561-638.
- CASTAGNET F. : *Sexe de l'âme, sexe du corps*. Centurion Éd., Paris, 1981, 1 Vol.

- CHILAND C. : Homosexualité et transsexualisme. *Adolescence*, 1989, 7, 1, 133-146.
- CULP R.E., CULP A.M., OSOFSKY J.D., OSOFSKY H.J. : Adolescent and older mothers' interaction patterns with their six-month-old infants. *J. of Adolescence*, 1991, 16, 195-200.
- DAYMAS S. : Premier amour. *Rev. Fr. Psychanal.*, 1980, 44, 542-555.
- DAYMAS S. : «Le transsexuel et le psychanalyste», dans *Corps et langage en psychanalyse*. J. Cosnier, Presses Universitaires de Lyon, 1980.
- Dossier de l'Étudiant*: Enquête nationale sur les lycéens en 1980.
- FREUD A. : *Le normal et le pathologique chez l'enfant*. Traduit par D. WIDLÖCHER. Gallimard, Paris, 1968.
- FREUD S. : *Trois essais sur la théorie de la sexualité*. Traduit par B. REVERCHON-JOUE. Gallimard, Paris, 1962.
- KERNBERG O.F. : Adolescent sexuality in the light of group processes. *Psychoanal. Quarterly*, 1980, 49, 27-47.
- KESTEMBERG E. : Notule sur la crise de l'adolescence, de la déception à conquête. *Rev. Fr. Psychanal.*, 1980, 44, 523-530.
- KESTEMBERG E. : *La sexualité de l'adolescent*. Communication aux Journées sur l'adolescence organisées par les XII^{es} Journées du Centre Alfred-Binet, Paris XIII^e.
- KINSEY A.C., POMEROY W.B., MARTIN C.E. : *Sexual behaviour in the Human Male*. W.B. Saunders, Philadelphia, London, 1948.
- KLEIN M. : *Essais de Psychanalyse*. Traduit par M. DERRIDA. Payot, Paris, 1972.
- KRONBERG J., TYANO S., APRER A., WIJSENBECK H. : Treatment of transsexualism in adolescence. *J. Adol.*, 1981, 4, 177-185.
- LAGRANGE H., LHOMOND B. (eds) : *L'entrée dans la sexualité. Le comportement des jeunes dans le contexte du sida*. La Découverte, Paris, collection «Recherche», 1997, 1 Vol.
- LAUFER M. : The body image, the function of masturbation and adolescence. *Psychanal. Study Child*, 1968, 23, 114-137.
- LAUFER M. : The central masturbation fantasy. *Psychanal. Study Child*, 1976, 31, 297-316.
- LAUFER M. : The Psychanalyst and the adolescent's sexual development. *Psychanal. Study Child*, 1981, 36, 181-191.
- LAUFER M. : Homosexualité à l'adolescence, *Adolescence*, 1989, 7, 1, 19-26. *Le monde de l'éducation* : Les adolescents et la sexualité. 1980, 9-22.
- LEWIN F., PETROFF E. : La grossesse chez l'adolescente. In: *Gynécologie médico-chirurgicale de l'enfant et de l'adolescente*. Doin éd., Paris, 1992, 1 Vol., 204-211.
- MARCELLI D. : Narcissisme primaire et homosexualité à l'adolescence. Quelques questions sur les interactions précoces mère-enfant. *Adolescence*, 2001, 19, 1, 71-97.
- MARTIN CL. : Les mères célibataires mineures et leurs enfants. *Rev. Neuropsychiat. Infant.*, 1976, 24, 199-205.
- OSOFSKY J.D., EBERHART-WRIGHT A., WARE L.M., HANN D.M. : Les enfants de mères adolescentes. *Psych. Enf.*, 1993, 36, 1, 253-287.
- OVESEY L., PERSON E. : Gender identity and sexual psychopathology in men: a psychodynamic analysis of homosexuality, transsexualism and transvestism. *J. Am. Acad. Psychoanal.*, 1973, 1, 1, 53-72.
- SAFOUAN M. : *La sexualité féminine dans la doctrine freudienne*. Seuil, Paris, 1976.
- SCHILDER P. : *The image and appearance of the human body*. P. Kegan, Int. Univ., London, New York, 1955.
- SIMON P. : *Le comportement sexuel des Français*. René Julliard/Pierre Charron, Paris, 1972.
- STOLLER R.Y. : *Recherche sur l'identité sexuelle*. Gallimard, Paris, 1978.
- STOLLER J. : *L'imagination érotique telle qu'on l'observe*. PUF, Paris, 1989, 1 Vol.
- STOLLER J. : *Masculin ou féminin?* PUF, Paris, 1989, 1 Vol.
- TANNER J.M. : Growth and endocrinology of the adolescents in *Endocrine and Genetic diseases of childhood and Adolescence*. (L.I. Éd.). W.B. Saunders, Philadelphia, London, Toronto, 1975, 14-64.
- VERRIER-ELURIE : *Maison des jeunes chez les Muria*. Payot, Paris, 1970.

TERCEIRA PARTE

OS GRANDES
AGRUPAMENTOS
NOSOGRÁFICOS

Estados Ansiosos e Neurose: Crítica de Conceitos

O quadro nosográfico das neuroses está atualmente em plena modificação. O fato não é recente. A idéia de uma disfunção geral, responsável por transtornos proteiformes, remonta ao século XVII, com os trabalhos de Willis e depois de Sydenham. Mas, como assinalam J. Ades e F. Rouillon (1992), “essa emergência do conceito geral de doença nervosa ou neurose marca igualmente o início de um longo período de confusão teórica e nosológica na história das neuroses”. Se as classificações internacionais mais recentes, sustentadas pelo aperfeiçoamento dos instrumentos clínicos de avaliação e, sobretudo, das neurociências, põem abaixo o quadro nosográfico de neuroses estabelecido essencialmente por P. Janet e S. Freud, a hipótese, cada vez mais fundamentada, de uma diátese única, ansioso-depressiva, ou de uma frequente co-morbidade, em um mesmo paciente, das síndromes assim isoladas, mostra bem que, nesse âmbito, o eterno retorno do conceito de “doenças nervosas” emancipa-se facilmente das teorias que tentam justificá-lo.

Mais do que qualquer outra coisa, a clínica das neuroses da adolescência torna difícil ater-se a uma concepção puramente funcionalista do psiquismo e a criar o impasse de uma análise psicopatológica global. Justapor os conjuntos complementares, as funções, como outrora as

faculdades mentais, dificilmente se ajusta à experiência clínica cotidiana.

Contudo, quisemos respeitar as duas grandes tendências da psiquiatria atual: a nosografia comportamental das classificações contemporâneas e as grandes sínteses psicodinâmicas, que geralmente confundem a história das neuroses com a da psicanálise.

A ANGÚSTIA

É muito difícil que o indivíduo não se confronte com a emergência da angústia durante o processo da adolescência. Essa angústia, que surge ora de modo súbito, ora progressivo, invade completamente o sujeito ou se limita a um sentimento de mal-estar vago e difuso, dura por muitas semanas ou, ao contrário, passa em algumas horas. Mas, independentemente de quando apareceu pela primeira vez, de sua intensidade ou de sua duração, a angústia é um afeto de base raramente ignorado do adolescente.

Em muitos casos, evidentemente, a angústia fica limitada, mas em geral essa crise constitui a porta de entrada para uma ou outra conduta sintomática duradoura. Não se pode dizer que a angústia constitui uma conduta mentalizada

enquanto sistema particular de operação psíquica (quer se trate de uma seqüência fantasmática, de um mecanismo de defesa ou de ambos). Contudo, visto que ela representa quase sempre a situação prévia à entrada em uma verdadeira patologia, e que a função essencial dos sistemas de condutas mentalizadas é precisamente a de elaboração dessa angústia, achamos que é útil defini-la brevemente.

Yorke e Wiseberg distinguem três etapas no desenvolvimento da angústia: 1) a excitação somática difusa que se caracteriza por um rico cortejo de manifestações físicas; 2) a angústia psíquica invasiva, marcada por um temor extremo que invade a psique, como no caso das fobias arcaicas, por exemplo; 3) a angústia, sinal-sintoma em que o ego suscita a angústia em face de um perigo potencial (segunda teoria da angústia de Freud). No adolescente, podem ser encontrados esses três patamares de angústia.

Antes de prosseguir, é necessário distinguir também, a propósito das transformações da angústia na adolescência, dois planos de observação:

- o primeiro diz respeito aos diferentes tipos de ansiedade que podem se suceder no curso de um processo psicopatológico inicial: ansiedade generalizada antecipatória, crise de angústia, fobia, hipocondria, etc.;

- o segundo refere-se às transformações da angústia infantil reconstruída na história de um adolescente que manifesta pela primeira vez clinicamente um ou vários dos estados ansiosos agudos mencionados acima.

Estudo Clínico

Muitos ainda acreditam que não se pode falar de transtornos ansiosos bem fixados e bem categorizados no adolescente. Eles preferem falar de ansiedade na adolescência em geral, ou tendem a acreditar mais no fato de que nessa idade da vida, para se referir às classificações diagnósticas recentes, deve-se falar de “transtornos da adaptação com humor ansioso ou ansioso-depressivo”.

Hoje se dispõe de dados epidemiológicos que reaplicam ao adolescente os critérios diagnósticos utilizados para os transtornos da criança, ou

para os do adulto. Os transtornos descritos na criança, como “angústia de separação”, “hiperansiedade”, ou “evitamento”, “inquietação em todas as relações sociais”, têm uma prevalência média de 8% no adolescente. Eles correspondem à ansiedade generalizada, ou aos diferentes transtornos fóbicos do adulto. Os transtornos descritos no adulto, como “transtornos fóbicos e obsessivos”, “ansiedade generalizada”, “transtornos de pânico”, têm igualmente uma prevalência da ordem de 8% no adolescente. Essas cifras são, portanto, relativamente elevadas e constantes. É preciso assinalar, além disso, que a maior parte dos transtornos observados no adulto teve início durante a adolescência, com muita freqüência de forma infraclínica.

Continuidade da infância na idade adulta. – A evolução da infância à idade adulta de transtornos categorizados pelas classificações atuais é pouco conhecida. Os estudos retrospectivos referem-se essencialmente aos adultos. Em 1972, Abe estabeleceu uma correlação entre a presença de sintomas ansiosos no adulto e uma forte ansiedade patológica em sua infância, entrevistando 243 mulheres sobre seus sintomas ansiosos e seus medos atuais, como também suas mães sobre a prevalência desses mesmos transtornos na infância desses pacientes. Outros autores (Thieyr et al., 1985) chegam à conclusão de que apenas 20% dos adultos apresentam um transtorno ansioso generalizado, assinalando um início desse transtorno na infância ou na adolescência sob a forma de hiperansiedade. Os estudos prospectivos apoiados em amostras homogêneas acompanhadas por um prazo suficiente ainda são muito poucos. O estudo de Last e colaboradores (1992) refere-se a uma coorte de crianças com idade de 5 a 17 anos, consultadas por transtornos ansiosos, que foram acompanhadas por três e cinco anos com uma avaliação todos os anos. Para esse tipo de acompanhamento, as análises atuais sugerem que os transtornos ansiosos, na maioria dos casos, não se mantêm como tais ao longo do desenvolvimento. Além disso, segundo esses autores, as crianças e os adolescentes que apresentam um transtorno ansioso não têm riscos maiores para transtornos depressivos.

Porém, três manifestações que podem ser associadas à ansiedade parecem apresentar uma certa continuidade da infância à idade adulta:

– as fobias simples particulares (fobia de sangue, fobia de feridas corporais) que seriam reencontradas imutáveis na adolescência e na idade adulta (Marks, 1988);

– a inibição ansiosa que mostraria uma continuidade relativamente grande da infância à adolescência (Kagan, 1994);

– a ansiedade de separação, cujos sintomas variam com a idade (Francis, 1987), mas que para algumas crianças prosseguiria na adolescência, em particular sob a forma de fobia escolar, e depois na idade adulta, sob a forma de “transtornos de pânico”.

Os transtornos de pânico. – Tendo em vista o interesse voltado à pesquisa desse transtorno no adulto, dispõe-se até de um número relativamente grande de estudos a esse respeito na infância e na adolescência. Moureau e Weissman (1992) recolheram 63 artigos sobre esse tema. Esses artigos incluem estudos retrospectivos de adultos que apresentam esse transtorno, relatórios clínicos sobre crianças e adolescentes que também manifestam essas dificuldades, estudos de crianças e de adolescentes que consultam em psiquiatria, estudos epidemiológicos da população geral, estudos familiares e, finalmente, estudos de tratamentos quimioterápicos. Como conclusão, esses autores consideram que esse transtorno surge muito provavelmente na infância, mas principalmente na adolescência, e que sua apresentação clínica é similar à que

se observa nos adultos. Eles consideram que muitas crianças e adolescentes consultando por sintomas físicos apresentam esse transtorno, que não é identificado como tal. Outros estudos que também tratavam da idade de ocorrência do primeiro acesso desse transtorno estão, agora, todos de acordo quanto ao fato de que a adolescência representa a idade preferencial de surgimento do “Transtorno de Pânico”.

Parece inclusive existir uma correlação com as fases pubertárias (fases de Tanner), cujo desdobramento produziria igualmente a ocorrência de ataques de pânico nos jovens adolescentes. A cada etapa da puberdade, C. Hayward e colaboradores (1992) encontram uma taxa progressivamente crescente de ataques de pânico. Esses autores concluíram que poderia haver uma ligação entre a puberdade e a ocorrência ou a etiologia de ataques de pânico.

As fobias sociais. – Assim como para o transtorno de pânico, o início desses transtornos parece ligado à adolescência, mas em uma idade ligeiramente mais tardia (entre 15 e 20 anos). A prevalência média na vida seria de 7,1%, levando-se em conta os critérios do DSM-III-R. Esse transtorno coloca dois problemas específicos: a cronicidade de sua evolução, contrariamente aos transtornos de pânico e mesmo à depressão, e, sobretudo, a importância das consequências sociais dos comportamentos de evitamento engendrados por essa patologia. Do nosso ponto

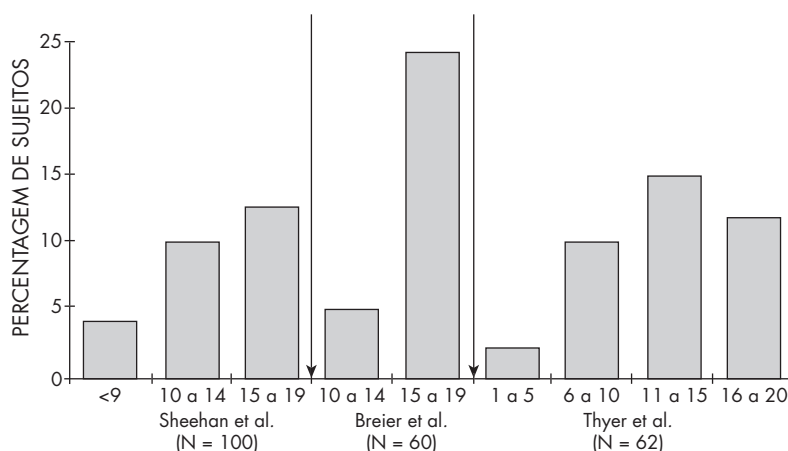


Figura 8.1 Idade do ataque.
Idade de ocorrência do transtorno de pânico.

de vista, certos fracassos escolares, rupturas de escolaridade ou mesmo fobias escolares seriam decorrentes desse transtorno, geralmente não diagnosticado como tal na adolescência (ver item “Fobias escolares”, no Capítulo 17).

Particularidades gerais da expressão ansiosa na adolescência. – Sem dúvida, é possível encontrar, como vimos, quadros análogos aos do adulto ou da criança. Contudo, a expressão corporal de ansiedade parece muito específica do adolescente. Este não virá consultar dizendo: “estou ansioso”, e sim exprimindo uma queixa somática banal, sem substrato físico. É um meio para o adolescente de pedir alguma coisa, de fazer um sinal, de emitir um apelo, muito mais tolerável que a expressão de uma ansiedade mediante a qual ele admitiria sua dependência quando justamente a problemática de autonomia domina a organização psicodinâmica. As queixas somáticas são todas aquelas que se percebem nos estados de ansiedade: palpitações, cefaléias, vertigens, náuseas, etc., relatadas aos médicos generalistas (ver abaixo), e alguns chegaram inclusive a descrever os “acessos hipocondríacos agudos”, temores invasivos ou paroxísticos (Eblinger e Sichel, 1971).

Uma outra particularidade da angústia da adolescência, em particular das fobias, é a de se manifestar sob a forma de fobias escolares.

A experiência clínica, confirmada pelos estudos feitos a esse respeito, mostra que os transtornos ansiosos, tal como são categorizados atualmente, podem estar associados, em graus diversos, em um mesmo sujeito.

Finalmente, vamos citar aqui a **síndrome de ameaça depressiva** (Braconnier, 1991). Essa síndrome, encontrada freqüentemente na adolescência, manifesta-se por uma aparição mais ou menos brutal de uma apreensão, ou mesmo de um terror intenso de se sentir invadido pela tristeza, pelo abatimento e por idéias suicidas. A perturbação predominante desse transtorno é uma ansiedade aguda ou subaguda, cuja característica essencial é o temor, não de um objeto, de uma situação ou de atividades específicas, mas o temor de se sentir invadido por um afeto depressivo, do qual certos elementos podem surgir momentaneamente, mas nunca duram mais do que alguns minutos a algumas horas. Os sintomas mais sentidos são um senti-

mento de tensão psíquica e física acompanhado de forma variada de transtornos neurovegetativos sentidos habitualmente nos estados ansiosos agudos: dispnéia, palpitações, dores ou incômodos torácicos ou abdominais, sensação de sufocação, impressão de desfalecimento, etc. A esses sintomas, associam-se em geral outras manifestações características: irritabilidade, insônias de adormecimento e pesadelos noturnos. Esse estado agudo ou subagudo não é nem puramente ansioso, e muito menos já francamente depressivo. De um ponto de vista psicopatológico, essa ameaça depressiva está sempre ligada a dois fatores associados: as representações angustiantes, dolorosas e conflituosas de uma separação dos objetos parentais e as representações que podem ser igualmente angustiantes, dolorosas e conflituosas de uma ligação sexual, e hoje sobretudo erótica, com um novo objeto de amor. Essa síndrome caracteriza-se, portanto, pela conflituosidade de dois modos de relação objetal, sendo que um se refere ao objeto a perder e o outro ao objeto a investir. É preciso assinalar aqui que essa ameaça depressiva pode ser vivida por certos adolescentes como sendo tão insuportável que torna impossível qualquer outra transformação do objeto de amor e, com isso, pode permitir que se organize uma depressão propriamente dita.

Evolução da patologia ansiosa do adolescente. – A evolução dos “Transtornos ansiosos” da adolescência é cada vez mais conhecida. Um número crescente de pesquisas avança no sentido de que um “Transtorno ansioso” (ou depressivo) na adolescência constitui um sério risco de novas manifestações desse mesmo tipo na idade adulta (em particular para os Transtornos de pânico) ou de outros transtornos, transtorno da personalidade evitante, ou depressão (Pine et al., 1998). Outros ainda consideram que a patologia ansiosa na adolescência está estreitamente imbricada ao próprio processo da adolescência, e que é difícil prever sua evolução, sobretudo quando se realiza um tratamento adequado. Seja a curto ou a longo prazo, é próprio da patologia ansiosa se transformar, e isto mesmo em suas formas semiológicas características. Essas transformações são múltiplas; podem ir de uma franca melhora a condutas que se tornam autônomas em relação à angústia

inicial, como os comportamentos aditivos ou, mais classicamente, os diferentes tipos de conduta neurótica.

Abordagem Psicopatológica

Na compreensão psicopatológica da angústia na adolescência, pode-se retomar as duas grandes teorias da angústia lançadas por Freud. Recordemos brevemente que, naquilo que é chamado de a primeira teoria da angústia (1905: *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade*), Freud dá a seguinte explicação para a angústia: a libido se transforma em angústia no momento em que ela não pode atingir seu objeto de satisfação. Isso se observa em particular quando falta o objeto para o qual é dirigido o movimento pulsional. A pulsão livre de objeto produz a angústia que, secundariamente, ocasiona o recalque. Na segunda teoria (1926: *Inibição, Sintoma e Angústia*), a angústia não provém mais de uma causa externa (a ausência do objeto da pulsão), mas de uma origem interna: a angústia é produzida pelo ego do sujeito, e sua função essencial é servir de sinal de perigo. Nessa segunda teoria, “é a angústia que produz o recalque”.

No caso da adolescência, essas duas teorias podem encontrar eco em certas situações clínicas. Antes de tudo, é preciso ressaltar que Freud aborda apenas de maneira indireta o problema da gênese do ego e da gênese da angústia, por intermédio dos “traços mnésicos”, dos quais o primeiro seria a angústia do nascimento. De fato, só se pode compreender a segunda teoria da angústia se o ego do sujeito é suficientemente coerente e organizado para perceber o risco de perigo (real ou fantasioso), e quando se considera a hipótese de que o ego conserva traços ontogenéticos ou filogenéticos das primeiras situações de angústia.

Na adolescência, as modificações tanto somáticas pubertárias quanto psíquicas pulsionais estarão na origem de uma produção de angústia, cuja qualidade depende em grande parte da capacidade de elaboração do Ego. Em certos casos, parece que a perturbação da adolescência realiza um verdadeiro traumatismo externo. Esse traumatismo põe em perigo os diversos objetos de investimento do adolescente, quer se trate de objetos internos ou externos. O adolescente se vê diante de pulsões libidinais e agres-

sivas, sem objeto de investimento, pulsões que ameaçam então a própria coerência de sua personalidade. As crises de angústia, acompanhadas de fenômenos transitórios de desrealização ou de despersonalização, aparecem assim como perdas temporárias dos limites internos e externos devidas em parte à irrupção traumática de pulsões sentidas pelo adolescente como estranhas. Nesse caso, um primeiro mecanismo de contensão da angústia ou de limitação da pulsão é constituído pelo mecanismo projetivo: a pulsão é projetada em uma parte do corpo, que então se torna estranha e ameaçadora: é um dos mecanismos da queixa hipocondríaca.

Porém, para muitos adolescentes, a emergência súbita da pulsão sexual reativa o temor da ameaça de castração e o sentimento de culpabilidade, ao mesmo tempo em que as novas práticas masturbatórias e a obtenção do orgasmo passam a focalizar na zona genital as diversas pulsões. A crise de angústia aparece então como uma manobra do ego destinada a assinalar o perigo interno sem ser acompanhada dos sentimentos de desrealização ou de despersonalização citados acima. Contra este perigo, o ego utiliza então as defesas psíquicas mais diversas, como mostra A. Freud (*cf.* item “a intelectualização”, neste capítulo).

A hipocondria, finalmente, aparece como um sintoma da junção, em que “a angústia e os mecanismos de defesa postos em prática para represá-lo acabam se situando em uma luta contra a despersonalização” (Ebtinger e Sichel, 1971). A hipocondria pode ser compreendida como a projeção em uma parte do corpo, seja dos maus objetos e das más partes do eu, seja das pulsões agressivas e destruidoras. A utilização prevalente de mecanismos projetivos pode ser percebida graças à associação freqüente com posições persecutórias de tipo paranóide.

Contudo, o sintoma hipocondríaco nem sempre responde a mecanismos de tipo arcaico. Em certos casos, os fatores ambientais, quer sejam familiares, socioeconômicos ou culturais, parecem prevalecer (*cf.* Capítulo 15): eles provocam uma incitação e uma espécie de aprendizagem para utilizar o corpo como meio de expressão das emoções e dos afetos.

Em suma, poderíamos dizer que, na hipocondria, o corpo parece ser o simples vetor do sofrimento psíquico, enquanto que na histeria ele é o representante simbólico de um conflito.

Atitude Terapêutica

É preciso evitar certos erros: o primeiro seria não levar em conta a ansiedade “patológica” dos adolescentes e minimizar sistematicamente o transtorno somático sob o pretexto de que ele não tem fundamento orgânico. Um outro erro seria considerar apenas o sintoma, atribuindo-lhe um lugar primordial sem procurar estender a exploração ao conjunto da personalidade e dos problemas psíquicos. O adolescente aceita muito mais do que se acredita uma tal extensão da exploração, oportunidade possível tanto para o médico generalista quanto para o psicólogo ou o psiquiatra.

Nos transtornos ansiosos manifestos (ataques de pânico, ansiedade generalizada, agorafobia, etc.), a escuta e a consulta terapêutica (ver Capítulo 22) representam a principal abordagem terapêutica. A prescrição de tranquilizantes e, sobretudo, de antidepressivos, mostra-se necessária algumas vezes, mas é imprescindível que essa prescrição seja estritamente seguida, limitada em sua duração, e varie em função da evolução. Nessa idade, ela deve inclusive ser intermitente, mesmo que, em caso de recaída, tenha de ser retomada. Se os transtornos tendem a se fixar ou a se tornar muito sérios, deve-se propor a indicação de uma psicoterapia de orientação psicanalítica. Cada vez mais, essa indicação para o adolescente deve estar associada a um acompanhamento de apoio, de compreensão e de confrontação com os pais, se possível o pai e a mãe.

AS CONDUTAS NEURÓTICAS

A angústia não pode ser resumida aos “Transtornos ansiosos” propriamente ditos, nem mesmo aos “Transtornos fóbicos” mais característicos, nos quais ela se encontra, com toda evidência, nos primeiros planos semiológicos. Os diferentes tipos de conduta que vamos examinar representam modalidades semiológicas e psicopatológicas individualizáveis, mas nas quais a angústia constitui uma componente explícita ou implícita fundamental.

As Expressões Neuróticas Características da Adolescência

As condutas fóbicas. – Serão estudadas aqui somente as dismorfofobias. As fobias escolares serão tratadas no Capítulo 17.

As dismorfofobias, condutas particularmente freqüentes, podem ser observadas nos dois sexos e estão estreitamente ligadas às transformações pubertárias. Kraepelin forjou esse termo para designar “as preocupações anormais relativas à estética do corpo”. Trata-se, para esse autor, de um fenômeno obsessivo não delirante. Janet, por sua vez, define a dismorfofobia como “a vergonha de seu próprio corpo”. Os autores anglo-saxões (Schilder, Schönfeld) falam mais em “perturbações da imagem corporal” para designar condutas próximas das dismorfofobias: são as inquietações relacionadas à morfologia do conjunto ou de um segmento particular do corpo.

No sentido estrito, as dismorfofobias não parecem ser verdadeiras fobias (dominadas pelo medo do objeto ou da situação fobogênica), mas se aproximam mais das idéias obsessivas. Se existe um medo, é da rejeição social. Essa dupla dimensão situa de imediato o lugar particular das dismorfofobias, marcando, de um lado, a relação do adolescente com seu próprio corpo, e, de outro, o engajamento desse corpo no grupo social, isto é, o “corpo social”.

As primeiras dismorfofobias aparecem por volta dos 12 anos. As preocupações corporais diminuem depois dos 18-20 anos. Em todos os casos, é importante assinalar que o segmento corporal ou o órgão incriminado pelo adolescente apresenta uma morfologia normal ou, pelo menos, um desvio mínimo, sem relação com a intensidade das preocupações. Colocamos um pouco à parte, por suas significações mais complexas, as preocupações ligadas às particularidades raciais (cor da pele, aspecto crespo dos cabelos): o contexto sociocultural constitui um fator importante no determinismo dessas preocupações. O mesmo ocorre quando os pais do adolescente são de etnias diferentes: nesse caso, as preocupações morfológicas ilustram a busca de identidade do adolescente com a procura ou a rejeição das características atribuídas a uma ou a outra linha parental.

Descrição clínica. – Todas as partes do corpo podem ser invocadas. Em alguns casos, o adolescente parece preocupado com a silhueta ou com uma parte da silhueta (peso, altura, nádegas, barriga, etc.). Em outros casos, é um ponto específico do corpo (pé, mão) e muito particularmente o rosto, sendo que qualquer um de seus órgãos pode ser objeto de um temor dismorfofóbico. Evidentemente, todos os órgãos ligados às características sexuais são superinvestidos (pênis, seios, pilosidade).

Enumeraremos brevemente:

— AS PREOCUPAÇÕES EXCESSIVAS COM A SILHUETA:

– *Obesidade*: a discreta e relativa obesidade fisiológica pré-pubertária às vezes serve de ancoragem para esse temor. Com toda evidência, a anorexia mental representa sua caricatura (cf. item “A anorexia mental”, no Capítulo 6). Às vezes, apenas uma parte do corpo é posta em questão: barriga gorda, coxas gordas, nádegas gordas, braços gordos.

– *Magreza*: esse temor parece mais específico dos meninos, que não se julgam suficientemente “fortes”, consideram-se “magricelas, cara de esfomeados”. Esse temor pode induzir comportamentos bulímicos.

– *Altura*: quer seja considerada muito grande ou muito pequena, a altura que se afasta um pouco da média logo é mal tolerada. Isso é verdade principalmente para a pouca altura que, associada a um sentimento de inferioridade, pode levar o adolescente a realizar atos compensatórios ou a adotar atitudes de imponência reacional (em particular, conduta delinquente: Tomkiewicz, 1967).

– *Nádegas gordas, barriga gorda, coxas gordas*: freqüentes e alimentados por gracejos maldosos do grupo (bundão, bofe), esses temores são reforçados pelo estereótipo social atual que privilegia o morfotipo longilíneo. As imposições da moda (*blue jeans*) os acentuam: alguns adolescentes chegam a adotar estilos de vestir com o único objetivo de mascarar essa dismorfobia.

— AS PREOCUPAÇÕES EXCESSIVAS COM UMA PARTE DO CORPO. – Os pés, às vezes, são objeto de temor: grandes demais ou pequenos demais, largos demais, mal formados. As meninas costumam achar seus pés grandes demais e, inversa-

mente, os meninos escolhem sapatos com uma numeração bem maior que o necessário.

O rosto e a cabeça são, evidentemente, lugar das preocupações mais freqüentes e mais importantes. Todas as partes podem ser incriminadas: as orelhas, o nariz, os lábios, a boca, os olhos, os cabelos, os dentes, etc. Grande demais, pequeno demais, mal formado, mal implantado são as queixas mais comuns.

A acne juvenil é objeto de numerosas preocupações, sobretudo nas meninas, e se associa a um intenso sentimento de desvalorização.

O medo de enrubescer (eritrofobia), temor mais clássico, não faz parte das dismorfofobias propriamente ditas. Contudo, em razão de sua freqüência na adolescência e de sua evidente ligação com a imagem do corpo, vamos incluí-lo aqui. A eritrofobia pode ser provocada tanto pelo exterior, uma observação qualquer de um terceiro por meio da qual o adolescente se julga observado, um olhar mal sustentado, quanto por um movimento interno: temor de deixar que descubram uma impulsão ou um desejo sexual, um pensamento, etc. Um sentimento de vergonha associa-se a isso, sentimento que pode suscitar no adolescente uma inibição mais ou menos grave (cf. item “A inibição”, neste capítulo).

— AS PREOCUPAÇÕES EXCESSIVAS A PROPÓSITO DE CARACTERÍSTICAS SEXUAIS:

– *A pilosidade*: pêlos pubianos, pêlos axilares, pilosidade na face e no resto do corpo. O aparecimento da pilosidade pubiana e, em menor grau, da pilosidade axilar é examinado às vezes com ansiedade tanto pelo menino quanto pela menina. No menino, o medo do rosto imberbe e, na menina, o medo do hirsutismo levam a longas seções de observação e ao uso do barbeador, seja para estimular o aparecimento, seja para cortar pêlos imaginários.

– *O peito*: preocupação fundamental na menina, o broto mamário sinaliza a entrada na puberdade e autentica a transformação corporal: os seios são pequenos demais, grandes demais, malformados, a auréola é larga demais ou escura demais, o mamilo imperfeito... No menino, uma discreta ginecomastia pode focalizar o temor “de ter seios” e mobilizar todas as incertezas sobre a identidade sexual (cf. Capítulo 7).

– *Os próprios órgãos genitais* são objeto freqüente de temor, em particular no menino: a

pele enrugada do escroto, a assimetria da descida dos testículos, o tamanho do pênis, a forma do prepúcio, a qualidade da ereção podem focalizar temores sobre a possibilidade de ter uma sexualidade dita “normal”. Na menina, os temores não se referem tanto à forma (não se trata, portanto, de dismorfofobia em sentido próprio), mas à significação da menstruação e, sobretudo, à capacidade de ter filhos.

– *A mudança da voz*, enfim, provoca, principalmente nos meninos, temores amplamente reforçados pelas reações do grupo de iguais quando das mudanças involuntárias do registro da voz.

Significação psicopatológica. – As dismorfofobias resultam da confluência de várias fontes. Schönfeld distingue quatro fatores: 1) a percepção subjetiva da transformação corporal; 2) fatores psicológicos internalizados onde as “preocupações” acerca do desenvolvimento físico são apenas uma racionalização e uma projeção de uma frustração afetiva mais fundamental; 3) os fatores sociológicos; 4) a atitude decorrente da observação dos outros.

Tomkiewicz e Findler (1967) descrevem, por sua vez, três fontes essenciais das dismorfofobias: 1) Uma fonte biológica dominada pela percepção subjetiva das modificações corporais. Segundo esses autores, “pode-se dizer que as condições biológicas tornam a dismorfofobia inevitável no período da adolescência”. 2) Uma fonte afetiva que também tem várias origens. Antes de tudo, o estabelecimento progressivo da identidade sexual leva o adolescente a se preocupar com todas as modificações corporais específicas de um sexo. Ora ele acha que suas características sexuais secundárias são muito acentuadas, ora ele as considera insuficientemente desenvolvidas, mas um período de dúvida e de oscilação é quase constante. Além do eixo da identidade sexual, uma outra fonte afetiva pode ser observada ao longo das freqüentes perturbações familiares: pai ocupando um lugar medíocre e desvalorizado com o qual o menino não pode se identificar de forma satisfatória, mas principalmente atitude particular da mãe. De fato, o comportamento da mãe pode reforçar os temores do(a) adolescente: ora a mãe rejeita de maneira franca e explícita a transformação pubertária, declarando abertamente que agora o adolescente está feio, disforme, sem graça, ora

a mãe desenvolve temores exagerados, sobretudo sobre a virilidade do menino, oferecendo a este apenas uma identidade negativa em relação a um pai desvalorizado (“ele está ficando com o seu pai”...). 3) Finalmente, uma fonte social, sem a qual a dismorfofobia não pode ser compreendida: “trata-se não apenas de um transtorno da relação consigo mesmo, mas também de uma forma de perturbação das relações com o outro” (Tomkiewicz e Findler). O grupo de iguais, sua opinião, sua aceitação ou sua rejeição (real ou imaginária) estão na base do sentimento de ansiedade, de inferioridade. A extrema dependência do adolescente em relação ao grupo de seus iguais encontra, por meio das dismorfofobias, sua expressão caricatural.

Em uma perspectiva em que o eixo de compreensão ambiental e sociológico é secundário em relação ao eixo psicodinâmico, Canestrari (1980) distingue duas grandes categorias de dismorfofobias em função de sua evolução com a idade do adolescente. Certas dismorfofobias correspondem estreitamente às mudanças do corpo em uma ligação temporal (crescimento somático, muscular, mudança da voz, acne): essas preocupações remetem evidentemente ao problema da imagem do corpo. Segundo Canestrari, elas seriam mais freqüentes no menino. As outras dismorfofobias são independentes das próprias transformações corporais (forma do nariz, cor dos olhos, medo de enrubescer, medo de perder os cabelos); elas são observadas no adolescente um pouco mais velho (15-16 anos) e seriam mais freqüentes nas meninas, com exceção do temor de perder os cabelos. Essas preocupações sem substrato físico real “devem ser consideradas como uma simbolização por intermédio do corpo do conflito-chave da adolescência”, em particular os conflitos ligados à separação-individuação e à perda de objetos infantis.

Os temores ligados à morfologia corporal representariam uma tentativa terapêutica natural, que consiste em utilizar o próprio corpo como objeto exterior de amor e de ódio na expectativa de uma substituição adequada quando do investimento secundário de um objeto externo. As dismorfofobias constituiriam, portanto, objetos substitutos, transicionais, nos quais se focalizam as pulsões libidinais ou agressivas no momento da ruptura, normal na adolescência, do equilíbrio entre os investimentos de objetos e os investimentos narcísicos.

A intelectualização. – Os processos mentais têm como papel essencial fazer frente ao conflito adaptativo que opõe as exigências pulsionais e o ambiente. Em outras palavras, os processos mentais representam uma grande parte da atividade do ego. O ego do adolescente é confrontado com o aumento quantitativo das pulsões libidinais e agressivas, ao mesmo tempo em que, segundo Anna Freud, esse ego é agora muito mais sólido, consolidado, e mesmo mais rígido, que o ego infantil.

Uma das funções do ego é evitar a mudança, deter essa exacerbação pulsional para reencontrar a relativa tranquilidade do período de latência. Assim, todas as funções do ego vão se intensificar:

Na luta que ele mantém para evitar que sua existência mude, o ego se serve indiferentemente de todos os procedimentos defensivos que já utilizou na infância e durante o período de latência. Ele recalca, desloca, nega, inverte, dirige as pulsões contra o próprio sujeito, cria fobias, sintomas histéricos, enfim, domestica a angústia por pensamentos e atos compulsivos.

As perturbações das condutas mentalizadas traduzem, segundo A. Freud, “o reforço das defesas, isto é, vitórias parciais do ego”. Nisso elas se opõem ao aparecimento de condutas agidas ou corporais que refletem, ainda segundo A. Freud, vitórias parciais do id.

No primeiro caso, o ego do adolescente luta contra as exigências pulsionais não apenas reforçando seus contra-investimentos, seus mecanismos de defesa, o que, conseqüentemente, tem sempre o risco de aumentar os sintomas, mas, também, ao preço de uma rigidez ampliada de seu próprio funcionamento culminando naquilo que Freud chamou de “adolescente intransigente”. É importante compreender que essa rigidez não corresponde àquilo que recebeu o nome de “força do ego”. Ao contrário, o ego do adolescente será tanto mais rígido, inflexível, quanto mais se sentir ameaçado de enfraquecimento. Nesse sentido, a noção de “força do ego” não deve ser confundida com a rigidez das condutas, assim como não deve ser identificada a uma plasticidade enganosa (adaptação conformista de fachada, cf. item “A escolha de objeto sexual”, no Capítulo 7).

Além das defesas habituais, que são o recalque, o deslocamento, a negação, etc., A. Freud

descreve dois mecanismos de defesa mais específicos utilizados nesse período pelo ego do adolescente: o ascetismo e a intelectualização. O *ascetismo* é uma defesa dirigida contra as pulsões e as exigências instintivas e uma tentativa de dominá-las. Sua tradução clínica focaliza-se no corpo e torna-se caricatural no caso da anorexia mental (cf. item “Anorexia mental”, no Capítulo 6). A *intelectualização* acompanha o acesso ao pensamento formal, no sentido piagetiano, ao prazer que o adolescente tem de manejar abstrações e de não mais pensar unicamente sobre as categorias do real. A intelectualização permite a nova abertura psíquica para as categorias do possível. O adolescente tende “a transformar em pensamento abstrato aquilo que ele sente”. Trata-se também aqui de uma tentativa de domínio das pulsões, porém, de algum modo, por caminhos tortuosos, superinvestindo os processos mentais. Se o lado positivo de uma tal operação defensiva é estimular a inteligência, seu lado negativo é constatado nas múltiplas produções sintomáticas de tipo neurótico.

A inibição. – A inibição é o último tipo de conduta considerado neste item, e é muito comum no adolescente. É sempre difícil descrever a inibição, visto que, por definição, não permite falar dela. Poucos adolescentes e/ou famílias se consultam espontaneamente por essa conduta, salvo quando ela invade o próprio funcionamento psíquico e provoca um fracasso escolar. Por uma preocupação de clareza, distinguiremos três setores onde a inibição pode se assentar: 1) a inibição intelectual, que se refere essencialmente à atividade cognitiva, que se poderia chamar de “burrice neurótica”; 2) a inibição de fantasiar, onde o conformismo é uma conduta clínica encontrada com frequência; 3) finalmente, a inibição relacional ou timidez. Evidentemente, esses três setores podem se associar, mas às vezes é possível observá-los separadamente na clínica.

Na maioria dos casos, as condutas de inibição na adolescência são apenas o prolongamento de condutas idênticas na infância. Às vezes, parecem surgir na pré-adolescência, por volta de 10-12 anos. Porém, em alguns casos, o surgimento da inibição parece acompanhar o surgimento dos primeiros sinais pubertários, por volta de 13-14 anos. Quando a inibição é

antiga, geralmente se observa seu reforço no período da adolescência.

Descrição clínica

A inibição intelectual. – Ela se traduz pela dificuldade sentida diante do trabalho escolar ou universitário; pode levar a um fracasso relativo na continuidade dos estudos, fracasso que é marcado essencialmente pela incapacidade do adolescente de seguir a orientação que ele próprio escolheu ou investiu anteriormente. Nota-se claramente nessa inibição a dificuldade experimentada pelo adolescente de viver uma situação de rivalidade, de competição com um dos genitores ou com ambos, ou de superar o nível escolar atingido por eles.

É relativamente fácil distinguir a inibição intelectual do desinvestimento escolar. De fato, a inibição em sua forma mais pura é acompanhada de um desejo persistente de prosseguir os estudos, de realizar o trabalho escolar, mas o adolescente se julga incapaz para tanto. Em certos casos, isso pode levar inclusive a um trabalho obstinado e sem resultado. Contudo, a inibição persistente pode suscitar comportamentos de rejeição ou de evitamento em face dos investimentos intelectuais: o adolescente subitamente estabelece uma recusa, um desinvestimento ou um desprezo aparente por seus estudos, conduta cuja função essencial é mascarar a inibição subjacente. O clínico deve ter o cuidado justamente de não cair na armadilha das primeiras afirmações do adolescente, pois há sempre o risco de acentuar a inibição e de aprisionar o adolescente em condutas de fracasso repetitivas, caso ele caminhe no sentido de uma interrupção prematura dos estudos ou de uma orientação pedagógica em que se sente desvalorizado.

Alguns traços neuróticos discretos costumam acompanhar essa inibição intelectual: conduta de tipo obsessivo marcada pela meticulosidade em tudo o que diz respeito ao trabalho escolar (tempo excessivo gasto copiando lições, sublinhando, apresentando o trabalho, etc.), conduta fóbica com deslocamento de investimentos para um setor particular e focalização da inibição em uma matéria ou com um professor e, mais simplesmente ainda, recalque marcado fortemente pela impressão de branco,

ou de vazio na cabeça, sobretudo nos exames (angústia da folha em branco).

Raramente a inibição repercute sobre as capacidades intelectuais, como se pode avaliar pelos testes de níveis. Contudo, uma prova mal preparada e a intensa ansiedade ou mesmo a angústia mobilizada por aquilo que o adolescente concebe como um exame ou, sobretudo, como uma “mensuração supostamente objetiva” de suas capacidades intelectuais podem levar a resultados catastróficos. Uma nova prova em melhores condições permite corrigir esses resultados enganosos.

Na maioria dos casos, essas inibições intelectuais com fracasso relativo na escolaridade são observadas em adolescentes com capacidades intelectuais elevadas, ou mesmo superiores. O fracasso é ainda mais paradoxal.

A inibição de fantasiar – A inibição de fantasiar revela-se pela dificuldade encontrada em certos adolescentes de desenvolver no interior de seu funcionamento psíquico uma área de sonho e de fantasia. Normalmente, graças a essa área de sonho ou de devaneio, as fantasias, cuja importância é ainda maior em razão dos ímpetos pulsionais libidinais e agressivos próprios a essa idade, são pouco a pouco integradas ao ego do adolescente, toleradas e moduladas por seu superego e, assim, reconhecidas como parte constituinte da personalidade. Em certos casos, seja porque a instância do superego é severa demais (organização neurótica) ou personificada demais (posição regressiva em que prevalece a imaturidade), seja porque o ego é frágil demais (organização-limite, pré-neurótica ou pré-psicótica), as fantasias portadoras de exigências pulsionais são sentidas como temíveis e perigosas. Uma solução consiste em despejar diretamente essas pulsões e fantasias no exterior graças à passagem ao ato (*cf.* Capítulo 5). Uma outra solução é dada pelo forte recalque dessas fantasias. Em clínica, esse forte recalque se traduz em *comportamentos conformistas* do adolescente: esse último aparenta uma adaptação de fachada às exigências do ambiente, não volta a apresentar uma conduta de conflito ou de oposição: em suma, parece se poupar de uma crise (*cf.* Capítulo 2). Conforme o caso, o recalque parece referir-se à pulsão sexual ou à pulsão agressiva. Mas, na maioria das vezes, o recalque

é particularmente importante quando a imbricação pulsional não pôde se estabelecer progressivamente e quando o adolescente não tolera a invasão de sua psique por fantasias agressivas. A título de exemplo, isso é muito nítido no caso da inibição acerca da masturbação. A ausência de qualquer conduta masturbatória e de fantasia masturbatória na adolescência testemunha profundas perturbações psíquicas dominadas pela incapacidade de integrar as pulsões agressivas às pulsões libidinais quando o ato masturbatório é acompanhado de fantasias (cf. item “A masturbação”, no Capítulo 7).

Essa atitude conformista e superficialmente adaptada deixa o adolescente desprevenido em face dos ímpetus pulsionais. Clinicamente, podem-se observar desmoronamentos súbitos e espetaculares, após longos períodos de normalidade superficial, desmoronamentos marcados seja pela brusca passagem ao ato (sendo a mais típica a tentativa de suicídio: cf. item “Tentativa de suicídio e diagnóstico psiquiátrico”, no Capítulo 5), seja pelo fracasso do recalque e a forte invasão do ego pelos processos primários de pensamento (cujo exemplo é o episódio psicótico agudo, cf. Capítulo 11). Em outros casos, observa-se simplesmente a manutenção dessa atitude conformista, inclusive na idade adulta, em geral mantendo uma relação de tipo infantil com as imagens parentais ou mesmo com os pais reais (modelos da adolescência “incompleta” ou “abortada” de P. Blos).

Mediante os resultados dos testes psicológicos projetivos (em particular teste de Rorschach e TAT), chega-se a esses dois grandes quadros. Às vezes, os resultados são dominados pela banalidade das respostas, ou mesmo por sua pobreza: o adolescente descreve brevemente o conteúdo manifesto das pranchas, declara-se, e parece incapaz de ultrapassar esse nível puramente descritivo. Adiante, após algumas respostas banais, observam-se bruscos e inquietantes desmoronamentos, quebras nos processos secundários e emergências fantasiosas cruas e arcaicas. As capacidades de recuperação formal de uma prancha a outra, ou de uma seção de investigação a outra, constituem então um indicador válido do prognóstico.

A inibição relacional: a timidez – Trata-se neste último caso de uma inibição referente

não aos próprios processos psíquicos, mas às modalidades relacionais do adolescente com seu ambiente. A timidez é uma conduta particularmente freqüente nessa idade: o adolescente não ousa se dirigir a um desconhecido, não ousa falar diante de um grupo, não ousa se inscrever em uma atividade esportiva ou cultural ainda que deseje, não ousa telefonar... Às vezes, essa timidez parece seletiva: por exemplo, timidez unicamente com os adolescentes do outro sexo, ou timidez no meio escolar, ou com os adultos.

Subjacente a essa timidez, é comum constatar a existência de uma vida de fantasia mais rica. O temor constante do adolescente é o de que seus devaneios e/ou fantasias sejam descobertos ou adivinhados pelo outro, sobretudo quando essa outra pessoa é o objeto desses devaneios. Essa timidez normalmente está ligada seja à culpabilidade, seja à vergonha. A culpabilidade remete em geral a desejos sexuais ou agressivos dirigidos a uma pessoa do entorno, a vergonha a temores relacionados com a própria pessoa do adolescente. Nesse último caso, uma vivência dismorfofóbica (cf. item “As condutas fóbicas”, neste capítulo) acompanha a timidez; essas dismorfofobias podem servir aos olhos do adolescente de justificativa para sua timidez: ele não fala com o outro por causa de sua acne, não sai de casa devido ao temor da calvície, etc.

Na maioria dos casos, essa timidez persiste durante a adolescência, depois parece atenuar-se progressivamente com a entrada na vida ativa, em particular com a inserção profissional. Às vezes por si mesmo, mas geralmente incentivado por seu entorno, o adolescente procura um atendimento quando a timidez é tal que constitui um entrave às possibilidades de inserção social.

Abordagem Psicopatológica

Freud mostrou em seu trabalho sobre *Inibição, sintoma e angústia* que, no plano psicopatológico, a inibição se situava aquém dos sintomas. Poderíamos dizer que a inibição é um “pré-sintoma”. Conseqüentemente, essa conduta não é específica de uma organização psicopatológica particular. Como vimos no item anterior, a inibição intelectual é acompanhada frequentemente de uma conduta obsessiva ou fóbica. A inibição de fantasiar pode traduzir a

força do recalque, mas também uma organização psíquica na qual domina a desimbricação pulsional; finalmente, a timidez remete ora a um sentimento de culpabilidade situado no eixo do conflito edipiano, ora a um sentimento de vergonha, situado antes de tudo no eixo narcísico.

No próprio mecanismo ligado à inibição, A. Freud distingue dois grandes tipos: 1) de um lado, ela descreve a retração do ego; 2) do outro, a inibição propriamente dita. O mecanismo de retração do ego, característico do ego infantil, segundo A. Freud, “se posiciona contra as excitações vindas do exterior”. Ele tem como objetivo proteger o indivíduo dos estados de tensão, mas o impede de fazer experiências maturativas. Para A. Freud, esse mecanismo é banal na infância, constituindo uma fase normal do desenvolvimento. Na adolescência, pode-se considerar que certos indivíduos se protegem assim graças à retração do ego contra as excitações externas, como se observa facilmente na timidez. Segundo A. Freud, uma característica da retração do ego é sua reversibilidade. Esse ponto distingue a “retração do ego” da inibição propriamente dita, pois esta traduz um conflito psíquico internalizado: o ego “se defende contra seus próprios processos internos”. A inibição corresponde à utilização de mecanismos de defesa neuróticos, particularmente o recalque, e conseqüentemente, não poderia ser espontaneamente reversível.

Para S. Freud, o *status* da inibição está estreitamente ligado ao recalque que, por sua vez, está correlacionado ao *status* de angústia (ver o item sobre a psicopatologia da angústia e as duas teorias da angústia segundo Freud, p. 157).

Qualquer que seja o lugar respectivo da angústia e do recalque, o processo de sublimação lança uma ponte entre os investimentos pulsionais e os investimentos cognitivos. De fato, a sublimação é o mecanismo que responde aos interesses intelectuais: na sublimação, existe um deslocamento da energia libidinal de seus objetivos sexuais primitivos para os objetivos intelectuais. Assim, estabelece-se o princípio de toda curiosidade intelectual. Porém, esse deslocamento jamais é completo, a curiosidade intelectual será sempre mais ou menos carregada de uma significação ligada à expressão da pulsão libidinal. Há o risco, então, de que o exercício da curiosidade intelectual permaneça

associado de forma muito estreita a representações sentidas como proibidas, perigosas ou fonte de culpabilidade: o recalque produz assim no inconsciente não apenas as representações pulsionais não admitidas, mas também as representações deslocadas: trata-se tipicamente da inibição neurótica.

Esse risco é particularmente grande na adolescência: de fato, “o despertar dos ímpetus instintivos pode levar a uma queda no rendimento escolar, como se a utilização de uma grande quantidade de energia para manter o recalque não deixasse o suficiente para os processos mentais complexos de aquisição de conhecimentos” (Lebovici e Soulé, 1972). Essa explicação econômica explica muito bem a inibição que chamamos de “intelectual”, mas pode-se acrescentar a isso uma explicação dinâmica, como assinala B. Cramer.

Segundo esse autor, constata-se nos adolescentes, no nível do funcionamento intelectual, “fenômenos de inibição tipicamente neuróticos, em que a inibição, na forma de contra-investimento, dedica-se à atividade mental como sendo um equivalente masturbatório, o que demonstra bem a hiperlibidinização dos processos mentais que não foram descentrados e suficientemente autonomizados de sua base corporal”. Esse segundo patamar de compreensão explica, a nosso ver, certas inibições de fantasiar, quando o próprio funcionamento mental é investido de uma carga pulsional excessiva. O autor citado limita-se ao investimento libidinal, mas, para nós, isso é igualmente verdadeiro para o investimento pulsional agressivo do pensamento.

Contudo, existe um outro eixo de compreensão da inibição na adolescência: esse eixo refere-se à compreensão genética desse período da vida como testemunho do segundo processo de separação-individuação, e como período de definição dos limites do eu. A inibição pode ser compreendida então como uma medida de proteção necessária em um período em que os limites do eu se diluem momentaneamente em razão dos remanejamentos que se seguem ao trabalho da adolescência (cf. item “Os principais aspectos dinâmicos da adolescência”, no Capítulo 1). Isso pode ser observado de forma particularmente nítida quando a inibição é acompanhada de sentimentos moderados de perda de limites do eu, ou de uma confusão relativa de identidade com o outro. Assim, a timidez está ligada às

vezes ao sentimento que os outros podem adivinhar o pensamento do adolescente, ou podem pressentir os afetos experimentados. Em menor grau, o adolescente tem às vezes o sentimento de que, devido ao seu comportamento ou em razão de um detalhe particular de sua psique, ele constitui o ponto de convergência dos olhares e da atenção de outros: esse sentimento também está ligado a um transtorno passageiro da identidade (identidade difusa de Erikson). Essa inibição é acompanhada de uma vivência de vergonha, afeto que testemunha o retraimento narcísico e o enfraquecimento dos limites do eu. Todos os graus são observados entre a inibição que testemunha uma simples dúvida passageira e banal nessa idade sobre os limites do eu e a inibição grave, que confina a um retraimento quase autístico, último refúgio contra o fracasso da elaboração dos limites do eu.

As Outras Condutas Neuróticas

Abordaremos aqui dois outros âmbitos, o da histeria e o da obsessão, que fazem parte historicamente do campo das neuroses, mas cujas relações com as diferentes etapas da vida suscitam algumas questões. Do ponto de vista sintomático e/ou do ponto de vista psicopatológico, haveria uma semelhança incontestável entre a histeria ou a obsessão da infância, da adolescência e do adulto, ou, ao contrário, as diferenças de estruturação e de expressão seriam mais importantes que as semelhanças quando leva-se em conta a idade do sujeito? Parece-nos, por exemplo, que os adultos são mais intolerantes diante de atitudes histéricas ou obsessivas de outros adultos do que em relação a atitudes idênticas na criança. A adolescência constitui, também nesse nível, um período intermediário. Porém decidimos não fazer da histeria e da obsessão uma conduta específica da adolescência e, apesar de sua particularidade ligada a essa idade, nós as consideramos tendo em mente um certo *continuum* entre a infância e a idade adulta.

As condutas histéricas. – Enquanto as condutas histéricas são mais raras na infância, o advento da puberdade e, posteriormente, a

entrada na adolescência correspondem clinicamente a um nítido aumento de frequência dos sintomas histéricos. É muito comum também que manifestações histéricas de intensidade mínima durante a infância adquiram subitamente um caráter ruidoso e invasivo durante a adolescência. A título de ilustração, recordaremos o caso de Dora: Freud viu essa paciente levada por seu pai quando ela tinha 16 anos, e três anos mais tarde realizou um breve tratamento psicanalítico. É preciso lembrar que essa paciente apresentava desde os 8 anos episódios de tosse nervosa, mas, aos 16 anos, os acessos de tosse tornaram-se permanentes, ao mesmo tempo em que apareciam episódios de afonia e de desfalecimento. Se na época em que Freud relatou esse caso o período da adolescência não era identificado como tal, hoje a patologia de Dora, então com 16 anos, seria estreitamente ligada a essa fase.

Embora as condutas histéricas pareçam frequentes na adolescência, constituindo possivelmente uma das condutas patológicas específicas desse período, é difícil uma avaliação estatística rigorosa dessa frequência. Por um lado, os múltiplos “mal-estares” ou “crises de nervos” raramente são objeto de uma investigação psicopatológica, salvo quando se repetem ou se apresentam com forte intensidade, evocando a “grande crise de histeria de Charcot”. Essas manifestações agudas costumam ser banalizadas pelos pais e pelo médico somático, banalização que, aliás, se justifica em parte.

Quanto às manifestações de conversão, elas deveriam ser mais facilmente identificáveis, porém, sua frequência também é amplamente subestimada. As razões disso são variadas.

Em geral, essas conversões têm duração transitória: alguns dias ou mesmo algumas semanas, na maioria das vezes. Apenas em alguns casos elas se prolongam por vários meses. Habitualmente, associam-se a outras condutas que podem ocupar o primeiro plano. Elas são observadas de forma privilegiada nos serviços de pediatria ou de neuropsiquiatria. Apenas as formas clínicas mais graves são abordadas sob um ângulo realmente psicopatológico. Para os outros, os pediatras evitam o termo histeria, seja em razão de sua conotação pejorativa, seja porque eles próprios negam a dimensão psicogenética do transtorno, preferindo limitar-se aos termos simulação ou manipulação.

Consideradas essas reservas, a frequência de conversões histéricas em uma população de adolescentes em serviço de psiquiatria infanto-juvenil oscila, segundo os autores, entre 2,5 e 10% de casos (Rock, Scheer, Proctor) com um aumento nítido quando da fase pubertária. Quanto ao sexo, existe uma diferença notável em relação ao adulto: a percentagem de adolescentes meninos é relativamente elevada (Launay: 40% de meninos) e, portanto, a preponderância do sexo feminino para os sintomas histéricos é nitidamente menos importante na adolescente do que na adulta.

Descrição clínica. – Quanto mais idade tem o adolescente, mais as manifestações histéricas aproximam-se daquelas descritas no adulto. Assim, podem-se observar:

- as manifestações agudas: crise neuropática sob forma de desmaio, de crises tetaniformes ou epileptiformes;

- as manifestações duradouras, quer se trate de conversões motrizes (paralisia, astasia, abasia, etc.), sensitivas (anestesia, hiperestesia), sensoriais (cegueira, surdez), fonadora (mutismo), ou ainda de manifestações psíquicas (estado crepuscular, episódio amnésico).

Em todos os casos, os sintomas histéricos imitam de forma mais ou menos grosseira a patologia somática. Os transtornos neurológicos em particular não respeitam a repartição segmentar motriz ou sensitiva. Não é raro observar uma sintomatologia similar em um membro da família, ainda que o fato seja menos constante que na criança.

A “*belle indifférence*” descrita por Charcot pode ser notada: o adolescente não parece excessivamente preocupado ou perturbado com seus transtornos, que, em compensação afetam seus pais ao extremo. A presença do observador pode aumentar a intensidade dos transtornos: certas observações atestam seu desaparecimento mais ou menos completo na ausência de espectadores, pelo menos de espectadores familiares.

Em uma ótica finalista, as condutas histéricas do adolescente podem ser ordenadas segundo dois eixos essenciais: 1) as condutas histéricas como defesa dirigida essencialmente contra a sexualidade, em particular a masturbação e as fantasias sexuais: citaremos aqui as paralisias

motrizes das mãos, as alterações sensitivas, em particular as zonas de hipoestesia, de anestesia ou de hiperestesia, as sensações de micção imperiosa, certas manifestações psíquicas; 2) as condutas histéricas como entrave ao movimento de independência do adolescente: situaremos aqui as alterações da motricidade bastante comuns nessa idade, alterações que podem chegar até a invalidez: o adolescente torna-se totalmente dependente de sua família (paralisia na forma de paraplegia ou mais raramente de hemiplegia, transtorno da estática de tipo astasia-abasia). A invalidez pode levar até mesmo à necessidade de uma cadeira de rodas empurrada permanentemente por um dos genitores, em geral o do sexo oposto.

Esses dois eixos dão conta das duas principais significações que podem adquirir as conversões histéricas nos conflitos próprios ao adolescente: conflito de autonomia ligado às relações familiares e conflito de desejo ligado às pulsões sexuais.

O diagnóstico diferencial. – O diagnóstico diferencial mais clássico desde Charcot é o dos transtornos neurológicos de origem orgânica. Na maioria das vezes, o exame neurológico, por sua normalidade e principalmente pela discordância entre os indícios objetivos e as manifestações subjetivas, dá uma orientação imediata. Esse tipo de procedimento está sujeito a dois riscos: por um lado, a obstinação diagnóstica (isto é, a multiplicação de exames e de investigações complementares para obter uma certeza diagnóstica jamais alcançada), por outro lado, uma complacência e uma demanda sempre insistente por parte do adolescente e dos pais para realizar novos exames, um novo balanço... Essa demanda vai no sentido de um evitamento dos problemas psicológicos reais do próprio paciente e das interações familiares.

O diagnóstico de sintomas histéricos feito por certos médicos somáticos implica um outro risco: reconhecer a histeria significa quase sempre desconhecer o sofrimento do paciente. Esse desconhecimento é justamente o motivo mais ou menos consciente que justifica aos olhos desses últimos sua “obstinação diagnóstica”.

Na prática, dois diagnósticos diferenciais podem ser citados:

- as queixas hipocondríacas;
- os transtornos psicossomáticos.

Do lado das *queixas hipocondríacas*, a fronteira normalmente é muito fluida. A título de exemplo, no caso da “dor de barriga” (quer se trate de uma dor de tipo apendicular ou ovariana), em geral é muito difícil afirmar, com base apenas na clínica, se estamos no campo das queixas hipocondríacas ou no das manifestações histéricas. Apenas a investigação psicodinâmica e a avaliação dos mecanismos psíquicos de defesa podem dar um início de resposta. A associação de manifestações de tipo histérico e de uma patologia psicossomática foi descrita (Marty et al.) em particular no caso da asma. Aqui se coloca o problema daquilo que é chamado de “estrutura psicossomática”, definida pela existência de um “pensamento operatório”. Julgamos que é preciso limitar com rigor a utilização do termo psicossomático e não incluir nele a totalidade das manifestações somáticas com uma participação psíquica. Da mesma forma, o sintoma histérico é acompanhado de um conjunto de “defesas psíquicas mais ou menos específicas”.

Finalmente, deve se mencionar a *simulação*: o que importa aqui é o desejo de manipulação do corpo assim como do entorno. O prazer de causar angústia, de derrotar tanto os pais quanto os médicos, é amplamente predominante. A diferença essencial com relação à histeria é que esse prazer e esse desejo são conscientes na simulação, enquanto que na histeria são inconscientes.

Significação psicopatológica. – A significação psicopatológica dos sintomas histéricos, em particular das conversões, está longe de ser unívoca nessa idade particular. De fato, a conversão constitui muitas vezes um sintoma sobredeterminado cujo próprio mecanismo é variável; ele se situa no cruzamento dos processos mentais e dos processos de somatização. Além disso, suas relações com uma organização estrutural, quer se trate de uma neurose, de um estado-limite ou mesmo de uma psicose, estão longe de ser unívocas. “É difícil sustentar a ligação entre um fenômeno de conversão e uma estrutura subjacente tipicamente histérica” (Cramer, 1977).

Mecanismos psicopatológicos ligados aos sintomas histéricos na adolescência. – Mais

do que em qualquer outra idade, o duplo mecanismo de apropriação de seu próprio corpo pelo adolescente, mas ao mesmo tempo de um corpo em mudança, explica os múltiplos mecanismos psíquicos de defesa utilizados eventualmente. Esses mecanismos podem ser agrupados esquematicamente segundo três grandes tipos: 1) os mecanismos psíquicos clássicos: recalque e conversão; 2) os mecanismos psíquicos ligados aos processos de clivagem e de somatização; 3) os mecanismos ligados à interação entre o adolescente e seu entorno, onde o corpo se torna objeto transicional e/ou transacional dessa relação.

É óbvio que esses diversos mecanismos que distinguimos aqui por interesse didático muitas vezes aparecem conjugados no mesmo paciente, o que explica, como já dissemos, a habitual sobredeterminação do sintoma.

– *Os mecanismos típicos das manifestações histéricas:* não vamos insistir aqui nessa significação clássica, apresentando-a apenas em linhas gerais. Em face do conflito psíquico, em particular o conflito entre o desejo sexual e a proibição do superego, o primeiro movimento consiste em um recalque do movimento pulsional proibido. Realizado esse recalque, a energia pulsional libidinal é transformada em “energia de enervação”. Esse mecanismo de conversão especifica o próprio sintoma e lhe dá seu nome. Essas hipóteses psicopatológicas foram lançadas por Freud, em particular no estudo do caso de Dora. A nova intensidade das emoções sexuais, os temores fantasiosos despertados pela masturbação suscitam uma exacerbação das defesas e dos contra-investimentos: o sintoma de conversão constitui uma muralha contra a ameaça de retorno do recalcado. Mas esse conflito de natureza genital edipiana geralmente constitui apenas um primeiro nível. O conflito ligado à identidade sexual, as incertezas projetadas na imagem do corpo representam um segundo patamar.

– *Os sintomas histéricos ligados a mecanismos arcaicos de tipo clivagem e/ou somatização:* para alguns autores, o recalque não pode explicar por si só os diversos sintomas, em particular as conversões. Assim, para B. Cramer,

parece que a conversão se instala quando os modos habituais de recalque já não são suficientes para conter a emergência

pulsional. O que ocorre então é um fenômeno de projeção maciça das pulsões no corpo. Quando essa projeção ultrapassa um limiar crítico, o corpo é hiperlibidinizado, torna-se o receptáculo de toda a vida pulsional, e a partir de então a defesa se instala em forma de uma clivagem com o corpo.

Esse mecanismo de clivagem explicaria a “*belle indifférence*”: o adolescente histérico comporta-se como se o corpo fosse estranho, como se os sintomas não fossem seus. Nesse último caso, as conversões histéricas representam uma espécie de “atuação” ou pelo menos de “encenação” das pulsões no corpo: elas se aproximam em sua significação psicopatológica da passagem ao ato observada em outros adolescentes, em particular no caso da psicopatia. É preciso lembrar que certos autores efetivamente estabeleceram paralelos entre os dois quadros clínicos, da histeria e da psicopatia.

Seja como for, a utilização da clivagem é em si um elemento de gravidade, de um lado, porque traduz o transbordamento dos processos psíquicos mais elaborados e, de outro, porque constitui em si mesma um entrave à progressão desses mesmos processos psíquicos. O corpo corre o risco então de ser vivido como um objeto externo com angústias de despersonalização muito próximas. Observam-se esses temores com certa frequência no caso de sintomas histéricos graves. A existência de angústia de despersonalização, de dúvida sobre a identidade é acompanhada então, freqüentemente, de temores hipocondríacos que traduzem a projeção direta de fantasias agressivas no corpo. Nem sempre é fácil traçar a fronteira entre o sintoma histérico, portador da significação simbólica do conflito psíquico, e o sintoma hipocondríaco, lugar de projeção de angústias arcaicas.

– *As manifestações histéricas como modo de transação com o entorno*: não voltaremos aqui à importância bastante conhecida do ambiente no desenvolvimento da sintomatologia histérica. Contudo, é preciso assinalar a interferência entre a necessidade de apropriação e de autonomização de seu corpo pelo adolescente e o entrave que a conversão somática impõe a esse movimento. Como destacamos na descrição clínica, as conversões histéricas graves, em particular os comprometimentos da marcha,

sempre reforçam estreitamente as ligações de dependência entre o adolescente e seus pais. Certamente, todo sintoma pode ter a mesma função nessa idade. Mas, no caso da conversão, o sintoma constitui, por ele mesmo, um convite, um apelo a esse aumento de dependência. Não é raro constatar que os pais demonstram uma excessiva solicitude, facilitam e favorecem a regressão de seu adolescente. A delimitação entre o corpo de um dos genitores, em particular a mãe, e o do adolescente, nem sempre é clara: o corpo do adolescente parece ser o lugar privilegiado de projeção das pulsões agressivas ou libidinais de um dos genitores. Habitualmente, encontra-se esse tipo de relação já instalada desde a primeira infância: o corpo da criança, depois do adolescente, sempre constituiu o lugar privilegiado da interação mãe-filho, sem que se possa ter desenvolvido uma área transicional mais mentalizada. Essas projeções excessivas, quando são de natureza libidinal, podem favorecer um excesso de libidinização do corpo, e quando são de natureza agressiva ansiosa, podem favorecer um investimento agressivo do corpo (temor hipocondríaco, por exemplo). Graças à regressão e ao aumento da dependência em relação aos pais que eles causam, os sintomas histéricos podem constituir uma proteção em face das incertezas sobre os limites do corpo e das ameaças que decorrem disso.

Sintomas histéricos e estruturas psíquicas. – Como se pode antever a partir do estudo dos processos psíquicos subjacentes ao estabelecimento dos sintomas histéricos, a ligação entre estes e uma estrutura psíquica particular não é unívoca. Não detalharemos aqui as diversas estruturas no seio das quais esses sintomas podem ser observados, quer se trate da neurose ou ainda de certas formas de psicose na adolescência ou de estados-limite. No caso de uma organização neurótica, é clássico dizer que os sintomas histéricos do adolescente são quase sempre passageiros, transitórios. Em geral, eles têm um caráter mais agudo do que crônico, e não entravam sensivelmente a autonomia social do adolescente, ainda que provoquem um aumento da dependência afetiva: em outros termos, o adolescente mantém uma frequência escolar normal, mas se vê coagido a limitar ou a interromper suas atividades que são fontes de

prazer, como as atividades esportivas, culturais ou as saídas com os amigos.

Em compensação, no caso de uma estrutura mais arcaica (psicótica ou estrutura-limite), os entraves à vida social são mais significativos e duradouros.

Certamente, esses elementos puramente descritivos não são suficientes para fazer um diagnóstico estrutural, mas representam indicadores bastante válidos.

As condutas obsessivas. – O desmembramento nas classificações atuais da neurose obsessiva clássica (ou “neurose de coação”) em transtorno obsessivo compulsivo e personalidade obsessiva compulsiva decorre da constatação de que essas duas categorias diagnósticas são observadas e evoluem em parte independentemente uma da outra, ao contrário das hipóteses iniciais.

Se é raro observar uma personalidade obsessiva compulsiva antes da idade adulta – estima-se em 0,3% dos sujeitos entre 12 e 21 anos (Flament et al., 1990) –, os transtornos obsessivos compulsivos na adolescência são muito mais frequentes. Eles se caracterizam, assim como na criança e no adulto, por idéias, pensamentos, impulsos ou representações recorrentes e persistentes que se imiscuem na consciência do sujeito e são experimentados como absurdos, no que diz respeito às obsessões, e se apresentam sob a forma de comportamentos repetitivos direcionados a um objetivo e intencionais, desenvolvendo-se segundo certas regras de forma estereotipada em resposta a uma obsessão, no que diz respeito às compulsões.

Os temas sexuais, o medo da sujeira, a contaminação pelos micróbios e, mais recentemente, sobretudo pela aids, são as obsessões mais frequentemente encontradas na adolescência. As obsessões de ordem e de simetria são observadas em 17% das crianças e dos adolescentes. As compulsões mais frequentes são as compulsões de lavagem, que ocorrem particularmente nos adolescentes obcecados pelo asseio e pela contaminação. Recordemos que esses comportamentos obsessivos e compulsivos são frequentes em algumas anorexias mentais.

Porém, os adolescentes escondem por muito tempo essas condutas obsessivas e/ou com-

pulsivas, até mesmo de seus pais, quer essas condutas estejam em sintonia com o ego, quer sejam fonte de sofrimentos psíquicos.

Não desenvolveremos aqui a função psicopatológica das idéias obsessivas, que o leitor encontrará nos manuais de psicopatologia adulta. Assim como o adulto, o adolescente, por meio das idéias obsessivas e das compulsões, utiliza os mecanismos psíquicos de isolamento e de anulação para lutar contra o erotismo anal. Esse erotismo anal representa ele próprio uma fixação regressiva em uma pulsão parcial pré-genital e constitui uma defesa contra as pulsões sexuais. No plano genético desenvolvimental, pode-se dizer que a aparente maturidade do ego do adolescente lhe dá as armas necessárias para lutar contra as exigências pulsionais sentidas como perturbadoras, se não perigosas (hipótese de S. Freud no trabalho sobre a predisposição à neurose obsessiva).

Na realidade, esse patamar de defesas neuróticas criadas contra a pulsão sexual corresponde apenas a uma parte das condutas ditas obsessivas. Várias delas remetem a mecanismos muito mais arcaicos, em particular no caso de investimentos obsessivos em setores: nesses últimos casos, a conduta obsessiva parece remeter muito mais a uma tentativa de ritualização, que também corresponde a uma necessidade de contenção da psique e de manutenção de um sentimento de individualidade. Esses investimentos em setor equivalem na esfera psíquica às estereotipias na esfera comportamental: eles estão muito mais a serviço de uma tentativa de enquistamento de uma posição psicótica marcada pelas ameaças diversas de dissociação ou de explosão do que a serviço de defesas ligadas às pulsões genitais.

Essas constatações nos conduzem diretamente à perspectiva diagnóstica. Em termos estruturais, as condutas obsessivas estão longe de ser características de uma organização particular. Aliás, isso aproxima das observações feitas tanto na criança como no adulto. Podem-se observar condutas obsessivas seja nas organizações neuróticas, limites ou psicóticas. O diagnóstico estrutural, na medida em que é possível no adolescente, não repousa sobre a descrição semiológica dessas condutas, mas sobre uma tentativa de avaliar seu peso econômico e dinâmico na estrutura em processo de remanejo.

Processos de Mentalização e Estrutura Psíquica

No plano estrutural, já foi possível perceber, desde o início deste capítulo, que os processos de mentalização situam-se ao longo de um *continuum* que vai das estruturas psíquicas mais arcaicas às organizações de tipo neurótico. Mais ainda do que nas outras idades da vida, na adolescência deve-se evitar estabelecer uma equivalência muito direta entre sintoma de aparência neurótica (conversão histerica, conduta fóbica ou obsessiva) e estrutura neurótica. Na medida em que se define a função de “pensar” como o conjunto de processos cognitivos e de processos mentais de tomada de consciência ou de resistência à tomada de consciência dos afetos, das pulsões e das fantasias, os processos de mentalização testemunham em grande parte a implementação de processos secundários de pensamento segundo a definição de Freud. A excitação intelectual, libidinal ou agressiva deve ser canalizada, ligada, para que possa fluir de forma mais estável: o ímpeto pulsional do adolescente mostra a exacerbação das defesas psíquicas criadas contra esse ímpeto instintivo.

Pode-se dizer, muito sinteticamente, que em certos casos os processos de mentalização são colocados a serviço do desenvolvimento: o despertar da função cognitiva e o acesso a um pensamento formal com a infinita manipulação de categorias do possível estimulam o pensamento criativo do adolescente, mesmo que isso tenha de se operar ao custo de alguns arranjos defensivos. As condutas sintomáticas que aparecem não entravam o essencial do trabalho psíquico do adolescente.

Em outros casos, os processos de mentalização parecem incapazes de assegurar esse movimento progressivo. Se forem extremamente fracos, eles podem lançar o adolescente na invasão delirante que traduz a regressão aos processos primários de pensamento. Se forem parcialmente fracos, eles se enrijecem em um investimento puramente formal que parece então abandonado, com um funcionamento quase vazio e automático: temos o exemplo caricatural dos investimentos obsessivos em setor que acabam levando o adolescente a uma desrealização e a um isolamento autístico cada vez

maiores. Assim, em certos casos, o investimento dos processos de mentalização parece enrijecer-se e entravar a autonomização progressiva do indivíduo.

Há ainda alguns adolescentes nos quais esses processos de mentalização parecem suscetíveis de desmoronar a qualquer momento, incapazes de fazer face à menor tensão psíquica interna: esses bruscos enfraquecimentos no investimento dos processos de mentalização traduzem-se na clínica pela irrupção da passagem ao ato súbita ou por episódios de confusão ou de desrealização transitória (cf. Capítulo 11).

O CONCEITO DE NEUROSE

Dora, 18 anos, o homem dos lobos, 18 anos, Katharina, 18 anos: a adolescência contribui amplamente por meio dos escritos de Freud para as primeiras descobertas da psicanálise. Esses pacientes são apresentados por Freud como exemplos de neurose clínica, porém, hoje, a evolução constatada em alguns deles leva a crer que os pacientes eram muito menos “neuróticos” do que Freud pensou inicialmente: é o caso particularmente do homem dos lobos.

O *status* da neurose na adolescência precisa ser repensado. Para certos autores, esse *status* tende a seguir a mesma evolução que o da neurose na criança: situando-se em um eixo de reflexão ontogenética, esses autores, seguindo a linha de Freud, consideram que, de um lado, a neurose não deve entravar o movimento maturativo normal e, de outro, que as instâncias psíquicas devem ser suficientemente diferenciadas umas das outras para se poder falar de estrutura neurótica. Por essas razões, o diagnóstico de neurose na criança deve ser feito com circunspeção e com muito menos frequência do que se imagina à primeira vista. Isso conduz os autores a distinguir a neurose infantil como modelo de desenvolvimento e a neurose na criança como doença clínica (ver a esse respeito a discussão em *Enfance et psychopathologie*, p. 367). Segundo o mesmo modelo na adolescência, a neurose deve portanto preservar os remanejos psíquicos próprios à adolescência e necessita que o ideal do eu seja suficientemente distinto do superego (Blos, Laufer).

O outro ângulo de visão diz respeito ao lugar da neurose na patologia do adulto. De fato, hoje também se assiste ao seu questionamento no adulto, ao menos por alguns autores: a neurose tende a aparecer como uma espécie de “doença ideal”, uma doença da normalidade da qual seria preciso separar os quadros sintomáticos extremamente graves, que remeteriam, na realidade, a uma patologia dita “limite”. O campo da neurose torna-se com isso um campo em retração, que vai sendo abocanhado por todos os quadros semiológicos intermediários descritos atualmente (estado-limite, *borderline*, pré-psicose, etc.). Mais do que em qualquer outra idade da vida, a fraca correlação entre uma conduta sintomática e uma entidade nosográfica precisa, assim como a dificuldade de estabelecer um diagnóstico estrutural rigoroso, leva os autores a uma certa reserva no diagnóstico de neurose na adolescência. Essa prudência é reforçada pelos estudos catamnésicos: eles revelam de fato que os sintomas ditos neuróticos graves inserem-se posteriormente em organizações estruturais em geral mais próximas da psicose, ou pelo menos da caracteropatía grave, do que da franca neurose no adulto.

Hipóteses Teóricas

No estudo teórico da neurose na adolescência, distinguiremos dois tipos de posição que, em parte, se opõem. De fato, certos autores vêem na adolescência o momento privilegiado de constituição da neurose do adulto, o que se traduz na adolescência pelo surgimento de sintomas neuróticos. Outros autores, em uma perspectiva essencialmente ontogenética, atribuem um lugar restrito à neurose, segundo uma abordagem teórica similar à que se observa na criança.

A adolescência como estabelecimento da neurose. – Para Freud, a característica da adolescência é o acesso recém-adquirido ao prazer terminal, chamado também de prazer de satisfação. Esse prazer terminal é definido, sobretudo no homem, como a redução e mesmo o desaparecimento da tensão tanto física quanto psíquica que se segue à ejaculação. Essa nova maturidade sexual leva a um rearranjo das pulsões parciais próprias à criança: “há um novo objetivo sexual,

e todas as pulsões parciais cooperam para sua realização, enquanto que as zonas erógenas subordinam-se ao primado da zona genital”.

Assim, as pulsões parciais, orais ou anais, em particular, devem ser integradas à sexualidade genital. Elas fazem parte agora daquilo que Freud chama de “prazer preliminar”: trata-se da fase que precede o prazer terminal, fase em que se encontram ativadas as diversas pulsões parciais (carícia, beijo, olhar, etc.) que têm como papel essencial aumentar a tensão física e psíquica. A excitação das diversas zonas erógenas aumenta essa tensão e prepara o prazer terminal. Segundo Freud, no menino, o órgão pelo qual é obtido o prazer terminal é o pênis: trata-se de uma zona erógena já investida durante a infância. Já na menina, a zona erógena da infância é o clitóris; nela, o acesso à maturidade sexual é marcado por uma mudança de zona erógena principal, pois a zona clitoridiana deve ser abandonada em proveito da zona erógena vaginal. Voltaremos à importância dessa mudança de zona erógena na mulher.

Além dessa explicação que utiliza um modelo fisiológico, e às vezes quase mecânico, a adolescência caracteriza-se também por uma nova escolha de objeto sexual: até então a libido de objeto estava fixada no genitor do sexo oposto, o que alimentava um sentimento terno por esse genitor. O adolescente tem de encontrar um outro objeto para sua libido, na medida em que sua maturidade sexual o proíbe de focalizar na imagem parental fantasias e desejos incestuosos. Normalmente, as primeiras escolhas amorosas do adolescente serão feitas escorando-se nos primeiros objetos de amor infantil:

O que leva um jovem a escolher para os seus primeiros amores uma mulher madura e uma jovem a amar um homem bem mais velho é, sem dúvida nenhuma, uma repercussão da fase inicial. Essas pessoas reavivam neles a imagem da mãe ou do pai. Pode-se admitir que, em geral, a escolha do objeto se faz escorando-se mais livremente nesses dois modelos.

Contudo, é preciso fazer uma mudança de objeto, mesmo que, como assinala Freud, essa mudança seja presidida por um paradoxo, pois “encontrar o objeto sexual nada mais é, no fim das contas, do que reencontrá-lo”. Esse movi-

mento indica, de um lado, o escoramento do objeto sexual no objeto libidinal infantil, mas, de outro, a necessidade de uma perda: só se pode “reencontrar” um objeto depois de tê-lo previamente perdido. Esse tempo da perda, que Freud situa no momento do período de latência, talvez corresponda melhor àquilo que se descreve agora como a pré-adolescência ou primeira adolescência (A. Freud, Haim, etc.).

A partir dessa breve descrição da adolescência, a origem da neurose pode situar-se em diversos pontos conflituosos. São dois no caso do menino, aos quais se acrescenta um terceiro no caso da menina. Eles estão na origem de dificuldades neuróticas como inibições sexuais ou neuroses histéricas. Freud descreve inicialmente o papel patógeno que os pontos de fixação podem ter no nível das pulsões parciais: o prazer preliminar corre o risco de ser excessivo, o que entrava a possibilidade de ter acesso ao prazer terminal. Assim, a fixação em uma zona erógena muito fortemente ligada a uma pulsão parcial constitui a origem possível de dificuldades neuróticas.

A necessidade para a libido de mudar de objeto representa uma outra fonte de dificuldade: “uma parte dos transtornos neuróticos se explica pela incapacidade do adolescente de mudar de objeto”. Isso se observa em particular quando a ligação com o primeiro objeto de amor é extremamente intensa, ou quando o novo objeto de amor apresenta traços que o aproximam demais do objeto de amor infantil. Essa última eventualidade exacerba os temores de uma relação incestuosa. Produz-se então um forte recalque, e mesmo uma negação da sexualidade: “no caso da psicose, a atividade psicosexual de busca do objeto permanece no inconsciente depois de uma negação da sexualidade... Podemos demonstrar com certeza que o mecanismo da doença consiste em um retorno da libido às pessoas amadas durante a infância”.

Na menina, a esses dois movimentos que são fonte de conflito neurótico acrescenta-se um terceiro, de acordo com Freud: a necessidade de mudar de zona erógena, fonte de prazer terminal. Essa passagem da zona erógena clitoridiana, onde se localiza a sexualidade infantil na menina pequena, à zona erógena vaginal, própria da sexualidade feminina adulta, não se faz sem dificuldade; ela constitui, segundo Freud, uma das causas da predisposição à histeria.

Para resumir, pode-se dizer que a adolescência, mesmo que não seja explicitamente nomeada como tal por Freud, representa um momento privilegiado de organização ou de estabelecimento de transtorno neurótico. O surgimento da dificuldade neurótica explica-se pelos remanejos físicos e psíquicos desse período: 1) emergência da maturidade sexual e acesso ao prazer terminal; 2) necessidade para a libido de mudar de objeto. Vale destacar que Freud se refere essencialmente ao complexo de Édipo positivo, isto é, à relação afetiva entre o adolescente e o genitor do sexo oposto, e quase não faz menção à posição edipiana invertida, posição que parece ocupar um lugar cada vez mais importante nas elaborações teóricas de autores contemporâneos (Blos, Jeammet).

Lebovici situa-se na mesma linha teórica, e também considera que a adolescência é a idade privilegiada do estabelecimento de uma organização neurótica. Contudo, esse autor se demarca em relação ao problema da neurose na criança, realidade clínica que ele não nega completamente, mas que lhe parece pouco frequente. Essa neurose clínica na criança opõe-se ao modelo da neurose infantil que permite compreender a organização da neurose de transferência. A adolescência representa um dos momentos privilegiados em que se pode estabelecer uma organização neurótica em razão da significação traumática “a posteriori” que a nova sexualidade do adolescente dá ao modelo da neurose infantil. Esse “a posteriori” mostra a possível estruturação de uma neurose na adolescência: o “a posteriori” que une a neurose de transferência à neurose infantil é o processo de sexualização, historicamente datado da adolescência, organizado nas representações transferenciais (Lebovici, 1979).

Laplanche e Pontalis definem da seguinte maneira o “a posteriori”: “termo frequentemente empregado por Freud com relação à sua concepção da temporalidade e da causalidade psíquica: experiências, impressões, traços mnésicos modificam-se posteriormente em função de novas experiências, do acesso a um outro grau de desenvolvimento. Assim, elas podem adquirir, não apenas um novo sentido, mas também uma eficácia psíquica”. O adolescente tem acesso, em razão mesmo de sua maturidade sexual, a um outro grau de desenvolvimento; esse novo grau dá uma significação nova, eventualmente

traumática, às experiências antigas, aos traços mnésicos infantis, que constituem a filigrana da neurose infantil.

Poderíamos, segundo esse ponto de vista, sugerir uma metáfora: o “a posteriori” na adolescência representa o trabalho de “desenvolvimento” da película fotográfica na qual está impressa a foto tirada na infância. Todos sabem que a qualidade da fotografia definitiva depende em grande parte da qualidade do trabalho do laboratório. Assim, o “a posteriori” vem amplificar, exacerbar e revelar, ou, ao contrário, atenuar, embaciar, manter na sombra as experiências da primeira infância. Outros autores não utilizam explicitamente a noção de “a posteriori”, mas referem-se implicitamente a ela: assim, para Bergeret, a adolescência assemelha-se a um momento de perturbação estrutural transitória, ao final do qual a organização neurótica estará definitivamente estabilizada. Spiegel (citado por Blos) propõe uma equivalência entre o conceito de neurose atual e a adolescência: “uma parte da sintomatologia da adolescência pode ser considerada como as seqüelas diretas dos sintomas neuróticos atuais, do fluxo pulsional, que o aparelho psíquico ainda imperfeito não é capaz de conter no início da adolescência”. Não se trata aqui, evidentemente, da neurose atual no sentido que Freud entendia inicialmente (isto é, dificuldades neuróticas diretamente ligadas à ausência ou à inadequação da satisfação sexual), ainda que essa definição primitiva não deixe de ter pertinência no início da adolescência, mas o maior interesse dessa terminologia está em centrar a atenção na atualidade do ímpeto pulsional e na incerteza evolutiva dos transtornos de tipo neurótico: ela insiste ainda na necessidade para o adolescente de encontrar uma resposta imediata, e mesmo urgente, graças às condutas sintomáticas, resposta ao aumento de tensão instintiva, à demanda pulsional. A utilização do termo “transtorno neurótico atual” também tem o interesse de pôr em relevo a temporalidade da conduta sintomática.

O questionamento da neurose na adolescência. – Ao contrário dos autores precedentes, muitos acreditam, sobretudo quando se situam em uma perspectiva desenvolvimental ontogenética, que a neurose ocupa um lugar restrito na adolescência, em primeiro lugar porque é difí-

cil nessa idade fazer um diagnóstico estrutural preciso, em segundo lugar porque a neurose não deve bloquear totalmente o próprio processo da adolescência, em terceiro lugar porque a neurose torna-se uma espécie de doença modelo de uma personalidade que chegou à sua maturidade.

A esse respeito, é caricatural a posição de Ladame, autor que adota um ponto de vista desenvolvimental próximo a Mahler e Blos:

A instalação de uma fobia ou de um sintoma obsessivo, ou mesmo de um sintoma de conversão, pode ser também a tradução de uma doença depressiva. Duvido bastante da natureza realmente neurótica (autenticamente induzida por um conflito intrapsíquico) de tais sintomas durante a adolescência. A desconfiança se impõe antes de se assegurar a idéia de que se trata de uma “personalidade neurótica”, pois não creio que uma tal organização seja possível antes do início da idade adulta. (Ladame, 1981)

De fato, para Ladame, numerosas manifestações sintomáticas no adolescente não traduzem um conflito interiorizado intrapsíquico, mas constituem a expressão de manobras projetivas sobre a cena familiar: os mecanismos de defesa que subentendem as condutas sintomáticas pertencem em geral ao registro arcaico (clivagem, identificação projetiva), mecanismos que confundem os limites do ego do adolescente e entram no processo de autonomização.

Sem ser tão incisiva, a opinião de um autor como Laufer não é muito diferente da de Ladame. De fato, Laufer considera que se pode falar de transtornos neuróticos unicamente se esses transtornos “preservam a capacidade de responder no todo ou em parte às exigências determinadas interiormente e exteriormente: o adolescente ainda se mostra capaz de um bom desempenho na escola ou no trabalho, mas suas aptidões diminuem. Ele sabe estabelecer a diferença entre o que se situa fora do eu e “as criações de seu espírito”. Retomando o conceito de linha de desenvolvimento proposto por A. Freud, Laufer fala de “neurose simples” quando o conflito interior não perturba a vida do adolescente, mas assiste-se a uma redução de suas funções. No plano sintomático, o registro do impedimento, da inibição (cf. item “A inibição”, neste capítulo) é predominante. No plano metapsicológico, essas dificuldades, segundo Laufer, estão diretamente

ligadas à incapacidade do adolescente de se livrar da ligação edipiana infantil: “Pensamos no adolescente para quem se revela difícil ou mesmo impossível modificar a natureza de suas relações com seus pais, e que atinge a idade adulta sem ter conseguido estabelecer uma outra relação de intimidade com quem quer que seja”. Na realidade, para Laufer, a maioria dos transtornos da adolescência é expressão de “um desmoronamento do processo de integração de um corpo que chegou à maturidade física e que fará parte da representação do eu”. Uma tal hipótese mostra que a maioria dos transtornos na adolescência situa-se essencialmente no eixo da auto-imagem, da constituição do indivíduo e, no fim das contas, do estabelecimento do narcisismo.

Concluiremos esta breve discussão teórica evocando os trabalhos de Blois (cf. p. 53). Para esse autor, a neurose, enquanto estrutura psíquica definitivamente organizada, só pode se estabelecer no final da adolescência. De fato, é preciso esperar a adolescência tardia para que o complexo de Édipo possa ser resolvido em sua totalidade, em particular o complexo de Édipo negativo. Blois é inteiramente categórico: “Afirmo aqui que a neurose infantil adquire a estrutura da neurose adulta definitiva *unicamente depois que* se produziu uma resolução patológica do complexo de Édipo negativo durante a adolescência tardia” (grifo do próprio autor). Em suma, os transtornos de tipo neurótico que aparecem na adolescência constituem apenas um “aquém” da neurose adulta, da mesma maneira que os transtornos transitórios e evolutivos próprios à neurose infantil. Assim como a resolução do complexo de Édipo positivo precede a entrada na fase de latência, “a resolução da face negativa [do complexo de Édipo] se produz normalmente durante a adolescência, ou, para ser mais preciso, no fim da adolescência, facilitando a passagem à idade adulta” (Blois, 1985). Desse ponto de vista, pode-se considerar que a grande maioria das condutas sintomáticas na adolescência, sobretudo no menino, traduz uma luta contra a passividade ligada à submissão inerente a essa posição edipiana negativa, mais do que uma luta contra a homossexualidade propriamente dita. Assim, a integração do par atividade-passividade representa um trabalho psíquico essencial: apenas a integração dessa componente passiva, e não a luta contra, garante o “desligamento libidinal” (Blois, 1985) em relação às imagens edipianas. O

Ideal do ego do adulto representará o herdeiro desse complexo edipiano negativo resolvido (cf. item “O lugar do Ideal do ego na adolescência”, no Capítulo 1).

Para concluir esse ponto de vista, pode-se dizer que, a partir do momento em que o conflito edipiano não é totalmente resolvido, antes do final da adolescência, é lógico, em uma perspectiva estrutural rigorosa, pôr em dúvida a existência de uma neurose típica antes dessa resolução, portanto, antes da idade adulta. De acordo com esse ponto de vista, durante a adolescência, como durante a infância, esses sintomas representam unicamente compromissos ou arranjos atuais e momentâneos, sem estar necessariamente ligados a uma linha estrutural precisa.

Conclusão. – Este breve capítulo sobre as abordagens teóricas da neurose na adolescência ilustra como a compreensão teórica desse período da vida, a compreensão de condutas sintomáticas e, sobretudo, as consequências sobre a abordagem terapêutica estão estreitamente ligadas. A partir das divergências pontuais segundo os autores, é possível lançar as seguintes proposições:

– Mais do que em qualquer outra idade da vida, a ligação entre uma conduta sintomática e uma estrutura psíquica é particularmente fraca na adolescência. Essa falta de correlação provém do fato de que, nessa idade, toda conduta é amplamente sobredeterminada. Sua compreensão remete sempre a eixos múltiplos: conflito edipiano direto e invertido, pré-edipiano, arcaico, conflito entre os investimentos libidinais e narcísicos, problemática da imagem do corpo, interação atual com o entorno, etc. Essa sobre-determinação obriga à prudência no estabelecimento de um diagnóstico estrutural.

– Parece-nos útil distinguir na adolescência, de um lado, os arranjos neuróticos que são de longe os mais frequentes e, de outro, alguns casos de neurose aparente constituída. O termo arranjo neurótico, a nosso ver, é interessante porque põe em relevo o aspecto temporário dessas condutas, sem prejudicar seu futuro em termos estruturais. A experiência clínica mostra que essas condutas neuróticas próprias à adolescência evoluem com o tempo: em geral elas se extinguem, desaparecem para dar lugar

no adulto a alguns traços de personalidade (personalidade dita fóbica e obsessiva, etc.), mais do que a uma verdadeira neurose.

As neuroses monossintomáticas graves do adolescente na realidade, têm um destino muito mais aberto, ilustrando inversamente a ausência de ligação entre sintomas neuróticos graves e uma estrutura neurótica. Algumas dessas neuroses acabam por se descompensar com o aparecimento de manifestações psicóticas francas. Assim, as obsessões-compulsões graves e invasivas na adolescência costumam evoluir, na ausência de uma abordagem terapêutica, para estados esquizofrênicos. Note-se também que essas neuroses obsessivas graves do adoles-

cente podem constituir uma espécie de cura ou de enquistamento de uma psicose infantil estabilizada (Lebovici). É importante, nesse caso, preservar o setor adaptativo à realidade, e não questionar demais os compromissos defensivos estabelecidos. Do mesmo modo, como vamos mostrar (cf. Capítulo 17), as fobias escolares graves no adolescente correm o risco de evoluir para estados de marginalização social, de delinquência, e mesmo de organizações perversas ou psicopáticas, mais do que para neuroses típicas.

Apenas em alguns casos, esses estados neuróticos graves do adolescente parecem manter-se inalterados durante a vida adulta ou, na melhor das hipóteses, evoluir em organizações caracteropáticas graves e cristalizadas.

REFERÊNCIAS

- ABE K. : Phobias and nervous symptoms in childhood and adolescence: persistence and associations. *British J. Psychiatry*, 1972, 120, 275-283.
- BLOS P. : The life cycle as indicated by the nature of the tranference in the psychoanalysis of adolescents. *Int. J. Psychoanal.*, 1980, 61, 145-151.
- BLOS P. : Fils et père. *Adolescence*, 1985, 3, 1, 21-42.
- BRACONNIER A. : Le syndrome de menace dépressive. *Neuropsychiatrie de l'Enfance*, 1981, 39, 8-9, 337-340.
- BREIER A., CHARNEY D.S., HENINGER G.R. : Major depression in patients with agoraphobia and panic disorder. *Arch. Gen. Psychiatry*, 1984, 41, 1129-1135.
- CANESTRARI R., MAGRI M.T., MUASCIANESI-PICARDI F. : L'image du corps chez l'adolescent. *Neuropsychiat. Enf. Adol.*, 1980, 28, 10-11, 511-519.
- CRAMER B. : Vicissitudes de l'investissement du corps : symptôme de conversion en période pubertaire. *Psychiat. Enf.*, 1977, 20, 1, 11-127.
- DIATKINE G. : Les obsessions chez l'enfant. *Confront. Psychiat. Spécia Éd.*, 1981, 21, 57-90.
- EBTINGER R., SICHEL J.P. : L'hypocondrie et le suicide chez l'adolescent. *Confront. Psychiat.*, Spécia Éd., 1971, 7, 81-101.
- FLAMENT M. : Épidémiologie du trouble obsessionnel et compulsif chez l'enfant et chez l'adolescent. *L'encéphale*, 1990, 16, 311-316.
- FRANCIS G., LAST C.G., STRAUSS C.C. : Expression of separation anxiety disorder: the role of age and gender. *Child Psychiatry and Human Development*, 1987, 182, 82-84.
- FREUD A. : *Le moi et les mécanismes de défense* (trad. A. BERMAN). PUF, Paris, 1975, 8^e éd.
- FREUD S. : *Inhibition, symptôme et angoisse* (trad. M. TORT). PUF, Paris, 1968, 2^e éd.
- FREUD S. : Les transformations de la puberté. In : *Trois essais sur la théorie de la sexualité* (1905). Trad. : B. REVERCHON-JOUE. Gallimard, Coll. Idées, 1962, Paris, p. 11-142.
- GUASCH G. PH. : *L'adolescent et son corps*. Édit. Universitaires, Paris, 1973, 1 Vol., 174 p.
- GREEN A. : Obsessions et psychonévrose obsessionnelles. *Encycl. méd. chir. : Psychiatrie*, Paris, 1965, 37370, A10- B10- C10- D10.
- HAYWARD C., KILLEN J.D., HAMMER L.D., LITT I.F., WILSON D.M., SIMMONDS B., TAYLOR C. : Pubertal stage and panic attack history in sixth and seventh grade girls. *Am. J. Psychiatry*, 1992, 149, 1239-1243.
- JALENQUES I., LACHAL C., COUDERT A.J. : *Les états anxieux de l'enfant*. Masson, Paris, 1992.
- KAGAN J., REZNICK J.S., WIDMAN N. : The physiology and psychology of behavioral inhibition in young children. *Child Devel.*, 1987, 58, 1459-1473.
- KAGAN J. : Galen's prophesy. *Basic Books*, New York, 1994.
- LADAME F. : Les troubles psychiques de l'adolescence et leur approche thérapeutique : implications entre théorie et pratique. *Ann. Med. Psychol.*, 1978, 136, 1, 49-67.
- LADAME F. : *Les tentatives de suicide des adolescents*. Masson, Paris, 1981, 1 Vol.

- LAPLANCHE J., PONTALIS J.B. : *Vocabulaire de la psychanalyse*. PUF, Paris, 1968, 1 vol.
- LAST C.G. : *Anxiety across the lifespan: a developmental perspective*. Springer Publishing Company, New York, 1993.
- LAUFER M. : *Troubles psychiques chez les adolescents*. Trad. : M. WALDBERG. Centurion Éd., Paris, 1979, 1 vol.
- LAUFER M. : The nature of adolescent pathology and the psychoanalytic process. *Psychoanal. Study Child*, 1978, 33, 307-322.
- LEBOVICI S. : *L'expérience du psychanalyste chez l'enfant et chez l'adulte devant le modèle de la névrose infantile et de la névrose de transfert*. Rapport au 39^e Congrès des Psychanalystes de langue française, Paris, 1979. *Rev. Fr. Psychanal.*
- LEBOVICI S., SOULE M. : *La connaissance de l'enfant par la psychanalyse*. PUF, Paris, 1972, 2^e éd., 631 p.
- MARKS I. : Blood injury phobia: a review. *Am. J. Psychiatry*, 1988, 145, 1207-1213.
- MOREAU D., WEISSMAN M. : Panic disorder in children and adolescents: a review. *Am. J. Psychiatry*, 1992, 149, 10, 1306-1314.
- MOUREN-SIMEONI M.C., VILA G., VERA L. : *Troubles anxieux de l'enfant et de l'adolescent*. Maloine, Paris, 1993.
- PINE D.S., COHEN P., GURLEY D., BROOK J., MA Y. : The risk for early-adulthood anxiety and depressive disorders in adolescents with anxiety and depressive disorders. *Arch. Gen. Psychiatry*, 1998, 55, 56-64.
- SCHONFELD W.A. : The body and the body-image in adolescence (p. 27-53). In: *Adolescence : Psychosocial perspectives* (G. CAPLAN, S. LEBOVICI, Éd.) Basic Books Inc., New York, 1969, 1 vol., 412 p.
- SHEEHAN D.V., SHEEHAN K.E., MINICHIELLO W.E. : Age of onset of phobic disorders : a reevaluation. *Compr. Psychiatry*, 1981, 22, 535-544.
- THYER B.A., PARIS R.J., CURTIS G.C., NESSE R.M., CAMERON O.G. : Ages of onset of DSM-III Anxiety Disorders. *Comp. Psychiatry*, 1985, 26, 113-122.
- TOMKIEWICZ S., FINDER J. : La dysmorphophobie de l'adolescent caractériel. *Rev. Neuropsychiat. Enf.*, 1967, 15, 12, 939-965.

○ Problema da Depressão

As variações de humor dos meninos e das meninas com idades entre 13 e 20 anos foram desprezadas e muitas vezes atribuídas ao processo normal de adolescência. Certamente, ao lado de verdadeiro “Episódio depressivo maior”, cuja prevalência é estimada em 2 a 8%, aumentando com a idade, constata-se em numerosos adolescentes um humor depressivo de intensidade variável, com uma frequência, segundo os autores, de 28 a 44% da população geral (Marcelli, Berthaut, 2001). Dos adolescentes que atravessam um verdadeiro período depressivo (EDM, Distímia, Transtorno Bipolar), dois terços não recebem cuidados médicos e/ou psicológicos. Porém, as consequências desses períodos depressivos são numerosas e às vezes graves. Elas estão na origem dos fracassos escolares, de transtornos de caráter, de condutas suicidas e, sobretudo, de condutas de dependência (Corcos et al., 2003). Além disso, em 20 anos, o número de adolescentes que apresentaram esses episódios depressivos teve um forte aumento, a ponto de ter sido considerado como um verdadeiro problema de saúde pública.

As meninas e os meninos não expressam sua depressão da mesma maneira. As primeiras manifestam esse mal-estar por suas preocupações com a imagem de seu corpo, com seu peso, com dores mais ou menos difusas que não preo-

cupam em um primeiro momento, mas cuja intensidade, persistência e, sobretudo, a atenção ao apelo implícito devem ser avaliadas muito particularmente. Os meninos revelam mais sua depressão de uma forma comportamental, agressiva, e assim descarregam sua tensão e o sofrimento que sentem com a imagem negativa que têm de si mesmos, dissimulada por uma aparente insolência ou por uma reação violenta que são apenas suas expressões manifestas.

A origem dessas depressões da adolescência não é unívoca. Se as vulnerabilidades neurobiológicas são incontestáveis, uma causa encontrada com muita frequência é constituída pelas situações familiares (luto, genitor deprimido, conflitos familiares, divórcio) ou existenciais (decepção sentimental, fracasso escolar, doença física).

Um outro fator é incontestavelmente a pressão cultural atual que leva certos jovens, nessa idade em que a esperança e a idealização são movimentos naturais, a viver o mundo como decepcionante, coercitivo demais ou inquietante em relação ao futuro.

Finalmente, a questão central continua sendo a articulação entre, de um lado, o processo de adolescência e suas vicissitudes em certos adolescentes, e, de outro, a organização intrapsíquica depressiva relativamente independente

das idades da vida. Alguns propõem que, ao lado dos arranjos da subjetivação (Cahn, 1998) ou arranjos da dependência (Jeammet e Corcos, 2001), o processo de adolescência caracteriza-se por arranjos específicos e ligados à idade da questão geral humana da depressividade, isto é, da manutenção do equilíbrio pessoal entre ilusão e decepção (Braconnier, 2003). Isso ajuda a compreender o interesse de aprofundar essa articulação em face de cada situação clínica.

REVISÃO GERAL: LUTO E DEPRESSÃO

Histórico

Em 1912, Karl Abraham estabelece um paralelo entre a angústia e a depressão. A depressão seria para o luto aquilo que a angústia é para o medo. A angústia neurótica é oriunda do recalque sexual, o que a diferencia do medo: “Da mesma maneira, distinguimos o sentimento de luto ou de desencorajamento da depressão neurótica devida ao recalque, isto é, determinada por motivos inconscientes” (Abraham, 1912). O luto é a emoção normal que corresponde à depressão.

Em 1917, Sigmund Freud propõe um outro paralelo entre os transtornos psíquicos narcísicos (em outros termos, as psicoses esquizofrênicas) e a melancolia. A melancolia seria para o luto o que o transtorno psíquico é para a psicologia do sonho: “Do mesmo modo que a psicologia dos sonhos nos permite compreender a sintomatologia dos transtornos psíquicos narcísicos, o estudo do luto deve nos permitir compreender a melancolia” (S. Freud, 1917).

Assim, a comparação entre o luto e a depressão é confirmada:

Nos dois casos, as circunstâncias desencadeantes, decorrentes da ação de acontecimentos da vida, também coincidem, como se vê claramente. O luto é regularmente a reação à perda de uma pessoa amada ou de uma abstração que a substitui, a pátria, a liberdade, um ideal, etc. A ação dos mesmos acontecimentos provoca melancolia, em vez de luto, em muitas pessoas, que, por esse motivo, supomos que possuam uma predisposição mórbida (*idem*).

Mas Freud explicitará pouco a pouco as diferenças entre o luto e a depressão (Lang, 1976):

1) O luto é normal, pois se prevê que será superado após um certo lapso de tempo. Portanto, é inoportuno e nocivo perturbá-lo.

2) O luto apresenta todos os sintomas da melancolia, salvo a diminuição do sentimento de auto-estima.

3) Além disso, na depressão, Freud proporá duas hipóteses complementares:

- A regressão narcísica. O sujeito que perdeu o objeto vai interiorizá-lo, vivê-lo como se esse objeto fosse agora ele próprio.
- A ambivalência. O objeto perdido não era apenas um objeto de amor, mas também de ódio. Portanto, o sujeito vai atacar esse objeto interiorizado, vai poder detestá-lo; esse movimento assumirá a forma de auto-acusação, característica das depressões.

A Organização Depressiva de Base

Chegamos assim, pouco a pouco, à teoria de uma organização depressiva. S. Freud descreve oito pontos. Abraham acrescenta cinco.

Os oito pontos de Freud:

- 1) a perda de objeto;
- 2) o desejo de incorporar o objeto. Tendência natural da vida libidinal desses sujeitos;
- 3) a tendência narcísica;
- 4) a parte do eu desvalorizada é a réplica interior do objeto perdido;
- 5) a depreciação do eu (diferentemente do luto);
- 6) a ambivalência;
- 7) a auto-agressão;
- 8) aquele que acusa é um poder moral (Superego).

Os cinco pontos de Abraham acrescentados a esses:

- 1) a constitucionalidade;

2) a predisposição durante a infância. É preciso que a criança tenha vivido um sentimento doloroso;

3) um outro aspecto da personalidade pré-depressiva é a relação ambivalente na forma anal: eu o possuo, eu não o largo mais, e eu tenho prazer de destruí-lo;

4) o futuro deprimido mantém um tal tipo de relação, depois retorna à fixação oral: absorção para tentar conservar o objeto;

5) o herdeiro do objeto desaparecido pode ser o Superego e não o ego, e o objeto é interiorizado em forma de uma instância que condena.

Os Diferentes Componentes da Depressão

A partir de 1925, a maior parte dos autores dividiu-se em duas tendências:

– Ou o modelo proposto por Freud ou Abraham é mantido quase integralmente.

– Ou se enfatiza esta ou aquela dimensão para explicar melhor diferentes formas de depressão e, sobretudo, sua etiopatogenia; assim, pode-se enfatizar a perda da auto-estima; a depressão “define-se pela autodesvalorização, pela autodepreciação dolorosa, é desprovida de idéia consciente de culpabilidade; a pessoa é incapaz de fazer o mal, pois é incapaz de fazer qualquer coisa...” (Pasche, 1969). A origem da depressão estaria, portanto, nas dificuldades encontradas pela criança de elaborar o Ideal do ego primitivo, ou seja, “a realidade lhe oferece amor suficiente para que ela encontre compensações objetivas ao rebaixamento de suas ambições narcísicas”.

– Ou se enfatiza uma concepção psicogênica ou desenvolvimental. Em 1934, M. Klein introduz a noção de posição depressiva infantil, que é uma etapa inevitável ao longo do desenvolvimento da primeira infância. Conforme a maneira como a criança atravessa essa posição, ela estará mais ou menos exposta à depressão no futuro (cf. *Enfance et psychopathologie*). Em uma concepção desenvolvimental diferente, Mahler mostra como a reatividade depressiva do indivíduo está ligada às vicissitudes da fase de separação-individuação que essa psicanalista dedicou-se a descrever.

À concepção de M. Klein é preciso opor a de J. Bowlby, para quem a depressão infantil é um acidente do desenvolvimento secundário a um acontecimento externo. Isso nos aproxima da comparação entre o luto e a depressão. Mas aqui, ao contrário de Abraham ou Freud, Bolby atribui toda a depressão à perda do objeto externo e à perda da auto-estima; não há lugar para a agressividade. A depressão se afasta de uma estrutura psicopatológica para se aproximar de um afeto de base, núcleo quase biológico da depressão.

Prosseguindo nessa linha, o psicanalista Engel desenvolveu a seguinte teoria: a angústia e a depressão são respostas fundamentais de origem inata e modos de respostas imediatas do homem em face do perigo. Elas são observadas em certas espécies animais. São universais no homem e ocorrem precocemente na cria humana. A importância dos fatores inatos e dos fatores ambientais é fundamental aqui em detrimento da experiência subjetiva do sujeito. Sandler e Joffe situam-se na mesma linha, insistindo, entretanto, na fraqueza do Ego, que reconheceria por meio da depressão sua impotência em relação às próprias aspirações. O aumento das tentativas de suicídio e de depressões em nossas sociedades ocidentais após a Segunda Guerra Mundial explica-se assim pelo conflito entre a necessidade inata das ligações de apego e a multiplicidade recente de situações de separação e de ruptura em nossas sociedades que valorizam a independência e a autonomia e fragilizam o Ego do sujeito. G. Klerman, que levanta essa hipótese, assinala, porém, os limites do apego a um objeto externo. De fato, essas situações não são fonte sistemática de depressão e, inversamente, não são encontradas em todas as depressões. Além disso, elas podem estar na origem de outros estados psicopatológicos.

No total, três grandes componentes são encontrados na conduta depressiva (Widlöcher, 1973):

– a perda do objeto e os avatares da componente narcísica da personalidade;

– o que se opera em torno da agressividade, da destruição e da ambivalência;

– finalmente, o afeto depressivo de base que, no nível do comportamento, manifesta-se por um retraimento, por uma inibição ou por uma lentidão.

Essa síntese nos permitirá compreender melhor as razões da frequência de questões psicológicas e psicopatológicas relacionadas ao luto e à depressão na adolescência.

A ADOLESCÊNCIA: LUTO OU DEPRESSÃO

A adolescência como etapa de desenvolvimento de todo indivíduo é descrita frequentemente em termos que se aplicariam tão bem à descrição de uma depressão como de uma luta contra a depressão. Falando da adolescência, é comum mencionar-se a tristeza, a agitação, a cólera. Acabamos de percorrer os diversos aspectos psíquicos da depressão: luto e perda do objeto, retraimento narcísico e fixação oral, ambivalência e agressividade e, finalmente, afeto depressivo de base e seu corolário comportamental, a inibição ou a lentidão. A presença mais ou menos intensa desses aspectos ao longo do processo normal do desenvolvimento do adolescente representa incontestavelmente um argumento em favor da hipótese de que não existe adolescência sem depressividade.

Separação. Ruptura das Ligações. Perda

Esses termos não são equivalentes, pois a separação remete a uma situação em que a perda não é consumada, a ruptura de ligações a uma situação de vertente traumática e a perda de objeto a uma situação em que o objeto jamais voltará a existir como antes na realidade. Contudo, a frequência de sua associação na adolescência não precisa mais ser demonstrada. Uma das manifestações concretas da adolescência é a separação do meio familiar, tanto no nível do local de vida quanto das pessoas do entorno. Assim como os amigos, as atividades sociais escolares ou profissionais, os tipos de lazeres modificam-se ao sabor das circunstâncias, das obrigações e dos projetos de futuro. A maioria dessas separações é feita em benefício de novos encontros, de novos interesses e de novos objetivos. Mas, por ocasião dessas separações, rompem-se vínculos de afeto

profundos e antigos; nessa aventura, perda de objeto e perda narcísica rondam o adolescente a todo instante, de forma alternada e às vezes simultânea (Haim, 1970). Podemos resumir essas perdas em quatro níveis.

No nível do corpo. – O adolescente perde a relativa quietude da infância. Em certos momentos, é difícil contrabalançar as bruscas modificações corporais, o déficit instrumental transitório e os “aborrecimentos” fisiológicos com as potencialidades nascentes e o acesso a novos prazeres.

No nível dos pais. – O adolescente deve realizar uma série de lutos. O primeiro é o da “mãe-refúgio”, que traz consigo o luto do estado de bem-estar ideal da união com a mãe. Por outro lado, há o luto de objetos edipianos, tanto mais difícil de superar quando se faz em presença da pessoa real dos pais.

Não se trata mais, como na entrada na latência, de recalcar no inconsciente o amor pelo objeto edipiano e de interiorizar a proibição do rival, ao mesmo tempo em que permanece dependente das imagens parentais e da relação com os pais. Trata-se de fazer o luto do investimento edipiano e da dependência dos pais, organizando simultaneamente um novo modo de relação tanto interna quanto externa com eles. (Gedance et al., 1977)

Enquanto o luto da “mãe-refúgio” aparece no início da adolescência, esse novo luto ocorre na segunda fase da adolescência.

No nível do grupo. – No que se refere à ordem social e cultural, o adolescente deixa o grupo familiar e as pessoas próximas da família para entrar no grupo de iguais e dos adultos, às vezes distante do grupo familiar quanto à idade, aos ideais, às aspirações socioculturais, às condições socioeconômicas e aos meios de existência.

No nível do eu, de seus movimentos e de suas formações psíquicas. – O despertar e o remanejo das posições infantis associadas à emergência de novos investimentos obrigam o adolescente a fazer escolhas que, independentemente de quais sejam, fazem-no sofrer uma perda. Do mesmo modo, na ambivalência fun-

damental que marca cada um de seus investimentos objetivos e narcísicos, ele deve fazer escolhas o tempo todo, que são igualmente fonte de perdas. Por exemplo, na sua sexualidade, o adolescente tenta orientar-se através de diversas possibilidades para uma escolha de objetos novos, e deve fazer então o luto da bissexualidade vivida até agora como potencial. Esse luto da bissexualidade caracterizaria a última fase da adolescência. No nível das formações psíquicas, as remodelagens do Ego, do Superego e do Ideal do Ego são sentidas como perdas. Em alguns momentos, o adolescente não reconhece seu Ego: ele tem a sensação de que o perdeu. O mesmo processo, igualmente penoso, ocorre com relação ao Superego: o adolescente sabe de fato que deve remodelar uma moral pessoal e libertar-se de uma moral recebida e sofrida, mas que é uma parte essencial dele mesmo. Finalmente, no nível do seu Ideal do Ego, institui-se um duplo confronto permanente: de um lado, entre a realidade e a megalomania, de outro, entre o Ideal parental que o adolescente é levado a desinvestir e a imagem de objeto ideal perfeito preenchendo o vazio deixado pelo ideal parental e que, por sua vez, não tardará a revelar-se decepcionante.

Regressão Narcísica

“De fato, na medida em que o adolescente se separa de seus objetos de amor infantil, ele atravessa um longo período em que as preocupações e os objetivos narcísicos são temporariamente privilegiados em detrimento de tendências verdadeiramente orientadas para os objetos” (Jacobson, 1964). A intensificação desse narcisismo abre caminho a um movimento regressivo. Vimos anteriormente que não havia depressão sem regressão narcísica. Essa regressão é igualmente uma componente potencial do processo da adolescência. Pode estar na origem de sentimentos de vergonha, de inferioridade, de perda da auto-estima em certos adolescentes. A distância entre o que eles são e o que querem ser abala sua auto-estima. Mas esses sentimentos de vergonha também podem estar na base de uma compulsão à vingança, de uma raiva narcísica, origem de comportamentos agressivos contra os outros e contra si mesmo.

Agressividade e Ambivalência

A agressividade na adolescência pode ter origem nessa raiva narcísica de que falamos há pouco. Como assinala Kohut, ela se volta ou contra o self-corporal, produzindo doenças psicossomáticas, ou contra o self-objeto: é a depressão destrutiva que pode levar até a autodes-truição.

Essa agressividade pode ser percebida igualmente em relação à reativação das pulsões pré-genitais, que voltam a ganhar atualidade na adolescência. A reativação das pulsões agressivas orais e anais interessa-nos particularmente aqui. Recordemos que elas são um componente fundamental da “estrutura depressiva de base” em todo indivíduo deprimido. Nessa reativação, associam-se a ambivalência e as fantasias de incorporação, com todas as vicissitudes que acompanham esse tipo de relação de objeto, em particular a auto-agressividade e a tendência à morte. “Se na fantasia do primeiro crescimento existe morte, na da adolescência existe assassinato. Mesmo que no momento da puberdade o crescimento ocorra sem maiores crises, podem surgir problemas agudos de arranjo, porque crescer significa tomar o lugar do genitor, e é exatamente isso que se passa. Na fantasia, crescer é um ato agressivo por natureza” (Winnicott, 1971).

O Afeto Depressivo de Base

O isolamento, o retraimento e a lentidão associados a atividades reduzidas ao mínimo, como também os acessos de pessimismo, não são raros no adolescente. Essas atitudes remetem ao que se descreveu anteriormente no modo de resposta do homem ao perigo, em particular ao perigo de ruptura de ligações de apego, e portanto ao afeto depressivo de base. Entretanto, é preciso especificar as formas particulares daquilo que poderia evocar na adolescência esse afeto depressivo de base.

O humor depressivo. – O humor depressivo é “um olhar depreciativo dirigido a si mesmo e que vem colorir de desprazer as representações, as atividades e os afetos” (Hollande, 1976). Esse

humor depressivo é encontrado com frequência no adolescente. Mas não é constante, visto que, nessa idade, os permanentes “saltos de humor” são muito mais característicos do que um humor estável e contínuo, seja ele qual for. Ainda assim, esse humor depressivo representa uma ameaça, pois, embora seja considerado em geral como um momento depressivo, ele também pode ser um sinal de alerta em face de uma perda de auto-estima. Se essa perda de auto-estima se agrava, se a hemorragia narcísica se acentua, o sujeito cai na depressão que, uma vez constituída, tende a se agravar. O prognóstico do humor depressivo do adolescente é muito menos sombrio; sendo intermitente, ele normalmente se dissipa com o surgimento de um movimento inverso ligado a um ideal do ego sobressalente exteriorizado em uma ação, em uma ideologia, em um grupo ou em um indivíduo. Vale assinalar que, para alguns, o humor depressivo, qualquer que seja a idade em que se manifesta, representa muito mais um sinal de alerta do que o sinal de uma efetiva mudança de estrutura, e nisso se diferencia da tristeza do deprimido: ele é suscetível de represar o movimento depressivo nascente por um mecanismo de desligamento, é um sinal de alerta seguido de uma tentativa de domínio.

O tédio. – Monotonia, falta de interesse e cansaço são expressões que remetem ao tédio. Esse sentimento é acompanhado ainda da sensação de que o tempo demora muito a passar. “O tédio caracteriza-se por uma expectativa vaga de alguma coisa e por uma incapacidade de suportar essa expectativa” (Clancier, 1977). Encontra-se o tédio em todas as idades da vida, mas o modelo desse estado, a nosso ver, é o adolescente, que fica horas no quarto diante de seu trabalho, ou em um bar diante de uma bebida, e não consegue tomar a iniciativa de se mexer ou de agir. O tédio é acompanhado quase sempre de inibição, inibição de afetos, inibição motora, inibição intelectual. O tédio parece ser um anteparo aos conflitos internos, às fantasias angustiantes. Muitas vezes parece ser o representante de um estado depressivo mais ou menos latente ou profundo. Para muitos psicanalistas, o tédio corresponde a uma erotização do sentimento da duração, a um domínio anal do tempo. Durante o tratamento psicanalítico, o tédio costuma ser utilizado para impedir o surgimento de um

momento depressivo e, nesse sentido, o tédio pode ser considerado como uma defesa contra a depressão.

A morosidade. – A morosidade é um aspecto particular que pode ser evocado na clínica de estados depressivos, de um lado, e na adolescência, de outro:

Não encontramos outra palavra para definir esse estado particular em certos adolescentes, que não é a depressão, com seu caráter de angústia, de inibição formal, de culpabilidade expressada, etc., e que não é a psicose [...]. É um estado que manifesta mais uma recusa de investir o mundo dos objetos, dos seres [...] Nada serve para nada, o mundo é vazio. Essas fórmulas poderiam parecer depressivas, mas elas não se integram no quadro de humor. Elas são compatíveis com uma energia aparentemente conservada. Hoje elas são extremamente frequentes (Mâle, 1971).

Esse autor explicita claramente que, embora isso seja característico de muitos adolescentes, não é um sinal de depressão. Porém, encontramos aqui no limite de uma conduta psicopatológica.

Conclusão

O estudo das diferentes linhas psicodinâmicas do processo normal da adolescência permite abordar com mais profundidade a questão colocada inicialmente: “adolescência: luto ou depressão?”

Com relação ao luto, o trabalho da adolescência se diferencia no sentido de que as perdas nesse caso são múltiplas e simultâneas, de que o Ego está enfraquecido, de que a alteração da auto-estima é frequente e de que o trabalho é mais complexo, mais rico e responde a significações e a determinações bastante diversas, mas, sobretudo, de que uma parte de suas perdas não é sofrida, e é até mesmo desejada (Braconnier, 1995).

Com relação à depressão, o trabalho da adolescência se diferencia no sentido de que a duração é mais longa, de que se trata de um verdadeiro trabalho psíquico com seus movi-

mentos progressivos e regressivos, de que a quantidade de energia é maior e, sobretudo, de que persistem possibilidades dinâmicas, enquanto que o deprimido se mantém imóvel diante dos restos de sua felicidade perdida. O adolescente (como o enlutado) realiza um trabalho que o levará para longe da situação dolorosa. Para Haim, “a diferença essencial entre a depressão e a adolescência é de ordem dinâmica”.

Além disso, as manifestações afetivas, humor depressivo, tédio e mesmo morosidade, muito comuns nos adolescentes, aparentemente são consideradas, seja qual for a idade, mais como um sinal de alerta ou de defesas em face da depressão do que como estados depressivos propriamente ditos.

Desse modo, apesar dos traços comuns incontestáveis, seria excessivamente simplificador identificar a adolescência, considerada como etapa do desenvolvimento de todo indivíduo, ao luto e à depressão. Para numerosos autores, a adolescência oscila de fato entre duas posições: em um pólo, a experiência de perda e, portanto, o estabelecimento de um trabalho de luto; em outro pólo, o perigo potencial, sobretudo em razão da gravidade das regressões narcísicas, de um estado depressivo clinicamente demarcável.

A ênfase será dada, portanto, não mais a uma análise fina de uma “depressão-adolescência”, mas ao estudo de manifestações características da adolescência, e que protegem contra o perigo potencial. “Assim, na adolescência, oscilamos incessantemente entre a depressividade não patológica, crise organizativa e a periculosidade incontestável que ela representa” (Vaneck, 1978).

CLÍNICA

Como no caso da criança, a semiologia da depressão do adolescente é variada. Essa variação corresponde principalmente às grandes divergências de pontos de vista entre os clínicos. Não voltaremos ao problema dos elementos depressivos presentes ou não em todo adolescente, mas abordaremos apenas os aspectos claramente psicopatológicos.

Dados Epidemiológicos

Segundo os clínicos, hoje, se encontram esquematicamente duas posições:

- 1) Na adolescência, a depressão manifesta-se quase sempre de forma mascarada.
- 2) A depressão, inclusive em sua forma bipolar, é muito menos rara do que se constata habitualmente.

A primeira posição é sustentada por autores para os quais a depressão não é rara na adolescência em comparação com outras doenças psiquiátricas bem determinadas, mas nessa idade se expressa essencialmente em forma defensiva.

Muitas condutas patológicas aparentes do adolescente foram relacionadas a uma “depressão”. Esse problema aproxima-se das depressões mascaradas do adulto. A nosso ver, é preciso distinguir duas situações na adolescência:

– Aquela em que certas condutas ou certos sintomas são freqüentemente associados a uma depressão, mas aparecem em primeiro plano no cenário clínico (equivalentes depressivos). Embora os sinais depressivos estejam presentes, eles são menos visíveis. A atitude do clínico é buscá-los cuidadosamente.

– Aquela em que essas condutas e esses sintomas (equivalentes depressivos), assim como os sinais depressivos cuidadosamente buscados estão presentes, mas o adolescente se defende em face desses sinais que, em alguns casos, só aparecerão alguns anos mais tarde. Aqui, o termo equivalente é muito mais adequado.

A segunda posição sustenta a idéia de que a depressão em sua forma característica é muito mais freqüente na adolescência do que se costuma dizer. Além disso, vários autores assinalam que em 20 a 40% dos casos o transtorno bipolar do adulto começa de forma manifesta na adolescência, quando não na infância, e que há muito mais semelhanças do que diferenças entre a depressão do adulto e a depressão da criança ou do adolescente (Mc Cracken, 1992).

Essas diferentes posições traduzem a dificuldade de demarcar uma franca síndrome depressiva na adolescência. Será que isso signifi-

Quadro 9.1 Primeiro diagnóstico psiquiátrico estabelecido em percentagem

	Hospital geral			Hospital privado			Hospital psiquiátrico		
	18 anos	18-24 anos	25-64 anos	18 anos	18-24 anos	25-64 anos	18 anos	18-24 anos	25-64 anos
Depressões*	13,8	16,5	25,7	19	31,5	43	2,7	8,7	–
Esquizofrenia	19,9	44,7	38	15,1	29,9	17,2	17,7	40	–
Neurose	3,3	1,9	3	8,3	6,2	7	3,8	1,9	–
Transtornos da personalidade	11,7	14,5	6	6,7	10,5	3,4	10,4	13,1	–
Transtornos relacionais transitórios	19,2	5,9	3	29,6	6	2,6	54,3	3,2	–

* Incluindo depressão neurótica, depressão psicótica, psicose maníaco-depressiva.

Quadro 9.2 Equivalentes depressivos nos adolescentes

Autor	Sintomas
Toolan	Transtornos do comportamento (desobediência, falta na escola, cóleras, fuga), tédio, nervosismo, autodestrutividade (tendências masoquistas, predisposição aos acidentes).
Weiner	Cansaço, tédio, nervosismo, hipocondria, falta de concentração, busca de atenção, passagem ao ato, toxicomania, conduta sexual anárquica, formação de uma identidade negativa.
Glaser	Transtornos do comportamento, delinquência, fobia escolar, tendências neuróticas, queixas psicossomáticas.
Malmquist	Anorexia nervosa, obesidade, hipocondria, hiperatividade, passagem ao ato.
Bakwin	Agressividade, problemas escolares, instabilidade, passagem ao ato.

Extraído de Kovacs e Beck. Reproduzido por G. Carlson e M. Strober.

ca que sua existência é rara ou que os métodos de avaliação diferem segundo as equipes? Da nossa parte, penderíamos mais para a segunda hipótese. De fato, certas equipes são orientadas de antemão para um estudo do contexto etiológico ou de mecanismos psicopatológicos. Esse procedimento induz posições *a priori* que entravam o reconhecimento da síndrome depressiva, reconhecimento que repousa antes de tudo, a nosso ver, sobre a resposta depressiva de base, à qual se associam incontestavelmente etiologias e configurações psicopatológicas variadas. O estudo de D. Marcelli (1990) junto a uma população de adolescentes em consulta concretiza bem esse ponto de vista: 39,8% desses pacientes apresentavam uma queixa de natureza depressiva e/ou uma semiologia de depressão; mas se fossem considerados os critérios diagnósticos de episódio depressivo maior segundo o DSM-III-R, essa taxa cairia para 9,1% dos casos (6,8% de transtornos distímicos).

O Episódio Depressivo Maior (EDM)

Mais ou menos aparente, um EDM deve ser sistematicamente buscado diante de qualquer problema psicopatológico na adolescência.

Ele repousa sobre sinais característicos descritos no DSM e, em particular, o humor depressivo e/ou a irritabilidade, a diminuição acentuada do interesse e do prazer, dois sintomas presentes praticamente o dia todo e todos os dias.

De um ponto de vista sintomático, essa síndrome depressiva deve ser diferenciada da angústia e do luto. A angústia não é a depressão, mas pode estar associada a ela. A angústia é o medo de um perigo eminente impreciso que é acompanhado de reações neurovegetativas. O luto é uma dor moral como reação a uma perda, dor que é momentânea (*cf.* acima).

De um ponto de vista etiológico, essa síndrome depressiva constitui uma forma de so-

frimento mental na qual se encontram fatores inegavelmente de ordem biológica e fatores psicológicos. Para os primeiros, é tentador, no estágio atual de nossos conhecimentos, sustentar a hipótese de uma reação depressiva de base, cujo mecanismo estaria ligado a modificações bioquímicas não unívocas no nível do cérebro. Para os segundos, vale a pena desenvolver a abordagem psicopatológica.

Tratamos separadamente a conduta suicida, risco sempre presente na depressão, mas cujas ligações psicopatológicas com esta são complexas (cf. Capítulo 10).

Abordagem Psicopatológica: Os Diferentes Tipos de Depressão

A apresentação de diferentes tipos de depressão repousa aqui sobre uma compreensão psicopatológica do funcionamento psíquico do adolescente deprimido. Dependendo da predominância de uma das dimensões da depressão, distinguiremos a reação depressiva, a depressão de inferioridade, a depressão de abandono e a depressão melancólica.

A “síndrome de ameaça depressiva” (Braconnier, 1987). – O trabalho normal de separação, que é parte integrante do processo de adolescência, pode ser entravado em situações particulares (perda de um genitor, divórcio, “fracasso parental”). O surgimento então, mais ou menos brutal, de uma apreensão com relação ao futuro, ou mesmo de um terror intenso de ser sentir invadido pela tristeza, pela “fossa” e por idéias suicidas, levará o adolescente a sentir um estado de forte tensão psíquica e física que não desaparecerá espontaneamente. Ao contrário, de um estado ansioso e deprimível, o adolescente pode passar a um estado depressivo e mesmo francamente deprimido. A angústia é sempre a manifestação inicial no tempo e qualitativamente a mais ruidosa. Ela corresponde a uma luta do sujeito contra o perigo que parece ameaçá-lo. Pouco a pouco, no caso presente, essa luta parece mais ou menos penosa, surge a resposta depressiva, que por um momento se mistura à resposta ansiosa, para substituí-la progressivamente. Na maioria dos casos, esse esta-

do é passageiro, em razão do estabelecimento de novas relações ou do desenvolvimento de novos interesses. Essas reações ansioso-depressivas ocorrem mais na primeira parte da adolescência em sujeitos que, ao longo de seu período de latência e de sua pré-puberdade, apresentaram traços neuróticos fóbicos ou obsessivos, cuja intensidade e as manifestações sintomáticas ultrapassam o quadro do desenvolvimento neurótico habitual (Braconnier e Ferrari, 1976).

A depressão de inferioridade. – Esse tipo de depressão constitui uma forma característica durante a adolescência. A queda da auto-estima e o sentimento de inferioridade são comuns a toda depressão, qualquer que seja a idade. Mas as vicissitudes da auto-estima na adolescência tornam os sujeitos dessa idade particularmente vulneráveis a esse tipo de depressão. Ela se caracteriza por um conjunto de sentimentos ditos “de inferioridade” ligados a um âmbito particular, escolar ou físico, por exemplo, ou ao conjunto da personalidade. Esse sentimento quase sempre é acompanhado do sentimento de não ser amado ou apreciado e de um desinvestimento objetual que se traduz em um desinteresse pelo mundo exterior ou em uma busca no mundo exterior orientada para a comprovação de seu valor. Sem dúvida, estamos diante de uma problemática essencialmente narcísica, e o único conflito reside na impossibilidade para esses sujeitos de realizar as exigências ideais que eles se impõem. Essas exigências ideais geralmente assumem uma forma megalomaniaca, que também parece antepor-se a uma ameaça de perda de identidade (Ferrari e Braconnier, 1976). Do confronto com esse modelo de perfeição que constitui este ideal do Ego ao qual o Superego o compara, o Ego do adolescente desenvolverá sentimentos de inferioridade característicos dessa depressão. Isso não significa que os conflitos existentes se situem apenas no registro narcísico; pode haver, por exemplo, conflitos de culpabilidade, mas eles estarão no segundo plano.

A depressão de abandono. – Considerada por J. F. Masterson como a causa da síndrome *borderline*, a depressão de abandono logo é evocada em face de um adolescente cuja expressão sintomática é dominada pela passagem ao ato heteroagressiva ou auto-agressiva. Embora

nem todos os adolescentes que reagem essencialmente pela passagem ao ato apresentem esse tipo de depressão, uma atenção muito particular deveria ser dada aos adolescentes tendentes à passagem ao ato quando essa conduta é impedida por uma razão qualquer. De fato, nesse momento, muitos deles manifestam uma depressão em que se evocam os sentimentos de abandono, de vazio e as lembranças de separação traumática. Foram esses mesmos adolescentes que, segundo Masterson, apresentaram uma síndrome *borderline* baseada na intensificação de defesas contra a segunda fase de separação-indivuação, exclusiva ou combinada com uma separação efetiva no início da adolescência ou mesmo no período pré-pubertário. Encontramos aqui, mais uma vez, uma explicação psicopatológica para certos *actings* considerados como equivalentes depressivos (uso de droga ou comida em excesso, relações homo ou heterossexuais desordenadas, relações de intenso apego, etc.), que têm como função preencher esse vazio mencionado antes (cf. Capítulo 12). Essa depressão de abandono é muito comum nos adolescentes cuja história revela carências precoces de cuidados maternos (Ph. Mazet e D. Sibertin-Blanc, 1976), o que não é de se surpreender, dada a hipótese ontogenética desse tipo de depressão.

Depressão psicótica e depressão melancólica. – As manifestações psicóticas de transtornos do humor na adolescência têm muitas semelhanças com os transtornos análogos do adulto. Contudo, podem se verificar diferenças ligadas à idade no perfil sintomático, no tratamento medicamentoso e na abordagem psicossocial.

Alguns consideram que a expressão psicótica de transtornos do humor é rara na adolescência, enquanto outros, ao contrário, consideram que um número não desprezível de depressões expressa-se de uma forma que faz pensar em um acesso delirante ou mesmo em um modo de entrada na esquizofrenia. A maior parte de nossos conhecimentos atuais limita-se a relatos de casos ou provém de alguns poucos sujeitos estudados de modo retrospectivo a partir de estudos com os adultos.

No que se refere à psicose maníaco-depressiva, denominada transtorno bipolar nas classificações atuais, é preciso assinalar que, no

adolescente, esse transtorno é encontrado com muito mais frequência do que se imaginava antes, e que ele tem semelhanças semiológicas consideráveis com o transtorno equivalente no adulto. Os critérios geralmente reconhecidos para diagnosticá-lo no adulto são plenamente capazes de ser identificados em muitos adolescentes que apresentam esse transtorno, com a reserva de que no momento da adolescência há mais irritabilidade ou maior frequência de hiperatividade, da distração ou da falta de concentração, a tal ponto que certas manifestações que entram no quadro de um transtorno bipolar são diagnosticadas inicialmente como patologias de caráter ou, segundo os critérios do DSM-IV, transtornos que associam uma hiperatividade a um déficit de atenção.

Seja clinicamente unipolar ou bipolar, a depressão melancólica é encontrada já na adolescência (Feinstein, 1982). Ainda que possa diferir ligeiramente da depressão do adulto do ponto de vista sintomático (relativa frequência no adolescente de manifestações alucinatórias delirantes ou confusas), ela é comparável sob todos os aspectos do ponto de vista psicopatológico (cf. *Psychopathologie de l'adulte*), se não a passagem possível de um tipo de depressão a um outro, assim como sua imbricação encontrada com mais frequência no adolescente do que no adulto.

Quanto ao tratamento medicamentoso, não existe até o momento estudos bem realizados a propósito de depressões psicóticas e de transtornos bipolares do adolescente. Aparentemente, a se levar em conta a experiência relatada por uns e outros, a utilização do lítio pode ser muito mais precoce do que se aconselhava antes. Contudo, os efeitos anti-tireoidianos do lítio requerem estudos aprofundados no que diz respeito aos riscos para o crescimento. Do mesmo modo, os medicamentos anticonvulsivos, alternativas ao lítio para esse tipo de transtorno no adulto, bastante conhecidos atualmente, podem ser utilizados também na adolescência, particularmente no caso de transtornos bipolares mistos. O ácido valpróico (*Depakene*) parece preferível à carbamazepina (*Tegretol*), que pode causar excitação, agitação, impulsividade e mesmo manifestações psicóticas nos transtornos bipolares da adolescência. Como pode ocorrer no adulto, é necessário, em muitos adoles-

centes com manifestações psicóticas, mas que apresentam um transtorno bipolar, utilizar complementarmente neurolépticos.

É evidente que esse transtorno não diagnosticado, mas acessível a um tratamento quimioterápico eficaz, pode ter conseqüências não desprezíveis sobre a inserção escolar, social e familiar dos adolescentes atingidos. Portanto, é preciso dar uma atenção muito particular a isso.

Para fechar este item, citaremos os estados depressivos que marcam a entrada em um processo esquizofrênico, cujo estudo psicopatológico examinamos no capítulo consagrado a esse tema.

O Ambiente Familiar

Sabemos que em todo processo de adolescência, os pais participam do trabalho de separação e têm de realizar eles próprios, assim como o adolescente, um trabalho de luto (cf. item “A crise parental”, no Capítulo 16). No caso de adolescentes francamente deprimidos, o ambiente familiar em geral é considerado como uma parte do contexto etiopatogênico. Os problemas se colocam de maneira diversa conforme o tipo de depressão presente.

No caso da reação ansioso-depressiva, o ambiente familiar pode desempenhar o papel de desencadeante, quando essa reação está ligada a um desentendimento conjugal dos pais, a um divórcio, ao alcoolismo, à morte de um genitor ou, inversamente, a um controle excessivo dos pais que trava o desejo de separação do adolescente, e ele só consegue expressar esse desejo na forma dessa reação brutal. Mas o meio familiar também pode desempenhar um papel protetor, quando essa reação está ligada a um caso amoroso, a uma ruptura sentimental, a uma dificuldade escolar ou profissional ou a uma relação conflituosa com um outro adolescente ou com um grupo de iguais.

No caso da depressão de inferioridade, o ideal megalomaniaco do adolescente geralmente é mantido por um dos genitores que por muito tempo projetou seu próprio ideal megalomaniaco em seu filho. Por meio de seus filhos, esses pais se defendem de sua própria depressão.

No caso da depressão de abandono, não é difícil constatar um envolvimento direto dos

pais, em particular da mãe. Recordemos que essa depressão de abandono é compreendida do ponto de vista psicogenético como o reativamento na adolescência de sentimentos de abandono ocorridos entre um ano e meio e três anos. No momento em que a criança procura individuar-se, ela se confronta com a dificuldade da mãe de suportar essa separação; essa dificuldade leva-a a desencorajar qualquer gesto de individuação, retirando qualquer apoio ao seu filho. Nasce assim os primeiros sentimentos de abandono. Vale lembrar que, para J. F. Masterson, essa mãe também sofre de uma síndrome *borderline*. No momento da segunda fase de individuação-separação constituída pela adolescência, a separação do ambiente, sob a forma de uma separação física ou afetiva concreta, reativa o sentimento de abandono intrapsíquico que retornou ao inconsciente, mas que, por toda a infância, bloqueou o processo evolutivo no sentido de uma autonomia intrapsíquica profunda. Essa situação é encontrada nas “histórias de abandonos”, mas também nas “histórias de excesso de simbiose”. As “histórias de abandonos” são aquelas que mostram numerosas mudanças e uma sucessão de separações fracassadas no passado do adolescente. As “histórias de excesso de simbiose” são aquelas mostram quase sempre um adolescente muito ligado à sua mãe, ligação reforçada ou não por situações concretas: filha ou filho único, mãe que cria sozinha sua filha ou seu filho, etc.

No caso da depressão melancólica, é relativamente comum encontrar no pai ou na mãe uma patologia idêntica, a tal ponto que essa constatação é um indício importante do diagnóstico. Costuma-se sugerir aqui uma hipótese genética. Ninguém nega atualmente os numerosos argumentos em favor de uma transmissão genética da psicose maníaco-depressiva. Contudo, considerar apenas o ponto de vista genético nos parece excessivamente restritivo: quando um adolescente apresenta uma depressão de tipo melancólico e um dos genitores tem o mesmo tipo de afecção, os movimentos identificatórios e de contra-identificação devem ser levados em conta. Há um risco não desprezível de evolução para uma caracteropatia ou um desmoronamento psicótico de tipo esquizofrênico no adolescente que recusa mais ou menos conscientemente parecer com seu pai ou com sua mãe.

Evolução e Prognóstico

Se o futuro do adolescente deprimido torna-se um tema preocupante, com uma taxa de recidiva para alguns superior a 60% (Harrington, 1997), esquematicamente a síndrome depressiva do adolescente deprimido evolui de forma distinta segundo a forma psicopatológica. No caso de *reações ansioso-depressivas*, geralmente há uma rápida evolução no sentido do desaparecimento do estado depressivo e do reaparecimento mais nítido de traços de fundo da personalidade. Para a *depressão de inferioridade* e talvez mais ainda para a *depressão de abandono*, a evolução depende essencialmente do tratamento adotado, de sua aplicação e de seu desenrolar. A evolução para uma patologia do caráter ainda é uma ameaça menor para a adaptação do sujeito do que um desmoronamento psicótico sempre possível em adolescentes que apresentam esse tipo de depressão. Finalmente, para a *depressão melancólica*, a idade de ocorrência e a duração da doença aparentemente não são consideradas como fatores determinantes para a evolução (Carlson e Strober, 1979). Em contrapartida, os trabalhos mais recentes indicam um risco, maior do que se poderia supor, de recaída depressiva durante a vida adulta da pessoa que apresentou um primeiro “episódio depressivo maior” durante a adolescência, independentemente da organização psicopatológica em questão (Pine et al., 1998).

Abordagens Terapêuticas

Seremos extremamente breves aqui, destacando apenas os eixos essenciais do tratamento. Em face do adolescente depressivo, a abordagem terapêutica pode visar o adolescente e/ou seu ambiente.

Tratamentos medicamentosos. – Seu papel não é pequeno quando o retardamento psicomotor e a afecção depressiva de base entravam completa ou parcialmente a abordagem relacional: os antidepressivos deverão ser escolhidos segundo a rapidez de sua ação, a moderação de seus efeitos secundários e o efeito tranquilizante associado. No estado presente, quando

a síndrome depressiva é maior, propomos um antidepressivo ISRS (Emslie et al., 2001).

O carbonato de lítio e, mais recentemente, a carbamazepina, prescrita com as mesmas precauções e modos de controle que no adulto (litiemia entre 0,50 e 1 Meq/l com controle semanal e depois mensal), proporcionam melhorias na doença maníaco-depressiva da adolescência (Dugas e Mouren, 1980).

Terapia relacional. – Quer se trate de entrevistas sob demanda, de uma psicoterapia breve ou longa, de um psicodrama analítico ou mesmo de uma psicanálise, esse tipo de abordagem é sempre desejável. L. Vaneck insiste sobre “o valor reestruturante dos encontros com seu duplo sentido de identificação e de reforço narcísico quando eles próprios são levados em conta pelo terapeuta”. As terapias longas são, sem dúvida, as mais facilmente realizáveis no caso de depressão de inferioridade e nas reações ansioso-depressivas, quando o aspecto neurótico da personalidade aparece claramente por trás dessa reação. Contudo, a depressão de abandono e a síndrome *borderline* freqüentemente associadas interessam cada vez mais aos psicanalistas; recordemos aqui a dificuldade de suportar e de compreender as passagens ao ato, as rupturas momentâneas e as transgressões à regra que matizam esse tipo de psicoterapia. Aqui também, como para o adolescente psicótico, o psicodrama pode ser uma técnica de escolha que, pela inversão de papéis, permite uma representação das exteriorizações e das projeções.

A ajuda oferecida aos pais é tão importante no âmbito da depressão do adolescente quanto no caso da criança pequena. Ela deveria ser quase sistemática; porém, nem sempre isso é possível. Recordemos com Winnicott a importância da mãe real e do pai real; os pais devem sobreviver. O terapeuta não deve se colocar como o bom pai em oposição aos pais reais, risco que não pode ser desconsiderado.

Intervenção no ambiente. – Assim como para a criança pequena, a intervenção no ambiente pode reverter claramente o afundamento que se instaura em um clima depressivo vivido pelo próprio adolescente, mas também por seus próximos. Essa intervenção é de natureza muito diversa: mudança de colégio, organização da vida

em um lugar diferente do da infância, hospitalização para que os conflitos possam se exprimir e ser “trabalhados” sem ser agidos repetidamente, busca de um meio “terceiro” institucional ou não. Contudo, essa intervenção deve ter sempre como meta a elaboração de um processo de separação-individuação ou de um trabalho de luto; ela deve compreender a constituição de um quadro para um trabalho psicoterápico ou psicanalítico.

A prevenção. – Ela é sem dúvida essencial. Situa-se tanto no nível da primeira infância,

como mostra particularmente a depressão de abandono, quanto no nível da adolescência. De fato, qualquer que seja a forma que assume o abandono, o ambiente costuma não reconhecer esse estado no adolescente, atribuindo a esta ou àquela conduta um caráter benigno e provisório que tenderia a se resolver por si só. O reconhecimento e o tratamento de uma depressão na adolescência permite ao mesmo tempo realizar um trabalho preventivo em face de transtornos posteriores da idade adulta. E isso não é o menos importante.

REFERÊNCIAS

- ABRAHAM K. : Préliminaires à l'investigation et au traitement psychanalytique de la folie maniaco-dépressive et des états voisins. In : (*Euvres complètes*. Payot, Paris, 1965.
- BRACONNIER A., CHILAND D., CHOQUET M., POMAREDE R. : *Dépression, Adolescents, Adolescents*, Paris, Bayard, 1995.
- BRACONNIER A. : *Réflexions et recherches sur l'analysabilité et l'alliance thérapeutique*, Le carnet PSY 2003, 83, 30-37.
- BRACONNIER A., FERRARI P. : Moment dépressif chez les adolescents présentant une organisation névrotique phobique ou obsessionnelle. *Rev. Neuropsychiat. Infant.*, 1976, 24, 329-339.
- BRACONNIER A. : L'angoisse, ses transformations, son traitement à l'adolescence. *Ann. Psychiat.*, 1987, 2, 199-201.
- CARLSON G., STROBER M. : Affective disorders in adolescence. *Psychanal. Clin. North America*, 1979, 2, 511-526.
- CLANCIER A. : Intervention. *Rev. Fr. Psychanal.*, 1977, 36, 197-201.
- CORCOS M., FLAMENT M., JEAMMET P. : *Les conduites de dépendance*, Masson, Paris, 2003.
- DUGAS M., MOUREN M.C. : *Les troubles de l'humeur chez l'enfant de moins de 13 ans*. PUF, Paris, 1980.
- EMSLIE G., MAYES T. : Mood disorders in children and adolescents: Psychopharmacological treatment, *Biol. Psychiatry* 2001, 49, 1082-1090.
- FEINSTEIN S.C. : Manic-depressive disorder in children and adolescents. *Adol. Psychiatry*, 1982, 10, 256-272.
- FERRARI P., BRACONNIER A. : La dépression d'infériorité de l'adolescent. *Rev. Neuropsychiat. Infant.*, 1976, 24, 319-323.
- FREUD S. : Deuil et mélancolie. In: *Métapsychologie*. Gallimard, Paris, 1968.
- GAL J.M., BONAMY D., MARCELLI D. : Trouble délirant aigu ou trouble thymique. À propos d'un cas d'érotomanie chez une adolescente. *L'information psychiatrique*, 1994, 5, 439-446.
- GAL J.M., MARCELLI D. : États dépressifs graves à l'adolescence. Questions diagnostiques. *Neuropsychiat. Enf. Adol.*, 1995, 43, 1-2, 22-29.
- GEDANCE D., LADAME F., SNAKKERS J. : La dépression chez l'adolescent. *Rev. Fr. Psychanal.*, 1977, 36, 257-259.
- HAIM A. : *Les suicides d'adolescents*. Payot, Paris, 1910.
- HARRINGTON R. : Évolution de la dépression. In : MC Mouren, M. Bouvard, R. Klein. *Les dépressions de l'enfant et de l'adolescent*. Paris, Expansion scientifique, 1997.
- HOLLANDE C. : L'humeur dépressive comme défense contre la dépression. *Rev. Fr. Psychanal.*, 1976, 40, 1081-1091.
- JACOBSON E. : *The self and the object world*. New York International Universities Press Inc., 1964.
- JARRIGE A., BARDOU F. : Hypothèses sur les répercussions à l'âge adulte des phases dépressives de l'enfance. *Neuropsychiatrie de l'enfance*, 1991, 39, 7, 300-304.
- KOWACS, BECK A.T. : An empirical, clinical approach toward a definition of childhood depression. In : *Depressions in childhood* (J.G. SCHULTERBARDT, A. RASKIN, Éd.). New York Revue Press, 1977.
- LANG J.L. : Bibliographie historique des œuvres et récits de S. Freud sur: dépression deuil, mélancolie, manie, suicide et mort. *Psychanal. à l'Université*, 1976, 1, 4, 725-744.
- MC CRACKEN J. T. : Etiological aspects of child and adolescent mood disorders. *Child Adolesc. Psychiatr. Clin. North Am.*, 1992, 1, 89-109.

- MALE P. : Quelques aspects de la psychopathologie et de la psychothérapie à l'adolescence. *Confront. Psychiat.*, 1971, 7, 103-123.
- MARCELLI D, BERTHAUT E. : *Dépression et tentatives de suicide à l'adolescence*. Masson, Paris, 2001.
- MARCELLI D. : *Adolescence et dépressions*. Masson, Paris, 1990.
- MARCELLI D., FAHS H. : Relation entre dépression et suicide à l'adolescence. *Nervure*, 1995, 8, 1, 26-34.
- MAZET Ph., SIBERTIN-BLANC D. : Dépressions de l'adolescence et carence de soins maternels. *Rev. Neuropsychiat. Infant.*, 1976, 24, 309-318.
- PASCHE F. : De la dépression. *Rev. Fr. Psychanal.*, 1963, 27, 191-222.
- PINE D.S., COHEN P., GURLEY D., BROOK J., MA Y. : The risk for early-adulthood anxiety and depressive disorders in adolescents with anxiety and depressive disorders. *Arch. Gen. Psychiatry*, 1998, 55, 56-64.
- STROBER M. : La maladie bipolaire. In: MC Mouren, M. Bouvard, R. Klein., *Les dépressions de l'enfant et de l'adolescent*. Expansion scientifique, Paris, 1997.
- VANECK L. : Réflexion à propos de quelques psychothérapies d'adolescents dépressifs et suicidaires. *Rev. Neuropsychiat. Infant.*, 1978, 26, 359-392.
- WIDLÖCHER D., BINOUX F. : La clinique de la dépression. *Rev. Prat.*, 1978, 28, 2959-2962.
- WINNICOTT D.W. : *Jeu et réalité*. Gallimard, Paris, 1975.

As Tentativas de Suicídio

A tentativa de suicídio é uma das condutas mais significativas da adolescência. Por suas características epidemiológicas, ela se distingue com bastante nitidez das tentativas de suicídio da criança assim como do adulto. Pela impulsividade que costuma presidir sua realização, ela coloca o problema fundamental nessa idade da ativação, da passagem ao ato. Pelo ataque direto do corpo, ela ilustra um questionamento completo da relação que o adolescente mantém com seu corpo. Pelo desejo de assassinato das imagens internas, ela representa uma caricatura do “trabalho de luto” que esse mesmo adolescente deve cumprir. Pelo contexto depressivo que normalmente a envolve, a tentativa de suicídio coloca o problema da depressão enquanto vivência existencial própria à adolescência.

Finalmente, pela pressão sobre o outro que implica o gesto suicida, pela resposta que o adolescente espera do adulto, em primeiro lugar de seus pais, a tentativa de suicídio deve ser compreendida como um modo de comunicação, um último gesto, às vezes desesperado, de manter ou de restabelecer uma relação com outros, em geral malresolvida até então. Com isso, coloca-se a questão da resposta à tentativa de suicídio, com seu corolário, sempre angustiante para o terapeuta, do difícil problema das reincidências.

DEFINIÇÃO

Denomina-se *suicídio* a vontade e/ou desejo consciente e deliberado de se matar. A *tentativa de suicídio* caracteriza o “fracasso” de um suicídio, qualquer que seja a causa desse fracasso.

Os termos “equivalente suicida”, “conduta suicida” e “conduta perigosa” designam comportamentos que, por sua natureza, põem em perigo a vida do sujeito ou sua integridade física, sem o desejo ou a vontade consciente de se matar. Esses equivalentes suicidas, em certos casos, podem ser equiparados a tentativas de suicídio.

Nem a CID-10 nem o DSM-IV reservaram uma entrada específica para o item “tentativa de suicídio” nas categorias diagnósticas principais, e não foi possível até agora chegar a uma definição consensual e internacionalmente validada daquilo que é chamado correntemente de “TS” (Marcelli e Berthaud, 2001).

OS ÓBITOS POR SUICÍDIO

Na França, eles representam a segunda causa, atrás dos acidentes de trânsito, ou a terceira causa de mortalidade na faixa etária de 15

a 24 anos (se, além dos acidentes de trânsito, somam-se os óbitos por tumores ou cânceres: Kaminsky et al., 1985). Cerca de 1.000 jovens (1986: 973) morrem anualmente por suicídio (12% dos óbitos de meninos; 10,5% dos óbitos de meninas). A mortalidade é de 9,1 por 100.000 entre 15 e 19 anos e de 25 por 100.000 entre 20 e 24 anos para os meninos, e de 2,6 e de 6,7 por 100.000, respectivamente, para as meninas (mortalidade por suicídio em todas as idades da vida: 15,6 por 100.000). Ou seja, entre 15 e 24 anos, a mortalidade média é de 7,7 por 100.000. Com relação ao sexo, são 3 meninos para uma menina, porém, a relação entre óbito por suicídio e tentativa de suicídio é de 1/15 nos meninos e de 1/85 nas meninas, com uma média de um óbito para 60 tentativas na adolescência contra um óbito para 13 tentativas nas outras idades.

Um estudo de antecedentes psicológicos, chamado pelos autores anglo-saxões de “autopsia psicológica”, referente a 53 suicídios de jovens entre 13 e 19 anos (Marttunen et al., 1991), constata a existência de um transtorno mental em 94% dos casos, dos quais 51% de depressão, 26% de alcoolismo e 21% de transtorno de adaptação. Um suicida a cada três apresentava uma patologia da personalidade. Esse estudo mostra bem a gravidade do contexto psicopatológico que acompanha o ato suicida e, particularmente, a frequência do estado depressivo.

AS TENTATIVAS DE SUICÍDIO: ESTUDOS EPIDEMIOLÓGICOS

Morbidade Geral

Na França, entre 15 e 24 anos, avalia-se a morbidade por tentativa de suicídio em 500 por 100.000 entre as meninas e de 200 por 100.000 entre os meninos; 3% das meninas e 1,5% dos meninos fizeram pela menos uma tentativa de suicídio na adolescência. Entre os adolescentes hospitalizados por um motivo claramente identificado, a tentativa de suicídio representa 5,3% dos casos (20% de meninos e 80% de meninas) (Gasquet e Choquet, 1992). Contudo, a avaliação da frequência (morbidade) varia de um es-

tudo a outro (Stork, 1977: 7,5% entre os meninos; 13% entre as meninas). Parece existir um aumento das tentativas de suicídio nos países da Europa Ocidental, sobretudo entre os meninos, nestes últimos anos (Moens et al., 1988). Desde já, vale destacar um problema essencial: 30 a 50% das tentativas de suicídio terão uma recidiva entre 12 e 18 meses.

Características Familiares

Todas as pesquisas relatam uma percentagem elevada de famílias dissociadas e separadas na população de adolescentes em consulta (25 a 50% contra 8 a 10% aproximadamente na população de adolescentes em geral). Nota-se também uma ausência freqüente do pai ou de qualquer figura de autoridade paterna.

Os antecedentes patológicos familiares são freqüentes: um dos genitores, ou ambos, em tratamento psiquiátrico (31% dos casos para Laurent et al., 1993); existência de alcoolismo (30%); existência de suicídio ou de tentativa de suicídio na família, óbito mais freqüente de um dos genitores.

Alguns autores ressaltam a freqüência de incestos ou de um clima incestuoso (Alvin, 1993) nas famílias de adolescentes suicidas.

Em compensação, o nível sociocultural da família não é um elemento discriminante.

Fatores Sociais

Nota-se uma percentagem elevada de adolescentes migrantes (24% de adolescentes não são de nacionalidade francesa; 40% não são de origem francesa, Choquet et al., 1989).

Esse dado suscita diferentes explicações; uma das mais clássicas recorre à noção de aculturação brusca e de mudança súbita de valores sociais. Esta conflui com a noção de anomia de Durkheim (cf. item “O modelo sociológico”, no Capítulo 1). Pizzorno dá a seguinte definição de anomia: “Existe anomia quando a pessoa não é capaz de estabelecer uma hierarquia de prioridade entre os diferentes papéis que deve desempenhar, isto é, quando não tem critério para escolher entre obedecer às obrigações de um

papel ou de outro". O estado de anomia de uma sociedade, isto é, o estado de desintegração das relações sociais e da estrutura da sociedade tal como a vivem os emigrantes foi comparado ao estado de desintegração no nível individual ou, em outras palavras, as tentativas de suicídio.

Fatores Individuais

Numerosos estudos (Choquet et al., 1993; Brent et al., 1990, etc.) permitiram identificar melhor as circunstâncias individuais desse "grupo de risco" representado pelos adolescentes que fizeram uma tentativa de suicídio. Comparativamente à população geral da mesma idade, esses adolescentes têm mais problemas de saúde (cansaço, dores de cabeça ou de barriga, pesadelos, etc.), doenças crônicas (asma, insuficiência renal, etc.), comportamentos agressivos e pré-delinquentes (roubo, extorsão), fugas, consumo de produtos (não apenas drogas, como também cigarro, álcool, medicamentos psicotrópicos prescritos ou autoconsumidos). Eles geralmente têm pensamentos tristes, uma percepção negativa de si mesmos, idéias de morte e, evidentemente, idéias de suicídio... O problema do diagnóstico psiquiátrico associado a uma tentativa de suicídio será explicitado posteriormente (ver p. 200). Mas há duas características individuais que parecem muito importantes:

– **O fracasso na escolaridade:** ele representa um fator de risco certo. Numerosos adolescentes suicidas não foram além da 4ª série do ensino fundamental. Além disso, a proporção de adolescentes trabalhadores é muito mais elevada na população suicida (50%) do que entre o conjunto dos adolescentes (29%); essa inserção no trabalho, na maioria dos casos, é apenas um reflexo do fracasso e da conseqüente interrupção dos estudos. A repetência também é mais freqüente nos meninos suicidas.

– **O parâmetro sexo** desempenha enfim um papel importante (Gasquet I. et al., 1992). Assim, os meninos têm um fracasso escolar (atraso ou ruptura) mais freqüente que as meninas, e têm uma adaptação social mais difícil. Em matéria de idéia depressiva, de transtorno psicossomático, de consumo de produto, os meninos suicidas têm um perfil nitidamente diferente

dos outros meninos de sua idade, sendo que essa diferença é menor para as meninas. Esses estudos parecem diferenciar claramente, em termos de perfil de risco e de indicador de gravidade, o grupo de meninos suicidas (perfil de risco maior) do grupo de meninas suicidas.

Acúmulo de Circunstâncias de Vida

Todas as pesquisas que avaliam esses parâmetros mostram a sensibilidade dos adolescentes a circunstâncias de vida e sua maior freqüência nos antecedentes dos adolescentes suicidas.

Assim, encontra-se com mais freqüência uma mudança de casa, a partida de um membro da família (não apenas um dos genitores, mas às vezes um membro da fratria), o falecimento de uma pessoa próxima, trocas de colégio, rupturas sentimentais ou com o grupo de iguais, modificações da vida familiar (desemprego, aposentadoria, doença de um dos genitores, etc.).

Para De Wilde e colaboradores (1992), os adolescentes suicidas diferem dos adolescentes deprimidos e dos adolescentes em geral por terem passado por um maior número de circunstâncias de vida negativas, em particular conflitos familiares durante sua infância e ainda presentes, abusos sexuais, situações de instabilidade social (profissional e familiar), mudança de casa, repetência na escola.

Para todos os casos clínicos, o acúmulo desses fatores é sempre significativo.

Já é habitual expressar a força da associação entre um fator de risco e um gesto suicida pela *odds ratio* (OR). Essa OR indica um determinado fator de risco, por exemplo, a depressão, quantas vezes essa condição aumenta o risco de fazer uma tentativa de suicídio em relação a um sujeito que não apresenta essa condição. Assim, um jovem que sofre de um transtorno do humor apresenta um risco 4,6 a 28 vezes maior de fazer uma tentativa de suicídio do que um jovem sem transtorno do humor. O Quadro 10.1 resume os principais fatores de risco para a tentativa de suicídio (TS) ou para o suicídio (S) (Ladame et al., 2002). Observa-se que o fator de risco mais importante para um suicida continua sendo a existência de uma TS em seus antecedentes: essa associação é muito forte com as OR que vão de 17 a 19 segundo os estudos. Isso demons-

Quadro 10.1 Exemplos de *odds ratios* para os principais fatores de risco de tentativa de suicídio (TS) ou de falecimento por suicídio (S) (segundo Ladame et al., 2002)

– Transtornos do humor (por exemplo, depressão)	4,6 a 28 (TS)
– Abuso ou dependência de substâncias	1,7 a 11,5 (TS)
– Divórcio-Separação dos pais	1,8 a 1,9 (TS)
– Transtornos psíquicos nos pais:	
– depressão	11 (S)
– abuso de substâncias	10,4 (S)
– Abuso sexual na infância	5 a 6 (TS)
– Violência sofrida ou praticada	4,3 (TS)
– Suicídio na família	4,3 a 4,6 (S)
– <i>Drop out</i> da escola	5,1 (S)
– Tentativa de suicídio anterior	17 a 19 (S)

tra, se é que isso ainda era necessário, “que todo gesto suicida deve ser levado a sério e que a banalização deve ser definitivamente proscrita” (Ladame et al., 2002).

CLÍNICA DA TENTATIVA DE SUICÍDIO

Os Meios

A absorção oral de medicamentos é de longe o método mais utilizado (80 a 85% dos casos). As meninas recorrem a isso mais frequentemente que os meninos. O medicamento utilizado em geral é o mesmo que foi receitado ao adolescente em uma consulta anterior. Há também a absorção oral de produtos tóxicos diversos (produtos de limpeza, inseticidas diversos, etc.), mas é muito mais rara. Destaca-se a absorção oral ou parenteral (IV) de fortes doses de droga (morfina em particular). Não é fácil estabelecer a distinção entre o suicídio ou tentativa de suicídio e o acidente por “*overdose*”. O estudo desses “equivalentes suicidas” mostra que eles têm numerosas características comuns com as tentativas de suicídio reconhecidas como tais.

Os outros meios de tentativas de suicídio são mais raros, ao contrário do que se observa em outras idades da vida. Em primeiro lugar aparece a flebotomia, que se situa no limite entre o gesto automutilador localizado e a intenção suicida. Bem atrás dos métodos anteriores,

vêm às vezes, defenestração, afogamento, precipitação sob um veículo (trem, metrô), enforcamento, arma de fogo.

É clássico dizer que não existe paralelismo estrito entre a gravidade do ato suicida em termos de vida ou de morte, a intensidade do desejo de morte e a gravidade das perturbações psicopatológicas observadas no indivíduo suicida. De fato, uma pessoa pode absorver impulsivamente produtos de alta toxicidade, com consequências fatais ou gravemente invalidantes, sem que esse gesto pareça enquadrar-se em um conjunto psicopatológico muito sério ou estar associado a uma determinação muito firme de se matar. Contudo, convém não se ater unicamente à natureza do objeto utilizado para o suicídio ou a tentativa de suicídio. Seria desejável avaliar também em que medida o método utilizado pode atingir a integridade do corpo: desse ponto de vista, os métodos que buscam desorganizar ou mutilar o corpo, tais como a defenestração ou, sobretudo, a precipitação sob um veículo, parecem fazer parte quase sempre de uma organização psicopatológica na qual o esquema corporal e a própria constituição da individualidade estão em questão. Os métodos mais traumáticos e mais desorganizantes parecem ser mais característicos de adolescentes profundamente perturbados (psicose em particular).

Ao lado do método propriamente dito, é necessário examinar ainda o grau de premeditação e de preparação do ato suicida, opostos à impulsividade e ao aspecto não preparado que se pode avaliar agora (Lecrubier, Braconnier, 1994). Comparando dois grupos de adolescentes

suicidas, Brown e colaboradores (1991) constatam que os adolescentes do grupo dos “não impulsivos” apresentam mais traços depressivos, mais sentimentos de desespero e uma raiva interna mais elevada que o grupo de adolescentes que cometem um gesto suicida impulsivo.

A Síndrome de Tensão Pré-Suicida

Nas semanas que antecedem o gesto suicida, é comum uma ou mais consultas com um médico generalista. Nelas, o adolescente costuma relatar queixas somáticas muito vagas (cansaço, dores, etc.), um mal-estar geral, mas não menciona necessariamente suas idéias suicidas se não for indagado diretamente a esse respeito.

Assim, muitos recebem a prescrição de um medicamento em resposta às suas queixas somáticas muito vagas ou a mal-estares incertos. Não é raro que esse medicamento às vezes seja utilizado para a tentativa de suicídio.

Porém, quando se pesquisa o caso, o adolescente geralmente apresenta uma sintomatologia depressiva (ver abaixo: ligação entre suicídio e depressão), em particular com um declínio sensível, ou mesmo um desmoronamento, no plano dos resultados escolares, um recolhimento em si mesmo, transtornos do sono ou uma tendência aos acidentes repetidos. Finalmente, uma pergunta direta em um clima de empatia sobre as idéias de auto-agressão ou de suicídio (“Você já pensou ou pensa em se machucar? Se a resposta é sim: desde quando? com que frequência? Se a resposta é sim, trata-se de pensamentos suicidas? Você já pensou na maneira de fazer isso?”) acaba por revelar ao clínico a realidade do sofrimento depressivo. Mas é verdade que, uma vez esclarecido isto, o trabalho clínico está apenas começando... É possível que o clínico, em meio a consultas de todo tipo e com a sala de espera abarrotada, não disponha do tempo necessário para prosseguir imediatamente nessa investigação; mas ele pode desde já: 1) reconhecer logo esse sofrimento e nomeá-lo para o adolescente; 2) dizer a verdade, isto é, que nesse dia não se dispõe de tempo suficiente para avaliar corretamente todos os problemas; 3) mas que ele deseja rever esse adolescente em dois ou três dias para conversar mais a fundo sobre isso...

Na experiência clínica dos autores, essa relação de realidade e de sinceridade com o adolescente sempre lhe permite esperar, voltar e poder falar com seu médico com o sentimento de ser ouvido e eventualmente compreendido.

Nos dias ou nas horas que precedem a tentativa de suicídio, é comum observar-se um aumento da angústia: o adolescente expressa o temor “de não resistir às pressões”, o medo de desabar. Ele não consegue resolver esse aumento de tensão por meios mais simbolizados ou mentalizados, e passa ao ato sobre seu corpo.

A presença desses indicadores, em particular em um adolescente já com antecedentes suicidas, sobretudo quando eles se somam a perdas (mudanças de casa, partida de um amigo, luto) ou a rupturas no ambiente (conflitos e separação dos pais, rompimento sentimental, etc.), deve alertar para o perigo de uma nova passagem ao ato, e deve levar o médico a tomar medidas concretas para proteger o adolescente: consultas mais seguidas, arranjo pontual do esquema de vida sob forma de uma hospitalização ou de um internato em uma instituição, etc.

A Síndrome de “Pseudocura” (Marcelli, 2002)

Nos primeiros dias e, às vezes, mesmo nas primeiras horas que se seguem à tentativa de suicídio, assiste-se freqüentemente a um abrandamento das tensões: diminuição do sentimento de raiva interna no adolescente, mas também das tensões intrafamiliares. Esse alívio imediato, que poderia ser visto como um efeito catártico, torna difícil cuidar do suicida. Assim, o adolescente critica seu gesto banalizando as dificuldades que levaram a isso e que parecem ter milagrosamente cedido. Os familiares próximos, em particular os pais, ficam em torno do adolescente, os conflitos são momentaneamente esquecidos. Aliviado por ter sobrevivido e objeto das atenções de seu ambiente, o adolescente tende a rejeitar a ajuda que lhe é proposta julgando-a inútil; normalmente é apoiado nisso por seus pais, às voltas com sentimentos contraditórios, onde se mesclam a tristeza, a culpabilidade, a preocupação com o adolescente, mas às vezes também a hostilidade. Objetivamente, observa-se uma distensão

sintomática relativa: o adolescente parece mais descontraindo, mais otimista e tende a negar qualquer sofrimento psíquico. Os pais se mobilizam, concedem agora o que antes recusavam ao adolescente...

Essa proximidade reconquistada com os pais, tranquilizadora em um primeiro momento, logo se tornará difícil de suportar para o adolescente, cujo gesto testemunha justamente uma dificuldade de se livrar disso, sobretudo se não ocorre nenhuma mudança nas interações familiares.

Esse benefício imediato corre o risco de reforçar o comportamento suicida e de favorecer as recidivas.

TENTATIVA DE SUICÍDIO E DIAGNÓSTICO ASSOCIADO (CO-MORBIDADE)

Transtornos do Humor

De um ponto de vista epidemiológico, pode-se abordar a ligação depressão-TS de duas maneiras: avaliar a frequência da depressão nos adolescentes suicidas e inversamente a frequência de TS nos adolescentes deprimidos.

Frequência da Depressão nos Adolescentes Suicidas

Antes de examinar brevemente esses dados, lembraremos dois estudos, um referente a 53 casos (Marttunen et al., 1991) e outro sobre 160 casos de suicídios consumados (Shaffer et al., 1996) em sujeitos com menos de 20 anos, e que utilizam o método da “autopsia psicológica”. Por esse método, os autores constatarem a existência de um transtorno mental em 94% dos casos para o primeiro e em 91% dos casos para o segundo. Entre os transtornos constatados, a depressão ocupa o primeiro lugar (51% de depressão para um; 62% de transtorno do humor para o outro, dos quais 52% de episódio depressivo maior). Em seguida vêm os transtornos de condutas (46% segundo Shaffer et al.), o consumo de produtos (25% de alcoolismo no primeiro estudo; 35% para todos os

produtos somados no segundo) e os transtornos da adaptação (21% e 10% respectivamente). Esses estudos mostram bem a gravidade do contexto psicopatológico que acompanha o ato suicida e, particularmente, a frequência do estado depressivo.

No que diz respeito aos estudos epidemiológicos sobre as tentativas de suicídio, Brent e colaboradores (1988) constatarem 75% de depressão maior e 19,6% de distímia em uma população de adolescentes suicidas. Do mesmo modo, Chabrol e Moron (1992) identificam 82% de depressão maior e 10% de distímia. Gispert e Wheeler (1992) estudaram uma população de adolescentes suicidas recebidos no centro de urgência de um hospital que atende uma população multiétnica e desfavorecida no plano socioeconômico. Esses adolescentes apresentam sinais de uma depressão de intensidade média avaliada graças a uma escala de Poznanski ligeiramente modificada, e existe uma correlação significativa entre a depressão e a escala de riscos suicidas: quanto mais grave é a depressão, mais os adolescentes utilizaram meios eficazes e pareciam decididos a se matar.

Mais recentemente, Goldston e colaboradores (1996 e 1998) estudaram uma população de adolescentes de 12 a 19 anos hospitalizados em psiquiatria, dentro da qual eles separaram quatro grupos:

- aqueles que foram hospitalizados em seguida a uma primeira tentativa de suicídio;
- aqueles que foram hospitalizados por uma recidiva suicida;
- aqueles que têm antecedentes de suicídio, mas foram hospitalizados por outro motivo;
- e aqueles que nunca fizeram uma tentativa de suicídio.

Avaliando a depressão com a ajuda do BDI (Inventário de Depressão de Beck), fica patente que os sujeitos com antecedentes de tentativa de suicídio e os sujeitos suicidas recidivistas têm um nível de depressão mais elevado (escore de depressão média a elevada) que aqueles hospitalizados por uma primeira tentativa; estes últimos têm igualmente um nível de depressão mais elevado do que aqueles que nunca fizeram uma tentativa de suicídio. As primeiras tentativas de suicídio estão mais ligadas em seu estudo a transtornos da adaptação do que as tentativas

de suicídio repetidas e, por isso, têm um melhor prognóstico. Em compensação, o nível de depressão é similar naqueles com antecedentes de tentativas de suicídio e nos recidivistas: a ausência de tentativa de suicídio recente não deve, portanto, ser considerada como tranquilizadora.

Larsson e Ivarsson (1998) também vêem uma correlação entre a gravidade da depressão (escore no BDI) e o número de tentativas de suicídio efetuadas, mas não constataam ligação com a gravidade do gesto.

Frequência das Tentativas de Suicídio na População de Adolescentes Deprimidos

Inversamente, a tentativa de suicídio é uma constatação clínica freqüente na população de adolescentes deprimidos. Assim, no estudo de J. B. Loubeyre (1990) sobre 54 adolescentes deprimidos e hospitalizados, 25 sujeitos (46%) fizeram uma tentativa de suicídio. Treze adolescentes fizeram uma tentativa única (24%) e outros 12 (22%) fizeram duas ou várias tentativas. Em nosso estudo junto a uma população clínica (Marcelli e Fahs, 1994) sobre 102 casos de depressão, encontraram 24 sujeitos que fizeram pelo menos uma tentativa de suicídio (cerca de 24%). Em 10 casos sobre 24, trata-se de um episódio depressivo maior (42% de casos de tentativas de suicídio encontradas entre os deprimidos), em 7 casos sobre 24 (29%) trata-se de um distímia: assim, em 71% dos casos, trata-se de transtornos depressivos graves. Os 7 outros casos distribuem-se em 3 casos de morosidade, 3 casos de crise ansioso-depressiva e 1 caso de depressividade.

No que se refere ao sexo, nota-se uma predominância feminina (17 casos sobre 24). Contudo, como existem mais meninas deprimidas do que meninos deprimidos, a correlação com o sexo não é significativa. Ao contrário, a correlação com a gravidade do transtorno depressivo é estatisticamente significativa ($p = 0,02$ para episódio depressivo maior; $p = 0,03$ para distímia): quanto mais grave é a “depressão”, maior é o risco de suicídio.

A freqüência da ocorrência de uma tentativa de suicídio é ainda maior nos estudos prospectivos: segundo Myers e colaboradores

(1991), 70% dos adolescentes que apresentam um episódio depressivo maior fizeram uma tentativa de suicídio ao longo dos três anos seguintes. E 85% das crianças e adolescentes com um episódio depressivo maior ou distímico têm problemas de idéias suicidas e 32% farão tentativas de suicídio a vida inteira (Kovacs et al., 1993).

Retomando seu estudo longitudinal em 18 anos, Harrington e colaboradores (1994) compararam 60 crianças e adolescentes deprimidos e 67 sujeitos controles pareados que realizavam consulta em pedopsiquiatria por algum outro problema que não a depressão. No grupo dos deprimidos, 32% fizeram pelo menos uma tentativa de suicídio ao longo dos 18 anos de acompanhamento (contra 12% no grupo controle) e 20% fizeram várias tentativas havendo duas mortes por suicídio.

A continuidade da depressão da adolescência na idade adulta é acompanhada de um risco de suicídio: os adultos deprimidos têm um risco maior de fazer uma tentativa de suicídio quando já sofreram de depressão na infância ou na adolescência. Essa constatação reforça a importância de uma detecção precoce e do tratamento da depressão na criança e no adolescente.

Certos estudos interessaram-se pelos sinais de risco particulares nos adolescentes deprimidos que devem alertar para uma possível tentativa de suicídio. Assim, Kienhorst e colaboradores (1991) compararam 48 adolescentes suicidas e 66 adolescentes deprimidos sem antecedentes suicidas. A partir de uma entrevista semi-estruturada, eles destacaram sete variáveis com notas 0 e 1: aumento de peso, perda de energia, ausência do pai, pessimismo, desespero, antecedentes de projeto suicida, risco de êxito de suicídio segundo sua gravidade. Uma nota superior a 4 permite demarcar a probabilidade de ocorrência de uma tentativa de suicídio com uma sensibilidade de 90% e uma especificidade de 83%. Um ano após a primeira avaliação, 5,4% dos deprimidos não-suicidas fizeram uma primeira tentativa de suicídio e 12,5% dos suicidas tiveram uma recidiva. Todos tinham um escore superior a 4. Obviamente, não se deve confundir análise epidemiológica e resposta clínica individual. Contudo, esses estudos mostram o interesse de uma análise discriminativa cuidadosa das condutas sintomáticas.

Ligações Entre Depressão, Idéias Suicidas e Tentativa de Suicídio

Convém, portanto, diferenciar cuidadosamente na clínica:

- *Os pensamentos sobre a morte.* Eles se expressam por pensamentos do tipo: “é muito triste morrer um dia”, “seria melhor estar morto do que estar vivo”, “pra que serve a vida?”, etc.

- *As idéias de suicídio.* Trata-se aqui de pensamentos diretos de se matar e não simplesmente de morrer.

- *As intenções suicidas.* O sujeito pensa na maneira de se matar: absorção de medicamentos, defenestração, escarificação ou ferimento por arma branca, arma de fogo, enforcamento, etc.

- *Os projetos suicidas.* O sujeito começa a preparar seu gesto: acumulação de comprimidos, compra de corda, passagens repetidas diante do lugar de defenestração, etc.

Assim, Kessler e colaboradores (1999) interessaram-se pela ligação entre idéias de suicídio, projeto de suicídio e tentativa de suicídio na população em geral. Eles constatam logicamente que as idéias suicidas aumentam o risco de projeto e o risco de tentativa de suicídio; a presença de um projeto de suicídio associado às idéias suicidas aumenta ainda mais o risco da passagem ao ato suicida. O fato de ter um projeto de suicídio também aumenta o período no qual o risco de tentativa de suicídio é elevado. Na ausência de plano, as tentativas de suicídio ocorrem principalmente no ano seguinte ao aparecimento de idéias suicidas.

Por sua vez, Gould e colaboradores (1998) questionam um pouco a idéia de um *continuum* entre idéias e tentativas de suicídio. Comparando em uma população adolescente indiscriminada os sujeitos que tiveram idéias suicidas nos seis últimos meses (7,5%) e aqueles que já fizeram uma tentativa de suicídio (3,3%), eles constatam que esses dois grupos têm perfis distintos em termos de co-morbidade. Em seu estudo, as tentativas de suicídio estão significativamente associadas a uma sintomatologia de angústia de separação e principalmente ao consumo de produtos, o que não é o caso das idéias suicidas.

Do mesmo modo, em um estudo sobre adolescentes hospitalizados em Montreal, J. C. Macotta (1999) distingue aqueles que tiveram

idéias suicidas (IS) daqueles que fizeram uma tentativa de suicídio (TS); ele evidencia uma nítida predominância do humor depressivo e, mais ainda, do diagnóstico de episódio depressivo maior nos adolescentes que têm idéias suicidas (IS) em relação aos adolescentes que fizeram uma tentativa de suicídio (os suicidas: TS). Ao contrário do que se poderia pensar, há mais deprimidos entre os primeiros (IS) do que entre os segundos (TS). Esse estudo mostra claramente que não se deve mais considerar as idéias suicidas sem passagem ao ato como uma forma benigna entre a expressão das diversas manifestações suicidas, tanto no plano psicopatológico quanto no plano prognóstico: as idéias suicidas duradouras e intensas têm uma forte correlação com a depressão, e esta também está correlacionada com a tentativa de suicídio (ver abaixo).

Se as idéias suicidas são um fator de risco de tentativa de suicídio, parece que o inverso é igualmente verdadeiro: os adolescentes que têm antecedentes de tentativa de suicídio pensam com mais frequência na morte em geral, em sua própria morte, e costumam preparar uma nova passagem ao ato. Roberts e colaboradores (1998), em um estudo junto a uma população geral de adolescentes, avaliaram que a presença de antecedentes de tentativa de suicídio multiplica as idéias de morte por cinco, as idéias suicidas por sete e os projetos suicidas por onze, o que explica as cifras elevadas de recidiva. É o que constatam igualmente Goldston e colaboradores (1996) em jovens hospitalizados: as idéias suicidas estão presentes em 23,8% dos casos de não-suicidas e em 52,5% daqueles que já fizeram uma tentativa de suicídio, e isso a distância de seu gesto suicida: portanto, a tentativa de suicídio não resolve as dificuldades do jovem, e esses estudos mostram com toda evidência a imperiosa necessidade de uma avaliação e de um atendimento após o gesto suicida, qualquer que seja sua gravidade aparente.

Transtornos Ansiosos

Observam-se particularmente a angústia de separação (nos mais jovens) e os ataques de pânico. Shaffer e colaboradores (1996) encontram assim antecedentes de ataque de pânico em 10% dos suicidas incluídos em seu estudo. Gould e colaboradores (1998) notam igualmente uma

associação significativa entre tentativa de suicídio e ataque de pânico em adolescentes em geral. É preciso lembrar que o transtorno pânico geralmente está associado a um transtorno depressivo, e pode se complicar com um consumo de produtos com finalidade tranqüilizante, sendo estes dois últimos diagnósticos por si sós um fator de risco de tentativa de suicídio. Aliás, para Beautrais (1996), o papel dos transtornos ansiosos como fator de risco suicida desaparece quando se levam em conta essas intercorrelações.

Transtornos de Conduta

No estudo de Shaffer já citado (1996), 50% dos suicidas apresentavam um comportamento perturbador (no sentido do DSM-IV) e, mais precisamente, 46% apresentavam transtornos de conduta. Cifras similares são encontradas nas populações de adolescentes suicidas: 53,9% segundo Goldston (1998). Vale lembrar que esses transtornos de conduta, em particular quando começaram antes dos 10 anos, apresentam um risco de evolução para uma personalidade anti-social (diagnóstico que só pode ser feito a partir de 18 anos, segundo o DSM-IV). Renaud, Brent e Birmaher (1999) especificam que esses transtornos de conduta aumentam o risco de suicídio mesmo na ausência de transtorno do humor, pelo viés da impulsividade. Brown e colaboradores (1991) notam a esse respeito que as TS impulsivas são acompanhadas de um nível de depressão menos elevado que as TS premeditadas. Porém, nem todos os resultados epidemiológicos vão no sentido de uma ligação entre TS e transtornos de conduta. Larsson e Ivarsson (1998), por exemplo, constatam em sua população de adolescentes hospitalizados em serviço de urgência que há menos TS nos adolescentes com transtornos de conduta do que nos adolescentes com outro diagnóstico psiquiátrico não de humor (no caso, em seu estudo: um transtorno emocional, um transtorno da personalidade, um transtorno da adaptação ou um transtorno psicótico). Do mesmo modo, para Gould e colaboradores (1998), os transtornos de condutas aumentam o risco de idéias suicidas (apenas nos meninos), mas não o risco de TS. Do nosso ponto de vista, os transtornos de conduta e mais tarde a

personalidade anti-social são antes de tudo um fator de proteção contra os afetos depressivos e o risco suicida. Em compensação, é comum correr riscos ligados a um desprezo irrefletido pela própria saúde que podem pôr em perigo a vida. Não se trata então de um comportamento suicida propriamente dito, não há o desejo consciente de morrer (cf. o item sobre os equivalentes suicidas).

Transtornos da Personalidade

O diagnóstico de transtorno da personalidade tem de ser feito com cautela na adolescência, mas é possível observar traços de personalidade patológica em certos adolescentes suicidas, em particular quando ocorrem tentativas de suicídio repetidas. Trata-se quase sempre de traços de personalidade psicopática (ou anti-social), o que se aproxima da questão dos transtornos de conduta mencionados acima ou de personalidades *borderline*. Nesse último caso, às vezes é difícil distinguir entre tentativas de suicídio e automutilações. As personalidades *borderline*, tal como são descritas por Masterson, passam ao ato de maneira impulsiva para lutar contra a angústia e os afetos depressivos que ameaçam ultrapassá-las.

Homossexualidade e Transtornos da Identidade Sexual

Recordemos antes de tudo que o termo homossexualidade não deveria ser utilizado no início da adolescência. Todo adolescente passa por um período homófilo normal em seu desenvolvimento, antes de escolher na maioria dos casos um objeto sexual do sexo oposto, o que caracteriza a entrada na vida genital adulta. As atrações homossexuais transitórias podem ser uma fonte de angústia e de vergonha para o jovem adolescente, e assim contribuir para um estado depressivo com autodesvalorização, e mesmo passagem ao ato suicida. Mas é principalmente a homossexualidade “instalada” que interessa a muitos autores, que se indagam sobre a ligação com a patologia mental em geral e com a TS em particular. Um estudo longitudinal neozelandês com mais de 10 mil sujeitos acompanhados de 0

a 21 anos (Fergusson et al., 1999) centrou-se em 2,8% de sujeitos que se declararam homossexuais ou bissexuais. Estes últimos apresentam um risco nitidamente mais elevado de desenvolver um episódio depressivo maior, de ter idéias suicidas ou de fazer uma tentativa de suicídio. Há pelo menos duas maneiras de interpretar esse resultado. Pode-se considerar que essa escolha homossexual favorece as TS ao expor o sujeito a atitudes homófobas do entorno e confrontá-lo com circunstâncias de vida negativas. Inversamente, pode-se perguntar se os adolescentes que apresentam uma patologia psiquiátrica (o que implica um risco maior de suicídio) não teriam mais transtorno de identidade sexual e, portanto, o risco de desenvolver uma homossexualidade. Herrel e colaboradores (1999) estudam igualmente o papel da orientação sexual em pares de gêmeos em que um é homossexual e o outro heterossexual. Eles constatam que os sujeitos homossexuais têm mais pensamentos sobre a morte (47,6%), mais idéias suicidas (55,3%) e fazem mais tentativas de suicídio (14,7%) do que seus gêmeos heterossexuais (respectivamente 30,1%, 25,2% e 3,9%). Esse resultado persiste mesmo controlando a depressão e o consumo de produtos, que poderiam ser fatores de confusão.

Esquizofrenia e Episódios Psicóticos Agudos

Mais raramente, a tentativa de suicídio pode ocorrer em um contexto psicótico, quer se trate de um ato imposto (automatismo mental), de uma tentativa de escapar a uma angústia profunda ou de uma exaltação delirante com sentimento de invulnerabilidade.

ABORDAGEM PSICOPATOLÓGICA

Significações Psicopatológicas da Tentativa de Suicídio

A significação do ato suicida pode ser compreendida em diversos níveis: significação psicológica geral do suicídio, psicopatologia do

gesto em si, sentido da conduta suicida para o indivíduo e, finalmente, lugar dessa conduta no seio de interações familiares. Examinaremos sucessivamente esses quatro pontos.

A significação psicológica geral do suicídio. – Ela é comum em todas as idades da vida, mas, em função da maturidade do sujeito, há significações que parecem mais pertinentes em certos períodos da vida. Baechler descreveu vários sentidos possíveis:

1) *A fuga*: é “o fato de escapar, pelo atentado à sua vida, a uma situação sentida como insuportável pelo sujeito”.

2) *O luto*: é “o fato para um sujeito de atentar contra sua vida em decorrência da perda de um elemento atual da personalidade ou do plano de vida”.

3) *O castigo*: é “o fato de atentar contra sua vida para expiar uma falta real ou imaginária”.

4) *O crime*: é “o fato de atentar contra sua vida arrastando outro na morte”.

5) *A vingança*: é “o fato de atentar contra sua vida, seja para provocar o remorso do outro, seja para infligir-lhe o opróbrio da comunidade”.

6) *O apelo e a chantagem*: é “o fato de atentar contra sua vida para fazer pressão sobre o outro”.

7) *O sacrifício e a passagem*: é “o fato de atentar contra sua vida para atingir um valor ou um estado considerado superior”.

8) *O ordálio ou o jogo*: é “o fato de arriscar sua vida para testar a si próprio”.

Para esse autor, certos sentidos conduzem com mais frequência à morte (os quatro primeiros citados), outros têm conseqüências em geral menos graves (em particular a chantagem e o apelo). É óbvio que esses sentidos podem se justapor.

Finalmente, é impossível abordar a tentativa de suicídio sem se colocar algumas questões sobre o sentido da morte na adolescência. Muitos adolescentes, se não todos, pensam na morte um dia ou outro, colocam-se questões existenciais sobre o sentido da vida em geral, de sua vida em particular e, como conseqüência, sobre o lugar da morte dentro da própria vida. Embora pensar na morte não implique necessariamente um pensamento sobre sua própria morte, temos de reconhecer que em geral as duas coisas

estão ligadas, a menos que um mecanismo de defesa “proteja” dessa tomada de consciência: por exemplo, a crença na manutenção do sentimento de onipotência infantil. O diário íntimo de qualquer adolescente aborda o tema da morte em sua dimensão mais geral: a finitude do ser humano, ou de maneira mais íntima: a morte possível de seus próximos ou, enfim, de maneira mais pessoal: sua própria morte...

Quantas vezes passa pela cabeça do adolescente que desafia o perigo a idéia fugaz de que poderia se deparar com a morte, seguida do sentimento de alívio ou de triunfo quando, ao final da conduta arriscada, continua inteiro! Aliás, nas sociedades ditas tradicionais, os rituais de iniciação geralmente comportam riscos que os jovens iniciados devem enfrentar para passar para o lado dos adultos. Esses rituais, justamente porque possuem um valor reconhecido pelo conjunto do corpo social, não se reproduzem. Em troca, os riscos enfrentados pelos adolescentes em nossas sociedades, visto que são desprovidos de qualquer valor iniciático culturalmente reconhecido, geralmente conduzem a repetições e a escaladas, tornando aleatória às vezes a distinção entre correr risco e conduta suicida (Marcelli e Mésange, 1999).

Finalmente, em certas culturas adolescentes, o jogo em torno da morte é muito freqüente (os “dark”, os “punk”), e os ritos satânicos atraem muitos jovens. A morte adquire às vezes uma face emblemática para o adolescente, e ele acaba prendendo-se a ela como que para melhor conjurá-la. A face intangível e cristalizada da morte torna-se como que o único representante possível de uma vida em que qualquer mudança é fonte de ameaça: a morte é transformada em ideal cristalizado e intemporal.

Assim, para certos adolescentes, a morte é a única maneira de “viver”, e a fantasia de uma morte possível é, de resto, o que torna tolerável para alguns o fato de continuar vivendo. Esse paradoxo da morte é central no adolescente, que deve aceitar renunciar às suas posições de criança e perdê-las, em particular esse lugar central que lhe concederam ou do qual ele se apropriou na “cena primitiva”: quando essa renúncia lhe é impossível, ele pode “morrer para viver”, maneira ativa de reencontrar a onipotência, pois, se não esteve presente no ato de sua própria concepção (“eu não pedi pra nascer”, costuma dizer a um de seus genitores), ele pode, em compen-

sação, querer ser o dono de sua vida, decidindo ativamente acabar com ela...

A significação psicopatológica do ato suicida. – Há duas dimensões que geralmente estão intrincadas, o que torna ainda mais difícil a compreensão do ato suicida no adolescente:

- A dimensão depressiva (ver acima, item: co-morbidade).

- A dimensão impulsiva: o gesto suicida comporta normalmente uma dimensão de aparente impulsividade e de ausência de reflexão, o que muitos jovens parecem confirmar quando declaram que uma hora antes de seu gesto eles ainda não sabiam que iriam “fazer isso”. Por essa razão, a intencionalidade suicida foi questionada muitas vezes nos adolescentes. As pesquisas epidemiológicas mostram, no entanto, com que freqüência o jovem suicida manifestou suas intenções a pessoas próximas, seus iguais ou mais raramente adultos, nas semanas ou nos dias que antecederam o gesto. Portanto, a impulsividade é apenas aparente, ainda que o gesto suicida geralmente ocorra em um contexto de ruptura. Qual é então o sentido dessa “ruptura”? Trata-se geralmente de um acontecimento que adquire esse valor para o sujeito: discussão com um dos genitores, conflito familiar ou separação dos pais, ruptura sentimental, mudança de casa, perda de um amigo por acidente ou principalmente por suicídio, fracasso escolar com ruptura de orientação ou exclusão, etc. Esse contexto ambiental e essas circunstâncias de vida são descritos abundantemente nos trabalhos epidemiológicos. Mas constata-se que essa ruptura externa quase sempre se sobrepõe a uma “ameaça de ruptura interna” que corresponde à fragilidade das bases narcísicas do adolescente subitamente atingidas por esse fator externo: o fracasso escolar põe em questão uma construção idealizante defensiva; a ruptura sentimental desvenda as bases narcísicas protetoras dessa relação de amor; a separação dos pais vem “quebrar” o mito de um casal parental unido e protetor diante uma carência infantil precoce, a discussão com um dos genitores é acompanhada de palavras sentidas como uma desqualificação narcísica pelo adolescente, etc.

Evidentemente, em função do grau de impulsividade, certos autores discutem sempre a

intencionalidade do desejo de morte. Contudo, seja qual for seu nível, um outro elemento parece determinante: o próprio corpo é tomado como alvo, e o adolescente procura com seu gesto agredi-lo, feri-lo, danificá-lo. Esse ataque ao corpo adquiriu um papel central na compreensão das TS na adolescência a partir dos trabalhos de M. Laufer (1989): o jovem toma aquilo que de certa maneira é a propriedade mais íntima de cada um, seu corpo, como um objeto estranho, alvo de uma violência que não encontra outros canais. Essa maneira de atacar o corpo é muito específica do adolescente, e está estreitamente relacionada com a transformação pubertária e o trabalho psíquico que caracterizam esse período (ver Capítulo 6).

O ato suicida corresponde, portanto, a um aumento de tensão e de excitação que o sujeito não é capaz nem de resolver nem de elaborar prosseguindo seus investimentos de representação psíquica, sendo que a emergência da fantasia tem um efeito traumático (ver em seguida). Essa relativa intolerância à frustração e, mais ainda, aos recrudescimentos pulsionais internos, pode ser vista em muitos suicidas. Ela é descrita como uma “fraqueza do Ego” que não consegue enfrentar e, em razão de uma falha em seus mecanismos adaptativos ou defensivos, não consegue estabelecer uma estratégia flexível de deslocamento, de regressão, de sublimação, de modo a assegurar a continuidade do funcionamento psíquico. A ruptura externa coincide com um estado de ruptura interna. Esse último traduz a vulnerabilidade muito observada nos suicidas. E essa vulnerabilidade se manifesta pela dimensão de impulsividade comumente encontrada (embora nem sempre) nos adolescentes suicidas; ela se demarca pela freqüente “co-morbidade” associada.

Vulnerabilidade Psíquica e Falhas nos Processos Mentais

Ainda que não se tenha um perfil de personalidade rigorosamente definido nem uma patologia psiquiátrica encontrada com regularidade fora essas duas dimensões, depressiva e impulsiva, podem-se observar algumas constantes nos adolescentes suicidas, que foram apontadas

por vários autores (Jeammet et al. 1994; Ladame et al., 1995; Pommereau, 1996).

O momento suicida costuma sobrevir em um contexto de ansiedade e às vezes parece corresponder a uma verdadeira efração traumática, que é acompanhada de uma sideração ou de uma desestruturação temporária da consciência (Ladame et al., 1995) (ver síndrome pré-suicida). Essa invasão ansiosa traduz a vulnerabilidade psíquica de um sujeito que, para preservar a precariedade de seu sentimento de identidade, necessita apoiar-se permanentemente em objetos externos de segurança. Disso resulta uma incapacidade de suportar as perdas ou as separações, com uma dependência excessiva tanto em relação a pessoas próximas quanto a objetos materiais investidos. Quando, por uma razão ou por outra, esses objetos (pessoa ou coisa) escapam ou ameaçam fazê-lo, o sujeito se vê confrontado de súbito com sua própria fragilidade, e ativa dolorosamente um sentimento insuportável de dependência: o arroubo suicida, no contexto ansioso, tem como objetivo tentar dar um fim a essa percepção inaceitável. Se o acontecimento aparentemente causal tem valor de perda, é principalmente por seu efeito de reforçar a ameaça de perda narcísica.

Subjacente a essa vulnerabilidade relacional, a vulnerabilidade identitária traduz a fragilidade das bases narcísicas. Numerosos autores insistiram nessa fragilidade (Laufer e Laufer, 1989; Alleon e Morvan, 1995; Carbone e Gino, 1995), mas foram P. Jeammet e sua escola que lançaram mais luz sobre essa dimensão, em particular no estudo multicêntrico de 1994. Essa fragilidade narcísica, cujo indício encontramos nas debilidades do quadro da primeira infância (seja no registro da falta, com antecedentes de múltiplas rupturas e separações, seja no registro do excesso, com relações precoces de tipo simbiótico) não permite a constituição de limites seguros no eu e torna-o permanentemente tributário de objetos de balizamento. Esses objetos tornam-se, então, ao mesmo tempo indispensáveis e ameaçadores justamente por esse caráter indispensável. Enquanto o sujeito permanece do lado da infância, essa dependência é tolerável dado que, por um lado, inscreve-se no destino normal da criança e, por outro, ela não entra em ressonância com uma necessidade somática necessariamente marcada pela dependência: as necessidades somáticas de uma criança ge-

almente podem ser supridas, inclusive por ela mesma (alimentação, por exemplo), ao passo que as novas necessidades somáticas ligadas à genitalidade de um jovem púbere só podem ser satisfeitas em uma relação de dependência potencial (o que explica a irrupção do ódio pelo outro do qual depende agora a satisfação).

Essa imprecisão identitária, essa diferenciação medíocre eu-outro, essa relação de dependência sempre insaciada explicam o temor maior da passividade (“obedecer a...” torna-se o equivalente de “submeter-se a...”, o que aparece como uma ameaça de confusão identitária maior), passividade que imediatamente se inscreve em um registro de homossexualidade primária alienante. Na medida em que o eu e o objeto não estão claramente diferenciados, o objeto torna-se perigoso, pois ele pode imiscuir-se no eu, instalar-se nele, conquistá-lo e aliená-lo definitivamente. Disso resulta a dupla dificuldade encontrada com frequência nos adolescentes suicidas, a de uma proximidade com o objeto sempre buscada, mas temida, e a de uma necessidade de afastamento sempre reivindicada, mas impossível de assumir: enquanto o objeto permanece disponível e acessível, enquanto ele pode ser tratado com desprezo e aparente indiferença, enquanto o adolescente tem a sensação de que controla a distância a esse objeto (“distância” que deve ser entendida tanto no sentido afetivo quanto material: o espaço que separa os dois protagonistas), a função de balizamento desse objeto permanece funcional. Porém, se o objeto ameaça escapular ou, ao contrário, se ele se torna próximo demais, então surgem fantasias agressivas ou de morte, e sobrepõe-se uma angústia desestruturante.

Segundo Jeammet e Birot (1994), a respeito de adolescentes que apresentam o mesmo tipo de problemática, mas sem passagem ao ato suicida, os adolescentes suicidas caracterizam-se pela ausência de certos fatores de proteção (fatores de resiliência); eles mencionam “a pouca utilização de mecanismos de defesa do registro obsessivo visando a contenção (anulação, formação reativa, racionalização, sublimação) [...] e as poucas fixações anais em torno das quais se organiza a relação objetal” (1994). Essa falta de organização da analidade tem sérias conseqüências, pois ela trava no jovem adolescente a fase do Édipo negativo, cuja resolução, para P. Blos (1984, 1985) é a marca

da saída da adolescência. De fato, para se identificar em seu gênero sexuado, o adolescente deve aceitar antes de tudo a submissão ao genitor do mesmo sexo, consentir em se deixar “penetrar” pelas características deste, e depois transformar essas interiorizações em elementos constitutivos do futuro Ideal do Ego do adulto. Esse Édipo negativo só será aceitável para o jovem se o investimento da analidade tiver permitido uma diferenciação eu-outro suficiente. Em seu estudo, Jeammet e Birot encontram nos adolescentes suicidas uma dificuldade de elaboração da homossexualidade psíquica: essa dificuldade deve ser relacionada à resolução incompleta do Édipo negativo. Quanto à homossexualidade agida, ela representa um fator de risco maior de TS: se entre os adolescentes que fazem uma TS poucos são homossexuais, em compensação, entre os adolescentes homossexuais a grande maioria fez uma ou várias TS na adolescência. Essa homossexualidade do adolescente geralmente comprova dificuldades de elaborar as linhas de conflito mencionadas acima, quer se trate de uma homossexualidade narcísica em relação às debilidades das relações de objeto precoce ou de uma homossexualidade mais neurótica frequentemente ligada às incertezas da resolução do Édipo negativo.

Finalmente, o pubertário solicita demais o funcionamento psíquico e o conjunto dos mecanismos de defesa e de adaptação: a adolescência desperta os conflitos psíquicos da infância e atualiza novos conflitos. Por isso, o funcionamento mental deve comprovar uma eficiência satisfatória. Numerosos autores assinalam uma relativa pobreza de processos de sublimação, um enfraquecimento da capacidade de conter a excitação interna dando-lhe uma figurabilidade prévia a um trabalho de desinvestimento, deslocamento e depois re-investimento que caracteriza a cadeia de representações mentais. Essa atividade psíquica de simbolização-representação, portanto de ligação, constitui para o sujeito uma proteção contra a ameaça de transbordamento traumático pela excitação pulsional (ver acima). De fato, a pulsão genital obriga o sujeito a procurar o objeto complementar de satisfação, pois não consegue mais se satisfazer totalmente com um auto-erotismo de órgão. A pulsão genital obriga, portanto, a um trabalho de renúncia, de deslocamento, de reinvestimento de representação que caracteriza um

funcionamento psíquico flexível e investido libidinalmente. Quando esse funcionamento psíquico é falho ou não é investido, a excitação pulsional torna-se uma ameaça. O fracasso escolar geralmente é o traço identificável seja desse déficit intelectual, seja desse não-investimento: como pudemos ver, o fracasso escolar faz parte dos fatores de risco identificados nos estudos epidemiológicos.

Visto que a excitação provém do interior do próprio corpo sem qualquer intervenção da psique, este é sentido como um “objeto” exterior ao qual o adolescente deveria se submeter, sentimento de alienação reforçado pelas observações das pessoas próximas, em particular dos pais (sobre a alimentação, um aspecto físico, um comportamento, um gesto, uma maneira de se vestir, etc.), dando a entender ao jovem que ele não é mais a mesma criança de antes: a puberdade representa assim uma ameaça relativa ao sentimento de continuidade de existência. No momento em que o adolescente tenta apropriar-se de seu corpo com a crença utópica de um total domínio, a realidade das necessidades fisiológicas, por um lado, e, por outro, a necessidade ainda persistente, sobretudo no início da adolescência, de uma relação de dependência com as pessoas próximas dão ao adolescente a sensação de ser traído por esse corpo. Este pode se tornar então o representante de tudo o que vai mal, tanto no que se refere ao que o sujeito não pode obter (em particular as necessidades ligadas ao corpo sexuado), quanto àquilo a que o sujeito não pode renunciar (as necessidades infantis de proteção e de dependência doravante desqualificadas). Esse conflito psíquico pode então adquirir uma intensidade intolerável, como vimos nos itens anteriores.

Um de nós propôs diferenciar as TS em que o principal desafio consiste em se desfazer do corpo infantil e das ligações de natureza infantil com os objetos precoces, e as TS em que o principal objetivo parece ser o de calar a excitação púbere vivida como perigosa e insuportável (Marcelli, 1999). As primeiras se inserem em uma organização psíquica dominada por um excesso de ligações que geralmente se unem em torno de um Ideal do Ego de dimensão grandiosa e inacessível. As segundas traduzem as debilidades do funcionamento psíquico incapaz de conter a nova excitação púbere e remetem o adolescente às falhas dos limites de si

e do narcisismo precoce. Seja como for, quando um adolescente efetua uma TS, é quase sempre porque ele *quer viver... mas de outro modo*, procurando separar-se de uma infância ou extinguir uma excitação, ambas invasivas. É impossível, portanto, descrever uma organização psicopatológica precisa que possa ser sistematicamente associada à TS, ainda que existam inegavelmente linhas de tensão e eixos de conflito comuns às diversas TS. Os pesos respectivos das duas dimensões predominantes – a dimensão depressiva e a dimensão impulsiva – explicam a diversidade dos quadros semiológicos e psicopatológicos subjacentes ao “ato suicida” propriamente dito: os adolescentes que cometem esse gesto sofrem de um transtorno de gravidade muito variável, e não apresentam necessariamente uma patologia mental identificável de um ponto de vista nosográfico. Contudo, o gesto suicida propriamente dito deve ser entendido sempre como um gesto grave que precisa ser avaliado e que exige ajustes tanto em termos de dinâmica intrapsíquica individual quanto em termos de interações familiares.

A significação das interações entre o adolescente suicida e seu ambiente. – Como vimos no início deste item, os estudos epidemiológicos revelam a existência de um ambiente familiar perturbado. Mas, por sua própria natureza, esses estudos são impotentes para nos mostrar como esses desvios estatísticos podem suscitar distorções nos sistemas de interações precoces que a criança interioriza desde muito pequena. Contudo, eles têm o mérito de tecer uma espécie de pano de fundo no qual podem se apoiar as hipóteses de psicopatologia individual. Os estudos mais recentes acerca das tentativas de suicídio do adolescente procuram estabelecer uma correspondência entre os dados da investigação individual (provenientes em particular das psicoterapias de adolescentes suicidas) e os dados oriundos da observação familiar.

Do estudo das interações do adolescente suicida com sua família e seu ambiente, Ladame extrai três séries de fatos que, no entanto, não se situam no mesmo registro:

1) Nessas famílias, o adolescente geralmente é lugar de uma projeção parental excessiva. Ele serve particularmente de receptáculo ao

sofrimento parental. A relação entre genitor e adolescente não é matizada de empatia compreensiva, mas, ao contrário, de identificação projetiva (freqüentemente de natureza agressiva), o que explica em parte as debilidades precoces no primeiro processo de separação-individualização. O adolescente, lugar de projeção do sofrimento familiar, denuncia por seu gesto suicida esse desespero familiar e expressa um “apelo à ajuda coletiva”.

2) A barreira entre as gerações geralmente é confusa nessas famílias. As coalizões entre membros pertencentes a gerações diferentes em geral são dirigidas contra um terceiro da família, transgredindo a estrutura normal da família em função de gerações. Assim, a mãe faz uma aliança com seu filho contra o pai, a avó e a mãe contra a filha... a tradução epidemiológica dessa hipótese encontra-se na freqüência de estruturas familiares destruídas ou inusuais.

3) Nos períodos pré-suicidas, o adolescente deve fazer frente a uma série de acontecimentos que somados levam a um desmoronamento de suas capacidades de resposta. Encontra-se assim, de forma regular, uma degradação progressiva do ambiente familiar e social do adolescente suicida: falecimento ou partida de um membro da família, rejeição da família pelo adolescente ou rejeição do adolescente pela família, ruptura afetiva, ruptura do grupo de iguais.

O período que precede o gesto suicida propriamente dito caracteriza-se em geral pela multiplicidade de relações estabelecidas, por seu aspecto caótico, dispersivo, superficial, tentativas vãs de restabelecer relações humanas satisfatórias. Essa série de rupturas, constantemente encontradas nas pesquisas epidemiológicas, reforça o movimento depressivo do adolescente e toda vez reafirma sua convicção de que o esforço é inútil, que qualquer esperança é vã. Na mesma ótica, E. Ringel descreveu uma “síndrome pré-suicida”, que associa: 1) A constrição: impressão de ser encurralado, cercado; essa impressão estende-se às relações humanas, aos valores que dão um sentido à vida. 2) Uma inibição da agressividade, sentimento de raiva impotente que se volta contra si mesmo. 3) Fantasias ou visões suicidas: eles realizam uma verdadeira auto-intoxicação acompanhada de uma regressão imaginária que provoca um hábito e um auto-condicionamento à prática da cena fantasiada.

Segundo F. Ladame, o gesto suicida propriamente dito corresponde à irrupção súbita de uma correspondência, de uma coalizão, entre os movimentos psicoafetivos internos e as condições ambientais. O gesto suicida traduz “a formação dessa coalizão muito misteriosa do ‘de dentro’ com o ‘de fora’, coalizão da qual resulta sempre, e seguindo uma evolução inflacionista, a confirmação inelutável da rejeição, da ruína”. É essa coalizão que explica a ativação dos processos mais arcaicos e da prática do gesto suicida propriamente dito. Em uma perspectiva mais fenomenológica, P. Bourgeois contesta a ligação freqüentemente estabelecida entre comportamento suicida e depressão. Entre os dois, P. Bourgeois situa o desespero. Segundo esse autor, a associação entre intenção suicida e depressão é apenas um artefato resultante de sua ligação com uma terceira variável, que é o desespero.

O PROGNÓSTICO DAS TENTATIVAS DE SUICÍDIO

A Recidiva Suicida

Todos os estudos concordam em reconhecer a freqüência das recidivas. Mas, evidentemente, a taxa exata de recidivas a partir de uma população primo-suicida varia em função da duração do acompanhamento após a primeira tentativa: entre 18 e 20% no primeiro ano após a TS na pesquisa européia (Bille-Brahe e Schmidtke, 1995) e 37% durante toda a vida em uma pesquisa retrospectiva do “*Haut comité de la santé publique*” (1997). Na população de suicidas, a existência de uma tentativa anterior é ainda mais freqüente, sobretudo entre as meninas: entre 48% (Laederach e Ladame, 1998) e 81% (Runeson et al., 1996). Assim, na pesquisa de Moutia e col. (1995), 45% dos adolescentes suicidas já tinham efetuado uma TS precedente.

É claro que os trabalhos epidemiológicos tentaram isolar os fatores de risco que indicariam mais particularmente uma possibilidade de recidiva. Em um estudo prospectivo já antigo, Otto (1972) mostrou que, entre a população de adolescentes suicidas, certos subgrupos comportam um

risco elevado de recidivas, sobretudo os casos em que foi feito um diagnóstico psiquiátrico, os casos de suicídio por um método ativo nas meninas e as tentativas de suicídio nos meninos.

Mais recentemente, diversas pesquisas concluem pela ausência de fatores significativos que permitam prever esse risco de recidiva (Bille-Brahe e Schmidtke, 1995; Moutia et al., 1995; Reifman e Windle, 1995; McKeown et al., 1998), ou relatam apenas elementos pouco probatórios (Lewinsohn et al., 1994: uma depressão maior seria moderadamente preditiva; Wichstrom, 2000: a persistência de idéias suicidas após a primeira tentativa). Outros estudos isolam certos fatores que parecem mais específicos à recidiva. Mencionaremos:

- a existência de um diagnóstico psiquiátrico de psicose ou de personalidade patológica no adolescente, em particular estado-limite (Davidson e Choquet, 1988; Jeammet e Birot, 1994);
- antecedentes familiares patológicos, em particular alcoolismo (Pfeffer et al., 1994);
- antecedentes de abuso sexual em que a frequência parece correlata à repetição do suicídio (Wahl et al., 1998);
- uma patologia relacional familiar; o adolescente expressa isso, seja pelo fato de seus pais não terem afeição por ele, seja pelo fato de que, segundo ele, seus pais demonstram uma autoridade excessiva ou insuficiente;
- finalmente, tendências depressivas (tédio, inquietação, falta de dinamismo) e *a fortiori* um estado depressivo (Davidson e Choquet, 1988).

O acúmulo desses fatores levaria a diferenças estatísticas muito significativas.

Assinalemos, finalmente, que a existência de uma tentativa de suicídio é em si um fator de risco. Assim, no trabalho de Wichstrom (2000), referente a 9.679 jovens de 12 a 20 anos acompanhados durante dois anos, um dos fatores de risco mais importantes de ocorrência de uma TS é a existência de uma tentativa anterior. Na amostragem inicial (9.679 jovens), 8,2% (757) já fizeram uma TS; durante os dois anos do acompanhamento, 2,7% (191) farão uma tentativa. Existe uma diferença significativa entre aqueles que tinham feito anteriormente uma primeira TS (42 entre os 191) e aqueles que não tinham esse antecedente: a existência de uma tentativa de suicídio anterior multiplica

por 3,5 o risco de fazer uma nova TS durante os dois anos do acompanhamento.

Por outro lado, as “autópsias psicológicas” realizadas a partir de casos de suicídio demonstram que os antecedentes de TS são particularmente frequentes. Martunnen e colaboradores (1995) em seus estudos sobre 58 casos de suicídios (49 meninos e 9 meninas) constatam que 66% das meninas e 27% dos meninos que se suicidaram tinham um antecedente de TS.

Enfim, pelo que sabemos, não existe nenhum estudo que compare, de um lado, modo de assistência e recidiva(s) e, de outro lado, o(s) modo(s) de repetição de tentativas (repetição cujos modos em termos de letalidade são mais graves ou permanecem idênticos, ou às vezes inclusive tornam-se menos graves). A impressão do clínico (mas, de que vale hoje esse tipo de impressão diante das “provas” oferecidas pelos grandes números e pelos tratamentos estatísticos?) é que a recidiva depende também, em grande medida, de rearranjos individuais e familiares que poderão ser estabelecidos após a primeira TS. Isso depende da capacidade do próprio jovem de aceitar os cuidados e de sua família de reconhecer, desde o primeiro gesto suicida, a gravidade possível da situação e a necessidade de uma relação de cuidado.

Os multirrecidivistas representam uma categoria que, mesmo não sendo muito numerosa, constitui um problema clínico particularmente difícil. Trata-se de sujeitos, mais meninas do que meninos, que efetuaram 5,1 TS ou até mais..., frequentemente de um modo idêntico (flebotomia repetitiva, absorções medicamentosas iterativas), em geral apresentando transtornos graves de personalidade (impulsividade maior, depressão grave de tipo narcísico ou de abandono, personalidade-limite, debilidade mental, etc.). Esses pacientes “usam” a TS, seja como uma modalidade relacional para fazer pressão sobre seu entorno e conseguir o que desejam ameaçando uma recidiva, seja como modo de resolução de qualquer tensão ou conflito psíquico, maneira de passar ao ato que alivia essa tensão ou afasta o conflito no momento, mas que evidentemente trava a possibilidade de elaboração mental. Para esse tipo de paciente, as tentativas repetitivas adquirem de fato o sentido de uma conduta de auto-sabotagem (Jeammet, 1990, 1991), assemelhando-se às condutas aditivas (Venisse, 1991) e antepondo-se ao mesmo

tempo a uma possível elaboração do conflito e à própria assistência terapêutica. O suicídio é um risco permanente nesse tipo de paciente, na medida em que as repetições de tentativas de TS acabam por levar tanto os terapeutas como a família a uma atitude de cansaço e de relativa indiferença em face desse comportamento.

No total, aparecem muito poucos indicadores externos (comportamentais, ambientais, familiares, etc.) precisos que possam fazer temer a ocorrência de uma recidiva em um adolescente que já tenha cometido esse gesto. Porém, dada a frequência dessas recidivas, seria desejável poder isolar fatores que levam a temer a iminência de uma tal recidiva. O caso é particularmente agudo para os adolescentes suicidas acompanhados em consulta ambulatorial intermitente (em geral o único acompanhamento aceito por eles) ou em psicoterapia. Os terapeutas sabem que terão de se situar sempre entre duas atitudes contraditórias. De um lado, o temor excessivo pelo terapeuta de uma recidiva pode compeli-lo a adotar atitudes excessivamente intervencionistas (reforço da frequência de entrevistas individuais ou familiares, proposição de hospitalização, proposição de afastamento do meio familiar, etc.): isso pode representar para o adolescente meios de pressão suscetíveis de impedir qualquer progresso no tratamento (fatores de resistência). De outro lado, a não consideração do risco de recidiva e a ausência de qualquer proposição de arranjos terapêuticos podem ser sentidas pelo adolescente como uma indiferença do terapeuta aos seus problemas, ou mesmo como uma atitude paradoxalmente incitadora e, com isso, favorecer a passagem ao ato (para fazê-lo compreender melhor seu sofrimento ou seu sentimento de impasse). Uma tal contradição, para ser, se não superada, pelo menos parcialmente esclarecida, supõe que o consultante ou o terapeuta e o adolescente possam discutir abertamente o risco de repetição da passagem ao ato e que as consequências dessa eventualidade sejam claramente examinadas nas entrevistas.

Devem ser considerados como fatores de risco de um estado suicida e, portanto, de recidiva:¹ 1) a existência de uma doença depressi-

va. Ela se opõe à depressividade do adolescente, porque nela o trabalho de luto é bloqueado: existe “um sentimento de abandono catastrófico”. No plano sintomático, nota-se frequentemente uma queda recente do desempenho escolar, a existência de queixas somáticas, a tendência a acidentes repetitivos. Há uma correlação cada vez mais evidente entre a gravidade da depressão e a probabilidade de recidiva; 2) o crescimento da angústia nos dias ou nas horas que precedem a tentativa: os adolescentes expressam isso no temor “de não agüentar”, no medo de desabar; 3) o aumento das rupturas sociais, em particular das rupturas recentes com a família, com o grupo de iguais, ou uma ruptura sentimental. Não se deve esquecer também o risco inerente à interrupção do acompanhamento terapêutico (férias ou ausência do terapeuta, fechamento transitório do hospital-dia, etc.). Esse risco pode ser reduzido em parte pelo estabelecimento de uma terapia plurifocal associando consultante, terapeuta individual, eventualmente terapeuta familiar, etc.

Esses índices constituem referências possíveis, embora difíceis de quantificar. Contudo, eles permitem uma avaliação aproximativa do risco de passagem ao ato. Sua presença deve incitar o médico (consultante ou terapeuta) a tomar medidas precisas e concretas para proteger o adolescente: rearranjo pontual do esquema de vida sob a forma de hospitalização ou de internação em uma instituição, reforço da frequência das seções de psicoterapia, possibilidade de seção suplementar por solicitação do adolescente, intervenção educativa *in loco*, proposição de consulta com um colega, etc.

A Avaliação a Distância

É muito difícil o prognóstico a distância das tentativas de suicídio do adolescente. A maioria das pesquisas catamnéticas choca-se com a ausência de resposta dos adultos, antigos adolescentes suicidas. Otto, na Suécia, utilizou índices de avaliação indiretos (registro de estado civil, ficha judiciária, dossiê militar, etc.) para julgar o equilíbrio posterior de adolescentes suicidas. Ele mostra que entre 1.547 crianças e adolescentes suicidas, o estudo da catamnese em 10 a 15 anos (sujeitos com idade de 25 a 35 anos

¹ Esses fatores são idênticos quando da primeira tentativa, mas raramente são identificadas como tais nesse momento.

na época) permite mostrar com toda evidência fatores inquietantes de morbidade. Assim, a percentagem de óbitos, para qualquer causa (suicídio por recidiva, mas também mortalidade por acidente, doença) é mais elevada que na população geral: 11,3% dos meninos e 3,9% das meninas que fizeram uma tentativa de suicídio morreram contra 1,6% e 1,8% na população de referência. Por outro lado, a taxa de benefício por invalidez e a taxa de condenação penal são significativamente mais elevadas. Finalmente, o autor descobre que existe uma taxa de morbidade para as doenças psíquicas, mas também para as doenças físicas (taxa avaliada pelo número de semanas declaradas de doença) mais elevada na população de antigos suicidas, meninos ou meninas, do que na população geral.

Esses índices, obviamente, são muito indiretos, mas testemunham um sofrimento psíquico e mesmo físico aumentado. Essas avaliações incitam a reconsiderar a opinião segundo a qual a tentativa de suicídio do adolescente poderia fazer parte da crise de maturação normal nessa idade da vida.

A ABORDAGEM TERAPÊUTICA

Seremos extremamente esquemáticos, abordando aqui apenas as particularidades terapêuticas próprias às tentativas de suicídio do adolescente. O gesto suicida é sempre envolvido por um contexto dramático. Quer se justifique ou não, ele raramente deixa de existir; a pressão da urgência em geral é grande, e leva o círculo próximo, sobretudo os intervenientes médicos e/ou paramédicos, a adotar às pressas uma estratégia de resposta que costuma adquirir a dimensão de uma verdadeira passagem ao ato, fazendo eco à passagem ao ato suicida do adolescente. É preciso esclarecer de antemão que, se há efetivamente uma urgência de ouvir o suicida, nem sempre há urgência de agir, de “fazer alguma coisa”. Em matéria de tentativa de suicídio, a única urgência é a urgência da escuta. Foi para responder à necessidade dessa escuta de urgência que se criaram diversos serviços ou centros de adolescentes. Seu objetivo é acolhê-los em situação de urgência e oferecer-lhes a possibilidade de uma entrevista clínica

imediata. Vale destacar também os centros de escuta por telefone, tal como o SOS-Amitiés, na França.

Distinguiremos as medidas terapêuticas imediatas, e depois as medidas de médio e de longo prazos.

Medidas Terapêuticas Imediatas

Elas representam a resposta direta ao gesto suicida. Suas modalidades nem sempre dependem do clínico, que às vezes se vê diante do fato consumado, como no caso freqüente de uma hospitalização noturna de urgência.

O objetivo essencial dessas medidas imediatas é preservar o futuro somático e também psicológico do adolescente, procurando estabelecer o quadro terapêutico eventualmente necessário. Pode-se distinguir a hospitalização, a entrevista de urgência com o adolescente, a entrevista familiar.

1) *A hospitalização*: a hospitalização em situação de urgência é freqüente: normalmente, trata-se de uma hospitalização em um serviço não especializado (serviço de medicina somática) ou no serviço de urgência do hospital. O interesse da hospitalização é visto de forma distinta segundo os autores: alguns a consideram útil para separar o adolescente de seu esquema habitual de vida, para controlar melhor o conjunto de parâmetros que levaram ao ato suicida e para permitir ao adolescente uma regressão em si mesma terapêutica (Schrut, Teicher, Duché). Outros autores assinalam que a existência ou não de hospitalização não muda em nada a freqüência de recidivas. Segundo esses últimos, apenas as longas internações hospitalares em meio especializado poderiam modificar alguma coisa, tanto na estrutura psicopatológica do indivíduo quanto na dinâmica das interações familiares. Porém, o risco de evolução crônica torna-se maior nesse caso. No conjunto, as modalidades encontradas com mais freqüência são as seguintes:

– A hospitalização responde às medidas de urgência que foram necessárias pelo estado somático do adolescente: lavagem gástrica quando ainda há tempo, monitoramento das principais constantes clínicas e biológicas, etc. Essa

hospitalização em medicina somática geralmente é breve, de 24 a 48 horas. Atualmente, há uma tendência a preconizar uma internação mais longa, de 3 a 10 dias, para permitir uma avaliação individual do adolescente com um início de contato psicoterápico e, sobretudo, um reencontro familiar no começo e no final da hospitalização, a fim de avaliar a dinâmica familiar e de sensibilizar os pais para a necessidade de um acompanhamento. A duração média da hospitalização para os adolescentes suicidas hoje é de cinco dias, e 13% permanecem sete dias ou mais (pesquisa INSERM, Gasquet e Choquet, 1993).

– A hospitalização prolongada em meio especializado não é preconizada pela maioria dos autores, salvo em alguns casos particulares; pode-se pensar em uma hospitalização quando o ato suicida é a expressão sintomática de uma perturbação grave (episódio delirante agudo, esquizofrenia), ou quando o ambiente habitual parece particularmente patógeno ou desestruturado. Nos outros casos, uma hospitalização breve parece suficiente, desde que se possam estabelecer os primeiros fundamentos de uma relação terapêutica.

2) *A entrevista de urgência*: ela se desenvolve em condições materiais difíceis, “na cama do doente”, em um lugarzinho contíguo, na sala das enfermeiras. Muitas vezes, o adolescente ainda está com a agulha da perfusão espetada no braço, e durante a entrevista ele se concentra na contemplação desse “gota a gota” reparador; em outros casos, a enfermeira acaba de libertá-lo desse apêndice para “ir conversar” com o psiquiatra-psicólogo. Isso significa que o clima nem sempre é ideal, e não favorece um relaxamento propício à reflexão. Contudo, essa entrevista é essencial: por um lado, ela permite uma primeira avaliação do gesto, o que é necessário para despistar as tentativas de suicídio sintomáticas de uma patologia mental já fixada ou iniciante; por outro lado, ela tem como finalidade preparar uma eventual terapia relacional posterior, para além do relato factual do episódio presente, relato em torno do qual costuma se desenvolver a entrevista.

3) *O encontro familiar*: ele é sempre fácil nesse clima de urgência, mas essa facilidade em encontrar o grupo familiar e a concordância habitual com as proposições terapêuticas não

antecipa em nada a evolução posterior. O conjunto dos autores (Morrison, Poivet, Ladame) é unânime em reconhecer a dificuldade de obter uma mobilização familiar que não seja uma simples crispação defensiva secundária à tentativa de suicídio. Apenas em um quarto dos casos a família expressa claramente um pedido de ajuda. Em um terço dos casos, ela é reticente, em 20% dos casos manifesta uma total incompreensão do gesto do adolescente, em 12% dos casos autoriza a saída do jovem contra a recomendação médica e em 10% dos casos banaliza completamente o ato suicida (Laurent et al., 1993). Porém, como assinala Ladame, “o comportamento suicida do adolescente cessará apenas se *alguma coisa* mudar em sua vida”. Essa *alguma coisa* diz respeito tanto à vida psíquica interna do adolescente quando ao seu ambiente.

As concordâncias e os eventuais compromissos terapêuticos assumidos pela família sob o impacto da urgência e na atmosfera dramática da hospitalização geralmente são experimentados como resultado de uma imposição: há o risco então do gesto suicida ser visto por essa família como um meio de pressão, ou mesmo de “chantagem”. Assim, é importante, a nosso ver, que o psiquiatra ou o psicólogo consultante saiba, na maioria dos casos, limitar sua abordagem terapêutica ao estritamente necessário, e que possa propor um quadro de intervenção definido. Essa é a técnica, muito utilizada nos países anglo-saxões, do “contrato”: proposição imediata de um número preciso de encontros familiares mensais ou trimestrais, ao final dos quais é proposta uma reavaliação diagnóstica e terapêutica.

De fato, parece ilusório, tanto no nível do adolescente quanto no nível da família, assumir de imediato processos terapêuticos a longo prazo (psicoterapia), quando os riscos de ruptura são tão grandes: essa interrupção seria experimentada então como uma ruptura suplementar em um adolescente cujo passado já está bastante saturado disso.

Em qualquer situação, as intervenções imediatas, para serem frutíferas, necessitam que exista uma grande harmonia e uma confiança recíproca entre os diversos intervenientes: reanimadores, cirurgiões, médicos de serviços de urgência, enfermeiras, psicólogos e psiquiatras, etc.

Medidas Terapêuticas de Médio e de Longo Prazos

É tão fácil que o adolescente e sua família aceitem as medidas imediatas quanto é difícil estabelecer de forma duradoura um quadro terapêutico. Só eventualmente a ocorrência de uma recidiva permitirá o estabelecimento de um projeto terapêutico a longo prazo. Pode-se tratar ou de uma psicoterapia familiar, ou de uma psicoterapia individual, ou de internações em instituições diversas (hospital-dia, lar, apartamento terapêutico, etc.). Não vamos detalhar aqui essas diversas medidas, mas remetemos o leitor ao capítulo consagrado à abordagem terapêutica.

Para um Protocolo de Avaliação Após Uma Tentativa de Suicídio

Todo adolescente suicida ou com idéias de suicídio deveria beneficiar-se de um protocolo de avaliação, que pode ser feito por qualquer médico, seja um psiquiatra, um pediatra ou um médico generalista de primeira linha. Em face de qualquer gesto suicida, o primeiro ato, ou melhor, a primeira atitude, tanto de cuidado quanto de prevenção, consiste, para cada interveniente do mundo médico, social e psicológico, em se convencer de que a tentativa de suicídio em um adolescente não deve, em hipótese nenhuma, ser banalizada de antemão. A banalização imediata, antes de se fazer o balanço de avaliação detalhado abaixo, procede da conspiração do silêncio, com o risco de levar à mesma banalização no adolescente ou em seus pais que, geralmente, não querem outra coisa, e pode ser considerada como uma falha profissional ou, no mínimo, como a não assistência à pessoa em perigo potencial. Essa posição não significa que, ao final desse balanço, toda TS seja considerada automaticamente como muito grave ou comprometedora da saúde mental desse jovem: há TS que podem ser consideradas de gravidade mínima, mas somente após a avaliação.

A segunda atitude que faz parte dos cuidados tem como objetivo essencial acalmar, conter e proteger. O ato suicida corresponde quase sempre a uma excitação transbordante e trau-

mática que o adolescente não conseguiu conter apenas por seus mecanismos de defesa psíquica. Geralmente há uma excitação em torno do gesto suicida, que aumenta a excitação interna e funciona como uma espécie de reforço negativo. Ainda que essa excitação do círculo próximo combinada à do jovem seja uma oportunidade de benefícios secundários notáveis (por exemplo, atenuação temporária de conflitos familiares ou obtenção pelo adolescente daquilo que seus pais lhe recusavam antes da tentativa), podem se estabelecer as condições de uma apetência traumatófila, o que torna maior a ameaça de repetição. Mas acalmar não significa de modo algum banalizar! Acalmar implica que o consultante de primeira linha não reaja por contra-attitudes, deixando que sua subjetividade o induza a uma avaliação objetiva da situação, não formule um “prognóstico” imediato antes de qualquer avaliação séria e fundamentada (seja esse prognóstico falsamente tranquilizante e banalizante: “não é nada...”, ou, ao contrário, seja ele de antemão alarmista, como se vê às vezes: “cuidado, é muito grave, isso vai acontecer de novo”). Desse ponto de vista, a existência de um protocolo a seguir em caso de TS aparece como um guia valioso, dando segurança ao clínico em certos aspectos, proporcionando-lhe estratégias e uma “conduta a adotar” (segundo a expressão médica consagrada), coisas suscetíveis de canalizar a angústia de uns e de outros, a das pessoas próximas ao suicida e a dos profissionais. Conter consistirá em assegurar-se, tanto quanto possível, de que as delimitações interindividuais intrafamiliares são respeitadas, de que a excitação do sujeito não destruirá a ele próprio, e de que ele dispõe de outros meios que não o gesto suicida para tentar se livrar de uma excitação transbordante; obviamente, essa aprendizagem exige um mínimo de tempo, e repousa em grande medida sobre a qualidade do quadro de cuidado inicial. Proteger conduz o clínico a colocar limites, somáticos e psicológicos, tanto ao adolescente quanto aos pais, diante de um ato cuja significação psicopatológica e cujas conseqüências concretas geralmente são difíceis de identificar de imediato. Na França, optou-se por hospitalizar os suicidas para responder melhor a esses dois últimos objetivos, conter e proteger, mas essa opção geralmente vai ao encontro da primeira, e é suscetível de acrescentar excitação a uma

situação individual e familiar que já tem demais! Em matéria de programa de atendimento, foram propostas numerosas estratégias: atendimento ambulatorial intensivo temporário (intervenção de crise), hospitalização durante o dia, protocolo terapêutico particular geralmente no quadro de uma terapia breve (terapia cognitivo-comportamental, terapia familiar), etc. Na literatura científica, não encontramos estudos comparando a eficácia desses diversos métodos, e ainda que houvesse, restaria saber o que se avalia verdadeiramente e a que período de tempo se refere essa avaliação (seis meses, um ano, vários anos, etc.). Portanto, é muito difícil ter uma idéia objetiva e fundamentada para justificar este ou aquele modelo de atendimento; o “consenso” em torno dessa questão teria valor de “prova”, mas de quê?

O primeiro momento do cuidado: a estratégia de avaliação psicológica individual e familiar. – Diante de um sujeito que fez uma tentativa de suicídio, recente ou mais antiga, ou diante de um sujeito que evoca a possibilidade de uma passagem ao ato suicida, é indispensável pesquisar certas manifestações sintomáticas ou comportamentos associados (fatores de risco). Podemos distinguir os sintomas de primeira linha (a dimensão ansioso-depressiva), de segunda linha (a dimensão impulsiva e a organização da personalidade) e de terceira linha (o contexto ambiental).

Os fatores de primeira linha: a dimensão ansioso-depressiva:

- Pesquisa de *ideações suicidas*, distinguindo se possível as idéias suicidas (pensar em se matar), as intenções suicidas (pensar em se matar de tal maneira) e os projetos suicidas (planejar e prover-se do material necessário para realizar o projeto, por exemplo: juntar os medicamentos e dissimulá-los ou comprar uma corda para um enforcamento e escondê-la até a data estabelecida). Obviamente, há uma gradação na gravidade potencial (Stoelb et al., 1998);

- Pesquisa de tentativas de suicídio anteriores.

- Existência de um *sentimento de desespero* (“isso tudo não serve para nada, é tudo inútil, ninguém pode me ajudar, só a morte...”).

- Presença de *transtornos afetivos ansiosos ou depressivos* (a probabilidade da TS ou da re-

cidiva parece estar relacionada à intensidade dessas manifestações sintomáticas) (Stoelb et al., 1998, Goldston et al., 1998).

A presença de um ou vários desses sintomas impõe peremptoriamente uma ação de cuidado enérgica, de preferência uma hospitalização imediata, em vez de um atendimento ambulatorial inicial: trata-se antes de tudo de proteger esse jovem de uma ameaça de recidiva precoce, e depois de tratar esse sofrimento depressivo...

Os fatores de segunda linha: a dimensão impulsiva e os transtornos da personalidade:

- Pesquisa de *condutas impulsivas*: fugas, tumultos, condutas violentas em relação a objetos ou a pessoas, passagens ao ato diversas, acidentes repetitivos, etc.

- Pesquisa de *consumos abusivos de produtos*, em particular em uma dimensão autoterapêutica, que define o uso de risco ou o uso nocivo (cigarro, álcool, haxixe, medicamento auto-administrados) (Gould et al., 1998; Stoelb et al., 1998).

- Pesquisa de transtorno de personalidade, em particular *transtorno de identidade de gênero* (homossexualidade).

A presença de fatores de segunda linha leva a temer uma recidiva, mas não necessariamente precoce. O objetivo prioritário aqui é conter tanto a impulsividade desse jovem quanto a impulsividade geralmente associada de seu esquema de vida. A hospitalização talvez não seja sistematicamente necessária, mas é indispensável uma abordagem terapêutica rápida e relativamente intensa. Rearranjos de vida sob a forma de internato, de lar, podem se mostrar necessários.

Os fatores de terceira linha: família, ambiente:

- Avaliar a qualidade do funcionamento familiar, particularmente identificar todos os fatores de desorganização relacional ou social: separação, divórcio, mas, sobretudo, *conflitos parentais* importantes e duradouros, antecedentes de *violência familiar* entre cônjuges ou de *sevícias físicas* às crianças (o próprio sujeito ou os membros de sua fratria), antecedente de *abuso sexual*, doença mental dos pais, em particular transtor-

no depressivo, consumo abusivo e dependência, antecedentes familiares de suicídio, etc.

– Avaliar a qualidade das relações entre o adolescente e seus pais (grau de tensão, de satisfação nessas relações).

– Avaliar a qualidade do ambiente e das relações sociais do jovem: isolamento social, retraimento e dificuldades relacionais ou, ao contrário, relações frequentes e múltiplas com iguais em detrimento de relações com a família.

A presença desses fatores familiares ou ambientais leva a temer uma banalização e uma ausência de rearranjo após a TS, propícia a uma recidiva. A necessidade de envolver o círculo próximo, em primeiro lugar os pais, é essencial nesse contexto. Um atendimento familiar, no mínimo ao adolescente e seus pais, costuma ser útil em um primeiro momento antes de propor um cuidado ao próprio adolescente.

Os fatores de terceira linha – os acontecimentos de vida:

– Uma *exposição recente ao suicídio*, e em menor grau a uma TS na família e mais ainda entre os iguais: deve-se pesquisar um suicídio ou uma TS recente no círculo próximo, definindo o grau de envolvimento do jovem em relação a essa pessoa (muito familiar, bem conhecido, distante); pesquisa de um suicídio (ou de uma

TS) entre os iguais: namorado(a), colega de classe, vizinho(a), primo(a), etc.

– Os *fatores de estresse*: conflito com os amigos, ruptura sentimental, maus resultados escolares em um bom aluno que superinvestiu sua escolaridade, punição, exame importante, mudança, etc.

A presença de tais acontecimentos de vida deve levar a pensar em medidas de proteção e em uma intervenção chamada “de crise”, tanto mais quanto os fatores de primeira ou de segunda linha estão presentes. Arranjos de vida transitórios e uma hospitalização de curta duração podem proteger e acalmar um adolescente, cuja tensão ansiosa pode se tornar transbordante.

Realizar essa avaliação, isto é, esclarecer os diversos pontos, fazer com que o adolescente os especifique, encontrar-se com o grupo familiar, informar-se sobre seu círculo próximo e sobre suas relações sociais, pesquisar no passado recente ou antigo, da família ou dos amigos, histórias de suicídios ou de TS pode ter em si o valor de cuidado quando o adolescente é levado dessa maneira a dar informações sobre ele próprio e sobre seu ambiente, informações sobre as quais ele talvez possa iniciar uma reflexão posteriormente. As poucas entrevistas necessárias para essa coleta servem então de psicoterapia breve em um contexto de solicitude empática e, em geral, constituem a primeira e única abordagem aceita inicialmente.

REFERÊNCIAS

- ALVIN P. : Suicidal adolescents : lessons to be learned from early intervention. *J. Paediatr. Child Health*, 1993, 29, suppl. 1, S20S24.
- ALLEON A.M., MORVAN O. : «Je voulais en finir». In : *Adolescence et suicide*. Sous la direction de F. Ladame, J. Ottino, C. Pawlak. Masson, Coll. Médecine et Psychothérapie, Paris, 1995, 116-123.
- BEAUTRAIS A.L., JOYCE P.R., MULDER R.T. : Risk factors for serious suicide attempts among youths aged 13 through 24 years. *J. Am. Child Adolesc. Psychiatry*, 1996, 359, 11741182.
- BILLEBRAHE U., SCHMIDTKE A. : Conduites suicidaires des adolescents : la situation en Europe. In : *Adolescence et suicide*, sous la direction de F. Ladame, J. Ottino, C. Pawlak, Masson, Coll. Médecine et Psychothérapie, Paris, 1995, 1 vol.
- BOURGEOIS M., FACY F., ROUILLON F., VERDOUX H. : Épidémiologie du suicide. *Encycl Med Chir, Psychiatrie*, 1997; 37397, A20.
- BRENT D.A., PERPER J.A., GOLSTEIN C.E. et coll. : Risk factors for adolescent suicide : a comparison of adolescent suicide victims with suicidal inpatients. *Arch Gen Psychiatry*, 1988, 45, 581588.
- BROWN L.K., OVERHOLSER J., SPIRITO A., FRITZ G.K. : The correlates of planning in adolescent suicide attempts. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 1991, 30, 1, 9599.
- BROWN L.K., OVERHOLSER J., SPIRITO A., FRITZ G. : The correlates of planning in adolescent suicide attempts. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, janvier 1991, 30, 1.

- CAGLAR H. : *Adolescence et suicide*. ESF Collection La vie de l'enfant, Paris, 1989, 1 vol.
- CARBONE P., GINO M. : La mort et l'inchangé. In : *Adolescence et suicide*. Sous la direction de F. Ladame, J. Ottino, C. Pawlak. Masson, Coll. Médecine et Psychothérapie, Paris, 1995, 110-116.
- CHABROL H. : *Les comportements suicidaires de l'adolescent*. PUF, collection Nodules, Paris, 1992, 1 vol.
- CHOQUET M., MENKE H. : Suicidal thoughts during early adolescence : prevalence associated troubles and help-seeking behavior. *Acta Psychiatr. Scand.*, 1989, 81, 170-177.
- DAVIDSON F., CHOQUET M. : *Le suicide de l'adolescent: étude épidémiologique et statistique*. ESF, Paris, 1981, 1 vol., 132 p.
- DE WILDE E.J., KIENHORST C.W.M., DIESKSTRA R.F.W., WOLTERS W.H.G. : The relationship between adolescent suicidal behavior and life events in childhood and adolescence. *Am. J. Psychiatry*, janvier 1992, 149-1.
- DESIMONE A., MURRAY P., LESTER D. : Alcohol use, self-esteem, depression, and suicidality in high school students. *Adolescence*, 1994; 29 (116): 939-942.
- EBTINGER R., SICHEL J.P. : L'hypocondrie et le suicide chez l'adolescent. *Confront. Psychiatr.*, 1971, 7, 81-101.
- ERLICH H.S. : Adolescent suicide : Maternal longing and cognitive development. *Psychoanal. Study Child*, 1978, 33, 261-277.
- FAHS H., MARCELLI D., LAFAY N., SENON J.L., PERIVIER E. : Les états dépressifs de l'adolescent scolarisé. Une étude épidémiologique chez les jeunes scolarisés (12-20 ans). *Ann Psychiatr.*, 1998; 13 (1) : 16-23.
- FERGUSON D.M., HORWOOD J., BEAUTRAIS A.L. : Is sexual orientation related to mental health. Problems and suicidality in young people? *Arch. Gen. Psychiatry*, 1999, 56, 876-889.
- GASQUET I., CHOQUET M. : Gender role in adolescent suicidal behavior: observations and therapeutic implications. *Acta Psychiatr. Scand.*, 1993, 87, 59-65.
- GASQUET I., CHOQUET M. : Accueil des adolescents suicidants à l'hôpital général. *Psych. Med.*, 1993, 25, 5, 400-404.
- GISPERT M., WHEELER K. : Suicides de l'adolescent et stress récents et au long cours. In : *Le développement en péril*, sous la direction de Anthony E.J., Chiland C., PUF, Paris, Coll. Fil Rouge, 1992, 1 vol., 459-470.
- GOLSTON D.B., DANIEL S., REBOUSSIN D.M. et coll. : First-time suicide attempters, repeat attempters and previous attempters on an adolescent inpatient psychiatry unit. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 1996, 35, 5, 631-639.
- GOLSTON D.B., DANIEL S.S., REBOUSSIN B.A. et coll. : Psychiatric diagnosis of previous suicide attempters, first-time attempters, and repeat attempters on an adolescent inpatient psychiatry unit. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 1998, 37, 9, 924-932.
- GOLSTON D.B., DANIEL S.S., REBOUSSIN D.M. et coll. : Suicide attempts among formerly hospitalized adolescents : a prospective naturalistic study of risk during the first 5 years after discharge. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 1999, 38, 6, 660-671.
- GOULD M.S., KING R., GREENWALD S. et coll. : Psychopathology Associated with suicidal ideation and attempts among children and adolescents. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 1998, 37, 9, 915-923.
- HAIM A. : *Les suicides d'adolescents*. Payot, Paris, 1970, 1 vol., 303 p.
- HARRINGTON R.C. : *Depressive disorder in childhood and adolescence*, John Wiley, Chichester, 1993.
- HARRINGTON R., BREDEKAMP D., GROOTHUES C. et coll. : Adult outcomes of childhood and adolescent depression. III Links with suicidal behaviours. *J. Child Psychol. Psychiatr.*, 1994, 35, 7, 1309-1319.
- HAWTON K., FAGG J. : Deliberate self-poisoning and self-injury in adolescents. A study of characteristics and trends in Oxford, 1976-89. *Br J Psychiatry*, 1992; 161: 816-823.
- JEAMMET P., BIROT E. : *Étude psychopathologique des tentatives de suicide chez l'adolescent et le jeune adulte*, PUF, Paris, 1994, 1 Vol., 265 p.
- KESSLER R.C., BORGES G., WALTERS E.E. : Prevalence of and risk factors for lifetime suicide attempts in the national comorbidity survey. *Arch Gen Psychiatry*, 1999, 56, 617-626.
- KIENHORST C.W., DE WILDE E.J., DIEKSTRA R.F., WOLTERS W.H. : Construction of an index for predicting suicide attempts in depressed adolescent. *Brit. J. Psychiatry*, 1991, 159, 676-682.
- KOVACS M., GOLDSTON D., GATSONIS C. : Suicidal behaviors and childhood-onset depressive disorders: a longitudinal investigation. *J Am Acad Child Psychiatry*, 1993; 32 : 8-20.
- LADAME F. : *Les tentatives de suicide des adolescents*. Masson, Paris, 1981, 1 vol.
- LADAME F., JEANNERET O. : Suicide in adolescence : some comments on epidemiology and prevention. *J. Adol.*, 1982, 5, 355-366.
- LADAME F., OTTINO J., PAWLAK C. : *Adolescence et suicide*, Masson, Paris, 1995. 1 vol.

- LADAME F., PERRET-CATIPOVIC M., CHOQUET M. et coll. : Conditions et enjeux de la prévention du suicide des jeunes. In : *Conduites addictives, conduites à risques : quels liens, quelle prévention.* sous la direction de J.L. Venisse, D. Bailly, M. Reynaud, Masson, Paris, 2002.
- LAEDERACH J., LADAME F. : Suicide des jeunes et dépression. In : *La dépression avant 20 ans. Sous la direction de T. Lemperrière*, Masson, Paris, 1998.
- LAFAY N., FAHS H., MARCELLI D. et coll. : Troubles dépressifs des adolescents et des post-adolescents. Résultats de deux enquêtes poitevines en population scolarisée collégienne, lycéenne et étudiante. *Ann Psychiatr*, 1998; 13 (1) : 9-15.
- LARSSON B., IVARSSON T. : Clinical characteristics of adolescent psychiatric inpatients who have attempted suicide. *European child & Adolescent Psychiatry*, 1998, 7, 201-208.
- LAUFER M., LAUFER M.E. : *Adolescence et rupture du développement: une perspective psychanalytique*. PUF, Paris, 1989, 1 Vol.
- LAURENT A., BOSSON J.L., BOST M., BOUCHARLAT J. : Tentatives de suicide d'enfants et d'adolescents. À propos de 102 observations dans un service de pédopsychiatrie. *Neuropsych. de l'Enf. et de l'Adol.*, 1993, 41 (3-4), 198-205.
- LEWINSOHN P.M., ROHDE P., SEELEY J.R. : Psychosocial risk factors future suicide attempts. *J. Consult. Clin. Psychol.*, 1994, 62, 297-305
- LOUBEYRE J.B. : Une population d'adolescents hospitalisés. In: Marcelli D. *Adolescences et dépressions*, PUF, Paris, 1990 : 14-16.
- MACCOTTA J.C. : *Suicide à l'adolescence: l'idée on l'acte. Etude comparative d'adolescents suicidaires et suicidants à l'hôpital Sainte-Justine (Montréal)*. Thèse pour le Doctorat en médecine, faculté de médecine de Poitiers, 1999.
- MALE P. : Le suicide chez l'enfant et l'adolescent. *Rev. Prat.*, 1971, 21, 32, 4827-4840.
- MARCELLI D. : «La dépression dans tous ses états», du nourrisson à l'adolescent... et après (1^{re} partie). *Neuropsychiatr Enfance Adolesc*, 1998, 46 (10-11) : 489-501.
- MARCELLI D., FAHS H. : Relation entre dépression et suicide à l'adolescence. *Nervure*, 1995; 8 (1) : 26-34.
- MARCELLI D., BERTHAUT E. : *Dépression et tentative de suicide à l'adolescence*. Masson, Coll. Les âges de la vie, Paris, 2001, 1 vol.
- MARCELLI D. : Le syndrome de pseudoguérison après une tentative de suicide. *Nervure*, 2002, 15, 7, 18-21.
- MARCELLI D., LAFAY N., MANZARENA C. et Coll. : Les états dépressifs de la post-adolescence. Résultats d'une enquête menée chez 1521 étudiants de l'université de Poitiers. *Ann Med Psychol*, 2003, 161, 147-151.
- MARTTUNEN M.J., ARO H., HENRIKSSON M. LONNQVIST J.K. : Mental disorders in adolescent suicide. DSM-III-R axes I and II in suicides among 13 to 19 year olds in Finland. *Arch. Gen. Psychiatry*, 1991, 48, 834-839.
- MOENS G.F.G., VAN DE VOORDE H. : Epidemiological aspects of suicide among the young in selected European Countries. *J. Epidemiol. Community Health*, 1988, 42, 279-285.
- MOUTIA C., FISCHER W., LADAME F. : Caractéristiques cliniques d'une cohorte d'adolescents suicidants : résultats préliminaires d'une étude prospective. In : *Adolescence et suicide*, sous la direction de Ladame F., Ottino J., Pawlak C., Masson, Coll. Médecine et Psychothérapie, 67-73.
- MYERS K., MCCAULEY E., CALDERON R., TREDER R. : The 3-years longitudinal course of suicidality and predictive factors for subsequent suicidality in youths with major depressive disorder. *J. Am. Child Adolesc. Psychiatry*, 1991, 30, 804-810.
- OTTO U. : Suicide Attempts among Swedish children and adolescents. In: *Adolescence* (G. CAPLAN, S. LEBOVICI). Basic Books. New York, 1969, 244-251.
- OTTO U. : Suicidal Acts by Children and Adolescents : a Follow-up Study. *Acta Psychiat. Scand.*, Suppl. 233, 1972.
- PFEFFER C., NORMANDIN L., KAKUMA T. : Suicidal children grow up: suicidal behavior and psychiatric disorders among relatives. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 1994, 33, 1087-1097.
- POMMEREAU X. : *L'adolescent suicidaire*, Dunod, Paris, 1996.
- PORRET J.M. : *La consignation sublimale*, PUF, Paris, 1994.
- PUIG-ANTICH J., LUKENS E., DAVIES M. et Coll. : Psychosocial functioning in prepubertal major depressive disorders. II Interpersonal relationships after sustained recovery from affective episode. *Arch Gen Psychiatry*, 1985; 44 : 81-89.
- RAO U., WEISSMAN M.M., MARTIN J.A., HAMMOND R.W. : Childhood depression and risk of suicide : preliminary report of a longitudinal study. *J Am Child Adolesc Psychiatry*, 1993; 32, 1 : 21-27.
- REIFMAN A., WINDLE M. : Adolescent suicidal behaviors as a function of depression, hopelessness, alcohol use, and social support : a longitudinal investigation. *Am. J. Community Psychol.*, 1995, 23, 329-354.
- RENAUD J., BRENT D.A., BIRMAHER B. et Coll. : Suicide in adolescents with disruptive disorders. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 1999, 38, 7, 846-851.

- ROBERTS R.E., ROBERTS C.R., CHEN Y.R. : Suicidal thinking among adolescents with a history of attempted suicide. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1998; 37 (12) : 1294-1300.
- RUNESON B.S., BESKOW J., WAERN M. : The suicidal process in suicides among young people. *Acta Psychiatr. Scand.*, 1996, 93. 35-42.
- SHAFFER D., GOULD M.S., FISHER P. et Coll. : Psychiatric diagnosis in child and adolescent suicide, *Arch Gen Psychiatry*, 1996, 53, 339-348.
- SOROSKY A.D. (Edit.) : Adolescent suicidology. Série d'articles de : MILLER PETZEL S.V., TABACHNICK N., BERKOVITZ I.H., etc. *Adol. Psychiat.*, 1981, 9, 323-498.
- STOEL B.M., CHIRIBOGA J. : A process model for assessing adolescent risk for suicide. *Journal of Adolescence*, 1998, 21, 359-370.
- STORK J. : Échelle d'évaluation du risque suicidaire chez l'adolescent. *Psychiat. Enf.*, 1977, XX, 2, 493-520.
- TOOLAN J.M. : Depression in children and adolescents. In : *Adolescence Psychosocial Perspective* (J. CAPLAN, S. LEBOVICI). Basic Books Inc., 1969, 264-269.
- VANECK L. : À propos de quelques psychothérapies d'adolescents et adolescentes dépressifs et suicidaires. *Rev. Neuropsychiat. Infant.*, 1978, 26, 7-8, 359-392.
- WAHL V., FISCHER W., PAHUD A.L. et Coll. : Tentatives de suicide multiples à l'adolescence, abus sexuel et trouble de la personnalité borderline. *Neuropsychiat. Enfance Adolesc.*, 1998, 46, 1-2, 61-68, 3-4, 198-205.
- WICHSTROM L. : Predictors of adolescent suicide attempts : a nationally representative longitudinal study of norwegian adolescents. *J. Am. Acad. Child Adolesc Psychiatry*, 2000, 39, 5, 603-610.

Os Diferentes Estados Psicóticos

O aparecimento de sinais precoces e geralmente insidiosos da esquizofrenia representa um temor que por muito tempo dominou o problema das psicoses na adolescência. Eles assumem diferentes formas. Alguns, como a esquizofrenia ou as psicoses delirantes agudas, não são características dessa idade, mas sua ocorrência nesse período coloca questões diagnósticas e/ou prognósticas. Essas questões adquiriram recentemente toda sua importância na medida em que se levantou a idéia de que o prognóstico dependia da precocidade do tratamento e, portanto, da precocidade do diagnóstico. Outros estados psicóticos são encontrados especificamente na adolescência em razão da similitude entre certos processos intrapsíquicos específicos dessa etapa do desenvolvimento e certas características psicopatológicas próprias aos estados psicóticos.

De um ponto de vista epidemiológico, se a taxa de prevalência das síndromes esquizofrênicas é estimada de 0,7 a 0,9% na população geral, as pesquisas sobre a ocorrência de transtornos mentais na adolescência são raras. Contudo, podemos dizer, segundo os estudos, que 5 a 20% dos adolescentes em consulta ou hospitalizados apresentam transtornos psicóticos. Em 1968, A. S. Henderson estudou uma população de 230 adolescentes em primeiras consultas com idade entre 14 e 19 anos. Trinta

e cinco deles foram considerados como psicóticos (15%) com uma predominância de meninos em relação às meninas. Em 1976, I. B. Wiener e Del Gaudio estudaram a distribuição das categorias diagnósticas de 1.334 adolescentes com idades entre 12 e 18 anos hospitalizados ou em consulta. Eles apresentaram a cifra de 8,5% para a esquizofrenia.

Nesse último trabalho, o termo “esquizofrenia” é tomado em sentido amplo. Ele inclui geralmente todas as formas de estados psicóticos, agudos, reacionais ou crônicos. Isso nos conduz de antemão a uma precisão terminológica. Em 1994, a classificação americana DSM-IV distingue a esquizofrenia, com seus sintomas característicos e seus subtipos conforme a sintomatologia predominante (paranóide, desorganizada, catatônica, indiferenciada, residual), de outros transtornos psicóticos. Entre estes últimos, encontrados particularmente na adolescência, essa classificação distingue: o Transtorno esquizofreniforme, que se diferencia da esquizofrenia em razão essencialmente de sua duração, compreendida entre um e seis meses e não mais do que isso, o Transtorno psicótico breve, cuja duração é compreendida entre um dia e um mês, o Transtorno esquizoafetivo que, seja qual for sua duração, associa aos sintomas da esquizofrenia, em um dado momento, um episódio de humor,

e o transtorno psicótico induzido por uma substância. Vale assinalar que, nessa classificação, não se atribui um lugar aos estados psicóticos específicos da adolescência.

Três questões dominam de fato o problema das psicoses na adolescência.

A primeira é a das dificuldades diagnósticas das psicoses iniciantes, e isto por duas razões:

– numerosos sinais considerados como prodrômicos do transtorno psicótico maior, a esquizofrenia, são encontrados de forma significativa também em uma população de adolescentes normais (Quadro 11.1);

Quadro 11.1 Prevalência em uma população normal de sinais considerados como prodrômicos (segundo McGorry et al., *Acta Psychiatr. Scand.*, 1995)

Pensamento mágico	51%
Experiência perceptual incomum	45,6%
Alteração acentuada do funcionamento	41,1%
Perda acentuada de iniciativas	39,7%
Comportamento estranho acentuado	25,2%
Discurso digressivo/sobre-elaborado	21,7%
Afetos ardentes/inapropriados	21,7%
Isolamento/retraimento social	18,4%
Diminuição importante da higiene	8,1%

– os sintomas psicóticos-“chave”: os comportamentos bizarros, os transtornos do pensamento, as alucinações, as idéias delirantes podem ser encontrados em numerosas categorias diagnósticas (Figura 11.1)

A segunda questão, freqüentemente levantada na adolescência, diz respeito à evolução. Em face dos sintomas psicóticos, em particular aquilo que os psiquiatras franceses continuam chamando de “acesso delirante agudo”, os clínicos geralmente reservam sua apreciação prognóstica: a evolução favorável sem continuidade, a recidiva e a evolução para um processo esquizofrênico continuam sendo as três eventualidade habitualmente consideradas. Contudo, foram citados critérios preditivos (Quadros 11.2 e 11.3).

Quadro 11.2 Psicose “esquizofreniforme” de bom prognóstico

- Fatores desencadeantes manifestos
- Início agudo
- Quadro clínico polimorfo
- Ambiente favorável
- Uma personalidade pré-mórbida sem transtorno de desenvolvimento

Quadro 11.3 Psicose “esquizofreniforme” de mau prognóstico (segundo G. Langfeldt, citado em Grivois e Grosso, 1998)

- Sem fatores desencadeantes aparentes
- Início progressivo
- Critérios de Kraepelin e/ou de Bleuler
- Desrealização ou despersonalização típica sem transtorno da consciência
- Ambiente perturbado
- Uma personalidade pré-mórbida com transtornos de desenvolvimento



Figura 11.1 Dificuldades diagnósticas da psicose iniciante. (Fonte: EPPIC, citado por Grivois e Grosso, 1998).

Finalmente, a terceira questão é de ordem psicopatológica. Abordamos aqui o campo dos aspectos específicos do processo psicótico na adolescência. Esses aspectos revelam a potencialidade psicótica dos principais movimentos da fase de desenvolvimento constituída pela adolescência. Aqui eles adquirirão a forma de transtornos da identidade, de indagações ansiosas e desorganizadoras sobre as transformações corporais ou de direcionamento maciço e exagerado da energia psíquica ao desenvolvimento narcísico em detrimento do investimento objetal.

ESTUDO CLÍNICO DAS PSICOSES NA ADOLESCÊNCIA

Ao contrário da psicose infantil, é difícil fazer um estudo sucessivo das principais condutas indicativas de um processo psicótico na adolescência. Portanto, não há nenhuma conduta que seja de fato característica. Nessa idade, todas as condutas, mesmo as mais indicativas, como um retraimento, uma interpretação delirante ou mesmo uma alucinação, podem ser encontradas em um processo não psicótico. Desse modo, é preferível apresentar primeiramente aqui os agrupamentos sintomáticos.

Agruparemos sucessivamente quatro tipos de agrupamentos sintomáticos, destacando a ou as questões que caracterizam cada um na adolescência.

A ESQUIZOFRENIA

A angustiante indagação sobre um possível princípio de esquizofrenia infiltra com bastante freqüência o campo de preocupações do psiquiatra de adolescentes e corre o risco de desembocar em uma atitude de demarcação semiológica empobrecedora e perigosa. Conhecemos os excessos com toda razão denunciados: por exemplo, fazer de todo adolescente que se detém um pouco demais e complacentemente

diante do espelho um esquizofrênico que duvida de sua identidade, ou fazer de uma excêntrica passageira uma bizarrice do comportamento indicativa de psicose. Não é menos verdade que a esquizofrenia geralmente começa na adolescência, embora, felizmente, nem todas as manifestações patológicas ou desviantes sejam testemunhos de uma esquizofrenia iniciante. Contata-se um paradoxo: de um lado uma doença, enfim rara, mas grave e duradoura, de outro, uma nosografia flutuante, incerta, onde as fronteiras entre o normal e o patológico são particularmente difusas. Esse paradoxo explica os riscos, tanto por excesso como por falta, no estabelecimento de um tal diagnóstico. Assim, o diagnóstico de uma esquizofrenia iniciante é difícil, não tanto durante uma hospitalização de longa duração, sinal evidente de gravidade, mas em consulta.

Clínica

Mesmo com a utilização da metodologia mais rigorosa nos estudos mais recentes (*Structured Interview for Prodromal Syndromes*), a sensibilidade e a especificidade dos sinais prodrômicos de esquizofrenia ainda é fraca. É clássico hoje distinguir três fases evolutivas:

– Uma fase pré-mórbida em que se identificam sujeitos com risco (Quadro 11.4);

Quadro 11.4 Os principais fatores de risco (adaptado segundo J. Edwards et al., 2002)

-
- História familiar (1º grau) de psicose +++
 - Personalidade vulnerável: esquizotípica, esquizóide
 - Funcionamento pré-mórbido alterado
 - Antecedentes de traumatismo craniano (TC), QI baixo
 - Antecedentes de sofrimentos perinatais e obstétricos
 - Acontecimentos de vida +
 - Abuso de substância ++
-

– Uma fase prodrômica (Quadros 11.5 e 11.6);

Quadro 11.5 Sinais prodrômicos mais frequentes citados na literatura (segundo A. R. Yung et al., Schiz. Bulletin, 1996)

- Diminuição da atenção e da concentração
- Diminuição da energia, das motivações
- Humor depressivo
- Transtornos do sono
- Ansiedade
- Retraimento social
- Suspeição
- Alteração global do funcionamento escolar e social
- Irritabilidade

Quadro 11.6 Fase prodrômica (citado em Grivois e Grosso, 1998)

- O adolescente se queixa de não conseguir mais dirigir seus pensamentos: da dificuldade recente de concentração ao vazio do pensamento.
- O adolescente se queixa de não conseguir mais controlar seus atos: da inércia desagradável à agitação desorganizada.

- O adolescente se queixa de não sentir mais suas emoções: da frieza inapropriada às cóleras incontroláveis.
- Sentimentos frequentes e penosos de ser observado.

Duração: média de 1 a 5 anos segundo os estudos

As três síndromes-chave da fase psicótica franca:

- debilidade psicomotora: redução e empobrecimento progressivos e acentuados das atividades verbais, mentais e motrizes (= / delíto);
- desorganização do pensamento: pensamentos, palavras e/ou comportamentos bizarros, afetos inapropriados (= / desafio);
- distorção da realidade: idéias projetivas permanentes, delírio, alucinações (= / negação).

– Uma fase psicótica franca.

Remetemos o leitor aos tratados de psiquiatria adulta no que se refere à descrição do autismo, da discórdância e do delírio. Vamos esclarecer apenas e de forma muito esquemática que, apesar da diversidade das condutas iniciais, podem-se distinguir classicamente três grandes tipos de início:

1) As formas agudas cuja frequência é estimada em 30 a 50% segundo os autores e que representavam para Bleuler dois terços dos modos de início: acesso delirante ou estado confuso agudo, mas também transtorno de dimensão

maníaca, melancólica ou mista, inquietante por seu caráter atípico.

2) As formas progressivas ou subagudas: estados delirantes de evolução subaguda revestindo em geral o tipo de automatismo mental, mas também estados pseudoneuróticos.

3) As formas insidiosas mais difíceis de detectar em que se observa comumente um declínio ou mesmo um desmoronamento escolar, além de condutas bizarras impulsivas ou compulsivas.

A angústia é o traço comum a todos esses modos de início. Esta é difusa, invasiva e dificilmente está ausente. Se a essa angústia associam-se uma bizarrice de condutas e uma frieza do contato, o diagnóstico é ainda mais comumente evocado.

Após um período de incerteza, o conjunto da sintomatologia aparece em alguns meses, tornando o diagnóstico mais fácil.

Apenas para recordar, citaremos os seis critérios retidos pela classificação DSM-IV mencionados anteriormente:

1) Pelo menos um dos sintomas clássicos da esquizofrenia (idéias delirantes, alucinações, transtornos do curso do pensamento).

2) Uma deterioração no campo do trabalho, das relações sociais ou dos cuidados pessoais.

3) A presença há pelo menos seis meses de uma “fase ativa”.

4) A exclusão de um transtorno esquizoafetivo e de um transtorno do humor.

5) A exclusão de uma afecção médica geral ou devida a uma substância.

6) Especificar, se necessário, a relação com um transtorno autístico ou um outro transtorno evolutivo do desenvolvimento da infância.

Não insistiremos nesses critérios. Na adolescência, a questão é dominada de fato pelo diagnóstico diferencial entre a esquizofrenia iniciante e as diferentes formas de crises.

Esquizofrenia Iniciante ou “Crises” na Adolescência?

Diante de atos um pouco excêntricos, de atitudes às vezes estranhas, uma fuga ou uma

tentativa de suicídio inesperada, o diagnóstico diferencial entre um processo esquizofrênico iniciante e uma forma particular de “crise de adolescência” permanece uma das questões mais clássicas em clínica psiquiátrica. É preciso reconhecer que, quase sempre, apenas a evolução e, portanto, o tempo permitirão fazer um diagnóstico preciso: às vezes os transtornos iniciais melhoram rapidamente ou dão lugar a um dinamismo psíquico que foi travado apenas momentaneamente ou muito parcialmente; outras vezes, ao contrário, a perda de contato com a realidade se agrava, e o adolescente parece progressivamente ou brutalmente incapaz de dominar sua angústia e sentir uma inquietação, um desespero totalmente desorganizador.

A importância desse critério evolutivo explica que o diagnóstico seja tanto mais difícil na medida em que os transtornos estão no seu início. Consequentemente, a atitude diagnóstica consistiria então, como recomenda a DSM-IV, em não evocar o diagnóstico de esquizofrenia antes de pelo menos seis meses de transtornos patentes. Mas a questão não é puramente diagnóstica: quando se conhece a reversibilidade na adolescência mesmo dos transtornos mais graves, é tentar agir precocemente de forma adequada. Daí a necessidade de examinar em profundidade os transtornos em que se suspeita de uma potencialidade psicótica. Normalmente, três referências são evocadas: 1) os antecedentes do sujeito; 2) o aspecto clínico propriamente dito; 3) uma avaliação fina e detalhada do funcionamento mental.

Os antecedentes do sujeito. – Entre os antecedentes do sujeito, três séries de elementos em favor de uma esquizofrenia iniciante são pesquisadas: a) a ocorrência anterior de episódios equivalentes ou de manifestações clínicas que tendem a evoluir para uma esquizofrenia; b) os diferentes fatores considerados como característicos de populações de “alto risco” de esquizofrenia; c) os traços de personalidade esquizóides.

Em face de um adolescente cujas condutas fazem temer um início de esquizofrenia, a primeira questão é saber se esse é um primeiro episódio ou se já ocorreram manifestações similares. A primeira eventualidade é a mais freqüente: apenas 1% de todas as esquizofrenias

aparece antes dos 10 anos, e 4% antes dos 14 anos (R. J. Corboz, 1969).

Contudo, não podemos limitar os antecedentes indicativos de esquizofrenia iniciante apenas às manifestações similares ao episódio atual. Sem entrar aqui na discussão sobre a continuidade ou a descontinuidade entre os transtornos mentais da criança e as psicoses do adulto, todos os autores são unânimes em reconhecer que não somente as psicoses infantis, mas também as diversas organizações patológicas “limite” (desarmonias evolutivas de vertente psicótica, distímias graves, pré-psicoses, parapsicoses, organizações graves de caráter: cf. *Enfance et psychopathologie*), formam a base de uma descompensação psicótica na adolescência ou na idade adulta. A presença de tais transtornos na infância do adolescente no qual se suspeita um processo esquizofrênico pesa na apreciação diagnóstica.

Outros antecedentes são menos indicativos: é preciso mencionar, no entanto, os resultados de estudos sobre as populações expostas a um “alto risco” de esquizofrenia. Recordemos alguns fatores que caracterizaram essas populações de “alto risco”:

1) A presença de um ou dos dois genitores esquizofrênicos: 10% de todas as crianças que têm um genitor esquizofrênico desenvolvem mais tarde uma esquizofrenia, mas apenas 10 a 20% dos esquizofrênicos têm pais esquizofrênicos (Shapiro, 1981).

2) A ocorrência de dificuldades durante a gravidez e de complicações neonatais nos antecedentes do sujeito. Entretanto, a significação desses elementos e suas ligações de causalidade com as esquizofrenias ainda são pouco claras atualmente (Mednick, 1970).

3) O baixo peso de nascimento nos antecedentes é um elemento de incidência estatística relativamente elevada. Alguns o associaram a uma predisposição genética (Rieder, 1980).

4) Um atraso no desenvolvimento sensório-motor é considerado como um fator de “alto risco”. Mas também nesse caso, as dificuldades metodológicas e as diversas interpretações possíveis não permitem tirar conclusões claras.

Os limites dessas pesquisas e os limites da noção de “fator de risco”, de “vulnerabilidade”

ou de “competência” foram abordados em *Enfance et psychopathologie* (cf. Capítulo 14). Eles são igualmente importantes a propósito do adolescente, e aconselhamos os leitores a levar em conta isso.

Finalmente, a classificação americana DSM-IV descreve uma síndrome característica: a Síndrome de Asperger, marcada por:

- uma alteração qualitativa das interações sociais;
- um caráter restrito, repetitivo e estereotipado dos comportamentos, dos interesses e das atividades;
- a perturbação provoca uma alteração significativa do funcionamento social, profissional ou em outros campos importantes;
- não existe atraso geral da linguagem;
- durante a infância não houve atraso significativo, no plano clínico, no desenvolvimento cognitivo nem no desenvolvimento das capacidades de autonomia em função da idade, do comportamento adaptativo e da curiosidade pelo ambiente;
- o transtorno não responde aos critérios de um outro Transtorno invasivo do desenvolvimento específico, nem aos de uma esquizofrenia.

Vale lembrar que se um adolescente apresentou tais antecedentes, não se trata, por esse motivo, de fazer um diagnóstico pior, e sim de identificar a mudança ocorrida recentemente e sua função: pode-se tratar de um novo esforço para se livrar de uma tendência esquizóide ou, ao contrário, de um aprofundamento em um processo mais destrutivo.

Os elementos clínicos. – O quadro clínico de um processo esquizofrênico iniciante é difícil de diferenciar de um estado passageiro de crise quando as manifestações se instalam de forma progressiva e insidiosa.

O adolescente apresenta uma labilidade desconcertante do humor, oscilando entre a depressão e uma exaltação disfórica; ele tem “crises de nervos”, torna-se particularmente agressivo com seus irmãos e irmãs, e malcriado sem razão aparente com seus pais. Paralelamente, ele se isola, parece perdido em longos momentos de devaneio. A suspeita de um estado

psicótico é reforçada pela existência de reações infantis, estúpidas, bizarras e por uma atração por atitudes extremistas. A observação diante do espelho, sinal evocado com frequência, é uma conduta de interpretação difícil e delicada: trata-se de uma percepção ansiosa da metamorfose corporal e da nova personalidade nascente ou, ao contrário, representaria uma tentativa de se defender em face de angústias patológicas de despersonalização?

No conjunto, o diagnóstico diferencial é difícil, porém, certos sinais podem esclarecê-lo: assim, o adolescente não psicótico manterá um contato adequado com a realidade, mesmo no nível mais alto de sua crise. Nele, a estranheza do comportamento se limitará a uma esfera relacional bastante precisa, essencialmente a família e, sobretudo, os pais, às vezes o meio escolar, mas, fora deles, em particular no meio de seus iguais, ele parecerá totalmente normal. Pode ser interessante ouvir a opinião do círculo próximo: de fato, nesse adolescente não psicótico, o comportamento será compreensível mesmo para quem não têm um conhecimento psicológico particular; em compensação, isso não ocorrerá no caso do jovem esquizofrênico, cujo comportamento logo se mostrará caótico e sem um objetivo real, mesmo aos olhos de seus iguais.

A idade de ocorrência dos transtornos oferece um último elemento clínico: há um relativo consenso entre os psiquiatras de adolescentes de que quanto mais precoce for o transtorno, maior será o risco posterior. Retomaremos essa noção a propósito do tópico “Acessos Delirantes Agudos”.

Evidentemente, nos casos em que o próprio exame clínico não permite fazer um diagnóstico, os testes de personalidade fornecerão uma informação complementar. O que o adolescente não consegue exprimir pela linguagem ou pelo agir, ele geralmente representa em uma forma simbólica que é mais interessante (cf. Capítulo 3).

O funcionamento mental. – A suspeita de uma potencialidade psicótica e, mais ainda, de um processo esquizofrênico iniciante deve apoiar-se, finalmente, em uma apreciação fina e aprofundada do funcionamento mental e de sua evolução durante a adolescência. Recordemos que existem paralelismos surpreendentes entre

os fenômenos psicológicos normais da transformação da personalidade no início da adolescência e o início de um estado psicótico. Nos dois casos, o Ego encontra-se em estado de fraqueza, às vezes inclusive parcialmente desintegrado; esse estado é acompanhado de um fenômeno de regressão. Nos dois casos, há uma flutuação de equilíbrio afetivo associada a tendências a reações depressivas e disfóricas, a uma ansiedade invasiva. Nos dois casos, há uma ruptura mais ou menos brusca das ligações afetivas com o ambiente, uma afirmação exagerada das tendências egocêntricas, reforçadas por condutas de oposição evidente. Essa similitude conduz vários psicanalistas a evocar manifestações de tipo psicótico no transcurso de toda adolescência:

É significativo ver que, mesmo no caso de um desenvolvimento normal, o adolescente atravessa às vezes períodos de recolhimento narcísico indo até a perda real do objeto interno e da identidade... Para tentar se proteger contra as tendências pulsionais desencadeadas, o adolescente recorre às vezes a defesas de tipo primitivo, como a negação, e a mecanismos infantis de introjeção e de projeção. Assim, importa menos a duração do que a reversibilidade desses estados. Eles são seguidos normalmente por um retorno ao mundo objetual e novos progressos. (Jacobson, 1975)

A reversibilidade e a variabilidade desses estados testemunham a continuidade do desenvolvimento. Em compensação, quando esses estados se fixam ou se organizam de um modo rígido, quando “os conflitos de culpabilidade são ausentes e substituídos por conflitos de vergonha e de inferioridade e por temores paranóides de ser abandonado sem defesa, há motivos para se acreditar em processos regressivos que afetam o Ego e o Superego e anunciam um terreno propício à esquizofrenia paranóide e à marginalidade”. Vale insistir, finalmente, em um outro mecanismo mental de defesa comum aos adolescentes e aos psicóticos: a identificação projetiva. Todo adolescente utiliza a identificação projetiva, mas o adolescente psicótico, por sua vez, recorre a isso de maneira maciça e preponderante.

Portanto, parece difícil distinguir entre “crise de adolescência” e transtornos psicóticos levando-se em conta apenas um elemento biográfico particular, uma conduta, um determinado

comportamento ou uma atitude psicológica isolada. Em compensação, a avaliação da história do sujeito, de seus antecedentes, do conjunto de suas condutas e de sua significação no funcionamento mental permite explicitar o risco de uma evolução psicótica. A isso, é preciso acrescentar o peso prognóstico considerável que constituem as capacidades ou não do ambiente de aceitar, de suportar, de acompanhar e de transformar as dificuldades mais ou menos profundas do adolescente. Voltaremos a falar a respeito no capítulo consagrado à abordagem familiar.

OS ACESSOS DELIRANTES AGUDOS

A nosografia psiquiátrica francesa conservou tradicionalmente a entidade “Acessos Delirantes Agudos”. Foram descritos sob esse termo episódios de início relativamente súbito, marcados pela invasão, depois pela preponderância e pelo polimorfismo da temática delirante. Esses episódios evoluem com relativa rapidez (dois a três meses no máximo) para uma sedação do delírio com um retorno, pelo menos em tese, ao estado anterior.

Numerosos outros termos podem ser encontrados: psicose delirante aguda, estado psicótico agudo. Vale lembrar que, no caso das psicoses delirantes agudas, a classificação do INSERM distingue as esquizofrenias agudas, os acessos delirantes agudos e os estados confuso-oníricos. Nos países anglo-saxões, costuma-se falar de “esquizofrenia aguda”, de “transtorno esquizofreniforme”, que se distinguem da esquizofrenia por sua duração (superior a duas semanas, inferior a seis meses) e por sua sintomatologia: alucinações particularmente vivas, uma reviravolta emocional, temores e uma nota confusional são observadas com frequência.

Clínica

Não estudaremos o aspecto semiológico desses episódios delirantes agudos, idênticos ao do adulto. A temática delirante centrada nas modificações corporais, os temores hipocondríacos, os temas sexuais ou megalomânicos, uma

problemática sobre a filiação talvez sejam um pouco mais freqüentes que no adulto. Contudo, certos autores insistiram na freqüência daquilo que chamaram de *episódio catatônico agudo*. Esse episódio pode desenvolver-se em algumas horas e manifestar-se por uma inibição motora importante, evocando um verdadeiro pânico ou, ao contrário, uma hiperatividade, uma linguagem e pensamentos confusos e paranóides. Os temores são centrados nos temas da homossexualidade, dos transtornos sexuais, da culpabilidade sexual, ou no conjunto desses traços, que podem associar-se também a considerações totalmente particulares, filosóficas ou religiosas. De maneira característica, esses pacientes catatônicos expressam desejos ambivalentes de transformação corporal ou transmitem a impressão de ter mudado de sexo. Eles esperam modificar imediatamente o mundo para purificá-lo e para promover mudanças em outras pessoas, mudanças que eles receberam como uma revelação. Em geral, esses desejos ou essas esperanças são postos em prática de forma totalmente inadequada ou provocam comportamentos agressivos.

Assim como para o adulto, a abordagem puramente semiológica oferece poucos elementos de resposta quanto à questão capital colocada pelos episódios delirantes agudos do adolescente: a de sua evolução. Em compensação, o estudo atento do contexto pode oferecer alguns elementos de resposta.

Evolução e Prognóstico

O problema colocado pelas psicoses agudas não é de fato diagnóstico, mas prognóstico: qual será a evolução do episódio atual? Se a regressão imediata é a eventualidade mais freqüente, o risco de recidiva e, sobretudo, o risco de desorganização psicótica a longo prazo não são desprezíveis.

O estudo de antecedentes. – Ele revela às vezes a existência de dificuldades anteriores que até então passaram despercebidas ou eram toleradas pela família: dificuldades relacionais com um caráter “solitário”, investimento de um setor particular. Outras vezes, trata-se de manifestações ainda mais indicativas de um conflito psí-

quico não superado, como testemunha a persistência de fobias múltiplas ou, principalmente, de rituais invalidantes durante a pré-adolescência. Outras vezes ainda, ao contrário, não se encontra nenhum sinal de conflito mentalizado: essas crianças sempre foram comportadas, jamais colocaram dificuldades ou criaram problemas. As diversas etapas marcadas normalmente por um conflito aparentemente foram superadas com facilidade, inclusive com demasiada facilidade (nenhum traço de angústia do oitavo mês, nenhum rebento sintomático testemunho do conflito edipiano). Além disso, os diversos organizadores da vida psíquica não encontraram seus lugares (ausência de objeto transicional, por exemplo). Essa aparente “a-conflituosidade” e esse conformismo ao ambiente devem levar a evocar a existência de uma organização sobreposta, como um “falso self” (Winnicott), ou de um quadro de puerilidade (Diatkine), organização cuja coerência defensiva não se sustenta mais em face das novas exigências pulsionais da puberdade.

Alguns casos, finalmente, indicam a existência de uma psicose infantil anterior cicatrizada ou equilibrada, cuja descompensação é inaugurada por um episódio aparentemente agudo. Portanto, não se trata tanto de um autismo infantil precoce, mas de uma psicose da segunda infância. A existência desses diferentes antecedentes induz uma hipótese prognóstica desfavorável.

A idade de aparição. – Embora não seja preponderante, a idade de aparição constitui igualmente um elemento importante de prognóstico. Em nossa experiência pessoal, quanto mais cedo aparecem os episódios delirantes agudos, mais se deve temer a evolução para uma psicose crônica. De fato, antes dos 15 anos, a maioria desses episódios delirantes evolui para uma esquizofrenia. Após os 15 anos, quanto mais o adolescente se aproxima da idade adulta, mais a evolução é favorável. Parece que no primeiro caso, a extrema fragilidade do Ego não pôde oferecer uma resistência suficiente desde os primeiros arroubos pulsionais da pré-adolescência: isso traduz debilidades primárias profundas no estabelecimento do narcisismo. Em compensação, os episódios psicóticos agudos que aparecem no meio ou no final da adolescência são mais ligados aos conflitos próprios a essa fase (conflito de desejo sexual, conflito de

identificação, etc.); mesmo que o Ego renuncie temporariamente às suas capacidades adaptativas e mediadoras, o fundamento da identidade narcísica parece ser menos questionado nessa segunda eventualidade.

Os dados semiológicos. – A existência de signos de humor e, particularmente, de signos expansivos, é de bom prognóstico. Em compensação, a restrição dos afetos tem um valor prognóstico significativamente desfavorável.

Os dados familiares e socioculturais. – Do ponto de vista familiar, uma carga hereditária de transtornos esquizofrênicos é de mau prognóstico. Do ponto de vista sociocultural, a transplantação é um fator de bom prognóstico, o acesso delirante aparece como o resultado do isolamento, da situação social precária e da situação conflituosa aguda, ligadas à transculturação.

A evolução. – Poucos trabalhos fornecem objetivamente dados sobre a evolução. Um estudo da Fondation Santé des Étudiants de France, envolvendo mil pacientes hospitalizados, avalia em 4,1% o número de “acessos delirantes e outras psicoses agudas”. Entre estas, 93% melhoraram, enquanto que 7% encontram-se em um estado estacionário ou agravado na saída (após um mínimo de seis meses de hospitalização). Vários anos após a hospitalização, foi feito um reexame envolvendo 28 doentes: 39% podiam ser considerados como estando nos limites da normalidade, 32% tinham transtornos leves e 29% transtornos graves. Em compensação, sobre a população inicial (41 pacientes), 6 pacientes tinham falecido, na maior parte dos casos por suicídio (Peraud et al., 1975).

Na adolescência, as psicoses delirantes agudas, em particular os acessos delirantes agudos, representam, portanto, um problema psicopatológico muito interessante (Marcelli et al., 2002). Elas podem manifestar uma incapacidade do sujeito de resolver seus conflitos e testemunhar um transbordamento do Ego, mas podem também, graças à alteração profunda do equilíbrio intrapsíquico, desembocar em um processo dinâmico, culminando em um novo modo de funcionamento mental que escapa assim ao bloqueio ou a uma regressão mais desorganizadora.

ESTADOS PSICÓTICOS CARACTERÍSTICOS DA ADOLESCÊNCIA

Muitos autores contestam a existência de estados psicóticos característicos no adolescente. Já em 1954, J. Rouart escrevia: “A imprecisão e o polimorfismo clínico justificam que se coloque a questão de saber se é possível descrever uma psicopatologia que seja particular à puberdade e à adolescência”. A resposta desse autor tende a ser negativa. Mais recentemente, R. J. Corboz sustenta que um argumento essencial joga a favor da inexistência de uma síndrome psiquiátrica específica ou característica, psicótica ou não, da adolescência: “Não há explicitamente nenhum transtorno psíquico encontrado com exclusividade durante a adolescência... salvo a crise pubertária”. Se nos atemos a um plano semiológico e nosográfico clássico, esse autor tem razão. Contudo, existem adolescentes psicóticos que, por causa de um processo psicopatológico característico associado a manifestações clínicas particulares, se apresentam de um modo que não se encontra usualmente na idade adulta. Portanto, nossas referências já não tanto semiológicas quanto psicopatológicas.

Três dimensões centrais caracterizam a alteração intrapsíquica que se opera na adolescência: a dimensão corporal, o problema da identidade e o do equilíbrio entre o investimento narcísico e o investimento objetal. Essas três dimensões, com toda evidência, fazem parte de todo processo psicótico: a angústia ligada ao sentimento de transformação corporal pode chegar até a angústia de fragmentação, ao não reconhecimento de si e aos transtornos de identidade decorrentes, enfim, aquilo que Freud chamou de “neurose narcísica” evoca naturalmente a psicose. Os avatares dessas três dimensões no âmbito do processo da adolescência levantam, portanto, o problema de um estado psicótico mais específico nessa idade. Podemos distinguir assim três formas particulares:

- aquela em que o corpo está em questão;
- aquela em que a identidade está em questão;

– aquela em que o equilíbrio entre o investimento narcísico e o investimento objetal está em questão.

O Corpo em Questão

As transformações físicas observáveis e a descoberta de um corpo pulsional ameaçam a unidade e a integridade da imagem que o adolescente tem de si mesmo: as primeiras menstruações ou as primeiras ejaculações podem ser particularmente ansiógenas. Além disso, com o temor de castração edipiana e a culpabilidade, estas reativam a angústia de fragmentação entranhada na psique de todo ser humano.

As perturbações da imagem do corpo, com a inquietante estranheza que se segue, podem aparecer em qualquer idade, mas particularmente na adolescência: trata-se da impressão inquietante de não reconhecer mais o corpo, de não perceber mais sua transformação. Esta é acompanhada então de uma angústia intensa que o sujeito não consegue mais controlar. Clinicamente, isso pode ter como resultado as condutas automutiladoras ou autodestrutivas bizarras e incompreensíveis para o círculo próximo. O acesso hipocondríaco agudo do adolescente descrito por R. Ebtinger e J. P. Sichel pode ser um outro tipo de manifestação dessa angústia. De resto, os acessos psicóticos que se manifestam pela “inquietante estranheza” são breves: de algumas horas ou de alguns dias. A *mínima*, eles podem passar despercebidos aos olhos do círculo próximo, e apenas o adolescente poderá descrever retrospectivamente, mas sempre com uma certa dificuldade, essa impressão de incoerência interna que ele sentiu. Em outros casos, a angústia ultrapassará de tal modo as defesas do sujeito que um comportamento estranho, palavras desconexas ou mesmo atos graves alertarão as pessoas próximas do adolescente e exigirão um tratamento apropriado.

A Identidade em Questão

O adolescente deve enfrentar um remanejo que, certamente, põe em dúvida a imagem de seu corpo, mas, de maneira mais geral, as pró-

prias bases de sua unidade e de seu sentimento de identidade. O indivíduo, às voltas com a desestabilização de todas as suas representações, engaja-se com todo seu ser nessa luta. Encontra-se ali, incontestavelmente, o drama da psicose. Sob o golpe de choques incessantes, internos e externos, que enfrenta, o adolescente beira a dissolução de sua pessoa, o desespero e a angústia. “Quando interrogamos a problemática da psicose naquilo que ela tem de mais geral e perguntamos por que a travessia do cabo da adolescência constitui para ela um prazo tão terrível, somos levados a nos centrar no problema da aquisição, nessa idade, de uma identidade estável e suficientemente fundamentada” (Penot, 1975).

Esses transtornos psicóticos de identidade assumem diferentes formas: os delírios de filiação ou os delírios relacionados à identidade sexual são suas manifestações mais indicativas.

Além disso, os transtornos de identidade se manifestam por um afastamento da realidade e, mais ainda, por uma perda da realidade, fonte de estado psicótico, mas sem delírio aparente. O adolescente, em face da desunião conflituosa de seu Ego, da impossibilidade de se agarrar às imagens de seus pais, do fracasso da própria reconstrução mediante novas identificações, esboça um movimento de pesquisa sobre si mesmo: ele se auto-observa, escrutando seus estados, sem conseguir se identificar com aquilo que era, sem conseguir se identificar com seus pais ou com seus próximos. Esse movimento pode provocar uma angústia profunda; o adolescente se sente pouco a pouco submerso pela perda de coerência de sua pessoa. Os limites entre as representações de si e do objeto se obscurecem, dando lugar a uma impressão de dissonância; o sujeito fica então momentaneamente mergulhado no vácuo, sem demarcação nítida entre o que é percebido e o que ele percebe, tal como o herói de Romain Rolland, Jean Christophe:

Em meio à planície uniforme das horas, abriam-se buracos enormes onde o ser era tragado. Christophe assistia a esse espetáculo como se fosse estranho a ele. Tudo e todos e ele próprio tornavam-se estranhos. Ele continuava tocando seus negócios, cumpria sua tarefa de um modo automático; tinha a impressão de que a mecânica de sua vida pararia de uma hora

para outra: as engrenagens eram falsas. À mesa com sua mãe e seus hóspedes, na orquestra, em meio aos músicos e ao público, subitamente se abria um vazio em seu cérebro. Ele olhava com estupor as figuras dissimuladas à sua volta; não entendia mais. Ele se perguntava:

- Que relação existe entre esses seres e...?
- Sequer ousava dizer:
- ... e eu.

Pois nem sabia mais se existia. Ele falava, e sua voz lhe parecia sair de um outro corpo. Ele se movimentava, e via seus gestos de longe, do alto, do cume de uma torre. Passava a mão na testa, um ar distante. Era tomado por atos extravagantes.

Finalmente, o questionamento da identidade pode se manifestar por um terceiro aspecto: a invasão progressiva e desestruturante por um sentimento de inferioridade. Na busca de seu ideal do Ego, todo adolescente é quase sempre objeto de vergonha. Esse sentimento de vergonha provém da não concordância entre a imagem megalomaniaca do adulto que ele às vezes acredita ser ou que deseja se tornar e a imagem de sua pessoa da qual lhe retornam o reflexo, ou tal como ele a percebe. Então ele sofre de inferioridade, julga-se humilhado. Nesse contexto, para certos adolescentes, uma prova relativamente angustiante como a realização de um exame, uma zombaria ou um fracasso mesmo insignificante está na origem de um desmoronamento da auto-estima. O sujeito se sente subitamente fantoche, artificial, parece tomado pelo vazio, e cai num estado delirante em que os temas megalomaniacos estão em primeiro plano. Essa neo-realidade assim construída protege-o de seu sentimento de inferioridade e de sua humilhação. É preciso assinalar que, nesses casos, um estudo retrospectivo geralmente descobre, antes dessa descompensação psicótica, a existência de uma depressão de inferioridade que até então passara despercebida (cf. item “A depressão de inferioridade”, no Capítulo 9).

Esses diferentes estados psicóticos e os elementos psicopatológicos que os subentendem constituem no adolescente tentativas de reorganizar sua identidade, sua individualização e novas relações de objeto.

O Equilíbrio Entre o Investimento Narcísico e o Investimento Objetal em Questão

Na adolescência, o reforço das tendências narcísicas e a prevalência do investimento narcísico sobre o investimento objetal não podem ser considerados como patológicos. Porém, um investimento narcísico exagerado transforma-se rapidamente em uma posição de retraimento mais desconfortável do que parecia à primeira vista. Recordemos que Freud, inicialmente, considerou esse retraimento da libido sobre o Ego como a característica das “neuroses narcísicas”, termo equivalente, em um primeiro momento, ao conjunto de psicoses, e em seguida reservado às afecções de tipo melancólico. De todo modo, um desmoronamento do investimento objetal e, em razão disso, um retraimento narcísico exagerado pode levar até o esbatiamento da realidade e à perda de contato com o real. Observamos esse estado, que P. Male chama “as pré-esquizofrenias da adolescência”, em certos pacientes.

Clinicamente, elas se manifestam por um declínio intelectual, normalmente pouco espetacular, mas característica, pois ocorre em um adolescente até então com uma escolaridade brilhante. O sujeito se queixa de não conseguir mais fixar sua atenção. Seu pensamento parece, por momentos, esvaziado de sua substância. Paralelamente a esse declínio, notam-se transtornos do comportamento, cujo aspecto discordante os distingue dos transtornos ligados a um simples estado de crise. Embora mantido artificialmente, o contato é distante, sem participação afetiva no diálogo. Finalmente, elementos delirantes podem aparecer momentaneamente, emoções podem invadir o sujeito e estar na origem de comportamentos impulsivos que surgem sobre um fundo de indiferença afetiva.

Esse quadro clínico deixa transparecer com toda evidência a perda de unidade e o aspecto dissociativo clássico. Mas essa alteridade do desenvolvimento objetal e o retraimento narcísico constituem o movimento predominante, como testemunha a tendência desses sujeitos a voltar atrás, a reencontrar formas de organização da remota primeira infância. “Antes de qualquer psicoterapia, é preciso fazer um balanço e um

prognóstico, em geral bastante difíceis de estabelecer nesses estados. É preciso principalmente saber reconhecer os transtornos discretos que o sujeito esconde e que nós devemos atingir. Eles revelam de fato a perda do contato com o real, o recalque da realidade, que parecem definir as neuroses narcísicas no sentido freudiano” (Male, 1980).

Na prática, essas três formas de estados psicóticos particulares à adolescência costumam se apresentar de forma menos esquemática. A distinção introduzida aqui entre o corpo, a identidade e o equilíbrio entre o investimento narcísico e o investimento objetal esclarece a prevalência de um aspecto em relação ao outro. Mas essa distinção pode fazer esquecer que esses três eixos se interpenetram amplamente tanto no processo da adolescência quanto na psicose e no funcionamento psíquico em geral. A aquisição de uma identidade, em particular de uma identidade sexual, exige que se assuma o próprio corpo pelo investimento narcísico; o interesse pela imagem de si no espelho e o sentimento de identidade associado a isso testemunham que o investimento narcísico do corpo inteiro se realiza em detrimento de um investimento objetal: um transtorno profundo em um dos componentes desse conjunto repercute sobre os outros dois. Do mesmo modo, a hipocondria delirante e a inquietante estranheza que mencionamos não podem ser compreendidas pelo mero questionamento da imagem do corpo: a identidade do adolescente e seu narcisismo são igualmente problemáticos nesse caso.

Para concluir este capítulo, poderíamos dizer que os estados psicóticos descritos acima são específicos da adolescência tanto pelo modo como surgem, por suas manifestações clínicas ou por suas evoluções geralmente favoráveis quanto pelo laços que os associam ao próprio processo da adolescência.

AS FORMAS PARTICULARES

A clínica nos conduz a encontrar duas formas particulares de manifestações psicóticas em psiquiatria do adolescente:

- os estados psicóticos ligados ao uso de drogas;

- os estados psicóticos da adolescência que sucedem a uma psicose infantil.

Drogas e Psicoses

A frequência com que ocorrem manifestações psicóticas durante ou após o uso de drogas é difícil de determinar. Contudo, ela vai além da mera coincidência. De um ponto de vista clínico e psicopatológico, distinguem-se:

- o estado psicótico agudo “reacional” a um consumo de droga;
- a associação entre psicose crônica e uso de droga.

O estado psicótico agudo “reacional”.

- Em face de qualquer estado psicótico agudo, o clínico se coloca atualmente a questão de um consumo de droga desencadeante.

A maior parte dos transtornos agudos engendrados pela ação direta do tóxico adquire a forma geral de uma confusão, de um estado oníróide, ou delirante tóxico. Segundo o produto, distingue-se o “efeito esquizo” com os alucinógenos (LSD, mescalina, etc.), no qual se observam o mergulho onírico, o sentimento de despersonalização e mesmo a angústia de fragmentação, e o “efeito parano” com as anfetaminas, no qual a participação delirante é mais intensa. A nosso ver, só se pode falar de um estado psicótico agudo, e não mais de efeito tóxico direto, após um intervalo de 24 horas entre o consumo do tóxico e a síndrome clínica. Sua evolução é variável, ora limitando-se a um acidente sem consequências, ora se repetindo sem um novo consumo de droga (*flash back*, psicoses agudas a distância), ora introduzindo uma modificação profunda da personalidade e culminando em um estado psicótico crônico.

Os mecanismos de ação das drogas sobre esses estados psicóticos despertam muito interesse. Foram levantadas hipóteses bioquímicas, mas elas não explicam tudo.

De um ponto de vista psicopatológico, mostramos que esses estados psicóticos agudos ocorrem na maioria das vezes em sujeitos com um Ego fraco, fragilizados pelo processo pro-

priamente dito da adolescência ou por uma organização de tipo *borderline*.

A hipótese do mecanismo de ação nesses sujeitos está ligada à interação entre os efeitos da droga (distorção das percepções, exagero das reações afetivas, dissolução do Ego quanto aos seus limites em relação ao material conflituoso reprimido) e a fraqueza desse mesmo Ego. A consequência disso é a perda de controle desse Ego e o estado psicótico decorrente, em razão da incapacidade do sujeito retomar seu controle quando o efeito da droga se dilui. (Braconnier e Schmit, 1979)

Psicose crônica e uso de droga. – O aspecto clínico geralmente é simples: um adolescente apresenta há mais de seis meses sintomas psicóticos característicos, e utilizou recentemente ou continua utilizando drogas. A avaliação dos mecanismos interativos entre a droga e o processo psicótico é muito mais difícil. A influência de experiências alucinógenas frequentes e repetidas sobre uma dissociação ou uma desagração esquizofrênica não pode ser descartada. As psicoses crônicas anfetamínicas, cuja sintomatologia se aproxima dos delírios crônicos, são bastante conhecidas. O quadro hebefrênico de certos grandes heroínômanos chama a atenção para o papel ativo dos opiáceos sobre o funcionamento mental. Em uma perspectiva psicopatológica, as correlações biológicas entre toxicomania e esquizofrenia são atualmente mais fundamentadas para as drogas alucinógenas e anfetamínicas do que para os opiáceos. A abordagem psicopatológica coloca o problema da personalidade preexistente à utilização de droga. De um lado, o reforço das predisposições pela droga e, de outro lado, uma despersonalização ou uma dissociação criada inteiramente em um terreno sadio ainda constituem a questão central. Sem dúvida nenhuma, certos adolescentes usam drogas como um último suporte em face da angústia da fragmentação. Outros encontram na sucessão do “barato” e da “privação” um equivalente da alternância de episódios maníacos e de episódios depressivos (*cf.* item “Depressão psicótica e depressão melancólica”, no Capítulo 9). Outros, finalmente, parecem indefesos diante do império da droga, e evoluem lentamente para um estado esquizofrênico irreversível. Na linha de Charles-Nicolas, po-

demo distinguir uma população de toxicômanos que, ao contrário dos usuários habituais de drogas, não manifestam o mesmo apego a elas durante sua desintoxicação, mas continuam ligados a uma certa filosofia de vida (exploração do psiquismo pelas drogas, religiões orientais) e a certos mecanismos de defesa (ascetismos, intelectualizações extremas, intransigências excessivas). Esses adolescentes constituem um grupo “exposto” a uma descompensação psicótica crônica (Charles-Nicolas, 1975).

O Futuro das Psicoses Infantis na Adolescência

A adolescência marca incontestavelmente uma reviravolta na evolução das psicoses infantis. A oligofrenização de fundo psicótico continua sendo uma ameaça fundamental para as crianças psicóticas. Na maioria das vezes, ela se objetiva na adolescência. Mas, graças aos métodos terapêuticos dinâmicos e à criação de instituições ativas, um número cada vez maior de crianças psicóticas se liberta do campo da psicose na adolescência. Em 15 casos de psicoses infantis tratadas em hospital-dia e acompanhadas até a idade de 20 anos e mais, apenas 5 apresentaram no período da adolescência uma patologia psicótica, além disso, de gravidade variável: duas apresentaram episódios psicóticos agudos, mas preservando ao mesmo tempo uma certa adaptação social; os outros 3 se apresentam como esquizofrênicos necessitando, de forma permanente (1 caso) ou relativamente descontínua (2 casos), de cuidados em que a assistência é um elemento de primeiro plano (G. Lucas e I. Talant, 1978).

Portanto, a continuidade patente entre a psicose infantil e a psicose no adulto através da adolescência não é sistemática. Em compensação, quando ela aparece, mesmo sem indicar os quadros tão graves constituídos pelos sintomas deficitários, E. Kestemberg distingue certas características significativas dessa “perpetuação quase anevolutiva da organização psicótica infantil” (E. Kestemberg, 1978):

- o superinvestimento do pensamento e a ausência ou a falha do funcionamento simbólico estão sempre presentes...

- ...os fatos e os acontecimentos são interpretados de antemão pelos interessados de maneira demasiado próxima às fantasias inconscientes;

- o mundo exterior e os objetos – quer se trate de objetos internos ou externos – são sempre experimentados como perigosos, intrusivos, e mesmo cataclísmicos;

- a ambivalência é reduzida, ou mesmo não organizada, em proveito de um ódio declarado, aberto, freqüentemente reivindicado ou, ao contrário, totalmente calado, a não ser em certos comportamentos incoerentes;

- a presença de certas condutas masoquistas é flagrante, muitas vezes inclusive proclamada com um prazer quase consciente.

Esse mesmo autor acrescenta que, sem negar todos os fatores predisponentes (genéticos, familiares, ambientais), o recurso à noção de traumatismo (no sentido psicanalítico) permite distinguir na adolescência dois estados. De um lado, os estados psicóticos contínuos às psicoses infantis para os quais as relações objetais precoces constituíram de antemão um “traumatismo”: este só pode se repetir em uma espécie de “inércia triunfante”. De outro lado, os estados psicóticos aparecem na adolescência em ruptura com o estado anterior: aqui, o próprio processo da adolescência constitui um “traumatismo” insuperável para certos sujeitos. “Até então, estes últimos pareciam ter conseguido, ao preço de restrições e de inibições aparentemente não importantes, subjugar o impacto das dificuldades e da falta de organização das relações objetais precoces e dos investimentos narcísicos pouco sólidos mas pregnantos” (E. Kestemberg, 1978). Nesse último caso, trata-se aparentemente de crianças que apresentam formas-limite não francamente psicóticas.

Outros autores (Ferrari et al.) distinguem as psicoses infantis precoces de tipo autista e as psicoses infantis com linguagem. No primeiro grupo, o fenômeno pubertário parece transcorrer sem modificar significativamente o quadro autístico. Os autores constatarem inclusive que, nas meninas, “as modificações menstruais impressionam pela regularidade de seu ritmo de ocorrência”. Nessas crianças autistas sem linguagem, “a adolescência e as numerosas alterações psíquicas que a acompanham parecem totalmente ausentes”. Em compensação, nas crianças que desenvolveram uma psicose mais tardia e/ou

adquiriram a linguagem, a transformação pubertária suscita modificações do quadro clínico. Os meninos seriam mais afetados do que as meninas por essa transformação: eles experimentariam um transtorno mais importante na consolidação do sentimento de identidade sexual do que as meninas. Estas tenderiam a encarar sua nova silhueta com uma espécie de orgulho um pouco ingênuo, mas que conduziria no sentido de um progresso na construção da imagem de si. Contudo, quer se trate de meninos ou de meninas, as alterações psíquicas características da adolescência continuam limitadas e não permitem a estes pacientes chegar a um nível realmente genitalizado em sua relação de objeto.

Em qualquer caso, a dinâmica familiar reage profundamente à transformação pubertária da criança psicótica. Para alguns pais, esse período concretizará o necessário trabalho de luto de uma certa cura mágica ou de uma tentativa muitas vezes repetida de uma explicação exaustiva das origens da psicose. Surgirão preocupações mais realistas, geralmente em um contexto depressivo. Certas famílias focalizam temores e fantasias em torno da sexualidade, sobretudo quando se trata de uma menina, com condutas concretas muito diversas: algumas famílias pensam em uma esterilização de seu filho, com a preocupação de “extinguir” a descendência psicótica; outras, ao contrário, recusam qualquer contracepção para seu filho.

Seja como for, essas dificuldades encontradas pelos pais na adolescência de seu filho psicótico justificam uma ajuda psicológica, se este for seu desejo, seja em forma de uma orientação parental, seja em forma de entrevistas familiares.

HIPÓTESES ETIOLÓGICAS E PSICOPATOLÓGICAS

ABORDAGEM GENÉTICA E HIPÓTESES DE PREDOMINÂNCIA ORGÂNICA

Nesse campo, as psicoses na adolescência não foram objeto de pesquisas específicas. Em razão de sua importância, recordaremos aqui essencialmente os trabalhos genéticos e neurobiológicos consagrados à esquizofrenia.

Abordagem Genética

A frequência da esquizofrenia é estimada normalmente em 1% na população geral. O risco mórbido é de cerca de 10% nos irmãos e irmãs de esquizofrênicos, de cerca de 12% nos filhos de esquizofrênicos e de 6% nos pais de esquizofrênicos. Na maioria dos casos, a concordância nos monozigóticos é pelo menos três vezes superior à que se observou nos dizigóticos. Enfim, a partir de estudos de adoções, parece difícil interpretar uma parte dos resultados quando se rejeita a hipótese de intervenção de fatores genéticos na etiologia de certas psicoses esquizofrênicas. O estudo mais favorável à existência de fatores genéticos na etiologia das esquizofrenias é o de Heston e Denney: 5 casos de esquizofrenia entre os casos-índice adotados contra 0 caso de esquizofrenia entre os controles adotados. Esses diferentes estudos (estatísticas, gêmeos e adoções) não eliminam um fator genético; contudo, eles não esclarecem em nada a natureza do fator genético nem a natureza dos fatores ambientais coexistentes. Pesquisas recentes referem-se principalmente a dois âmbitos:

- A esquizofrenia parece ser uma patologia “herdável” a uma taxa de cerca de 80%. Os artigos recentes (2000-2003) descrevem sete genes de susceptibilidade (Harrison et al., 2003);

- O estudo do espectro da esquizofrenia permite determinar que nas famílias de esquizofrênicos encontram-se sujeitos acometidos por afecções psiquiátricas diversas (esquizofrenias, evidentemente, mas também psicoses delirantes não esquizofrênicas, estados-limite e personalidades patológicas não neuróticas). Isso significa, sem dúvida, que o eventual fator genético que predispõe à esquizofrenia não predispõe apenas à esquizofrenia.

A Hipótese Dopaminérgica

Entre os numerosos trabalhos bioquímicos consagrados à esquizofrenia, a hipótese dopaminérgica parece ser a mais bem documentada. Três tipos de argumentos sustentam essa hipótese: 1) A similitude entre a esquizofrenia pa-

ranóide e a psicose anfetamínica experimental. A anfetamina é um agonista catecolaminérgico indireto: ela age provocando uma liberação de dopamina. 2) Os efeitos das terapêuticas “antiesquizofrênicas” que parecem comportar como denominador comum o fato de deprimir as transmissões dopaminérgicas. 3) Finalmente, a similitude entre os sintomas esquizofrênicos e as manifestações associadas a uma hiperdopaminergia experimental.

Portanto, a esquizofrenia poderia comportar uma hiperatividade dopaminérgica. As modulações de sensibilidade dos receptores dopaminérgicos parecem particularmente bastante interessantes (Costentin, 1979). Essa hipótese, porém, não estipula que um transtorno de transmissões dopaminérgicas constitui o *primum movens* da afecção. A hipótese recente de que dois tipos de anomalias do funcionamento dopaminérgico, em parte opostos, estariam na origem dos dois tipos de sintomatologia (produtiva e deficitária) leva a considerar que a dopamina constituiria essencialmente um elemento *modulante* da sintomatologia esquizofrênica (a descoberta de novos receptores constitui vias atuais de pesquisas bastante interessantes nesse nível). A intimidade do fenômeno responsável, assim como sua localização, permanecem desconhecidas.

As Hipóteses Neurofisiológicas

Muitos autores tentaram determinar a parte do cérebro responsável por manifestações psicóticas. As técnicas utilizadas inicialmente foram os registros eletroencefalográficos ou os estudos dos fluxos sanguíneos cerebrais. Hoje, o desenvolvimento da escanografia, da câmera de pósitrons ou da gamatografia cerebral deveria permitir novas pesquisas. Os resultados obtidos até aqui continuam demasiado parciais para ser comprobatórios.

A propósito dos adolescentes psicóticos, observou-se uma correlação entre o grau de transtornos do sistema nervoso central (sinais neurológicos menores, transtornos de integração intersensorial viso-auditiva, etc.) e a gravidade dos transtornos psicóticos. Haier e colaboradores (1980) estudaram uma população de estudantes de ensino fundamental e médio “biologicamente de alto risco”. Eles utilizam

duas medidas consideradas como variáveis independentes: a taxa plaquetária de MAO e a taxa de potenciais evocados (PE). Uma pessoa cuja taxa de PE cresce quando cresce a intensidade do estímulo é chamada de “*augmentor*”; uma tal pessoa não teria proteção sensorial suficiente; ao contrário, uma pessoa cuja taxa de PE decresce quando a intensidade do estímulo cresce é chamada de “*reducer*”; uma tal pessoa teria proteção sensorial suficiente. Foi possível constatar que os esquizofrênicos tendiam a apresentar uma taxa baixa de MAO e a ser “*augmentors*”.

Esses estudos abrem um campo interessante de pesquisas, porém, a exemplo do que ocorre para os trabalhos sobre as psicoses infantis, as dificuldades metodológicas e as prudentes interpretações dos resultados levam ao consenso de todos os autores.

Muitos outros estudos poderiam ser citados (sobre a linguagem, a percepção, a atenção, a memória, o sono e o sonho). Uma enumeração não seria nem exaustiva nem satisfatória em razão dos progressos contínuos nesse campo. Deixaremos que o leitor se informe com mais precisão em obras especializadas.

A ABORDAGEM SISTÊMICA FAMILIAR

O papel dos conflitos familiares é reconhecido há muito tempo nos estados psicóticos. Os primeiros trabalhos dos psicanalistas americanos ou europeus sobre as ligações entre as dificuldades familiares e a psicose levaram à terapia das famílias nas psicoses. Mas a abordagem sistêmica na continuidade dos trabalhos sobre a comunicação permitiu sugerir uma hipótese de compreensão e um novo método terapêutico.

Em 1956, G. Bateson e seus colaboradores elaboram uma teoria comunicativa da esquizofrenia que repousa sobre a teoria do duplo vínculo. A sequência interacional desenrola-se da seguinte maneira:

1) Encontram-se face a face dois personagens centrais, ou mais, que mantêm entre si relações intensas de importância vital.

2) Não se trata de um trauma único, mas de uma experiência repetitiva, prolongada e ritual.

3) A injunção negativa primária (primeira mensagem transmitida) exprime uma ameaça em modo verbal. Por exemplo, uma mãe que diz a seu filho esquizofrênico: “você não gosta mais de mim”. O nível de comunicação é chamado de digital.

4) Uma injunção negativa secundária exprime um conflito manifesto com a injunção negativa primária, mas em um plano não verbal, metacomunicativo (entonação, ritmo, cadência da voz, mímica gestual, utilização do espaço, do quadro). No exemplo, a mãe se levanta. O nível de comunicação é chamado de analógico.

5) Uma injunção negativa terciária priva a vítima de qualquer escapatória. No exemplo, a mãe acrescenta: “Meu querido, você não precisa ficar tão sem jeito e amedrontado com relação aos seus sentimentos”. O sujeito é impedido de chegar ao conhecimento da contradição.

6) O fenômeno duplo vínculo se repete constantemente na família do esquizofrênico de maneira quase auto-sustentada.

É necessário esclarecer que esses autores não pretendem que o duplo vínculo da esquizofrenia seja a causa da esquizofrenia, mas que ele se tornou o “*pattern*” predominante da comunicação na esquizofrenia.

A esse modo de comunicação corresponde uma compreensão da família como um sistema homeostático interativo circular em que “o sistema é mais do que a soma das partes”. No caso dos estados psicóticos, esse sistema responde às interações de seus diversos membros e, ao mesmo tempo, aos sintomas do paciente.

Essa hipótese sistêmica desemboca na ação terapêutica proposta por P. Watzlawick: o terapeuta deve agir sobre a comunicação e as interações intrafamiliares para possibilitar uma escolha àquele que não dispõe de nenhuma possibilidade a esse respeito devido a injunções paradoxais.

Depois dos trabalhos de Palo Alto, muitas outras equipes estudaram a hipótese sistêmica das esquizofrenias e suas saídas terapêuticas. De maneira geral, cada uma delas introduziu novos conceitos:

– o de “desqualificação”, que consiste em desqualificar o que diz cada um e o que dizem os outros na família de psicóticos;

– o de “posição insustentável”, que explica a emergência do delírio como uma tentativa de sobrevivência do sujeito dito doente em face de seu círculo próximo, tentativa de exprimir certas verdades em detrimento da realidade;

– o de “desconfirmação”, que consiste no fato da família afirmar que está indiferente; que não se age em face do doente.

A adolescência é justamente o período característico em que o sujeito põe em questão o equilíbrio familiar (cf. Capítulo 16) por meio da crise parental. Portanto, a hipótese sistêmica familiar incontestavelmente enriquece a compreensão da emergência de estados psicóticos nesse período da vida. O adolescente, pelas mudanças que emergem nele, ameaça a homeostasia do sistema; por essa razão, nas famílias com transações esquizofrênicas, ele só pode reforçar a regra familiar essencial que é, segundo a hipótese sistêmica, não tocar na relação estabelecida entre uns e outros. Sua única saída é então a bizarria de conduta ou o delírio, que o designam como sendo aquele que ameaça o equilíbrio da família e ao mesmo tempo se desqualifica. À parte a esquizofrenia, a experiência mostra que em muitos episódios psicóticos agudos, pode-se estabelecer uma ligação entre o desvendamento de um segredo que cristaliza a homeostasia familiar e a possibilidade para o adolescente de não entrar na cronicidade: por exemplo, quando o episódio psicótico agudo do adolescente centra-se em um problema identidade-identificação, é comum que os pais revelem uma particularidade na genealogia familiar. Pode-se sugerir como hipótese que o desvendamento de um tal segredo é terapêutico para o conjunto da família, na medida em que evita as manobras de desqualificação ou de desconfirmação para o adolescente.

Hoje é necessário reconhecer a enorme contribuição dos sistemistas. De fato, todo estudo sincero e sério mostra que o adolescente psicótico tem um papel no equilíbrio das transações familiares, e que não se pode criar um impasse.

A ABORDAGEM PSICANALÍTICA

As concepções psicanalíticas dos estados psicóticos, em particular da esquizofrenia, ba-

seiam-se normalmente na experiência da análise dos psicóticos. A possibilidade do desenrolar do processo da análise é difícil. “Isto porque a soma agora considerável de trabalhos que a psicanálise consagra à esquizofrenia oferece não apenas uma, mas várias interpretações que, no entanto, chegaram hoje a uma convergência que permite reuni-las em um crisol comum” (Racamier, 1976).

Os Processos Primordiais

No momento da adolescência, a pesquisa dos “processos primordiais” das psicoses, processos que normalmente são ocultos, adquire toda sua importância.

Entre esses “processos primordiais”, já mencionamos as questões sobre o corpo, a identidade e o investimento narcísico em detrimento do investimento objetal, assim como as ligações que unem essas questões às dimensões próprias do processo da adolescência.

Já mais organizado, mas sempre no quadro dos “processos primordiais”, é preciso citar o “acesso delirante agudo”, que Nacht e Racamier consideram como o momento originário “de uma série de adaptações psíquicas destinadas a conter o medo”. O que caracteriza esse momento é a irrupção da angústia “na perturbação das relações objetais”, é “o tempo matricial do delírio”, “o Ego se encontra exposto e desnudo, os investimentos se liquefazem”, próximo do que certos autores chamaram de “experiência delirante primária”.

A esquizofrenia não é senão a mais evolutiva das estruturas psicóticas e o mais organizado dos processos psicóticos.

A Paradoxalidade

No nível da interpretação psicanalítica das esquizofrenias, as referências teóricas são polivalentes. Encontramos, por exemplo, as hipóteses de predominância psicogenética mencionadas a propósito das psicoses infantis, mas aplicadas ao adulto, onde a dimensão da regressão é ainda mais pregnante (cf. *Enfance et psychopathologie*). Insistiremos ainda em um novo conceito intro-

duzido por P. C. Racamier: “a paradoxalidade”. “A paradoxalidade” é ao mesmo tempo um funcionamento mental (solicitações e desqualificações do processo secundário), um regime psíquico (em que a defesa maior é globalmente antiambivalente e anticonflituosa) e um modo relacional que visa e esvazia com toda potência qualquer um, podendo ser o próprio sujeito ou um outro.

P. C. Racamier lança a hipótese de que nas esquizofrenias a paradoxalidade é não apenas “serrada, mas é esmagadora. Ela afeta a totalidade da vida psíquica [...] O paradoxo essencial do esquizofrênico diz respeito à existência do objeto, de si e de suas relações. Ao contrário mesmo dos outros doentes de estrutura psicótica ou similar, o esquizofrênico erotiza a paradoxalidade. Ela se torna para o esquizofrênico seu objeto de prazer e o único”.

Os Mecanismos Psicóticos do Ego

Em qualquer idade, os mecanismos psicóticos do Ego visam eliminar o conflito como realidade interna. Freud, já em 1924, determina que na psicose o conflito não é entre o Ego e o Id, ou seja, interno, mas entre o Ego e a Realidade Externa, portanto, bem desinteriorizado. A estratégia do Ego psicótico utiliza para isso vários mecanismos que podem ser observados pontualmente e moderadamente durante toda adolescência normal, mas que, no adolescente psicótico, vão invadir o campo do funcionamento mental do sujeito. Vamos citá-los brevemente:

- A negação comanda o funcionamento mental do adolescente psicótico e sua relação de objeto: negação de sentido, negação de significância, negação de alteridade ou negação maior, negação da existência.

- A clivagem é um mecanismo comum aos estados-limite e às perversões. Como bem demonstrou O. Kernberg, ao contrário desses dois últimos estados, sua identificação e a interpretação de seu papel introduzem no paciente psicótico um efeito confusionante entre o eu e o não-eu.

- A identificação projetiva também já não é reservada apenas ao Ego psicótico, mas no es-

quizofrênico esse mecanismo continua sendo a via privilegiada de trocas com o objeto: é uma projeção em geral de “maus produtos”, isto é, de “produtos violentos, agressivos ou confusionantes no objeto”.

- A exteriorização é igualmente um processo predominante no psicótico que tem necessidade do concreto para se defender do mundo exterior. Confrontado com a existência desmentida de sua realidade interna própria, o esquizofrênico tem uma necessidade absoluta de concreto.

De fato, “os mecanismos tipicamente psicóticos têm como propriedade comum prenciar ou proceder à ejeção de alguma parte ativa da psicose. Na fase aguda, essa ejeção é hemorrágica” (Racamier, 1980).

A Ruptura Psicótica

A posição de M. e E. Laufer merece ser destacada aqui (Laufer, 1986). Recordemos que, para esses autores, a figura central da patologia grave da adolescência assenta-se na relação conflituosa que o Ego estabelece com o corpo sexuado. Esse denominador comum condu-los a distinguir três manifestações psicóticas na adolescência:

- O adolescente que vive um episódio psicótico: nesse caso, o adolescente preserva uma ligação com seus objetos edipianos interiores, apesar de sua disposição assassina em relação a eles e em relação ao seu corpo sexuado. O adolescente só rejeita ou só nega uma parte da realidade.

- O adolescente que apresenta zonas de funcionamento psicótico. Aqui, esse jovem sujeito vive os objetos edipianos interiorizados e seu corpo sexuado como perseguidores. Contudo, ele preserva a possibilidade de combater esses perseguidores internos atacando seu corpo (anorexia), ou repetindo experiências de satisfação sexual marcadas de submissão passiva em relação ao objeto interno (bulimia, toxicomania).

- O adolescente ao qual se deve reservar o diagnóstico de psicose é aquele que não conseguiu fazer outra coisa a não ser substituir a rea-

lidade por uma neo-realidade. Ele já não sente seu corpo sexuado como um perseguidor, pois rompeu a relação com seu corpo, destruiu conscientemente seu corpo e seus pais interiorizados rompendo com a realidade. O adolescente vive aqui uma verdadeira desapropriação de seu corpo sexuado.

Esses autores, cuja teoria merece uma menção particular, mostram bem que, em certos adolescentes, a confrontação com as mudanças que se instauram na puberdade pode dar lugar a um comportamento que lembra a psicose do adulto, ao mesmo tempo em que se distingue inteiramente dela.

Os Desligamentos Perigosos

Mais recentemente, R. Cahn (1991) propôs substituir a noção de potencialidade psicótica do adolescente pela de “impedimento da subjetivação em graus diversos”. Nem os efeitos longínquos da fratura inicial inerente à metáfora do Nome-do-pai (hipótese lacaniana), nem a angústia da regressão diante do conflito edipiano (hipótese laufferiana) explicam suficientemente, para R. Cahn, a problemática da psicose na adolescência. Para isso, é necessário levar em conta um nível triplo:

- a confusão de referências identificatórias;
- a tentativa desesperada de ligar sob as formas mais diversas a excitação sexual ao mesmo tempo interna e externa;
- a preservação de uma indistinção primitiva travando a diferenciação progressiva, em uma empreitada alienante ou em uma excitação indefinida ligada à sua carência.

Dimensiona-se assim o papel de uma soma de desligamentos, que se encontram de algum modo em todos os níveis, como obstáculo à subjetivação. Essa perturbação é encontrada de forma mais ou menos latente ao longo de todo desenvolvimento, e ativa-se violentamente quando da reativação do Édipo na adolescência.

Essa concepção realmente analítica da psicose na adolescência permite levantar as objeções que eram feitas por alguns quanto ao tratamento institucional em equipe e suas re-

lações com a necessária referência a um personagem eletivamente investido (Braconnier, 1988); um não pode ir sem o outro na preocupação terapêutica de levantar os obstáculos a essa subjetivação do adolescente psicótico e de instaurar para o adolescente psicótico uma gestão da descontinuidade interna e externa, uma gestão do equilíbrio dos investimentos narcísico e objetais. Graças a isso, pode-se esperar levantar os obstáculos a essa subjetivação, com a preocupação de favorecer um movimento progressivo e, é preciso dizer, aleatório, no sentido da autonomização.

A Abordagem Psicanalítica Familiar

A abordagem psicanalítica das psicoses também se interessa já há muito tempo pela dinâmica familiar. Uma primeira corrente explora quase que exclusivamente a relação entre o psicótico e seus pais. Isso conduz a conceitos simplificadores de mães superprotetoras, de mães esquizofrenizantes, etc., ou a uma tipologia de pais de esquizofrênicos, como a que estabelece Th. Lidz por volta dos anos de 1950. O essencial desses trabalhos repousa sobre a pesquisa de um agente patógeno intrafamiliar, geralmente a mãe, mas também o pai.

Mas, pouco a pouco, a abordagem psicanalítica passa a interessar-se mais pelo conjunto familiar. Alguns anos mais tarde, Lidz, por exemplo, insistiria sobre a incapacidade das famílias dos esquizofrênicos de diferenciar as duas gerações da família.

Atualmente, distinguem-se duas correntes: aquela que se propõe estender conceitos metapsicológicos oriundos da análise tradicional ao estudo da família do psicótico. Nessa linha, A. Eiguer menciona alguns aspectos que lhe parecem específicos da família dos psicóticos:

- O reagrupamento familiar sob o pretexto da doença de um membro, mas de fato pelo temor de desmoronamento diante das fantasias referidas a um outro membro da família e da geração parental.
- A criatividade da narrativa que põe em cena a família e onde é preciso diferenciar o recitado e o contado.

– A fetichização do tempo da família dos psicóticos, que vive em um tempo circular, onde qualquer mudança é ameaçadora. O transcorrer do tempo é negado: “A parentificação é entendida assim não apenas como o que geralmente foi dito na geração dos avós, mas ela contamina os colaterais e o sujeito doente. O processo testemunha o hiperinvestimento narcísico de todos os membros do círculo familiar: cada um deles não é senão um espelho para o outro”.

A outra corrente considera que existem diferenças radicais entre o estudo da comunicação e da interação familiar, de um lado, e a comunicação psicanalítica, de outro. Entretanto, levando em conta a abordagem sistêmica, essa segunda corrente é levada a constatar que as interações entre os membros da família são, ao mesmo tempo, comportamentais e fantasmáticas. Este “conjuntamente” constitui o princípio aplicado.

Na psicose, a gangue genealógica é demonstrada por alegorias que substituíram valores simbólicos. O trabalho que deve ser feito então talvez permita aos sistemistas elucidar o modelo familiar e injetar ali paradoxos e contra-paradoxos. O psicanalista pode mobilizar a comunicação e favorecer a transação para ampliar o espaço interativo intrafamiliar e interpessoal, permitindo assim uma relativa liberdade do espaço interativo intrapsíquico do paciente. (Lebovici, 1981)

Restringiremos arbitrariamente aos autores citados as psicose teóricas acerca dos estados psicóticos. Poderíamos ter citado também os trabalhos fenomenológicos e, em particular, Binswanger ou os trabalhos psicanalíticos de Lacan e de sua escola. Contudo, conviria então retomar a totalidade de sua elaboração teórica, pois a psicose sempre ocupa ali um lugar importante. Pareceu-nos mais útil oferecer ao leitor uma referência simples das principais teorias acerca desse campo tão vasto e que se estende bem além do campo da adolescência.

Ainda que relativamente limitados, os transtornos psicóticos no adolescente devem ser cuidadosamente reconhecidos e diferenciados em seus desdobramentos e em suas dimensões psicopatológicas. O processo psicológico normal de qualquer adolescente contém os germes de uma descompensação psicótica: o ressurgimento pulsional, a revivência de certos mecanismos ar-

caicos como a negação ou a projeção, os problemas identificatórios e narcísicos são movimentos intrapsíquicos perigosos para o equilíbrio mental do sujeito. Além disso, mesmo quando surgem, os transtornos psicóticos, incluído o mais organizado, como a esquizofrenia, conservam nessa idade da vida uma grande capacidade de reversibilidade e de evolutividade.

OS OBJETIVOS DA INTERVENÇÃO PRECOCE

Evidenciou-se uma correlação entre a duração de uma psicose não tratada e vários aspectos da evolução a curto prazo, como a taxa, o tempo e o grau de remissão, a intensidade dos sintomas negativos posteriores e certos aspectos da qualidade de vida, ou ainda a importância dos *déficits* cognitivos pós-estabilização. De fato, vários trabalhos mostraram a importância do tempo que separa o aparecimento de sintomas psicóticos e a introdução de um tratamento. Demonstrou-se assim que os pacientes apresentam sintomas psicóticos positivos durante um a dois anos em média antes que se institua um tratamento. O impacto negativo desse tempo sobre a evolução dos pacientes é um dos principais elementos que justificam o desenvolvimento de programas de intervenção precoce.

Várias estratégias foram consideradas. Em primeiro lugar, a facilitação de acesso aos cuidados psiquiátricos por uma resposta rápida às demandas formuladas tanto pelas famílias ou pelos parentes quanto por profissionais da saúde, por uma disponibilidade maior. Em segundo lugar, o desenvolvimento de uma abordagem mais flexível, que permita a avaliação dos pacientes em outros locais fora das consultas ou dos hospitais psiquiátricos e facilite o estabelecimento de um acompanhamento proativo, de modo que os atendentes procurem evitar ativamente a ruptura do tratamento, levando em conta a hesitação de certos pacientes em se tratar, e indo vê-los onde eles se encontram. Em terceiro lugar, a melhoria do reconhecimento da psicose a partir de campanhas de informação dos profissionais da saúde, de outros profissionais que estão em contato com os jovens, assim como do grande público, estratégia cuja eficácia foi demonstrada pelo projeto TIPS na Escandinávia (Ammonger et al., 2002).

REFERÊNCIAS

- AMMINGER G.P., EDWARDS J., BREWER W.J. et coll. : Duration of untreated psychosis and cognitive deterioration In first-episode schizophrenia. *Schizophrenia Res.* 2002, 54, 223-230.
- BATESON G. et al. : *Toward a theory of schizophrenia.* *Behav. Science*, 1956, 1, 251-264.
- BRACONNIER A. : L'adolescent psychotique. In: «*Le dedans et le dehors*» (M. Sassolas Éd.). Cesura, Lyon, 1988, 109-111.
- BRACONNIER A., SCHMIT G. : Les psychoses aiguës et le LSD chez les adolescents. *Psychiat. Enf.*, 1979, 22, 2, 431-472.
- CAHN R. : *Adolescence et folie, les déliaisons dangereuses.* PUF, Paris, 1991.
- CHARLES-NICOLAS A.J. : Sur l'identification de la toxicomanie. *Ann. Médico-Psychol.*, 1975, 1, 5, 605-616.
- CORBOZ R.J. : *Endogenous Psychoses of the Adolescent in Adolescence* (G. CAPLAN, S. LEBOVICI, Éd.), p. 275-279. Basic Books, New York, London, 1969.
- COSTENIN J. : Hyperactivité dopaminergique. In: *Actualité de la schizophrénie* (P. PICHOT, Éd.). PUF, Paris, 1981, 169-192.
- CROCHETTE A., FERRARI P., BOUVET M., RPYAUX J. : Réflexions sur l'adolescence des enfants atteints de psychoses précoces. *Neuropsychiat. Enf. Ado.*, 1987, 35, 10, 423-427.
- DEBRAY Q. : L'étiologie génétique. In : *Actualité de la schizophrénie* (P. PICHOT, Éd.). PUF, Paris, 1981, 135-144.
- EBTINGER R., SICHEL J.P. : L'hypochondrie et le suicide chez l'adolescent. *Confront. Psychiat.*, 1970, 7, 81-101.
- EDWARDS J., MC GORRY P.D. : Implementing early Intervention. In *Psychosis*, London, Martin Dunitz, 2002.
- EIGUER A. : Metodologia de la Interpretación in *Psicoterapia Familiar de Orientación Psicoanalítica. Terapia Familiar*, 1980, III, 5.
- EKSTEIN R. : The process of termination and its relation to outcome in the treatment of psychotic disorders in adolescence. *Adol. Psych.*, 1978, 6, 448-460.
- GRIVOIS H., GROSSO L. : *La schizophrénie débutante*, Paris, John Libbey Eurotext, 1998.
- HAUER R.J., BUCHSBAUM M.S., MURPHY D.L., GOTTESMAN I.I., COURSEY R.D. : Psychiatric vulnerability, monoamino-oxydase and the average evoked potential. *Arch. Gen. Psychiat.*, 1980, 37, 340-345.
- HARRISON P., OWEN M. : Genes for schizophrenia,? *Lancet*, 2003, 361, 471-479.
- HENDERSON A.S. : Un examen épidémiologique de la maladie psychiatrique de l'adolescent. *Psychiat. Enf.*, 1968, XI, 1.
- HESTON L.L., DENNEY D. : Interactions between early life experience and biological factors in schizophrenia. In: *The transmissions of schizophrenia.* (D. ROSENTHAL, S. KENY, Éd.). Pergamon, Oxford, 1968.
- JACOBSON F. : *Le Soi et le monde objectal.* Traduit par A.M. BESNIER. PUF, Paris, 1975.
- LAUFER M. : Adolescence and psychosis. *Int. J. Psychoanal.*, 1986, 67, 367-372.
- LEBOVICI S., KESTEMBERG E. : *Le devenir de la psychose de l'enfant.* PUF, Paris, 1978.
- LEBOVICI S. : À propos des thérapeutiques de la famille. *Psy. Enf.*, 1981, 24, 2, 541-583.
- LIDZ Th. et coll. : Intrafamilial environment of the schizophrenia patient. The father. *Psychiatry*, 1957, 20.
- LUCAS G., TALAN I. : Le devenir de l'enfant traité en institution. In : *Le devenir de la psychose de l'enfant* (S. LEBOVICI, E. KESTEMBERG, Éd.). PUF, Paris, 1978, 53-126.
- MALE P. : *Psychotérapie de l'adolescent.* Payot P.B.P., Paris, 1980.
- MARCELLI D., ROSE-REINHARDT H., FAHS H., KASOLTER-PERE M.A. : Épisode psychotique agité de l'adolescent et du jeune adulte. Questions diagnostiques, thérapeutiques et éthiques. *Ann Med Psychol*, 2002, 160, 386-395.
- MC GORRY P.D., MC FARLANE C., PATTON G. et coll. : The prevalence of prodromal features of schizophrenia In adolescence : a preliminary survey, *Acta psychiatr. Scand.*, 1995, 92, 241-249.
- MEDNICK S.A. : A breakdown in individual at high risk for schizophrenia: Possible predispositionnal perinatal factors. *Mental Hygiene*, 1970, 54, 50-61.
- NACHT S., RACAMIER P.C. : La théorie psychanalytique du délire. *Rev. Fr. Psychanal.*, 1958, 22, 4, 417-532.
- PENOT B. : L'identité en question (réflexions sur l'adolescence et la psychose). *Rev. Neuropsychiat. Infant.*, 1975, 23, 12.
- PERAUD M.C., DANON BOILEAU H., LAB P. : Le devenir de 1 000 malades étudiants hospitalisés entre 1956 et 1960. Enquête catamnétique. *Ann. Médico-Psychol.*, 1975, 1 (1), 1-50.
- RACAMIER P.C. : L'interprétation psychanalytique de la schizophrénie. *Encycl. méd. chir. : Psychiatrie*, 37291, A-10, 12 p. in-4°, 976.

- RACAMIER P.C. : *Les schizophrènes*. Payot P.B.P., Paris, 1980.
- RIEDER R.B. : Children at risk. In: *Disorders of the schizophrenia syndrome*. (L. Bellay, Éd.). Basic Books, NY, 1980.
- ROLLAND R. : *Jean-Christophe (l'adolescent)*. Albin Michel, Paris, 1961, 225-271.
- ROUART J. : *Psychopathologie de la puberté et de l'adolescence*. PUF, Paris, 1954.
- SHAPIRO S.A. : *Contemporary theories of schizophrenia*. McGraw Hill, NY, 1981.
- SROBER M., GREEN J., CARLSON G. : Reliability of Psychiatric diagnosis in hospitalized adolescents. *Arch. Gen. Psychiat.*, 1981, 38, 141-145.
- WALTZLAWICK, P., WEAKLAND J., FISCH R.: *Changement, paradoxes, psychothérapie* (trad. française). Le Seuil, Paris, 1975.
- WERKAMAN S.L. : Psychiatric disorders of adolescence in American. *Handbook Psychiat.*, 1975, II, 2, 223-233.
- WIENER I.B., DEL GAUDIO A.C. : Psychopathology in adolescence. An epidemiological study. *Arch. Gen. Psychiat.*, 1976, 33, 187-193.
- YUNG A.R., Mc GORRY P.D., MC FARLANE C. : Monitoring and care of young people at Incipiens risk of psychosis. *Schiz. Bulletin*, 1996, 22 : 353-370.
- ZAPPAROLI G.C. : *La peur et l'ennui*. PUF, Paris, 1982, 1 vol.

A Noção de Estados-Limite (*Borderline*)

A extensão do quadro de estados-limite na adolescência é de aplicação relativamente recente. Os primeiros trabalhos voltados à delimitação do conceito ou à abordagem terapêutica dos adolescentes-limite aparecem no início dos anos de 1970. Rapidamente, o número de trabalhos aumenta, sobretudo na literatura de inspiração psicanalítica. Entre os autores, podem ser mencionados os nomes de J. Master-son, D. Rinsley, O. Kernberg, P. Kernberg, P. Giovacchini, M. E. Laufer, etc., mas, evidentemente, esta lista não é exaustiva.

Falar de estados-limite no adolescente requer um conhecimento prévio dos estados-limite do adulto, tanto em seus aspectos históricos quanto clínicos, psicodinâmicos, etiopatogênicos. Aqui, não vamos nos estender excessivamente nas características dos estados-limite no adulto, cuja descrição é encontrada em outras obras (Marcelli, 1981; Allilaire, 1985), contudo, recordaremos o essencial para a compreensão desse novo quadro aplicado ao adolescente.

Os estados-limite foram sendo progressivamente diferenciados das psicoses e das neuroses por duas vias diferentes, mas que acabaram convergindo. A mais antiga é de inspiração psiquiátrica: de fato, já há muito tempo, os psiquiatras confrontados com a eclosão esquizofrênica no início da idade adulta passaram a se preocupar

com um rastreamento o mais precoce possível dessa doença. Aqui, eles foram levados, de um lado, a analisar o passado dos doentes confirmados para rastrear em sua personalidade anterior a filigrana da organização patológica atual e, de outro, a pesquisar dentro de uma população normal sinais menores que pudessem indicar um risco de eclosão mórbida posterior. Foi a partir dessa preocupação ao mesmo tempo anamnésica e catamnésica que surgiram as noções de esquizoidia e esquizotimia. Os trabalhos de Kretschmer na Alemanha e os de Minkowski ou de Claude na França respondem a essa preocupação. De passo em passo, chegou-se então a uma descrição de personalidades ainda pertencentes ao registro do normal, mas portadoras de traços psicológicos que as aproximam de doentes confirmados, depois de personalidades ligeiramente patológicas, mas que não apresentam o quadro completo (estado pré-esquizofrênico, esquizofrenia incipiente).

A outra via de diferenciação desse conceito é representada pela corrente psicanalítica, particularmente a americana, a partir dos 1940-1945. O procedimento aqui foi totalmente diferente, na medida em que a reflexão tem origem nos desconfortos causados pelo tratamento analítico em pacientes aparentemente neuróticos. De fato, os analistas se vi-

ram confrontados com uma série de pacientes cuja indicação de análise era feita diante de um conjunto de sintomas e de sofrimentos que lembravam mais uma neurose, mas que durante o tratamento se comportavam mais como pacientes psicóticos, desenvolvendo uma psicose de transferência caracterizada pelas profundas alterações da relação paciente-terapeuta. A fim de prevenir, ou pelo menos de prever, tais evoluções, diversos analistas procuraram isolar dentro das condutas iniciais aquilo que poderia constituir suas primícias. É importante entender bem aqui a diferença fundamental em relação à posição anterior: a preocupação não é mais a de uma identificação semiológica essencialmente centrada na existência latente ou patente de um estado esquizofrênico, mas de identificar, o mais cedo possível, distorções na dinâmica de uma relação que deve alertar para o estabelecimento de uma ligação particular entre paciente e terapeuta. Essas duas correntes, embora fundamentalmente diferentes em sua essência, concordaram com a denominação predominante de “borderline” nos países anglo-saxões e de “estados-limite” na França.

No que diz respeito à clínica dos estados-limite, vamos nos limitar a mencionar: 1) a importância da angústia; 2) a existência de múltiplos sintomas neuróticos proteiformes dentro de uma sexualidade em geral pouco satisfatória para o sujeito; 3) a importância da sintomatologia depressiva; 4) a facilidade da passagem ao ato, o que explica a frequência de tentativas de suicídio e de atos delituosos; 5) o estabelecimento fácil de uma relação de dependência das diversas drogas, do álcool; 6) a possibilidade de episódio de descompensação provisória, mas rapidamente regressivo (epísódio confusional transitório, transtorno do comportamento impulsivo).

Esse conjunto sintomático, ainda vago e extensível, como não se pode deixar de reconhecer, encontra sua unicidade no funcionamento mental dos sujeitos. Todos os autores são unânimes em reconhecer a prevalência de mecanismos mentais ditos arcaicos, onde domina a clivagem. Os outros mecanismos mencionados são principalmente a identificação projetiva, a idealização, a negação. Esses mecanismos têm como resultado o enfraquecimento do Ego, retirando uma parte de seu potencial de adaptação (Kernberg). As relações de objetos do paciente

“limite” são dominadas pelo anacritismo dessa relação (Bergeret); elas se estabelecem com os objetos parciais, às vezes idealizados, outras vezes, ao contrário, desvalorizados, com mudanças bruscas de um a outro.

As hipóteses etiológicas costumam centrar sua atenção na impossibilidade de ter acesso à ambivalência neurótica com a inquietação e a culpabilidade em relação ao objeto que subentende esse acesso.

A clivagem é compreendida como um mecanismo ativo para lutar contra esse sofrimento depressivo, para evitar a inquietação e para não ter de enfrentar as necessidades da reparação. Ela mantém ativamente separados bons e maus objetos. Mas a persistência dessa clivagem provoca os desvios já mencionados na organização psicodinâmica do sujeito (enfraquecimento do ego, arcaísmo do superego, conflitos pré-genitais, etc.).

Vale assinalar, portanto, que para os estados-limite do adulto: 1) o modelo de compreensão é antes de tudo psicanalítico; 2) a etiopatogenia encontra sua explicação em uma hipótese ontogênica ligada ao movimento da psicanálise genética. De fato, a maioria dos autores que trabalha sobre esse tema compartilha um interesse e realiza pesquisas sobre o desenvolvimento da criança, compreendido, na maioria das vezes, à luz dos trabalhos de M. Mahler; 3) a especificidade não reside no quadro clínico, mas na organização conflituosa, econômica e dinâmica subjacente; apenas uma abordagem psicanalítica pode proporcionar a chave de uma tal compreensão.

PONTOS COMUNS ENTRE O PROCESSO DA ADOLESCÊNCIA E OS ESTADOS-LIMITE

A extensão à patologia do adolescente desse novo quadro assim definido repousa em várias razões, algumas comuns, outras específicas. Entre as razões comuns, há a evolução habitual de todos os quadros nosográficos novos, sejam eles semiológicos, psicopatológicos ou etiológicos. Toda vez que uma “doença” foi isolada e descrita no adulto, os psiquiatras de adultos, depois os psiquiatras de crianças, investigavam se

esse novo quadro era encontrado nas outras idades, particularmente na infância. Os exemplos da psicose maníaco-depressiva e da depressão comprovam isso. Depois de isolado os estados-limite no adulto, era natural que se colocasse a questão de sua existência e, caso positivo, de seus aspectos clínicos e psicopatológicos na infância, de um lado, e na adolescência, de outro lado.

Mas, para além desse movimento geral, uma série de motivos mais específicos induz a descrever os estados-limite no adolescente.

Aspectos Clínicos

Clinicamente, os adultos “limite” são descritos às vezes como “adolescentes retardados”; além disso, certas condutas sintomáticas não deixam de apresentar estreitas semelhanças com os principais eixos sintomáticos próprios à adolescência. Mencionemos a título de exemplo a freqüência da angústia, a importância da depressão, a prevalência da passagem ao ato, a freqüência das tentativas de suicídio e de condutas toxicomaníacas... No extremo, a clínica dos estados-limite do adulto vem sendo descrita a partir de sinais clínicos observados nos adolescentes; assim, P. Kernberg declara que “o adulto ‘limite’ não difere fundamentalmente do adolescente, salvo na acumulação de complicações secundárias devidas ao curso da vida (casamento, filhos, vicissitudes profissionais)”.

Dinâmica Conflitual

A *dinâmica conflitual* subjacente também apresenta pontos comuns. Assim, podemos citar:

1) Nos dois casos: um Ego em posição de relativa fraqueza: a angústia é sempre intensa, a tolerância às flutuações dessa angústia sempre mínima e as capacidades de elaboração dessa angústia em processos psíquicos sublimatórios geralmente reduzidas. Esse Ego enfraquecido é confrontado com exigências pulsionais particularmente intensas; em todo adolescente, em razão da crise pubertária; no paciente-limite, em razão da não-tolerância à frustração e do

perigo constituído pela não-satisfação pulsional ou pela exacerbação da pulsão da morte (perigo de destruição, de aniquilamento); ao mesmo tempo, contrastando com um Ego fraco, o superego apresenta exigências reforçadas tanto em um caso como em outro: em numerosos adolescentes, pelo aspecto intransigente de seu julgamento (movimento que foi descrito com perfeição por A. Freud a partir do adolescente intransigente e ascético); nos pacientes-limite, pelo aspecto tirânico desse superego diretamente originário da introjeção de uma imagem parental, em particular materna, temível e temida.

2) Nos dois casos: um recurso prevalente aos mecanismos de defesa ditos arcaicos, entre os quais se situa, na primeira fila, a clivagem. Em todo adolescente, em razão de uma necessidade maior de se proteger de seu conflito de ambivalência centrado na ligação com as imagens parentais e para dispersar seus desejos genitais a fim de não se confrontar com a ameaça incestuosa; no paciente-limite, em razão da necessidade vital de manter lado a lado, sem ligação de um com o outro, uma boa imagem de si e de objeto profundamente fugidia, oculta, e uma má imagem de si e de objeto agressiva, destruidora, perigosa, tendo a clivagem como papel preservar a boa imagem do ataque destrutivo das más imagens. A essa clivagem, como consequência direta, associam-se diversos mecanismos observados de forma mais modulada em todo adolescente, mas de forma caricatural nos pacientes-limite: a projeção (do que é mau no exterior), a idealização (de um bom objeto todo-poderoso cuja proteção se solicita), a onipotência (que permite ao sujeito se sentir ao abrigo de todas as ameaças de retorção), a negação (dos afetos opostos, dos pensamentos contrários), a desvalorização.

3) Nos dois casos: uma flutuação na identidade e uma fragilidade narcísica; no adolescente, em razão das profundas transformações da imagem do corpo, mas também do desinvestimento e depois do luto necessário de objetos infantis (as imagens parentais pré-edipianas e edipianas); no paciente-limite, em razão da utilização excessiva e defensiva de mecanismos de clivagem e de projeção. Certos autores, aliás, têm a tendência a assimilar a patologia-limite e a patologia narcísica, o que outros recusam

Gênese dos Transtornos

A *gênese dos transtornos* está estreitamente ligada a uma distorção no desenvolvimento precoce da criança, como já dissemos. A fase incriminada sendo a dificuldade de acesso à posição depressiva (Steiner), à triangulação edipiana (Bergeret), à fase de separação-individuação (Masterson, Rinsley, Giovacchini, Kemberg). A origem dos transtornos sendo historicamente datada dessa idade precoce, era lógico que, depois de ser descrito o quadro clínico dos adultos, se buscassem indícios em indivíduos mais jovens.

SINTOMATOLOGIA CLÍNICA

Mais ainda do que para o adulto, o quadro semiológico dos estados-limite no adolescente é fluido. É preciso assinalar, também aqui, que essa patologia é identificada não na decodificação semiológica, mas na avaliação do funcionamento psíquico. Os sintomas mais frequentemente citados, seja de forma explícita, seja por meio da análise de casos clínicos apresentados, são os seguintes:

- A frequência do “agir” em todas as suas formas, quer se trate de “passagem ao ato” em seu sentido habitual (cf. Capítulo 5) ou de tendência ao agir, tal como a agitação, a instabilidade. As tentativas de suicídio são geralmente relatadas nas observações, em particular as tentativas de suicídio recidivantes.

- A frequência de condutas marginais e/ou delinquentes: toxicomania, apetência medicamentosa excessiva, delinquência mais ou menos organizada e repetitiva.

- A frequência de dificuldades escolares: fracasso escolar duradouro, recusa escolar, fobia escolar.

- As dificuldades sexuais, com condutas sexuais caóticas ou desviantes (homossexualidade, travestismo), frequentemente em um contexto de passagem ao ato (fuga).

- As manifestações centradas no corpo: manifestações hipocondríacas intensas e duradouras, condutas anoréxicas, bulimias compulsivas ou mesmo simplesmente acidentes somáticos repetitivos.

- Em oposição a essas condutas ruidosas, é preciso também notar a frequência do tédio, do desinteresse, do sentimento de vazio, de inutilidade, podendo provocar um desinteresse para as atividades sociais ou escolares. A depressão enquanto tal raramente é citada, mas sabe-se que sua sintomatologia está longe de ser evidente na adolescência (cf. item “Clínica”, no Capítulo 9).

- A meio caminho entre a descrição clínica e a interpretação psicopatológica, os autores destacam a sensibilidade do adolescente “limite” às perdas, aos sentimentos de abandono. O termo “depressão de abandono” é inclusive empregado explicitamente (Masterson) (cf. Capítulo 8).

O CONTEXTO FAMILIAR

Todos os autores reconhecem a importância das interações familiares e a existência de perturbações mais ou menos profundas nessas interações. É preciso notar que, tratando-se da descrição da família, normalmente é difícil separar entre, de um lado, o que decorre de uma descrição clínica das interações atuais e, de outro, as hipóteses patogênicas referentes à reconstrução do passado dos adolescentes “limite”. Contata-se a existência nos antecedentes parentais de condutas patológicas quase sempre similares: tentativas de suicídio, alcoolismo, depressão, episódio confusional ou psicótico transitório. O casal parental é descrito frequentemente como desarmonioso, em que um dos genitores aparece como desvalorizado ou decadente. O desentendimento entre os pais e a separação do casal são comuns. Não há indicações de que essas perturbações se refiram mais ao pai ou à mãe. Geralmente, o diagnóstico de estados-limite é feito para ambos os pais (Masterson).

A relação entre o adolescente “limite” e seus pais, em particular a mãe, é profundamente marcada de ambivalência: existe quase sempre uma extrema dependência ao mesmo tempo da pessoa e da imagem parental (frequente idealização parental) entrecortada de uma veledade de autonomia agressiva e desvalorizante. O funcionamento projetivo geralmente é prevalente nessas famílias, tanto do lado dos pais quanto do adolescente (cf. Capítulo 16).

A ABORDAGEM PSICOPATOLÓGICA

Essa abordagem e as conclusões decorrentes constituem o próprio fundamento do quadro dos estados-limite. Retomaremos em parte a descrição estrutural e dinâmica feita por P. Kernberg distinguindo, de um lado, os mecanismos de defesa utilizados e, de outro, as consequências dessa utilização privilegiada nas relações de objetos e sobre o processo de desenvolvimento do adolescente.

Os Mecanismos de Defesa

Todos os autores assinalam a persistência de mecanismos de defesa ditos primitivos, em primeiro lugar dos quais está a *clivagem*. Essa manutenção da clivagem explica certas condutas do sujeito, tais como as passagens bruscas de um extremo ao outro na apreciação afetiva de outro, os julgamentos mordazes sem modulação possível, a instabilidade e a labilidade aparente nos diferentes setores da vida. Evidentemente, encontram-se perenizadas dessa maneira imagens de si e objetos totalmente bons, de um lado, imagens de si e de objetos totalmente más, de outro.

Outros mecanismos associam-se à clivagem, tanto para mantê-la como para reforçá-la: 1) a *idealização* do objeto com o qual o adolescente estabelece uma relação de dependência, de submissão ou de inclusão grandiosa; 2) a *onipotência*, que permite ao sujeito sentir-se ao abrigo de todas as ameaças de retorcão; 3) a *negação* de afetos opostos, de pensamentos contrários; 4) a *desvalorização* de outros, de si, quando é ativada uma seqüência relacional, real ou fantasiosa, pondo em questão a perfeição do objeto idealizado e revertendo-o em seu contrário; 5) finalmente, e sobretudo, a *projeção* de partes más do eu e de objetos no exterior, em certos objetos que por essa razão se tornam ameaçadores. Isso justifica o reforço da clivagem e de outros mecanismos suscitados produzindo círculos viciosos que reforçam em espiral o efeito da clivagem, da projeção, da idealização, etc.

Assim, a vida afetiva é dominada pela interrupção de sentimentos violentos não modulados, e em geral não-moduláveis, que devem ser satisfeitos no instante ou senão expulsos

imediatamente. Os afetos de pavor, de descon-fiança, de cólera, de raiva, de impotência são os mais sentidos.

Ao contrário dos adolescentes psicóticos, a prova de realidade (*reality testing*) é preservada, sendo ao mesmo tempo de uma qualidade particular em razão de mecanismos arcaicos: embora a realidade seja percebida em seu aspecto externo e em seus contornos geográficos, seu conteúdo qualitativo geralmente é embaralhado em razão da identificação projetiva. Disso resulta um desvanecimento nos limites de si e dos outros, desvanecimento que E. Erickson chama de “identidade difusa”.

Segundo O. Kernberg, a permanência do objeto não foi adquirida: é importante, no entanto, distinguir aqui a permanência do objeto no sentido entendido pela escola de psicologia genética piagetiana (noção cognitiva da permanência material do objeto) e a permanência do objeto libidinal no sentido entendido pela escola de psicanálise genética de Mahler. Nessa segunda ótica, isso significa que a imagem do objeto libidinal (em particular a imagem materna) está intrapsiquicamente disponível a todo o momento, mesmo na ausência física desse objeto (para Mahler, a permanência do objeto libidinal não é adquirida antes de 2 anos e meio-3 anos). No paciente-limite, o bom objeto libidinal interiorizado é sempre ameaçado em sua existência e em sua permanência pelos ataques agressivos e destrutivos do mau objeto interno. O papel da clivagem é precisamente o de manter essa separação entre bom e mau objeto para “proteger” esse bom objeto interno frágil. Ao mesmo tempo causa e consequência da clivagem, o não-aceso à noção de permanência do objeto libidinal apresenta numerosas consequências:

- uma dependência extrema em relação a esses objetos, uma incapacidade de superar as separações, lutos e episódios depressivos decorrentes;
- um entrave aos processos de reparação (que implicam a lembrança do objeto antes que ele seja danificado);
- uma dificuldade de interiorizar imagens totais moduladas e moduláveis;
- uma dificuldade ao pleno florescimento dos processos cognitivos: assim, as noções do tempo ou da reversibilidade continuam sendo de difícil acesso aos pacientes “limite”.

Organização Tópica

A *organização tópica* é dominada por dois elementos: a fraqueza do ego, a exigência e a severidade do superego.

“A fraqueza do ego” é denunciada por todos os autores anglo-saxões que se situam na corrente teórica da “*ego psychology*” hartmaniana. Essa fraqueza do ego se traduz pela medíocre capacidade do ego de enfrentar a angústia, pela incapacidade relativa de tolerar a frustração, de onde decorre uma dificuldade de controlar os impulsos. P. Kernberg assinala, porém, que essa falta de controle do adolescente, ao contrário dos sujeitos adultos, nem sempre é testemunho de uma fraqueza do ego, mas que ela também pode ser utilizada para provocar diversos estados afetivos que o ego procura experimentar. Finalmente, a fraqueza do ego entrava a capacidade de síntese, a atividade de ligação desse ego.

Nota-se a existência de um superego arcaico, exigente e tirânico, contrastando com um ego fraco (Giovacchini, Kernberg). Esse superego provém diretamente das imagens parentais arcaicas, em particular da imagem materna. Esse arcaísmo se traduz por uma severidade excessiva em relação a um ego considerado falho, por um sistema de referência que utiliza antes de tudo a lei do talião, em vez de um sistema de valor abstrato. Em termos mais triviais, se o adolescente “limite” não apresenta conduta delinquente, marginal ou caótica, é porque ele tem medo da presença física do policial (que pode ser sua mãe ou uma outra pessoa da família, como uma avó), e não porque ele integrou um sistema de valor pessoal. Esse superego arcaico em geral julga com severidade e desvalorização as instâncias do ego e a auto-imagem, o que explica a necessidade para o indivíduo de um sistema narcísico idealizante defensivo.

O sistema narcísico particular dos sujeitos “limite” é amplamente mencionado, a tal ponto que certos autores não fazem distinção entre a patologia dita limite e a patologia dita narcísica (Bergeret). Evidentemente, existe aqui uma conjunção entre a problemática narcísica de todo adolescente e certas características da patologia-limite. O sistema narcísico (cf. item “O narcisismo”, no Capítulo 1) do adolescente é particularmente frágil, como testemunha a importância da idealidade e das idealizações, o

lugar do ideal do ego, a flutuação nos níveis da auto-estima (passando às vezes da auto-satisfação beata à desvalorização mais ou menos completa). No adolescente “limite”, esse sistema é reforçado por causa do arcaísmo do superego e da fraqueza do ego. A fim de proteger seu narcisismo, o adolescente tenderá a erigir um sistema de idealização defensiva levando ao máximo esse “*self grandioso*” descrito por H. Kohut. Contudo, certos autores (O. Kernberg) insistem em manter a distinção entre a patologia narcísica propriamente dita (caracterizada por esse *self grandioso*, incluindo o ego atual, o superego e o ideal do ego) e a patologia-limite (onde o ideal do ego é diferente do superego e do ego com numerosos setores clivados). Por sua vez, M. E. Laufer propõe uma distinção, não a partir de um ponto de vista tópico, mas a partir de um ponto de vista genético e dinâmico. Segundo esse autor, poderíamos considerar que a patologia do adolescente “limite” resulta da perda de um investimento libidinal particularmente intenso da imagem do corpo infantil, perda provocada pelas modificações pubertárias. Em compensação, os transtornos narcísicos da personalidade no adolescente proviriam de uma falha ou de uma falta de investimento libidinal satisfatório da imagem do corpo infantil e de uma defesa que tenta compensar essa falta utilizando prematuramente o superego como fonte substitutiva de satisfação, acompanhada de um desejo intenso de prescindir do objeto faltante. É verdade que nessa segunda hipótese, certas funções do superego e do ideal do ego parecem em parte confusas.

O Ponto de Vista Dinâmico e as Relações de Objetos

Outros autores referem-se antes de tudo a uma concepção dinâmica e conflitual, em particular M. E. Laufer, com a noção de “*breakdown* na adolescência”: trata-se de uma ameaça de ruptura na continuidade da representação do eu e da imagem do eu (em particular a imagem do corpo), mas também na continuidade dos investimentos de si e de objeto. Esse “*breakdown*” é uma verdadeira ameaça psicótica quase permanente na adolescência (cf. item “A ruptura psicótica”, no Capítulo 11). Ele se traduz pela

prevalência de pulsões agressivas dirigidas contra o corpo sexuado e secundariamente contra a nova relação com os objetos internos que a transformação pubertária impõe. Essa ameaça na continuidade das representações explica em parte “a fraqueza do ego” já mencionada, e dá conta igualmente da diminuição da tolerância às frustrações e a qualquer aumento de tensão no indivíduo. A ruptura e o enfraquecimento do funcionamento psíquico constituem uma ameaça que espregueira de modo comum, de um lado, o adolescente, de outro, o paciente-limite, e *a fortiori* o adolescente-limite. Esse adolescente-limite sente o perigo permanente de uma renúncia ao trabalho psíquico metafórico-metonímico (Rosolato, 1984) para dar lugar a uma expressão/projeção pulsional direta poupando esse trabalho de representação e de simbolização.

O adolescente-limite tende a agir “seu corpo”, a agir as palavras e as representações a fim de evitar, ou melhor, negar, todo esse trabalho de perda e de luto que implica a utilização de símbolos e de representações. Hanna Segal mostrou bem que a utilização do símbolo é acompanhada do reconhecimento de um limite, de uma distância, aquela que existe entre o representante e a coisa representada: em outros termos, a utilização de um símbolo traduz, para Hanna Segal, a aceitação da perda da união primitiva ou da fusão simbiótica com o objeto idealizado onipotente e todo-poderoso (Segal, 1969). A aceitação dessa perda provoca inicialmente um sofrimento que deve ser tolerado. Precisamente, o adolescente-limite quer tratar as palavras como se elas fossem os próprios afetos, para não ter de provar esse sofrimento depressivo que instaura a distância entre o afeto e o representante associado a ele: é doloroso para o adolescente-limite tolerar um afeto sem que ele seja logo ligado a uma representação totalmente satisfatória (espécie de proto-representação que figuraria a união ideal a um objeto ideal imediatamente gratificante), ou ainda tolerar que uma representação não se ajuste totalmente, integralmente a um afeto (espécie de representação de união nirvânica idealizada), ou ainda, e sobretudo, tolerar o tempo que separa a provação afetiva do momento em que emerge uma representação satisfatória. Esse tempo em sofrimento, esse tempo de sofrimento exigem que o indivíduo tolere suas pulsões, tolere a frustração: esse tempo representa a própria essência do trabalho psíquico.

Para não experimentar esse tempo em sofrimento, o adolescente-limite procura manter-se na crista da proto-representação, nessa linha frágil do significante de demarcação (Rosolato, 1984), onde o afeto e seu representante se fundem em uma emissão arto-fonatória, verdadeiro ato de linguagem cujo risco é precisamente o de se investir de súbito em linguagem de um ato no momento da renúncia ao trabalho psíquico e ao sofrimento depressivo resultante. Se na leitura percebemos nitidamente essa inversão (ato de linguagem – linguagem de um ato), não é seguro que o paciente-limite tome facilmente consciência disso, pois o ato libera-o em parte do afeto e lhe permite poupar-se de um sofrimento, isto é, de uma expectativa. Widlöcher destaca uma das características dos pacientes-limite, que é utilizar uma sucessão de introjetos, em vez de uma seqüência mental interiorizada em forma de representação de uma cena (Widlöcher, 1979). Os introjetos são espécies de concreções, fragmentos do eu ou de objetos dos quais é preciso se defender essencialmente pela projeção, mas que o paciente tem dificuldade de organizar em seqüências duradouras, contínuas, ao contrário do que faz o paciente neurótico com a representação mental de uma cena interiorizada.

Por sua vez, J. Bergeret (1985) destaca nos adolescentes-limite uma carência do funcionamento “imaginário” que leva a uma incapacidade de constituir “um objeto interno triangularmente e sexualmente eficiente”, o que provoca uma fixação a “um objeto externo mágico e todo-poderoso do qual se deve esperar tudo, isto é, temer tudo... Essa carência do funcionamento imaginário é acompanhada de uma exacerbação do funcionamento comportamental”. De fato, a adolescência é o “único momento histórico e psicogenético de passagem entre as linhas estruturais neuróticas e psicóticas”. A organização-limite se implanta “quando existem situações de organização imaginária cuja epigênese interacional não permite estabelecer uma solidez estrutural, seja de tipo neurótico ou de tipo psicótico”.

Em qualquer caso, compreende-se que as relações de objeto dos adolescentes “limite” sejam profundamente perturbadas. Essas perturbações decorrem da organização tópica e dinâmica descrita acima, e por isso seremos mais breves: o adolescente “limite”, mais do que qualquer adolescente, estabelece estreitas relações de dependência e de anaclitismo com um objeto

idealizado, todo-poderoso e protetor, mas que, ao menor enfraquecimento, corre o risco de ser rejeitado, desvalorizado. Por isso, as relações de anaclitismo costumam ser caóticas, bruscamente invertidas. A reciprocidade nas relações afetivas em geral é ignorada, o que explica relações mais próximas do parasitismo ou da monopolização do que de uma troca afetiva. A clivagem de imagens de objetos e de si acaba levando a projetar no ambiente as qualidades más e agressivas, o que explica a dimensão freqüentemente persecutória e paranóide das relações que o adolescente “limite” pode estabelecer. Essa posição paranóide é alimentada também pelo temor da lei do talião. Tal particularidade dessas relações de objeto é destacada por numerosos autores. Mencionemos Brenas e Ladame (1985): “A incompleta diferenciação de imagens de si e de imagens de objetos não lhe permite integrar um *self* autônomo, e, portanto, individualizar-se [...] Negação, clivagem, identificações projetivas têm como objetivo manter ativa essa má diferenciação do *self* e do objeto, sem para isso empurrá-los no caos da fusão total, de uma vivência de aniquilação cujo perigo está sempre presente”.

Em suma, o tipo de relação de objeto do adolescente-limite leva-o a estabelecer relações superficiais, truncadas, que podem facilmente reverter-se de modo súbito, sendo que o conjunto apenas reforça os aspectos patológicos da organização mental. Obviamente, isso se torna preponderante na abordagem terapêutica, como ainda veremos.

AS HIPÓTESES ONTOGENÉTICAS

Os psicanalistas que descreveram os estados-limite logo adotaram em relação às hipóteses etiológicas um modelo de compreensão histórica que faz dessa patologia o resultado de uma distorção de relações precoces entre a criança e seu ambiente, sobretudo a mãe. Numerosos autores que utilizam referências kleinianas situam a gênese dos estados-limite em uma etapa intermediária entre a posição depressiva e a posição esquizoparanóide (Steiner). No que se refere ao adolescente, o problema é um pouco mais particular, pois aqueles que trabalharam sobre esse tema adotam essencialmente um modelo de compreensão que utiliza as pesquisas de M.

Mahler (Masterson, Rinsley, Kernberg). Para esses autores, a psicodinâmica do adolescente normal corresponde a um processo de desenvolvimento ligado à revivescência daquilo que eles chamam de um segundo processo de separação-individuação (cf. Blos, Capítulo 1). Nessa ótica, é lógico remeter os obstáculos atuais do adolescente “limite” à primeira fase de separação-individuação e às suas dificuldades.

Assim, J. Masterson afirma: “Diferentemente da criança autista ou afetada de psicose infantil, a criança *borderline* avançou para superar a fase simbiótica, mas sua separação da mãe é ou parcial, ou só se realiza ao preço de violentos sentimentos de abandono contra os quais ela se defende pela clivagem e pela negação”. A origem dessas dificuldades reside, segundo o autor, no fato de a mãe se recusar a participar das tentativas feitas por seu filho para se individualizar. Na adolescência, a revivescência desse processo de separação-individuação reforça os sentimentos e/ou temores de abandono e “provoca uma síndrome clínica de abandono que se exprime pela necessidade de reforçar as defesas”. Masterson descreve assim aquilo que ele chama de “tríade *borderline*”: o adolescente *borderline* é incapaz de enfrentar de modo satisfatório o segundo processo de separação-individuação (primeiro termo da tríade: aspecto ontogenético). Essa incapacidade e o confronto com um tal temor provocam uma angústia e uma reação depressiva (segundo termo da tríade: aspecto descritivo e semiológico). Em face dessa angústia e da depressão, o adolescente reage utilizando mecanismos de defesa particulares (terceiro termo da tríade: aspecto psicopatológico dinâmico). Essa síndrome é observada ainda mais intensamente se a essa fragilidade inscrita na história do sujeito acrescenta-se o que Masterson chama de “fatores precipitantes”: uma verdadeira separação, uma perda ou a necessidade de assumir responsabilidades individuais.

Entre as razões que conduzem a mãe a recusar as tentativas de individualização de seu filho, P. Giovacchini cita as projeções inconscientes da mãe, em particular as projeções de suas partes odiosas na criança, que é utilizada como um “apêndice narcísico”. Segundo Giovacchini, falta à mãe a capacidade apaziguadora que constitui o pano de fundo normal de uma maternagem suficientemente boa. Em vez de introjetar essa capacidade apaziguadora, essa

experiência fundamental de apaziguamento, a criança associa a essa maternagem um sentimento de falta de apaziguamento, de ruptura ou de deslocamento. Na continuidade, quando a criança se torna capaz de elaborar introjetos que servirão para construir sua representação de si, ele somente disporá das partes odiosas, de afetos deslocados, rompidos. A criança se protege então dessas introjeções ameaçadoras por uma utilização reforçada da clivagem, da projeção.

Portanto, é a partir de uma fase precoce do desenvolvimento que intervêm as primeiras distorções. Assim, a infância desses adolescentes “limite” é descrita em geral como perturbada, mas ninguém identificou condutas sintomáticas específicas, com exceção de D. Rinsley, para quem os adolescentes ditos limite apresentavam uma psicose simbiótica na infância.

PROPOSIÇÕES TERAPÊUTICAS

A abordagem terapêutica do adolescente “limite” geralmente requer a associação de várias técnicas, dada a patologia quase sempre grave desses pacientes, patologia dominada pelas passagens ao ato cujo resultado essencial é o risco de provocar interrupções ou impasses terapêuticos se o quadro do tratamento não tiver sido rigorosamente definido. Em poucas palavras, os autores concordam em reconhecer a necessidade freqüente de uma dupla abordagem:

- uma psicoterapia de inspiração analítica;
- uma série de medidas ditas institucionais de tipo hospitalização, internato, hospital-dia, quando a patologia do paciente e a natureza das interações familiares necessitam de um quadro mais limitado, quadro que tem como um dos papéis essenciais permitir o prosseguimento da psicoterapia em boas condições.

A Psicoterapia

Embora difícil de estabelecer e de conduzir, ela representa a etapa essencial. A maioria dos autores propõe uma psicoterapia de inspiração analítica face a face (Kernberg, Ladame, Jeammet). Mais raros são os autores que propõem

uma psicanálise com seu quadro tradicional. Todos ressaltam a importância de uma interpretação no “aqui e agora”, de perturbações intrapsíquicas e interpessoais, tal como elas aparecem na transferência. Somente depois de ter esclarecido essas defesas, em particular após ter interpretado a transferência negativa, é que se poderão propor as reconstruções genéticas a partir do passado do paciente.

As particularidades das relações de objeto observadas nos adolescentes-limite (cf. p. 247), assim como o desenvolvimento precoce dessa transferência negativa explicam a insistência demonstrada por vários autores sobre a delimitação rigorosa e precisa do quadro terapêutico desde o início do tratamento: freqüência semanal das sessões, duração e estabilidade desse quadro. De fato, as identificações projetivas do paciente, suas condutas sucessivas de clivagem, de idealização, de desvalorização... correm o risco de embaralhar os limites entre paciente e terapeuta, envolvendo-os em uma transferência de tipo psicótico. O quadro rigorosamente definido terá então a função vital de conter e de limitar uma tal transferência. Ele assegura também uma certa perenidade, sobrevivendo por sua intangibilidade aos “ataques” sucessivos do paciente e assegurando este último sobre os limites de sua agressividade e da destrutividade fantasiada que ele se atribui. De forma mais específica, no que diz respeito aos adolescentes-limite em relação aos adultos *borderline*, certas defesas são priorizadas. Kernberg assinala assim a tendência do adolescente “limite” a utilizar a diferença de gerações entre ele e o terapeuta adulto como um anteparo: assim, o paciente pode achar que o terapeuta pensa, se conduz ou o trata exatamente como fazem seus pais, ponto de vista que, englobando todos os adultos em retratos estereotipados simplistas, é menos o reconhecimento de um movimento transferencial do que uma tentativa de evitar tomar consciência disso.

O segundo nível de defesa essencial a ser interpretado é o sistema de identificação projetiva que, por exemplo, se traduz na clínica pela tendência do adolescente a tratar o terapeuta da mesma maneira rude, desvalorizante, impotente como lhe fazem seus pais, considerando a si mesmo face a suas imagens parentais como triunfante, grandioso e sádico. Esses momentos particulares, nos quais se ativa uma antiga relação de objeto parcial, devem ser interpretados

antes de tudo na interação entre paciente-terapeuta e, posteriormente, ligados à interação paciente-família.

As Hospitalizações e Outras Terapias Institucionais

Elas podem ser pontualmente necessárias para proteger e manter o prosseguimento da psicoterapia. Hospitalização mais ou menos breve, hospital-dia, separação da família com instalação em um internato, etc. Todas essas medidas serão adotadas de preferência por um segundo terapeuta ou por uma equipe distinta do psicoterapeuta. Em caso de hospitalização, Master-son e Rinsley identificam três tempos essenciais na abordagem terapêutica institucional, cuja compreensão e cuja análise são úteis para o paciente, inclusive na dinâmica da psicoterapia individual: 1) um período de avaliação onde clinicamente domina a manobra de passagem ao ato por parte do paciente; 2) um período de “perlaboração” onde se esboça um movimento depressivo; 3) um período de separação correspondente à saída prevista da instituição dominada pelo recrudescimento da ansiedade causada por essa separação próxima.

Contudo, a hospitalização deve ser reservada apenas aos pacientes mais perturbados ou àqueles nos quais as interações com o ambiente próximo reforçam constantemente as condutas mais patológicas.

CONCLUSÃO

O quadro de estados-limite provavelmente conhecerá no adolescente a mesma extensão

que no adulto ou na criança a propósito das pré-psicoses. Portanto, é importante identificar claramente suas referências teóricas a fim de poder utilizá-lo com pertinência. De fato, a título de exemplo, não haveria grande interesse em opor em uma discussão diagnóstica a hipótese de uma psicopatia e a de um estado-limite: pode-se tratar do mesmo paciente, apenas o ponto de vista teórico e o olhar dirigido às condutas clínicas não é o mesmo. No caso de estados-limite, o diagnóstico é feito com referência a um tipo de funcionamento mental ou, mais precisamente, a um tipo de relação de objeto: em um tal quadro, o sintoma é uma conduta, e representa o testemunho, a via final comum de uma relação interiorizada precisa cuja ligação com um tipo de organização mental se situa em níveis variáveis. Assim, questiona-se não apenas a correlação sintoma-síndrome habitual em uma certa nosografia psiquiátrica, mas também a correlação sintoma-estrutura mental que se encontra às vezes em certas abordagens psicopatológicas. Essa indagação é duplamente pertinente aqui, de um lado, em razão do *continuum* característico de todos os processos mentais e, de outro, em razão da flutuação da psicopatologia na adolescência. O interesse dos estados-limite na adolescência não é “tapar um buraco” entre as psicoses e as neuroses (sempre haverá “buracos” nas classificações nosográficas referentes aos processos psíquicos), mas sim sensibilizar o clínico em situação de investigação para o valor relativo do sintoma, e para a necessidade de pesquisar por trás de cada conduta, no *hic et nunc* da entrevista, a significação e a função ocupada por essa conduta na dinâmica da relação: trata-se, portanto, de uma clínica da relação esclarecida pela contribuição conceitual psicanalítica, único sistema pertinente quando se menciona um estado-limite em um adolescente.

REFERÊNCIAS

- ALLILAIRE J.F. : Les États Limites. *Encycl. W. méd. chir. : Psychiatrie*, 1985, 37395, A10, 16 p.
- BERGERET J. : Post-adolescence et violence. In : *Adolescence terminée, adolescence interminale*. Ouvrage collectif sous la direction d'A.M. ALLEON, D. MORVAN, S. LEBOVICI. PUF, Paris, 1985, 1 vol.
- BRENAS E., LADAME F. : Les adolescents borderline : diagnostic et traitement. *Psychiat. Enf.*, 1985, 28, 2, 485-512.
- GIOVACCHINI P.L. : The Sins of the Parents : The Borderline Adolescent and Primal Confusion. In : *Adolescent Psychiatry*, 1979, vol. 7, 214-223.

- KERNBERG O. : *Les troubles limites de la personnalité* (traduction : D. MARCELLI). Privat Éd., Toulouse, 1979, 1 vol.
- KERNBERG O. : Psychoanalytic Psychotherapy with Borderline. In : *Adolescent Psychiatry*, 1979, vol. 7, 294-321.
- KERNBERG P. : Psychoanalytic Profile of the Borderline Adolescent. In : *Adolescent Psychiatry*, 1979, vol. 7, 234-256.
- LAUFER M.E. : The adolescent's use of the Body in Object Relationships and in the Transference : comparison of Borderline and Narcissistic Modes of Functioning. *Psychoanal. Study Child*, 1981, 36, 163-180.
- LAUFER M.E. : The Breakdown. *Adolescence*, 1981, 1, 1, 63-70.
- MARCELLI D. : *Les États Limites*. PUF, Paris, 1981, 77 p.
- MARCELLI D. : Adolescence et État Limite. *Synapse*, 1985, 18, 26-34.
- MASTERSON J.F. : Diagnostic et traitement du syndrome «Borderline» chez les adolescents. *Confront. Psychiat.*, 1971, 7, 125-155.
- MASTERSON J.F. : Intensive Psychotherapy of the Adolescent with a Border line Syndrome. In : *American Handbook of Psychiatry* (S. ARIETI, Éd.). Basic Books, New York, 1974, vol. 2, 250-263.
- MASTERSON J. : Sur les traces de la triade borderline (p. 37-60). In : *La psychiatrie de l'adolescence aujourd'hui* (F. Ladame et Ph. Jeammet Éd.). PUF, Paris, 1986, 1 vol., 234 p.
- RINSLEY D.B. : Diagnostic and treatment of Borderline and Narcissistic children and adolescents. *Bull Menninger Clinic*, 1980, 44, 147-170.
- RINSLEY D.B. : Borderline Psychopathology the concepts of Masterson and Rinsley and beyond. In : *Adolescent Psychiatry*, 1981, vol. 9, 259-274.
- SUGAR M. : Therapeutic Approaches to the Borderline Adolescents. In : *Adolescent Psychiatry*, 1979, vol. 7, 343-361.
- TYLIMI I. : Narcissistic Transference and Countertransference in Adolescent Treatment. *Psychoanal. Study Child*, 1978, 33, 279-305.

As Condutas Psicopáticas

Oriundo em linha direta de hipóteses etio-patogênicas do século XIX e do início do século XX, com as noções de degenerescência e de desequilíbrio, o estatuto da psicopatia é difícil de precisar ainda hoje. Em face ao sujeito dito psicopata, o psiquiatra, seja de adulto ou de adolescente, se vê em situação difícil, ou mesmo marginal, pois o essencial do conflito não se opera entre as diversas instâncias psíquicas ou entre os membros de uma mesma família, mas entre um sujeito e o grupo social: a referência a esse grupo social introduz na prática do psiquiatra uma dimensão nova, em particular a da *normalidade social*. Note-se que o próprio K. Schneider, com muita propriedade, definia os psicopatas como “aqueles que sofrem de sua anormalidade ou aqueles cuja anormalidade faz sofrer a sociedade”.

Por muito tempo mantida às margens da psiquiatria, no ponto de intersecção da justiça e da higiene mental, a psicopatia sempre teve dificuldade de encontrar um lugar nas diversas construções nosográficas do século XIX e do início do século XX.

Se o termo “psicopatia” designa um conjunto de condutas sem prejudicar um funcionamento psicopatológico particular, ela mantém intocado o problema do “transtorno da personalidade psicopática”, tal como é descrito nas

classificações internacionais (CID e mais ainda DSM). No DSM, esse transtorno de personalidade é o único cuja existência é reconhecida e aceita na criança e, sobretudo, no adolescente.

REVISÃO HISTÓRICA

O termo “psicopatia”, tal como se utiliza atualmente, corresponde na realidade à confluência de três correntes conceituais, mas essa confluência não consegue mascarar certos mal-entendidos. De fato, para certos autores, a psicopatia constitui em si uma entidade, doença autônoma, e pode inclusive dispor de critérios de definição biológica e genética; para outros, o termo psicopatia remete antes de tudo a uma descrição semiológica sem prejudicar sua etiologia nem sua psicopatologia; outros, finalmente, consideram que a psicopatia se define por um tipo preciso de organização psicopatológica e corresponde a uma estrutura mental característica. Essas ambigüidades resultam da heterogeneidade de três correntes históricas portadoras desse conceito. De maneira muito esquemática, podemos distinguir:

- as concepções alemãs correspondentes aos trabalhos de tipologia de Koch, e depois de Kraepelin e de K. Schneider;
- as concepções anglo-saxônicas oriundas da noção de “Moral Insanity” de Pritchard, prolongada pelas contribuições de Aichhorn;
- as concepções francesas dominadas pelas noções sucessivas de degenerescência (Morel), e depois de desequilíbrio mental (Magnan).

As Concepções Alemãs

O termo “psicopatia” é oriundo diretamente dos trabalhos de língua alemã. No início, esse termo tinha na realidade o sentido vago e difuso de “disposição mental patológica”, e era utilizado nas diversas tentativas de fundar uma “tipologia psicopática”, isto é, uma “tipologia da patologia mental”.

Assim, já em 1888, Koch descreve as “inferioridades psicopáticas”, entre os quais ele inclui as disposições psicopáticas inatas, a degeneração psicopática (estados deficitários intelectuais e morais) e o *déficit* psíquico inato (grupo onde se encontram as personalidades preguiçosas, malvadas, suscetíveis, tímidas, etc.).

Posteriormente, Kraepelin distingue dois grupos de psicopatias: 1) as personalidades psicopáticas como precursoras da psicose; 2) as psicopatias como atraso de desenvolvimento. O primeiro grupo compreende as personalidades com disposições maníacas, depressivas, ciclotímicas, esquizóides, epileptóides. O segundo agrupa os irritáveis, os mentirosos, os trapaceiros, os impulsivos, os querelantes, os irredutíveis e aqueles que odeiam a sociedade. O essencial é compreender que Kraepelin utiliza o termo psicopatia para descrever seja o ponto de partida de doenças mentais (1º grupo), seja um atraso no desenvolvimento de qualidades psíquicas, em particular do sentido moral.

Kurt Schneider (1925), finalmente, representa um dos últimos autores a ter afinado o sistema de tipologia cuja elaboração se iniciara mais de um século antes. Fato essencial, Schneider introduz a noção de normalidade no sentido estatístico, definindo a personalidade anormal como um desvio em relação às normas estatísticas. Ele distingue, de um lado, as psicoses endógenas e, de outro, as psicopatias, termo que

agrupa dez tipos de personalidades anormais: psicopata hipertímico, fanático, depressivo, explosivo, instável, carente de autoconfiança, insensível, abúlico, astênico e com necessidade de valorização. Como se pode perceber facilmente, o termo psicopatia tende a agrupar na construção nosográfica alemã o conjunto de indivíduos que não apresentam um quadro semiológico nitidamente delimitado (demência precoce, psicose maníaco-depressiva, paranóia, etc.), mas que tampouco se pode situar em um quadro de “normalidade”. É preciso assinalar que essa corrente conceitual deixa de lado o campo das neuroses.

As Concepções Anglo-Saxônicas

Na literatura anglo-saxônica, o ponto de partida é representado pelo conceito de “*moral insanity*” da autoria de Pritchard (1935). A “*moral insanity*” representa uma forma de disfunção psíquica em que as funções intelectuais são pouco ou nada atingidas, mas que atinge o campo dos sentimentos ou dos hábitos. Pritchard observa que esses sujeitos apresentam uma perversão de princípios morais, uma perda ou uma diminuição do “*self control*” e uma incapacidade de ser honesto.

A contribuição dos conhecimentos e teorias psicanalíticas logo enriquecerá e superará a noção de “*moral insanity*”, em particular com os trabalhos de Aichhorn. Esse autor descreve as seguintes características nas psicopatias: 1) uma hipofunção do Ideal do Ego; 2) uma fraqueza do ego. Esses dois fatores fundamentais explicam, segundo Aichhorn, diversas condutas do psicopata, em particular a pouca capacidade de suportar os conflitos e tensões com a necessidade de satisfação rápida das necessidades.

Cleckley (1941) apresenta uma série de traços descritivos de personalidades psicopáticas, entre os quais os mais importantes são os critérios de adaptação social. Pode-se destacar, em particular, a pobreza de julgamento e a incapacidade de aprender pela experiência, assim como o egocentrismo e a incapacidade de amar. A descrição do psicopata centra-se então na dimensão anti-social: logo se estabelece na literatura anglo-saxônica uma equivalência terminológica entre personalidade psicopática

e personalidade anti-social. O comportamento é marcado pela ausência de sentido moral, pela impulsividade, pela busca de satisfação imediata sem qualquer preocupação com as consequências sociais. Na literatura anglo-saxônica, a dimensão associal encontra-se no primeiro plano das descrições clínicas, como testemunham os trabalhos de W. e J. McCord e de Craft: eles descrevem antes de tudo ausência de socialização e dissocialidade, desaprovação dos valores do grupo e da sociedade e ausência de sentimento de culpabilidade.

Assim, na literatura anglo-saxônica, o centro do interesse se desloca: ao se abandonar o ponto de vista constitucionalista e o conceito de predisposição, os trabalhos se focalizam em uma descrição do comportamento no qual o critério de adaptação entre o indivíduo e o grupo social parece prevalecer.

As Concepções Francesas

Morel (1857) introduz o termo “degenerescência” como representando um “desvio do tipo primitivo”. Essa noção caminha a par com a noção de degradação da espécie de geração em geração, portanto com um fator de origem hereditária. Magnan (1893) tenta explicitar a característica dos sintomas psíquicos de “degenerados hereditários” introduzindo o conceito de “desequilíbrio mental”. Para Magnan, o desequilíbrio mental está na junção do normal e do patológico, pois ele distingue: 1) os desequilibrados simples que são sujeitos considerados normais, porém vulneráveis, sem estigmas psíquicos; sua fragilidade só se revela sob o impacto de uma influência forte; 2) os desequilibrados com degenerescência que são sujeitos portadores de estigmas intelectuais, afetivos e físicos. Dupré (1912) abandona em parte a noção de degenerescência, mas isto, na realidade, para introduzir a noção de desequilíbrio no potencial constitucional do indivíduo. Entre os oito tipos de constituições psicopáticas destacados por Dupré figura o desequilíbrio dos instintos (instinto de conservação, de geração e de sociabilidade). Delmas e Boll descrevem igualmente cinco “constituições ativas”, entre as quais a constituição perversa e a constituição mitomaníaca (transtorno da sociabili-

dade). Essas constituições são tendências hereditárias que ameaçam romper um equilíbrio psíquico instável.

Embora estejam relacionadas às teorias constitucionais hereditárias e orgânicas, essas noções de desequilíbrio têm o interesse de chamar a atenção para o fator de equilíbrio ou de harmonia no interior da personalidade. Elas prefiguram o conceito mais recente de desarmonia, cujo interesse no adolescente é particularmente grande em razão da dimensão não mais hereditária, e sim ontogenética, que ele subentende.

O Conceito de Psicopatia na Criança

Na criança, a existência da psicopatia foi objeto de várias controvérsias sobre a questão da idade de início. Segundo os pedopsiquiatras, a idade a partir da qual se poderia falar de psicopatia varia entre 7-8 anos e 12-13 anos. Na realidade, a síntese histórica anterior mostra com toda evidência que as teorias subjacentes à utilização do termo “psicopatia” deixam o campo aberto a múltiplas interpretações: de fato, na medida em que predomina a hipótese constitucionalista hereditária, é lógico que se procure o mais cedo possível na criança os sinais precursores. Em compensação, na medida em que a dimensão anti-social é primordial, é de se esperar que o indivíduo esteja suficientemente engajado em sua inserção (ou não-inserção) social. No DSM-IV, o transtorno de conduta equivalente à personalidade anti-social no adulto é o único transtorno reconhecido e aceito na infância e na adolescência, essencialmente porque nele foi possível demonstrar uma continuidade da infância/adolescência à idade adulta (Pope et al., 1983; Robins, 1996). Ainda que, rigorosamente, o diagnóstico de personalidade anti-social não possa ser feito antes dos 18 anos, seus sinais precursores podem ser observados desde antes dos 15 anos pela ocorrência de pelo menos três dos seguintes elementos: 1) matar aulas (pelo menos cinco dias por ano durante dois anos, não incluído o último ano escolar); 2) suspensão da escola por má conduta; 3) delinquência (preso ou levado perante um tribunal da infância em razão de má conduta); 4) pelo menos duas fugas noturnas do domicílio dos pais ou dos tutores; 5) mentiras frequentes; 6) relações sexuais frequen-

tes em casos episódicos; 7) bebedeiras ou abuso de drogas repetidos; 8) roubos; 9) vandalismo; 10) nível escolar nitidamente inferior ao que se poderia supor pelo QI estimado ou conhecido; 11) violação crônica das regras de boa conduta na escola ou em casa (além de 1); 12) incitações aos tumultos. (DSM-III, 1980, Critérios de diagnóstico § B.).

Na realidade, o debate sobre a idade do início da psicopatia é um debate mais teórico do que prático. É preciso observar que existem na criança evoluções sutis e progressivas entre crianças ditas “inadaptadas”, “crianças caracteriais”, “crianças perversas”. Finalmente, as noções de estado-limite, de Disfunção Cerebral Mínima, de pré-psicose, de desarmonia, cada uma com um ponto de vista diferente, constituem quadros nosográficos com limites relativamente flutuantes encontrados com frequência nos antecedentes de adolescentes psicopatas. (Para a descrição desses conjuntos semiológicos, ver a obra *Enfance et psychopathologie*, Capítulo 20).

Algumas Precisões Terminológicas

Para concluir este item introdutório, recordaremos brevemente a definição de alguns termos cujo uso, às vezes conjuntamente com o de “psicopatia”, pode ser um fator de confusão:

– A noção de *desvio* e de *marginalidade* é uma noção essencialmente sociológica: ela remete a uma norma social (desvio) e/ou a um conjunto de valores (marginalidade) aos quais um grupo de indivíduos se conforma. É considerado “desviante” ou “marginal” o indivíduo que, por razões variáveis, não se conforma a essas mesmas normas e/ou valores.

– A noção de “*delinqüência*” é uma noção essencialmente jurídica: ela remete à lei e à sua transgressão. É considerado “delinqüente” o indivíduo que não se conforma aos termos da lei. Conseqüentemente, é natural que os limites da delinqüência variam de um país a outro e, em um mesmo país, de um período a outro de sua história: assim, na França, a fuga não é mais um delito e por isso não pertence mais ao campo da delinqüência.

– A noção de “*sociopata*” é utilizada pelos autores anglo-saxões para designar os indivíduos

que não conseguem se adaptar ao grupo social em que vivem. O pressuposto de uma tal denominação é que a inadaptação à estrutura social é necessariamente “doentia”, patológica. Esse termo não nos parece adequado na medida em que existe uma antinomia em sua definição mesmo quando se aplica a um indivíduo preciso.

ESTUDO CLÍNICO

Sem prejudicar uma tipologia, uma estrutura ou uma psicopatologia particular, descreveremos aqui as condutas freqüentemente observadas no caso de “psicopatas associiais”, termos utilizados por Flavigny para destacar, de um lado, a dimensão individual e, de outro, a dimensão social dos transtornos.

Entre as condutas do indivíduo, distinguiremos as condutas ruidosas de dissocialidade e as condutas testemunhas do sofrimento psíquico. Se as primeiras são facilmente identificáveis, seria falso limitar à esses comportamentos ruidosos à totalidade dos sintomas. De fato, na maior parte dos indivíduos psicopatas, pode-se observar condutas que testemunham um mal-estar, um sofrimento psíquico explícito, mas que se manifestam pela inibição ou pelo retraimento, de tal forma que podem passar facilmente despercebidas.

As Condutas do Indivíduo

As Condutas de Dissocialidade

A impulsividade e a agressividade. – São traços tão freqüentes que às vezes tende-se a reduzir o psicopata às suas “passagens ao ato”. Dois elementos devem ser observados: a maneira brusca e súbita da passagem ao ato, de um lado, e seu aspecto repetitivo, de outro. A menor frustração, o menor conflito pode suscitar uma violenta descarga impulsiva. Nesse caso, nenhuma limitação é aceita; a expressão agida, comportamental, se adianta ao pensamento.

Essa impulsividade se manifesta por condutas agressivas, de caráter anti-social: tumulto, deterioração do material, violência sexual, mas

também fuga, roubo, delitos diversos. Em outros casos, a agressividade se volta bruscamente contra o próprio sujeito: tentativa de suicídio, automutilação, conduta perigosa, acidente. A gravidade social e as conseqüências do comportamento impulsivo não são absolutamente levadas em conta quando da passagem ao ato, e não são fatores de moderação. A própria natureza do gesto impulsivo depende em parte das condições ambientais presentes. É clássico dizer, e o próprio sujeito costuma se vangloriar disso, que não existe sentimento de culpabilidade, nem de angústia em relação a esse gesto impulsivo.

A instabilidade. – Ela se manifesta em todos os setores: comportamental, mas também afetivo, escolar, profissional. No plano do comportamento, destacam-se as fugas, as vadiagens, ou simplesmente a necessidade de se mexer. No plano motor, a instabilidade se traduz pela importância da desatenção motriz, da inabilidade gestual: existem freqüentemente perturbações no tônus de base com distonias e paratonias: a inabilidade explica que toda tarefa seja feita de qualquer jeito, sem método e sem cuidado, com a preocupação exclusiva de acabar o mais rápido possível. Na infância, não são raros os antecedentes de instabilidade psicomotora e de hiperkinesia.

No plano de afeto, nota-se uma labilidade geralmente excessiva: bruscas alterações de humor surgem por razões aparentemente insignificantes, ou apenas porque o psicopata tem o sentimento difuso de ser mal amado ou rejeitado. Em outros casos, observam-se às vezes momentos súbitos de expansividade do humor, de jovialidade artificial. Essa instabilidade afetiva culmina quase sempre na passagem ao ato, único modo de expressão possível da tensão psíquica, seja depressiva ou expansiva.

A instabilidade invade também as atividades sociais: no adolescente, a escolha de uma formação profissional, de uma orientação escolar é permanentemente projetada, mas fracassa desde o início de sua realização. Em geral, os educadores, os assistentes sociais, o psiquiatra, todos consomem rios de energia procurando um lugar em um estabelecimento, ou como aprendiz, lugar reclamado com vigor pelo adolescente e que supostamente corresponde à sua escolha profunda. Após alguns dias ou algumas

semanas, o adolescente se desinteressa por essa orientação, deseja outra coisa. A prioridade passa a ser um novo projeto de uma inserção social agradável e cômoda, de um trabalho interessante e valorizador. Nessas condições, após algumas tentativas que esgotam os serviços sociais, o risco de marginalização é cada vez maior. Em todos os casos, o absenteísmo escolar ou profissional é elevado, a aprendizagem é recusada, o adolescente está sempre querendo ter acesso às tarefas mais valorizadas e mais gratificantes.

A instabilidade é ainda sentimental, as relações afetivas devem ser imediatamente “compensadoras”, as mudanças de parceiros são freqüentes. Não é rara a homossexualidade episódica. Essas relações sexuais caóticas raramente são satisfatórias, e traduzem uma busca afetiva sempre insatisfeita.

Na origem dessa instabilidade e dessa impulsividade, nota-se a necessidade de satisfação imediata. Para Flavigny, seria preciso dizer “que os psicopatas estão em estado de necessidade, mais do que de desejo”. A necessidade é imperiosa, exige ser suprida de imediato: o objeto deve ser possuído no mesmo instante em que seu desejo, ou antes, sua necessidade se faz sentir. Essa necessidade de satisfação imediata remete à incapacidade de tolerar a frustração (cf. p. 262) e às perturbações tão freqüentes nas noções de tempo e de espaço (ver os itens a seguir)

A natureza das relações humanas. – Ao contrário das manifestações anteriores, de natureza mais pejorativa, vale observar que os adolescentes psicopatas costumam ter um contato fácil numa primeira abordagem: eles não têm dificuldade de iniciar uma conversa, procuram agradar, logo se tornam “amigos”. Contam sua vida facilmente, pelo menos suas proezas, inventam um *curriculum vitae* incitante, constroem projetos. O contato é tanto mais fácil quanto maior é a ligação de parasitismo social: o interesse e o benefício imediato costumam ditar as relações com os outros. Pode haver uma mudança brusca quando o sujeito não tem mais nada a esperar da relação, e quando se decepciona: de súbito, ele pode se tornar frio, distante, hostil e agressivo. As relações humanas caracterizam-se essencialmente por sua superficialidade, sua irregularidade e pela imperiosa necessidade de uma satisfação imediata.

Com os mais próximos, as relações são dominadas pela avidez afetiva: a exigência afetiva é intensa, insaciável. Quando a relação parece segura, o psicopata se mostra exigente, dominador, possessivo, ciumento. Ele nunca está contente e sempre quer mais. À menor dúvida, à menor reticência sobre essa afeição ou sobre esse vínculo, assiste-se a desmoronamentos espetaculares, tentativas de suicídio, consumo impulsivo de álcool ou de droga. Essas relações pressupõem sempre uma angústia muito grande por trás das atitudes habituais de imponência. Do mesmo modo, a ausência de culpabilidade que se alega frequentemente dá lugar, na maioria dos casos, a um sentimento opressivo de culpabilidade, tão intenso que o psicopata considera que não há reparação possível: após uma conduta desviante ou agressiva, uma nova passagem ao ato com a ruptura do vínculo é a primeira solução que vem à mente, antes de pensar em uma eventual reparação, considerada impossível em razão da vergonha e da indignidade sentidas então.

As condutas de retraimento. – Por trás do biombo das condutas ruidosas anteriores, constatam-se, quando se conhece o contínuo da vida do adolescente psicopata, outros sintomas ou manifestações que traduzem muito mais a fragilidade, a perturbação, o sofrimento. Essas condutas talvez sejam tanto mais características na medida em que o sujeito ainda se encontra na adolescência.

A passividade. – Ela é habitual: ociosidade e inércia constituem a regra: o tédio é a tonalidade afetiva dominante. A falta de interesse é geral, o investimento em uma atividade, mesmo de lazer, é superficial, temporária, e deve ser sempre fonte de satisfação ou de benefício imediato. O indivíduo se deixa facilmente “levar” pelos acontecimentos, ele segue o bando, adapta-se às condições externas. Os centros de interesse limitam-se a situações passivas: escuta interminável de um mesmo disco, refúgio em uma sala de cinema, espera na rua ou no bar.

A dependência. – Ela completa a passividade: não existe autonomia real, seja em relação à família, ao bando de amigos, ao ambiente.

O adolescente psicopata se deixa facilmente manobrar, sempre de acordo com a última opinião. Ele não consegue fazer nada sozinho. Não demonstra nenhuma iniciativa, reproduz sem imaginação a tarefa que lhe é proposta.

Essa passividade e essa dependência apenas acentuam o sentimento de desvalorização do indivíduo, o que pode então suscitar reações de imponência cuja manifestação mais freqüente é a ruptura, em particular quando a dependência se torna excessiva. Essas rupturas remetem imediatamente à impulsividade e à instabilidade: mas é preciso assinalar que, se o gesto impulsivo e a ruptura são facilmente identificáveis, eles geralmente são intercalados por períodos mais ou menos longos de passividade e de dependência.

As descompensações agudas. – Nesse pano de fundo de dependência e de passividade, podem surgir momentos depressivos, às vezes profundos: existe então um pessimismo intenso, uma profunda perturbação. As reações de projeções persecutórias são freqüentes, e a origem do mal-estar é atribuída aos outros: família, bando, sociedade. Não existe sentimento de culpabilidade, mas um sofrimento que parece mais uma vergonha ou uma queixa sobre si mesmo. A passagem ao ato suicida e o consumo de droga ou de álcool são evidentemente riscos maiores durante esses episódios depressivos agudos.

O Psicopata em Seu Ambiente

A família. – Se alguns psicopatas têm famílias aparentemente banais, a esmagadora maioria deles traz consigo uma história familiar que já os confina nas zonas da marginalidade. Não é raro que essa família seja objeto de vergonha, e que o sujeito esconda em parte a miséria econômica ou os conflitos familiares habituais.

No plano socioeconômico, as famílias geralmente provêm de meios muito carentes. As interações familiares são sempre perturbadas: dissolução, conflito duradouro, mistura de gerações, presença de estranho no grupo familiar. Os adultos são impulsivos, as confusões freqüentes, as cenas de alcoolismo agudo habituais.

O pai é ausente, jamais existiu ou é fortemente desvalorizado: desaparecimento, divórcio,

instabilidade profissional, desemprego, invalidez, alcoolismo. Em nenhum caso ele aparece como portador de autoridade, e menos ainda da lei.

A mãe do adolescente psicopata é sempre particular. A ligação entre o adolescente e sua mãe é muito forte e tão caótica quanto foi durante a primeira infância. De fato, essas mães se caracterizam antes de tudo pela incoerência de sua conduta: elas passam da passividade ou da submissão à agressividade e à rejeição, do transbordamento de afeição à frieza indiferente, do rigor moral extremo à tolerância ou mesmo à cumplicidade manifesta. Essa violência extrema de sentimentos é constantemente agida e impregna a vida da criança desde a mais tenra idade: internação institucional ou educativa, retorno idílico ao lar, exigência escolar excessiva, seguida de retirada súbita da escola, apelo catastrófico de ajuda à polícia por uma ninharia, mas proteção cúmplice para um delito, sucedem-se no mais completo caos.

O ambiente social: o bando. – É muito comum que a própria família do adolescente já esteja em situação de rejeição social. Essa rejeição tanto do psicopata em relação às instituições sociais quanto dessas mesmas instituições sociais em relação ao psicopata desencadeia a espiral da exclusão e de marginalidade progressiva.

A rejeição é escolar a partir de 13-14 anos. Acantonado nos setores de educação especializada, na escolarização marginal, o psicopata recusa qualquer escolaridade a partir dos 14-16 anos. Aliás, é comum que ele não saiba nem ler nem escrever, ou pelo menos que possua apenas rudimentos. Os conhecimentos de cálculo são fragmentários, reduzidos às necessidades da vida cotidiana.

A rejeição é profissional: a relativa duração das condições de aprendizagem, a lenta progressão, o caráter repetitivo das tarefas iniciais, evidentemente, são objeto de recusa categórica.

A rejeição é também institucional: após algumas semanas ou alguns meses satisfatórios, em que se estabelece uma ligação afetiva intensa com um educador, surgem conflitos entre os adolescentes ou com os outros adultos. As transgressões de algumas leis impostas põem em perigo o funcionamento da instituição, que reage pela exclusão.

A única estrutura social capaz de integrar o psicopata parece ser o bando (*cf.* Capítulo 1). Ele oferece uma identidade de papel, uma proteção, uma força, e mesmo um *status*. Contudo, essa inserção no bando é mais precária do que parece à primeira vista: as relações de dependência ali são ao mesmo tempo coercitivas (o adolescente deve corresponder permanentemente à sua imagem) e frágeis (o adolescente que se afasta do bando logo é rejeitado, esquecido). É preciso assinalar que o psicopata raramente ocupa um lugar escolhido nesses bandos, por exemplo, o de dirigente, e que pode inclusive ser rejeitado nele.

O Tempo da Psicopatia: O Antes e o Depois

Os antecedentes do adolescente psicopata. – Como assinalamos na introdução, definir uma idade de início da psicopatia tem um interesse mais acadêmico do que clínico ou mesmo teórico.

Porém, o estudo dos antecedentes de adolescentes psicopatas revela, sob a aparente diversidade de episódios pontuais, uma consternadora semelhança, o “itinerário psicopático”, história sem nexo feita de uma série de episódios entrecortados de rupturas.

A descontinuidade impregna a primeira infância com uma multiplicidade de ligações afetivas (várias responsáveis, a mãe, a avó, uma tia, uma irmã mais velha, etc.) permanentemente rompidas. Depois ocorrem institucionalizações de duração aleatória, entrecortadas de retornos súbitos ao domicílio. A partir do ensino fundamental, o fracasso nas aprendizagens logo suscita reações de recusa: fuga, falta às aulas, roubo, etc. O juiz para a infância intervém, os serviços de assistência social se empenham para que “nasça uma demanda” que nunca chega ou chega sempre fora de hora. Um internato entre 10 e 13 anos aparece como a única solução, mas a mãe retoma seu filho na pré-adolescência: há o risco então de um envolvimento com o bando na pré-delinquência. Sobre a frequência de separações e de internações, mencionemos o estudo já antigo de J. Bowlby sobre “44 ladrões”: a frequência das separações sofridas é nitidamente superior entre

eles do que em um grupo-controle. Por sua vez, Y. Roumajon destaca um total acumulado de 570 interações* nos antecedentes de 70 adolescentes delinquentes.

Fora essas perturbações na dimensão familiar ou social, os antecedentes desses adolescentes, na medida em que se pode julgá-los, são relativamente desprovidos de transtornos que testemunham um sofrimento psíquico conflitualizado: não se encontra nenhum antecedente de fobia, de ritual, de transtorno de sono, etc. Note-se, no entanto, a frequência de enurese. O essencial dos transtornos situa-se em um campo externalizado, o que explica a frequência do termo “caracterial” utilizado para descrever essas crianças antes dos 11-12 anos. Embora não seja uma constante, é comum observar-se uma continuidade entre a criança caracterial e o adolescente psicopata.

Em alguns casos mais raros, as condutas psicopáticas parecem prolongar a evolução de uma organização pré-psicótica ou de uma depressão precoce.

Vale destacar, finalmente, que certas psicoses infantis acabaram se organizando em um registro de empobrecimento pulsional e de conformismo adaptativo de superfície durante a segunda infância: a emergência pulsional da adolescência faz ceder essas frágeis defesas para dar lugar a condutas psicopáticas em que geralmente há uma grande impulsividade.

O futuro das condutas psicopatas do adolescente. – As pesquisas epidemiológicas mostram claramente a raridade relativa de condutas tipicamente psicopáticas entre 40 e 50 anos: a maioria dos adolescentes adapta-se assim progressivamente à vida social, ainda que mantenha uma vida um pouco desconectada ou instável: a instabilidade de certas profissões às vezes se harmoniza plenamente com os traços de personalidade desses sujeitos: trabalho noturno, trabalho temporário, trabalho itinerante ou trabalho com deslocamento (motoristas, marinheiros, etc.).

Alguns tendem a se tornar inadaptados sociais crônicos, caem no ridículo, são alcoólicos ou levam uma vida tacanha, retraída, muito pobre, próxima do apatismo.

Outros, sobretudo quando a impulsividade está em primeiro plano, entregam-se à delinquência ou à criminalidade, mas esse está longe de ser o caso para a maioria.

Os fatores de prognóstico são individuais e sociais. Os fatores individuais de bom prognóstico são dominados pela existência de boa capacidade intelectual e de uma possibilidade de controle, por menor que seja, da impulsividade. Os fatores sociais explicam evoluções imprevistas: um encontro bom ou mal, uma mudança de bairro ou de bando, um contato positivo com um educador, podem fazer com que uma vida se desloque no sentido do progresso ou da marginalidade crescente.

ABORDAGEM PSICOPATOLÓGICA

O Nível Intelectual e o Funcionamento Cognitivo

A avaliação do nível intelectual revela uma eficiência variável. Às vezes se constata capacidades intelectuais de nível normal, e mesmo superior. Contudo, há um aumento de frequência dos níveis-limite ($60 \leq QI \leq 85$).

Em um plano epidemiológico, essa constatação deve ser correlacionada a um baixo nível sociocultural e econômico das famílias das quais provêm muitos psicopatas. De fato, essas “famílias-problema” apresentam uma organização material e sistemas de interação entre indivíduos muito perturbados. Segundo certos autores, essas perturbações explicam dificuldades apresentadas pelas crianças de elaborar um sistema de pensamento corretamente estruturado (ver “Psychopathologie des Familles-problèmes”, em *Enfance et psychopathologie*, Capítulo 22). No plano qualitativo, há geralmente uma relativa heterogeneidade nos resultados de testes com quedas frequentes em certos subtestes, em particular aqueles que abordam as noções de tempo.

A partir de testes de avaliação piagetiana (escala de Pensamento lógico de Longeot), a análise mais fina do funcionamento cognitivo parece mostrar a existência frequente de uma perturbação particular. Foram descritos três elementos que seriam característicos do funcionamento

* N. de R. “Placements” = não se trata de interações psiquiátricas, mas de diferentes encaminhamentos em família ou instituições, ligadas à assistência social.

cognitivo de adolescentes psicopatas (Gibello): 1) a dispraxia, 2) a discronia, 3) a disgnosia.

A dispraxia é o termo empregado para caracterizar a incapacidade de imaginar o efeito de uma ação, de antecipar as conseqüências de um gesto, de conhecer e de representar as possibilidades dinâmicas do corpo em movimento. Clinicamente, ela se traduz pela inabilidade demonstrada comumente por esses adolescentes, pela manipulação desastrada dos objetos, pelos freqüentes ferimentos ou arranhões que provocam e pelas degradações involuntárias a que eles submetem suas atividades, mesmo quando se dedicam a elas. Segundo Gibello, a dispraxia traduz “uma descontinuidade sutil na representação mental de objetos; o que liga dois estados sucessivos de um objeto submetido a uma força qualquer é desconhecido, impensável”.

A discronia refere-se à incapacidade de pensar e de investir um objeto levando em conta seu caráter de permanência no tempo. O objeto só existe na medida em que está presente, e sua ausência corresponde à sua aniquilação. No plano clínico, isto se traduz pelos bruscos desinvestimentos de um bem material ou de uma pessoa desde que sua presença e/ou sua disponibilidade imediata não são mais garantidas. Essa discronia traduziria as dificuldades na elaboração satisfatória do espaço-tempo imaginário no qual se inscrevem as noções de cronologia (sucessão de acontecimentos) e de duração.

A disgnosia, finalmente, caracteriza as perturbações da função semiótica cujo papel normal é articular o significado (na teoria lingüística) ou a representação de coisas (na teoria psicanalítica) com o significante ou a representação de palavra. No plano clínico, a ilustração da disgnosia encontra-se na freqüência com que se observam perturbações da linguagem (marcadas nos testes particularmente por um QIV < QIP) e na dificuldade de utilizar a linguagem como veículo privilegiado de interações humanas (o agir sendo a principal modalidade relacional). No plano da elaboração do pensamento, a disgnosia, segundo Gibello, é responsável por um corte radical entre os objetos, corte que se situa entre o objeto em sua materialidade e sua designação verbal.

A origem e a função desses três tipos de perturbações – dispraxia, discronia e disgnosia –, às vezes agrupadas sob o termo **desarmonia cognitiva**, dão margem a diferentes hipóteses, segundo os autores. Para alguns, essa desarmonia cognitiva corresponde a um mecanismo psíquico de defesa, mecanismo a serviço da clivagem, verdadeiro equivalente de defesa maníaca no sentido kleiniano. Para outros, é apenas a conseqüência de perturbações sofridas na primeira infância, perturbações que travaram o investimento de processos secundários do pensamento: representa a cicatriz de múltiplos rompimentos e fissuras sofridos nos primeiros anos. Seja como for, quer se trate de um mecanismo de defesa ativo ou de uma seqüela persistente, as perturbações do funcionamento cognitivo desempenham um papel de primeiro plano na sintomatologia presente do adolescente psicopata, e ao mesmo tempo em suas possibilidades evolutivas e em suas chances de inserção socioprofissional posterior.

Organização Psicopatológica

O conjunto de condutas patológicas deve ser correlacionado com alguns mecanismos mentais de defesa utilizados de forma particularmente freqüente pelo adolescente psicopata. Os diversos autores concordam em reconhecer a constante “fraqueza do Ego” dos adolescentes psicopatas. O termo “fraqueza do Ego” é oriundo das concepções da psicanálise genética de Hartman. Segundo Kernberg, a “fraqueza do Ego” caracteriza-se por um conjunto de traços, sendo que alguns são específicos e outros não. Entre os traços não específicos da “fraqueza do Ego” geralmente se relacionam: 1) pouca capacidade de tolerância à angústia; em particular, qualquer aumento da angústia habitual causa perturbações graves nas funções adaptativas do ego; 2) a ausência de uma capacidade suficiente de controlar as pulsões em correlação com uma impulsividade a agir essas pulsões; 3) a ausência de possibilidade satisfatória de sublimação, cujo corolário é o desinteresse por tudo o que não representa uma possibilidade de satisfação pulsional imediata. Essa fraqueza do Ego constitui um obstáculo importante, tanto nas capacidades de adaptação do indivíduo ao seu ambiente (social e/ou profissional) quanto em suas capacidades de estabelecer relações de

objetos estáveis. A esses sinais não específicos de fraqueza do Ego, vale acrescentar os sinais específicos testemunhados pela utilização privilegiada de certos mecanismos de defesa. Os autores constatam geralmente a associação bastante regular de mecanismos de defesa centrados na passagem ao ato, mas também da clivagem (alteração súbita de um estado afetivo a outro, ou mudança brusca de investimento ou atitudes contraditórias, sem que essa contradição seja fonte aparente de conflito), de idealização (como testemunham as idealizações súbitas e intensas de uma pessoa, mecanismo que, de resto, por clivagem e depois desvalorização, pode se transformar rapidamente em desprezo e indiferença em relação à mesma pessoa) e da identificação projetiva (adesão total e sem nenhuma distância a um líder, ao ideal de um grupo, etc.).

No plano estrutural, parece haver um acordo entre os autores sobre certas características: 1) *a fraqueza do ideal do ego* sempre evidente. A megalomania aparente é apenas um anteparo precário: ao menor contratempo, o psicopata deixa transparecer uma imagem desvalorizada, decadente, sempre insatisfatória de si mesmo, sem melhoria possível no futuro; 2) *uma organização superegógica arcaica* que funciona segundo o registro da lei do talião, onde nem a reparação nem o perdão são possíveis: testemunha isto a extrema angústia do psicopata quando acha que perdeu a estima ou o amor de uma pessoa amada em razão de sua própria conduta e a incapacidade em que se encontra de procurar “reparar” sua faltas. Sua conduta de fracasso ou de fuga representa em geral a única saída. Só a anulação mágica da conduta destrutiva ou a reconstrução “de novo” do objeto danificado são possíveis.

Quanto ao tipo de estrutura subjacente, é preciso destacar uma ambigüidade inerente ao termo “psicopatia”. Essa terminologia designa um “conjunto de condutas” que se encontram com certa regularidade correlacionadas umas às outras, em particular no adolescente e no jovem adulto. Ela não pressagia uma organização estrutural subjacente; alguns pacientes parecem próximos de uma organização neurótica, enquanto que outros parecem mais próximos de um modo de organização psicótica. Para Kernberg, um grande número de adolescentes psicopatas deve ser classificado no quadro das “pré-psicoses” ou estados-limite.

Flavigny, por sua vez, refuta a noção de estrutura psicopática, pois “isso parece contestável

na medida em que o essencial é caracterizado por uma falta, por uma ausência de estruturação”. Para esse autor, a psicopatia corresponde antes de tudo a uma descrição comportamental, e sua evolução é condicionada certamente por todas as primeiras experiências, mas também pelos imprevistos existenciais.

AS HIPÓTESES ETIOLÓGICAS

As hipóteses etiológicas acerca da psicopatia são muito numerosas. Algumas ainda estão profundamente impregnadas das correntes históricas das quais provém o conceito de psicopatia. Outras correspondem a hipóteses mais recentes. Embora a separação seja um pouco artificial, distinguiremos as hipóteses de predominância psicogenética, as hipóteses de predominância orgânica e as hipóteses de predominância ambiental. Evidentemente, essas diversas hipóteses, aqui isoladas umas das outras por uma preocupação didática, podem se sobrepor ou se associar.

Hipóteses Etiológicas Psicogenéticas

Numerosos autores se debruçaram sobre as origens do comportamento psicopático. Eles concordam sobre a importância das carências e rupturas na primeira infância. Assim, para Winnicott, “a tendência anti-social” é uma conduta de reivindicação diante de um sofrimento, de uma situação de falta. Essa “tendência anti-social”, segundo ele, expressa “a esperança de reencontrar a boa relação primitiva” (com a mãe). É o caso particularmente do roubo, em que a criança “não procura o objeto roubado, mas procura a mãe sobre a qual ela tem direitos”.

Na sequência, outros autores insistiram sobre os efeitos da carência afetiva precoce, sobretudo em razão de rupturas constantes ou de atitudes caóticas da mãe. Os efeitos dessa carência foram analisados em numerosos trabalhos (Bowlby, Ainsworth, Braunschweig, Lebovici, Soulé), que mostram claramente as perturbações relacionais graves em estudos longitudinais prolongados.

No plano psicopatológico, parece que essas carências precoces se tornaram responsáveis por fracassos constatados nas possibilidades do investimento narcísico do bebê, depois da criança pequena, fracassos reativados permanentemente pelas múltiplas rupturas posteriores: o bebê não tem a possibilidade de investir-se ele próprio de forma segura e estável; conseqüentemente, não se constitui uma “imagem de si” suficientemente sólida e permanente, dando lugar, ao contrário, a ameaças de fracasso, de ruptura, de brecha, que a criança, e depois o adolescente, deve mascarar o tempo todo.

A partir dessas constatações e hipóteses de base, os autores orientam seu interesse ou sua explicação para um eixo mais particular.

Para Flavigny, as primeiras condutas caóticas maternas estão na origem daquilo que ele chama de “descontinuidade explosiva das primeiras relações afetivas”. Isso acarreta uma carência do narcisismo primário no primeiro ano. Posteriormente, em particular na fase anal do desenvolvimento libidinal, o prazer na retenção, no controle, isto é, o investimento do prazer em adiar as pulsões e em planejar a ação não é possível em razão desse mesmo caos e dessa imprevisibilidade do comportamento materno. A evacuação imediata de toda necessidade e de toda tensão trava a atividade de ligação das pulsões, em particular das pulsões agressivas. Carência no narcisismo primário e fracasso no investimento da atividade do período anal constituem aquilo que Flavigny chama de “marca psicopática”. Essa “marca psicopática” torna possível a exteriorização de uma conduta psicopática, mas não a torna inelutável: é uma “disposição potencial”. Na seqüência, as estruturas sociais podem sobredeterminar uma fragilidade estrutural ou, ao contrário, oferecer uma relativa compensação. Isto explica a variabilidade das evoluções.

Para outros autores, a natureza caótica das primeiras relações conduz a dificuldades centradas na dimensão do tempo. Em uma perspectiva fenomenológica, o transtorno específico do adolescente psicopata consiste então da incapacidade de pensar o “tempo vivido”, à qual se associam, de um lado, a impulsividade e a passagem ao ato e, de outro, a dificuldade de aprender e de modificar seu comportamento em função da experiência vivida. Vale lembrar

aqui que, para certos autores, a característica do psicopata é sua inaptidão à aprendizagem aversiva, isto é, a incapacidade de aprender sob o efeito das punições. Encontramos assim uma antiga noção segundo a qual o “psicopata puro” é inacessível às sanções.

Hipóteses Etiológicas de Tipo Orgânico

Vamos nos limitar a citar as diversas hipóteses constitucionalistas que, aliás, estão na base do aparecimento progressivo da noção de psicopatia: a degenerescência de Morel e a “constituição perversa de Dupré” (1912) são exemplos disso. Se hoje esses termos têm um interesse apenas histórico, eles foram substituídos pelo conceito vago de imaturidade neurológica ou de atraso de maturação.

A imaturidade neurológica ou neuropsicológica remete evidentemente à compreensão desenvolvimental do indivíduo e àquilo que os autores anglo-saxões chamam de “processo de maturação” e de “processo de desenvolvimento”. A hipótese de um atraso de maturação neuropsicológica como etiologia do comportamento psicopático repousa sobre duas hipóteses: 1) a existência de distúrbios neurofisiológicos mínimos, em particular na eletrogênese cortical. Muitos autores encontram uma frequência elevada de anomalia no EEG: ondas lentas, em particular teta, às vezes localizadas no lóbulo temporal ou descargas de pontas positivas. É preciso assinalar que essas distúrbios observados no EEG não são absolutamente específicos da psicopatia. Para alguns, elas seriam a tradução de uma ordem cerebral menor, e a psicopatia na adolescência sucederia o Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (*Attention Deficit Hyperactivity Disorder: ADHD*, ver *Enfance et Psychopathologie*, Capítulo 20). A diminuição da frequência da psicopatia com a idade constitui o segundo fator em apoio à hipótese de um atraso de maturação: haveria menos psicopatas depois dos 45 anos. O pressuposto implícito nessa segunda constatação é que a expressão comportamental da psicopatia não evoluiria com a idade: de fato, é possível que a sintomatologia evolua, por exemplo, para o alcoolismo ou para o parasitismo social

ou o retraimento... enquanto que as condutas agressivas mais visíveis se diluem.

Quanto aos estudos genéticos (Debray, 1981), seus resultados são difíceis de verificar, em particular porque os autores passam facilmente da noção de psicopatia à de sociopatia, depois de delinquência, chegando até a incluir “a personalidade psicopática” (Schulsinger) em seu sentido mais amplo. Para Q. Debray, os estudos genéticos, mesmo os estudos sobre os gêmeos, “confirmam o caráter limitado da influência genética”.

Hipóteses de Predominância Ambiental

Os fatores ambientais que favoreceriam o desenvolvimento de condutas psicopáticas são percebidos empiricamente, mas é difícil avaliá-los com rigor, pois a grande maioria dos estudos que levam em conta os fatores ambientais (sejam eles fatores familiares, econômicos, profissionais, culturais, etc.) refere-se antes de tudo à delinquência. Porém, não se deve confundir delinquência e psicopatia. O termo sociopatia, bastante utilizado pelos autores anglo-saxões, tem o inconveniente, a nosso ver, de embaralhar as cartas, em vez de esclarecer as idéias.

Consideradas essas reservas, alguns autores atribuem à pressão do ambiente a origem de condutas psicopáticas, se não na totalidade, pelo menos em parte. Podem-se distinguir, esquematicamente, os fatores familiares, os fatores socioeconômicos e os fatores culturais.

Fatores familiares. – Todos os estudos concordam em reconhecer o aumento de frequência de situações marginais e/ou irregulares na família de adolescentes psicopatas. A título de exemplo, Caroli e Olié apresentam as seguintes cifras:

- Percentagem de separação familiar: 25%.
- Percentagem de alcoolismo na família: 31%.
- Percentagem de antecedentes médico-legais familiares: 11%.
- Percentagem de antecedente psiquiátrico no pai: 24%.

– Percentagem de antecedente psiquiátrico na mãe: 15%.

– Percentagem de antecedente psiquiátrico na fratria: 7%.

Ainda que se observem variações consideráveis de um estudo a outro, há um elemento que permanece constante: um aumento nítido de diversos antecedentes patológicos familiares.

No plano do nível de vida, as pesquisas feitas a partir de menores delinquentes mostram a maior frequência de meios carentes ou modestos. Contudo, certos autores contestam essas avaliações, pois julgam que elas apresentam um viés de origem, na própria coleta de dados, pois os atos delituosos dão margem a processos judiciais mais facilmente quando o adolescente provém de um meio carente do que quando ele provém de um meio abastado (J. F. Short e F. I. Nye, H. Voss, A. J. e B. Lott).

Fatores sociais. – A urbanização constitui um fator de facilitação ao comportamento psicopático, sobretudo a urbanização anárquica dos anos de 1950-1960; a criação de grandes conjuntos com a ausência característica do tecido urbano tradicional, a concentração humana, a ausência de relações sociais entre os indivíduos e entre os grupos sociais facilitam as interações agressivas pela passagem ao ato. Em todas as grandes cidades, existem zonas desclassificadas, superpovoadas, socialmente desorganizadas, onde a frequência de situações marginais é mais elevada do que na população geral. Mas, também nesse caso, é difícil, a partir dos estudos epidemiológicos, distinguir entre a psicopatia e a marginalidade/desvio (cf. item “A marginalidade”, no Capítulo 9) e a delinquência. Seja como for, o conceito de anomia, forjado por Durkheim, aplica-se a essas diferentes situações. Durkheim descrevia como “anomia” a perda de regras sociais que guiam as condutas e legitimam as aspirações. A anomia explicaria o aumento da frequência da psicopatia em todas as situações suscitadas.

Fatores culturais. – Eles recobrem em parte os fatores econômicos anteriores e também explicam a noção de anomia: isso é particularmente verdadeiro para os adolescentes migrantes (cf. item “O adolescente migrante”,

no Capítulo 9) que vivem em uma situação de fragmentação total dos sistemas de valores referenciais. Indo mais longe, alguns etnólogos se colocaram a questão de saber se algumas sociedades poderiam favorecer a expressão de uma conduta psicopática por meio dos comportamentos mais valorizados culturalmente. Assim, Turnbull descreve um grupo social, os "Iks" da África negra, em que a desconfiança e a suspeição se erigiram em norma social e em que a passagem ao ato agressivo é evidentemente muito freqüente. Isso põe em relevo o vasto problema da normalidade e da anormalidade social (Laplantine), o que ultrapassa amplamente o quadro da psicopatia, mas que é uma reflexão necessária para quem deseja abordar em todas as suas facetas o difícil estatuto da psicopatia.

A Impulsividade

A impulsividade, definida como "uma tendência a agir sem avaliar as conseqüências antes da ação e como a incapacidade de se impor um prazo antes de agir", constitui um traço maior do quadro clínico da psicopatia. Essa dimensão de impulsividade poderia fazer a ligação entre as diversas hipóteses etiopatogênicas e etiológicas mencionadas acima. Trata-se, contudo, de um traço comportamental transnosográfico encontrado nas diferentes entidades clínicas (Transtorno de déficit da atenção, Automutilação, Tentativa de suicídio, Conduta bulímica, Transtorno de personalidade tipo limite, etc.). Por outro lado, a impulsividade normalmente é associada à ansiedade, que são

duas expressões patológicas ligadas a anomalias biológicas dos sistemas serotoninérgico e catecolaminérgico (Askenasy, 2001). É possível que a presença ou não de uma ansiedade associada modifique a expressão da impulsividade: na ausência de ansiedade, a impulsividade se expressaria mais facilmente sob a forma de condutas violentas dirigidas a um objeto ou a uma pessoa; em presença de uma ansiedade associada, essa mesma impulsividade se expressaria mais sob a forma de uma conduta autocentrada (automutilação, TS, crise bulímica, por exemplo). O papel possível dos sistemas endócrinos serotoninérgico e noradrenérgico leva a sugerir um possível fator genético. Porém, a dimensão de impulsividade implica também o componente educativo e ambiental: a capacidade de tolerar a frustração, o investimento da espera, a tolerância ao mal-estar transitório secundário à elevação de tensão decorrente da frustração constituem desafios importantes de toda educação. A confiança em uma satisfação possível, a crença de que a espera pode proporcionar um relaxamento, um apaziguamento e uma satisfação posterior, os benefícios possíveis da espera provêm em geral de experiências oriundas da infância e partilhadas com o grupo familiar e/ou social.

ABORDAGEM TERAPÊUTICA

A abordagem terapêutica não é tratada aqui. Ela é incluída no capítulo sobre a terapêutica, em particular nos itens consagrados às diversas medidas de assistência ao adolescente.

REFERÊNCIAS

- ASKENAZY F. : *Étude dimensionnelle clinique et biologique des conduites à risque à l'adolescence*. Thèse Sciences de la vie, Paris VI, 2001.
- CAROLI F., OLIÉ J.P. : *Nouvelles formes de déséquilibre mental*. Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de langue française, LXXIV^e Session, 25-30 juin 1979. Compte rendu du Congrès, tome II, p. 909-1179. Masson, Paris, 1979, I vol.
- DEBRAY Q. : *Le psychopathe*. PUF, Coll. Nodules, Paris, 1981, I vol.
- DIATKINE G. : *Les transformations de la psychopathie*. PUF, Paris, 1983, 1 vol., 192 p.
- DOURIOL M. : Diagnostic de la personnalité borderline à l'adolescence : revue de la littérature. *J. Nervure*, 2003, 16, 1, 1-4.
- FLAVIGNY H. : De la notion de psychopathie. *Rev. Neuropsychiat. Infant.*, 1977, 25, 1, 19-75.
- GIBELLO B. : Perturbations des fonctions cognitives des adolescents et marginalité. *Rev. Neuropsychiat. Infant.*, 1978, 26, 12, 627-635.

- GIBELLO B. : Pathological cognitive disharmony and reasoning homogeneity index. *Journal of Ado.*, 1983, 6, 109-130.
- LAPLANTINE F. : Sociabilité et asociabilité : jalons pour une étude transculturelle de la «psychopathie». *Confront. Psychiat.*, 1980, 18, 47-58.
- MALMQUIST C.P. : Antisocial behaviours : Psychiatric aspects, p. 541-607. In : *Handbook of adolescence*. Jason Aronson, New York, 1978, 1 vol.
- POPE H.G., JONAS J.M., HUDSON J.I. et coll. : The validity of DSM-III borderline personality disorder, *Arch. gen. Psychiatry*, 1983, 40, 23-30.
- REMSCHMIDT H. : Le concept de psychopathie en psychiatrie infantojuvénile. *Rev. Neuropsychiat. Infant.*, 1977, 25, 1, 1-17.
- ROBBINS L.N. : *Deviant Children Grown up*, Baltimore, Williams & Wilkins, 1996.
- TURNBULL C. : *Un peuple de fauves*. Stock, Paris, 1973, 1 vol.

Dependências

Atualmente, o conceito de dependência agrupa condutas cuja natureza aditiva parece manifesta, não obstante a possibilidade da ausência de uso de um produto exterior (álcool, droga, tabaco). Considera-se que existem adições com ou sem droga (transtornos do comportamento alimentar, condutas de risco, dependência comportamental como, por exemplo, a cleptomania).

As condutas de dependência são igualmente consideradas como transnosográficas, pois elas sobrevivem em transtornos e em personalidades diversas. M. Corcos e colaboradores (2003) assinalam:

É preciso apreender essas condutas enquanto expressão de uma vulnerabilidade de certos sujeitos, vulnerabilidade gerada por múltiplos determinantes biopsicossociais que pode levá-los a adotar essas condutas aditivas de efeitos patógenos. Na medida em que essas condutas se auto-reforçam e reorganizam o conjunto da personalidade em torno delas, fala-se de patologia verdadeira, quando esses sujeitos se fecham na repetição desses comportamentos de adição em certas condições afetivas e relacionais.

Isso não impede que três dimensões psicopatológicas pareçam particularmente associadas às condutas de dependências: a alexitimia, a de-

pressividade e a busca de sensações (para a última, isso é verdadeiro em particular para as dependências ligadas à utilização de um produto). Do mesmo modo, dois fatores de vulnerabilidade parecem presentes: os avatares da constituição de um apego inseguro na infância (em particular, pela avaliação da angústia de separação) e, sobretudo, o fenômeno de vulnerabilização depressiva que permite revelar a existência de um traço de experiência depressiva passada sem que tenha havido objetivação de uma depressão atual.

Portanto, é necessário fazer uma discriminação entre os transtornos psiquiátricos primários que favorecem a adição e os numerosos transtornos psiquiátricos secundários aos efeitos da adição (transtornos ansiosos, depressivos, psicóticos, co-adições).

No que diz respeito às dependências com drogas, é preciso levar em conta, obviamente, a especificidade dos tóxicos em questão e o efeito da cronicização da conduta, pois, sem dúvida, eles são em si mesmos fatores depressógenos e às vezes de desequilíbrio profundo da personalidade em razão de desordens psicológicas e biológicas secundárias e de consequências psicossociais (marginalização).

As condutas de dependência aparecem preferencialmente na adolescência: alcoolismo, tabagismo, toxicomania, transtornos de condutas

alimentares, etc. A adolescência constitui uma evolução específica da problemática da dependência (Marcelli, 1994). Hoje, duas concepções subentendem a questão das “dependências” na adolescência. A primeira repousa sobre a constatação e a compreensão de comportamentos aditivos pelo desenvolvimento de uma síndrome psicofisiológica de dependência. A segunda considera que toda patologia dessa idade, particularmente os transtornos do comportamento (quaisquer que sejam), pode ser vista como uma organização da dependência psíquica, específica a esse período da vida.

Na prática, encontram-se três caminhos bem diferentes. O primeiro corresponde tipicamente aos jovens adolescentes, estudantes das séries finais do ensino fundamental, consumidores episódicos, mas excessivos, de álcool, de droga ou mesmo de alimentos geralmente açucarados ou excitantes (caféina, Coca-cola, etc.). Suas condutas não os excluem do grupo de iguais, ao contrário, nem mesmo daqueles que não manifestam atitudes desse tipo. Seus pais não dão uma atenção particular à sua dependência, embora ela já exista, ou então se inquietam com outras dificuldades, em particular uma queda ou uma ruptura escolar recente.

O segundo caminho corresponde aos anos do ensino médio, com o qual os jovens desse grupo mantêm eventualmente um contato mais ou menos regular, em geral desorganizado. Contudo, a dependência já é manifesta e se traduz por um hiperinvestimento de toda uma série de comportamentos marcados por seu caráter repetitivo e aparentemente sem retenção possível. A troca com esses adolescentes é difícil, eles são opositivos e podem se tornar violentos quando se questionam suas condutas. Sua vida social geralmente se centra nesse hiperinvestimento, levando-os pouco a pouco a se encontrar apenas com jovens na mesma situação. As relações com seus pais são permanentemente à beira da ruptura por parte de uns e de outros.

O terceiro caminho é totalmente diferente. Ele corresponde aos adolescentes mais velhos, seja após a etapa ou as etapas descritas antes, seja diretamente, mergulhando em uma marginalidade onde o peso da dependência psíquica em relação às suas adições é maciço e cotidiano. Eles só convivem agora com jovens inseridos na mesma trajetória. Seus pais são atropelados pelos acontecimentos e não sabem mais como enfrentá-los.

Vamos abordar com mais profundidade essas diferentes trajetórias.

CLÍNICA

As Condutas Aditivas

As condutas aditivas limitavam-se inicialmente ao consumo de uma substância exógena. Atualmente, certos caracteres clínicos comportamentais parecem comuns a um conjunto de condutas que ampliam a noção de condutas aditivas. Cinco elementos essenciais, característicos dessas condutas, foram descritos por vários autores (Oxford, 1978; Schneider, 1991):

- uma compulsão a se envolver no comportamento, isto é, uma perda da capacidade de prazer;
- manutenção do comportamento apesar de suas conseqüências negativas;
- uma obsessão relacionada ao comportamento;
- uma culpabilidade no decurso;
- uma presença de sintoma de abstinência psicológica e/ou fisiológica quando da suspensão brutal.

Assim, essa noção de “conduta aditiva” progressivamente substitui o termo farmacodependência (definida como “o estado de dependência psíquica ou física, ou ambas ao mesmo tempo, em face de um produto, que se estabelece em um sujeito em decorrência da utilização periódica ou contínua desse produto”. OMS, 1965), que, por sua vez, substitui as clássicas noções de dependência (desejo de renovar o consumo de droga), de tolerância (necessidade de aumentar as doses para obter os mesmos efeitos), e de abstinência (transtornos desagradáveis e perigosos em caso de supressão de droga).

Já nos anos de 1980, J. Bergeret considerou que a prática clínica e psicanalítica nos revelava a existência de comportamentos bastante semelhantes às toxicomanias do ponto de vista da economia relacional profunda, ainda que esses comportamentos não envolvam um produto químico.

Em compensação, a noção de escalada, mesmo eliminando-se os fatores ligados aos produtos, já não aparece tão claramente nessa abordagem mais centrada na noção de “conduta aditiva”. Recordemos as características dessa escalada, incluídas aquelas ligadas aos produtos:

- escalada na tendência às passagens ao ato;
- escalada na utilização sucessiva de produtos e de associações em um mesmo sujeito;
- escalada na utilização quantitativa de um produto em um sujeito;
- escalada de um funcionamento relacional no sentido de um funcionamento cada vez mais voltado para si.

A noção de dependência, assim ampliada e livre da noção de farmacodependência, é estendida atualmente a comportamentos cuja natureza aditiva parece manifesta, apesar da ausência de uso de um produto tóxico. Essas “adições sem droga” agrupam, portanto, os comportamentos alimentares, sejam eles anoréxicos ou bulímicos, as compras compulsivas, o jogo patológico, as adições sexuais, certos aspectos de adição no trabalho, e mesmo, para alguns, o conjunto de “condutas de risco”.

Adolescência e Dependência

Estendendo ainda mais essa noção, alguns afirmam que é a patologia da adolescência, particularmente os transtornos do comportamento, que deve ser vista como articulação da dependência (Jeammet, 1993). No conjunto dessas situações, o adolescente tentará estabelecer um processo no qual substitui uma relação afetiva, vivida como uma ameaça potencial para sua autonomia, por uma relação de ascendência sobre um “objeto” (no sentido psicanalítico), que assume uma função substitutiva dessa relação afetiva intolerável. Contudo, o adolescente encontra nisso uma nova dependência, que se nutre da não-satisfação de sua verdadeira necessidade afetiva em um círculo vicioso de auto-reforço.

Isso leva a analisar os transtornos que surgem nesse período da vida sob o ângulo da expressão de uma divisão do sujeito consigo mes-

mo: ele rejeitará uma parte de si, vivida como uma alienação possível e penosa aos seus “objetos” de investimento, ao mesmo tempo em que essa conduta de rejeição contribui no sentido de lhe permitir afirmar-se em uma identidade negativa que não deve nada a esse objeto.

Esse ponto de vista pode ser argumentado pelo menos de duas maneiras: por um lado, o que é que faz com que um adolescente escolha esse comportamento em vez de um outro, tal conduta aditiva em vez de uma outra? Por outro lado, onde está a história do sujeito em um modelo que parece privilegiar excessivamente a dinâmica atual da adolescência?

Os Tipos de Consumo

Atualmente, e para todas as idades, tende-se a distinguir quatro tipos de consumo: o uso, o uso de risco, o abuso e a dependência. Os dois últimos são objeto de definições com critérios nas principais classificações, CID e DSM (ver Quadros 14.1 e 14.2).

O **uso** caracteriza um consumo moderado, hedônico, festivo sobre o qual o sujeito mantém controle. Muito ligado às condições sociais e culturais, o uso não diz respeito ao médico e pertence ao espaço de liberdade individual. Esse consumo supostamente não causaria nenhum dano físico ou psíquico ao sujeito consumidor.

O **uso de risco** é uma categoria que começa a se impor para descrever sujeitos que, embora ainda não estejam inseridos em um consumo abusivo ou dependente, apresentam características, traços de comportamentos ou circunstâncias de consumo que já contêm um risco para o consumidor, risco imediato ou potencial. A noção de uso de risco leva em conta ao mesmo tempo as características dos consumidores (por exemplo, criança ou adolescente, mulher grávida, doente crônico portador de uma doença sensível, como asma pelo cigarro ou o haxixe), as condições do consumo (dirigir em estado de embriaguez, consumo em lugares proibidos ou durante o trabalho), as quantidades consumidas (segundo o sexo e o produto incriminado), a maneira de consumir (busca sistemática de embriaguez, de uma “viagem”), a natureza dos produtos (certos produtos são considerados como “de risco” desde a experimentação, por

Quadro 14.1 Abuso de substâncias psicoativas DSM-IV, 1994

(Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, Masson, Paris, 1996)

Abuso de substâncias psicoativas DSM-IV (1994)

A – Modo de utilização inadequado de uma substância que leva a uma alteração do funcionamento ou a um sofrimento clinicamente significativo, caracterizado pela presença de pelo menos uma das manifestações seguintes durante um período de 12 meses.

- 1 – **Utilização repetida** de uma substância que leva à **incapacidade de cumprir obrigações importantes, no trabalho, na escola ou em casa** (por exemplo, ausências repetidas ou maus desempenhos no trabalho em razão do uso da substância, ausências, exclusões temporárias ou definitivas da escola, negligência com crianças ou com as tarefas domésticas).
- 2 – **Utilização repetida** de uma substância **em situações onde isso pode ser psiquicamente perigoso** (por exemplo, dirigir um carro ou operar uma máquina quando se está sob a influência de uma substância).
- 3 – **Problemas judiciais** freqüentes ligados ao uso de uma substância (por exemplo, prisões por comportamento anormal relacionado ao uso da substância).
- 4 – **Utilização da substância apesar de problemas interpessoais ou sociais**, persistentes ou recorrentes, causados ou exacerbados pelos efeitos da substância (por exemplo, disputas com o cônjuge a propósito de consequências da intoxicação, tumultos).

B – Os sintomas jamais atingiram, para essa classe de substância, os critérios da dependência a uma substância.

Quadro 14.2 Dependência DSM-IV, 1994

(Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, Masson, Paris, 1996)

Dependência DSM-IV (1994)

Modo de utilização inadequado de uma substância, causando um desespero ou uma disfunção clinicamente significativa, como testemunham três (ou mais) das seguintes manifestações, que podem ocorrer a qualquer momento no período de 12 meses:

- (1) Existência de uma tolerância, definida por uma ou outra das seguintes manifestações:
 - (a) necessidade de quantidades nitidamente majoradas da substância para obter uma intoxicação ou o efeito desejado;
 - (b) efeito nitidamente diminuído em caso de uso contínuo da mesma quantidade de substância.
- (2) Existência de uma síndrome de abstinência, como testemunha uma ou outra das seguintes manifestações:
 - (a) síndrome de abstinência característica da substância;
 - (b) a mesma substância (ou uma substância similar) é consumida com o objetivo de aliviar ou de evitar os sintomas de abstinência.
- (3) A substância geralmente é consumida em quantidade superior ou em um lapso de tempo mais longo que o previsto.
- (4) Um desejo persistente ou esforços infrutíferos para reduzir ou controlar a utilização de uma substância.
- (5) Um tempo considerável é gasto para as providências necessárias à obtenção da substância, para consumir ou se recuperar de seus efeitos.
- (6) Importantes atividades sociais, ocupacionais ou de lazer são abandonadas ou reduzidas em decorrência da utilização da substância.
- (7) A utilização da substância prossegue apesar da existência de um problema físico ou psicológico persistente ou recorrente determinado ou exacerbado pela substância.

exemplo, a heroína. Mas, desse ponto de vista, o primeiro cigarro já é um consumo de risco, pois o câncer do pulmão se expressa por um risco cumulativo, sendo que o primeiro cigarro conta tanto como o último no total!), sua associação... Portanto, essa noção de uso de ris-

co é complexa, não unívoca, varia segundo os produtos e as características do próprio consumidor. Mas ela aparece como uma etapa indispensável na avaliação tanto das estratégias de prevenção quanto das atitudes de cuidado junto aos indivíduos. Por seu potencial nefasto em

termos de saúde física e psíquica, o consumo de risco deve interpelar o médico, seja o de saúde pública, seja o que atende o adolescente em seu consultório.

Desse ponto de vista, todas as pesquisas concordam sobre o fato de que a precocidade de consumo representa um dos fatores de risco mais significativos e mais poderosos em termos de previsão de um futuro consumo abusivo ou dependente. Assim, no que se refere ao álcool, Dewitt e colaboradores (2000) mostraram claramente que 10 anos após o consumo:

- entre os que começaram a beber regularmente aos 11 ou 12 anos, 13,5% dos sujeitos apresentam um consumo abusivo e 15,9% respondem aos critérios da dependência;
- entre os que começaram a beber regularmente aos 13 e aos 14 anos, as percentagens são respectivamente de 13,7% e de 9% (a diferença é significativa para este último);
- entre os que começaram a beber aos 19 anos ou mais, encontram-se respectivamente, dez anos mais tarde, 2% de consumidores abusivos e 0% de consumidores dependentes, valores significativamente diferentes.

Começar a beber regularmente desde a idade de 11 a 14 anos pode ser considerado como um consumo de risco, embora as quantidades continuem moderadas e ainda não exista nessa fase nenhum dado aparente para a saúde.

O mesmo ocorre para o cigarro: as pesquisas de M. Choquet mostraram bem que o consumo regular de cigarro desde a idade de 12-13 anos representa um fator de risco importante para o início posterior de um outro consumo, em particular de produtos ilegais. Segundo a meta-análise de Belcher e Shinitzky (Belcher, Shinitzky, 1998) um jovem adolescente que fuma ou bebe regularmente apresenta um risco 65 vezes mais elevado de consumir haxixe posteriormente do que o jovem não consumidor. E se esse mesmo jovem fuma também haxixe, o risco de consumir cocaína posteriormente será 104 vezes mais elevado.

Assim, quando um jovem adolescente consome regularmente produtos, e isso desde o início da adolescência, esse consumo deve ser considerado como um consumo de risco, qualquer que seja o produto utilizado. Contudo, o modo de vida dos adolescentes, a pressão dos iguais

e seu papel sempre importante na iniciação assim como no prosseguimento de um consumo, os efeitos da moda importantes nessa idade, o lugar do convívio e da vida festiva, a necessidade de experimentação e de descoberta própria a essa idade, todos esses parâmetros nos levaram a propor uma diferenciação sobre critérios, levando em conta as particularidades do quadro habitual de vida na adolescência.

O Consumo Convivial e Recreativo

Nesse consumo, o que se busca é o efeito euforizante do produto. Ele é feito em pequeno grupo de amigos, jamais sozinho, geralmente em fim de semana, durante as férias ou as festas. Vale destacar a moda recente das *rave party* nas quais é conhecida a utilização, em particular de *ecstasy*. A rotina escolar (escolaridade padrão ou aprendizagem) é mantida, e o adolescente conserva não apenas sua atividade escolar como também os outros investimentos esportivos, culturais, sociais. Contudo, a queda escolar (ver Capítulo 17) é comum.

Nesse tipo de consumo, não se encontram necessariamente fatores de riscos familiares, e em geral os fatores de riscos individuais são ausentes.

O Consumo Autoterapêutico

O que se busca é o efeito ansiolítico do produto (“ficar *cool*, ficar legal”). Esse consumo costuma ser solitário, e mais regular particularmente à noite no quarto. Contudo, esse consumo solitário pode alternar-se com momentos de consumo em grupo. No plano da escolaridade, constata-se em geral que os primeiros sinais de um desligamento (repetências sucessivas, triplificação de aula) e/ou de um fracasso na escola se constituem. Além disso, o adolescente geralmente se afasta de suas atividades habituais (esportivas, culturais), praticadas de forma mais irregular. Sua vida social se empobrece com um isolamento relativo.

Os fatores de risco familiares (ver a seguir) não estão necessariamente presentes. Em compensação, encontram-se comumente fatores de risco individuais, atuais ou antigos. Entre os fatores de risco individuais, destacaremos a frequência de transtornos do sono (grandes

dificuldades de dormir, pesadelos, etc.), transtornos existentes no período da adolescência, mas encontrados também na primeira infância. Notam-se igualmente transtornos ansiosos (ver Capítulo 8) e/ou depressivos (ver Capítulo 9).

O Consumo Toxicomaniaco

Neste último consumo, o que se busca é o efeito anestesia-viagem (viagem: estado de semi-consciência, etc.). O consumo é ao mesmo tempo solitário e em grupo, regular, quase cotidiano. A exclusão da escolaridade e dos circuitos de socialização (aprendizagem) é comum, com freqüentes comportamentos de ruptura (mudanças seguidas de estabelecimento, de orientação, fracassos permanentes culminando na exclusão).

No plano social, o adolescente só se relaciona com outros jovens em situação marginal e/ou de ruptura. É freqüente e mesmo habitual encontrar fatores de risco familiares (desatenção crônica dos pais ou, ao contrário, uma atmosfera sufocante e super-rígida, aliança patológica entre pessoas de gerações diferentes: um genitor com o adolescente unidos contra o outro genitor, grandes dificuldades socioeconômicas, permissividade e indiferença dos pais).

Encontram-se igualmente fatores de risco individuais (ver consumos autoterapêuticos), mas estes geralmente são mascarados pelo consumo toxicomaniaco excessivo (é difícil, por exemplo, encontrar transtornos do sono, na medida em que o ritmo social habitual é totalmente perturbado).

As escalas de avaliação: a aplicação de escalas de avaliação do consumo em forma de auto

ou de hetero-questionário pode representar um momento valioso na entrevista com um adolescente consumidor, desde que esta se desenvolva em um clima de confiança, no âmbito de uma aliança de tratamento entre o jovem consumidor e o adulto, médico, enfermeiro ou educador. Será adequado também poder discutir resultados com esse jovem, abordar seu nível de consumo, de abuso ou dependência, tal como ele é avaliado por essa escala. Nessas condições, a aplicação desse tipo de escala parece ser vista às vezes pelo jovem como uma medida objetiva de seu consumo, ao contrário do olhar do clínico, sempre vivido como uma ameaça de julgamento moral. Isso é tanto mais importante na medida em que, em termos de motivação espontânea para deter seu consumo, a maioria dos adolescentes consumidores acha que continuará a consumir no ano seguinte (Sutherland, Shepherd, 2002: em adolescentes de 11 a 16 anos, consideram que continuarão a consumir no ano seguinte, para o álcool: 83%; para o cigarro: 73%; para os produtos ilícitos: 63%) – o que ilustra as dificuldades da abordagem terapêutica: conhecer corretamente seu nível de consumo e seu eventual estado de dependência representa quase sempre a primeira etapa no longo caminho de uma tomada de consciência das conseqüências do consumo, e depois da decisão de parar.

Existem ao mesmo tempo escalas de consumo global para o conjunto de produtos utilizáveis (por exemplo: RISQ) e escalas específicas de um produto (por exemplo: Fayerström, detacage, etc.). Ainda que poucas delas tenham sido validadas quando de sua tradução em francês, é útil conhecê-las e tê-las à disposição em um momento propício de avaliação (encontrare-

Quadro 14.3 Principais características dos tipos de consumo na adolescência

Consumo			
	Convivial	Autoterapêutico	Toxicomaniaco
Efeito buscado	Euforizante	Ansiolítico	Anestesiante
Modo social de consumo	Em grupo	Solitário +++ (em grupo)	Solitário e em grupo
E escolaridade	Rotina escolar habitual	Desligamento escolar	Exclusão escolar
		Ruptura	
Atividades sociais	Mantidas	Limitadas	Marginalização
Fatores de risco familiares	Ausentes	Ausentes	Presentes
Fatores de risco individuais	Ausentes	Presentes	Presentes

mos no relatório Raynaud: *Usage nocif de substances psychoactives* a maioria desses instrumentos clínicos).

AS ABORDAGENS EXPLICATIVAS

Modelos psicopatológicos, de inspirações diversas, propõem abordagens globais desses comportamentos de dependência.

Abordagens Biológicas Comuns às Adições

Sem dúvida, seria difícil e arriscado tentar resumir os numerosos trabalhos consagrados ao estudo das bases neurobiológicas dos comportamentos aditivos. A maior parte dos neurotransmissores conhecidos parece envolvida a título e momentos diversos da evolução em seu determinismo. Uma hiperatividade dopaminérgica desempenharia um papel detonador importante nos comportamentos de apetência pelas drogas, em particular no animal. Sabe-se igualmente que a serotonina poderia estar envolvida na bulimia, no jogo, no alcoolismo ou na toxicomania por intermédio do papel que ela desempenha na impulsividade e no mau controle comportamental. Do mesmo modo, a transmissão noradrenérgica estaria envolvida no jogo patológico e na dependência alcoólica. Estamos aqui em plena via de pesquisa, que se irá desenvolvendo, e sobre a qual todos deverão se informar, sem com isso reduzir a explicação das condutas de dependência apenas aos fatores biológicos.

A Busca de Sensações

Os primeiros estudos referentes ao comportamento de “busca de sensações” definiram-no como “a necessidade de sensações e de experiências variadas, novas e complexas” (Zuckerman, 1972). Essa necessidade de busca de sensações, mais forte em certos sujeitos do que em outros, poderia representar um traço biopsicocomportamental comum ao conjunto de pa-

tologias aditivas. Vários trabalhos permitiram constatar a intensidade dessa dimensão “busca de sensações” no conjunto de comportamentos aditivos e de sujeitos que costumam apresentar condutas de risco. A análise fatorial dessa escala revela quatro fatores constantes:

- um fator intitulado: “busca de perigo e de aventura”;
- um fator “busca de experiência”;
- um fator “desinibição”;
- um fator “susceptibilidade ao tédio”;
- um fator geral.

A escala de busca de sensação permite distinguir globalmente os sujeitos ditos “High Sensation Seeker” e os sujeitos ditos “Low Sensation Seeker”.

Sem dúvida, essa dimensão geral lança uma ponte entre o conjunto dos comportamentos aditivos, pois os dados documentados permitem considerar como sujeitos “HSS” os toxicômanos, os alcoólicos dependentes e/ou consumidores abusivos de álcool, os fumantes, os jogadores patológicos, e talvez mesmo os suicidas repetitivos, as adições sexuais e as compras patológicas (que se encontram em certos adolescentes).

Abordagem cognitiva. – A descrição de um “ciclo de abstinência” foi objeto de desenvolvimento e de múltiplos aprimoramentos, em particular no que se refere à distorção cognitiva das “expectativas” nos sujeitos dependentes. O ciclo de abstinência seria percorrido pelo sujeito dependente pelo fato de encontrar inicialmente, no consumo do tóxico ou na manifestação de um comportamento repetitivo, uma gratificação rápida e a curto prazo da qual ele teria a representação preditiva do efeito. A satisfação substitutiva obtida, dotada de um “poder de reforço imediato”, levaria à habituação cujo efeito a médio prazo é a acentuação do sentimento de incompetência em razão da sequência de respostas “de fuga”. O cognitivo e o comportamental culminariam assim no reforço da dependência.

Abordagem Psicodinâmica Geral

Nesse âmbito, as teorias parecem ser numerosas, mas nenhuma pode responder a to-

das as questões suscitadas pela observação clínica. Na verdade, nenhuma pretende explicar de forma exaustiva o conjunto de mecanismos pré-conscientes ou inconscientes que subentendem a dependência ou as dependências. Para expor de forma global os modelos propostos, vamos nos restringir, como faz G. Darcourt (1994), a apresentá-los em três grandes itens, na medida em que esses itens permitem compreender melhor em que aspectos o processo da adolescência em seu conjunto (cf. Capítulo 1) remete às mesmas questões. A excitação erótica, o narcisismo e o alívio das tensões são em si mesmos questões-chave para a adolescência. Compreende-se melhor assim em que esse período da vida oferece um cenário psíquico vulnerável às adições. Retomemos o que G. Darcourt apresenta como “modelos” de compreensão psicodinâmica da dependência:

– Em primeiro lugar, o modelo do prazer ligado à excitação erótica. De fato, pode-se deduzir facilmente que a busca de um prazer erótico é o mecanismo que causa a dependência. Para isso, no entanto, é preciso supor um funcionamento de qualidade perversa no qual o masoquismo ocuparia, sem dúvida, um lugar importante. O gozo na dor e pela dor, isto é, a prevalência da economia masoquista é realmente uma dimensão freqüentemente lembrada pelos psicanalistas na teorização dos tratamentos psicanalíticos do sujeito dependente. Evidentemente, as consequências desse gozo são variáveis. Pode se tratar de acometimentos somáticos diretamente ou indiretamente ligados às condutas de dependência (bulimia, anorexia, toxicomania, alcoolismo). Pode se tratar igualmente de uma busca de excitação ansiosa dolorosa, como, por exemplo, no jogo patológico ou em certos alcoólicos.

– O segundo modelo é o do narcisismo. Para explicar melhor esse modelo, o conceito de Eu-objeto parece particularmente apropriado à compreensão da relação do sujeito dependente com seu produto ou com sua conduta. O conceito de *self*-objeto apresentado por Kohut não deve ser separado totalmente do conceito de *self*-grandioso que, por sua vez, parece suscetível de explicar um certo número de condutas em seu mecanismo subjacente. Sem dúvida, o conceito de *self*-gradioso e de

self-objeto permite compreender que o sujeito dependente tem necessidade de um objeto, não por suas qualidades, que ele poderia então substituir por um outro, mas tem necessidade em si, totalmente, falando pouco dele, pois o mentaliza mal, embora ele lhe seja absolutamente necessário.

– O terceiro modelo é o do alívio das tensões. Esse modelo explica, sem dúvida, um elemento prevalente em certos sujeitos, em particular aqueles em que a impulsividade, a instabilidade, a intolerância à frustração ou manifestações “limite”, isto é, uma carência de mecanismos de defesa contra a angústia e uma crueza das fantasias, provocam uma tensão difícil de aliviar e, às vezes, mesmo intolerável. Essa tensão muito importante ou até impossível de aliviar, a não ser transitoriamente, encontra na conduta aditiva um meio que o sujeito não pode encontrar em si mesmo. A expressão “medo da falta da falta” empregada por vários autores, entre os quais Olievenstein, é adequada para situar sua dinâmica.

É claro que, assim resumidos, esses três modelos são excessivamente redutores. Eles não podem explicar toda a economia psíquica da dependência. Apenas indicam possibilidades de compreensão e uma teorização a rever a cada encontro com uma história individual.

EPIDEMIOLOGIA

Retomaremos neste capítulo apenas os dados referentes ao uso de produtos psicoativos, pois as demais condutas aditivas, alimentares ou outras, são tratadas nos capítulos consagrados especificamente a elas. Vamos nos apoiar essencialmente nos dados extraídos da pesquisa realizada em 1988 junto a uma amostra representativa escolarizada de 3.288 jovens franceses (Choquet, Ledoux, 1988).

Cigarro

Para os de 11 a 19 anos, um terço fuma e, entre estes, um terço fuma irregularmente, um terço fuma regularmente menos de dez cigar-

ros e um terço fuma pelo menos dois maços por dia.

Entre 13 e 18 anos, o tabagismo cresce sensivelmente, multiplicando-se por sete.

As ocasiões mais propícias para fumar são os encontros com os iguais. Note-se, no que se refere ao tabagismo, que o componente depressivo não pode ser subestimado, pois 53% dos adolescentes dizem fumar em momentos de solidão e 60% quando estão na fossa.

Álcool

Entre 11 e 19 anos, a proporção de adolescentes que bebem pelo menos duas vezes por semana não chega a 10%; em contrapartida, a embriaguez é uma experiência vivida por cerca de 40% dos adolescentes (45% dos meninos e 33% das meninas). A proporção de jovens que experimentou pelo menos dez embriaguezes é de 8% (13% dos meninos, 3% das meninas).

Ao contrário do que se poderia imaginar, a “situação depressiva” influi pouco nesse consumo: apenas 11% dos adolescentes afirmam beber mais facilmente quando estão na “fossa” e 6% quando se sentem sozinhos.

Medicamentos Contra o Nervosismo e a Insônia

Um adolescente entre cinco tomou medicamentos contra o nervosismo e/ou contra a insônia sob prescrição médica e/ou por automedicação nos 12 meses que antecederam a entrevista. Esse consumo é mais importante, como mostram estudos anteriores ou estudos internacionais, para as meninas (28%) do que para os meninos (14%).

Drogas Ilícitas

Entre estas, o haxixe é, evidentemente, o produto mais consumido: 6% dos jovens ouviram nesta pesquisa do INSERM já o consumiram. Não há diferença entre os sexos no que se refere a esse consumo, estudado de um ponto

de vista global. A proporção de consumidores eleva-se para 13% entre os mais velhos.

Os produtos de inalar vêm em segundo lugar. No conjunto das idades abrangidas por essa pesquisa, 4% os utilizaram.

A ingestão de anfetaminas ou de medicamentos para se drogar chega a 5% entre os de 18 anos e mais (um pouco acima de 5% para os medicamentos com o objetivo de se drogar, e 4% para as anfetaminas).

Quanto ao uso da heroína e da cocaína, ele permanece limitado nessa população. Entre os de 18 anos, 1% experimentou a heroína e 0,7% a cocaína.

No total, cerca de 10% dos adolescentes entre 11 e 19 anos experimentaram uma droga ilícita, cujo consumo regular (pelo menos 10 vezes na vida até então) abrange 3% deles. As cifras parecem inferiores ao que imaginam alguns ou ao que revelaram eventualmente outros estudos, com outras metodologias.

Além do aumento com a idade, a utilização abusiva é menos importante no ensino fundamental do que no ensino médio e entre os filhos de operários e de agricultores do que entre filhos de altos funcionários ou de profissões intermediárias.

Precocidade e Acúmulo de Produtos

A idade média de iniciação (primeiro contato) é de 13 anos para o álcool, de 14 anos para o cigarro e de 15 anos para o haxixe. O consumo dito “regular” (mais de dez vezes, ou quase todos os dias para o cigarro, quase todas as semanas para o álcool ou o haxixe) ocorre em média 12 a 18 meses após a iniciação. Uma iniciação ou um uso regular em uma idade mais precoce do que essas médias deve ser considerada como um fator de alto risco. Quanto ao acúmulo, o consumo de vários produtos abrange mais de 50% dos jovens a partir dos 17 anos, sendo eles, em ordem crescente: o álcool, o cigarro, os tranqüilizantes e os hipnóticos. Os acúmulos mais frequentes são, em ordem decrescente: cigarro-álcool, cigarro-haxixe, cigarro-álcool-haxixe. Aos 17 anos, 76% das meninas e 75% dos meninos experimentaram pelo menos dois desses produtos, sendo que o poli-consumo aumenta com a idade.

Entre 15 e 18 anos, a proporção de adolescentes com um consumo regular de vários produtos pode chegar até 27%.

Em conclusão desses dados, é preciso destacar, segundo os autores dessa pesquisa que:

- O uso regular de um psicotrópico é raro antes dos 15 anos, mas se banaliza a partir dos 16-17 anos.

- O consumo regular de um produto é acompanhado de outros transtornos (transtornos do comportamento, queixas somáticas e transtornos do humor), e essa ligação é quase linear.

- Convém não confundir todos os níveis do consumo: a prevenção deve estar voltada essencialmente à cronicização dos consumos e/ou sobretudo ao acúmulo (ver Capítulo 4).

Esses dados franceses podem ser comparados com os dados internacionais. A título de exemplo, citaremos o estudo americano publicado em 1990 pelo Instituto Nacional sobre o Abuso de Drogas nos Estados Unidos: 19% dos “*High school seniors*” declararam que fumavam diariamente, 4% que bebiam diariamente e 3% que utilizavam maconha diariamente. Mais de 90% tinham consumido álcool em um momento de sua vida, 44% maconha e 10% cocaína. Um pouco mais da metade tinha experimentando pelo menos uma vez uma droga ilícita (C. D. Johnston, P. M. O’Malley, J. G. Bachman).

Particularidades Segundo os Produtos

Há uma questão essencial no que diz respeito à prevenção: será que existem particularidades conforme o produto? Referimo-nos aqui a particularidades ligadas ao perfil de personalidade dos adolescentes, ao contexto social e econômico, e não ao efeito ou à toxicidade própria a um produto específico. De fato, as campanhas de prevenção foram direcionadas inicialmente, nos anos de 1960-1970, a um produto específico, álcool, cigarro, produtos ilegais, etc. Isso se explicava essencialmente por motivos organizacionais e administrativos: as verbas eram “dirigidas” a um produto e repassadas a uma agência ou associação de luta (contra o cigarro, contra o álcool, contra a toxicomania, etc.) determinada, cada uma tendo seu “território” de atividade,

para não dizer sua população cativa (ou seu fundo comercial!). Diante da frequência do acúmulo de consumos, de um lado, e dos consumos cruzados (passagem do consumo de um produto para o de outro, em particular após a abstinência do primeiro produto), de outro, era forçoso reconhecer que a prevenção dirigida a um único alvo levava a um impasse, sobretudo no caso do adolescente. Nos anos de 1980, impôs-se o conceito de prevenção global, como também o de uma não-especificidade quanto aos fatores psicológicos que conduzem a um consumo abusivo, ainda que no plano administrativo as coisas tenham evoluído mais lentamente. Essa idéia de uma prevenção global, centrada nos traços de personalidade, talvez tenha feito esquecer os fatores sociológicos ou econômicos que podem aparecer como mais específicos de um produto ou de outro. Assim, Legleye e colaboradores (2002) comparam adolescentes de 17 anos, fumantes “exclusivos” de haxixe (às vezes com um consumo de cigarro associado), os adolescentes da mesma idade consumidores de álcool “exclusivos” (às vezes com um consumo de cigarro associado) e, finalmente, aqueles que acumulam haxixe e álcool (mais cigarro na maior parte do tempo). Para esses autores, as características socioeconômicas desses três grupos são diferentes: os consumidores de álcool exclusivos geralmente estão inscritos em uma carreira profissional, carreira curta e de pouco prestígio; geralmente praticam um esporte, principalmente coletivo (rugby, por exemplo), geralmente têm um comportamento violento, como tumultos. Ao contrário, os fumantes exclusivos, embora geralmente inscritos em uma carreira profissional longa, costumam enfrentar dificuldades escolares, como repetências, costumam ser vítimas de violências (agressões, insultos) ou de predações (roubo, extorsão); geralmente também experimentam mais os outros produtos ilícitos (LSD, *ecstasy*, opiáceos, etc.) do que os consumidores de álcool quase exclusivos, mas um pouco menos do que aqueles que acumulam consumo regular de álcool e de haxixe... Parecem desenhar-se assim perfis socioeconômicos, percursos escolares, relações familiares bem diferentes segundo o consumo predominante de produtos. No total, se a adolescência aparece como a idade privilegiada da experimentação de um produto (ver o item seguinte) e como a idade da confrontação com a problemática da dependência (ver a

seguir), se incontestavelmente a frequência de acúmulos e de consumos cruzados deve incitar a uma prevenção global, nem por isso se pode negar toda dimensão particular de um consumo, sobretudo se ele se centra desde muito cedo e de forma exclusiva em um único produto.

A TOXICOMANIA

A utilização abusiva de drogas tornou-se uma conduta encontrada com frequência no adolescente ao longo dessas duas últimas décadas: a extensão a essa faixa de idade surgiu mais ou menos recentemente. Começando com o movimento *hippie* nos anos de 1960, essa extensão é indissociável de um contexto sociológico contemporâneo. Ainda hoje, o fenômeno da droga continua sendo um universo complicado, difícil de resumir em algumas idéias simples.

– Em primeiro lugar, esse fenômeno não é recente: Virgílio já menciona nas *Geórgicas* as “papoulas impregnadas do sono de Letes”. Atualmente, as novidades na utilização abusiva de drogas são de três ordens:

- 1) a utilização de novas drogas (em particular os psicodislépticos como o LSD, mas também outros psicotrópicos);
- 2) novos modos de utilização de estupefacientes já conhecidos (opiáceos ou cocaína, por exemplo),
- 3) um novo grupo de usuários: os adolescentes.

– O conhecimento racional e objetivo do fenômeno, compreendido o dos dados quantitativos extraídos de estudos epidemiológicos, representa uma outra dificuldade. A evolução e as proposições sucessivas de definição do fenômeno toxicomaniaco traduzem igualmente a incerteza ou a ilusão de abordagens globais e definitivas.

– Finalmente, a intervenção de elementos individuais e coletivos, por um lado, e biológicos, psicológicos e sociais, de outro, exclui a possibilidade de uma abordagem exaustiva. Enfatizamos certos aspectos (clínicos e psicopatológicos), sem com isso minimizar a importância de outras abordagens, em particular a abordagem sociológica.

As Drogas Utilizadas e Seus Efeitos

A maconha. – Inflorescência feminina ou frutífera (cânhamo indiano, maria joana, *marijuana*, *kif*, “erva”) ou resina extraída da planta (*chira*, *haxixe*), a maconha é o estupefaciente mais utilizado. Fumada em cigarros ou em cachimbos, e mais raramente absorvida pela boca, ela é apresentada em forma sólida, e mais raramente líquida. Existem múltiplas variedades, cujos efeitos não são equivalentes.

O princípio ativo é o delta 9 tetraidrocannabinol (delta 9THC), cujos receptores se encontram no mesencéfalo, próximo aos neurônios dopaminérgicos. Sua estimulação diminui a liberação do GABA, o que contribui para uma ligeira ativação dopaminérgica. Sem dúvida, é por esse mecanismo que os receptores do THC intervêm na motivação e no circuito da recompensa (Tassin, 2002). A indução de uma dependência psíquica da maconha foi contestada por muito tempo provavelmente em razão de uma dificuldade de evidenciá-la no animal em razão de um efeito aversivo paradoxal, função da dose, e só se apagando lentamente após várias administrações. A dependência física também foi difícil de evidenciar, por ser discreta devido a uma importante estocagem de substâncias nas células lipídicas. Essa dependência física parece ter sido provada na precipitação pela administração de um antagonista dos receptores CB1 (Contentin, 2002). Assim, é preciso ter prudência quanto aos efeitos da maconha, ainda que esse produto possa ter sido relativamente “inocentado” por certos autores (relatório Roques). Convém assinalar igualmente o aumento regular de princípio ativo (THC) dos produtos consumidos, como atestam os controles efetuados pela polícia nacional e pelas alfândegas. Não é raro, atualmente, encontrar produtos com concentrações de THC superiores a 20%.

As conseqüências patológicas de uma utilização da maconha em doses que permanecem moderadas, que vão do devaneio tranqüilo e subeufórico às raras alucinações, são discutíveis. Em compensação, a embriaguez canábica ocorre por fortes doses de THC (300-500 microg/kg), ou seja, cerca de dez “baseados”, mas isso depende evidentemente da concentração de produto ativo, e a embriaguez é atingida de forma muito mais rápida com produtos de

forte concentração. Essa “embriaguez” canabícea representa uma experiência psicótica transitória, que comporta uma dissociação do pensamento, convicções delirantes, ilusões e alucinações. Foi possível distinguir, em função das principais manifestações, formas onde predominam a excitação, formas delirantes, formas pseudo-autísticas. No decorrer da experiência, persiste às vezes uma viva ansiedade que conduz o jovem a consultar. Discutiu-se a ligação entre o consumo de maconha, sobretudo em forte dose, e o início da esquizofrenia (ver Capítulo 11). Na adolescência, a maconha é provavelmente o produto para o qual é particularmente importante fazer uma avaliação cuidadosa do modo de consumo: um uso convivial com doses moderadas não tem nada de comum com a busca freqüente de uma embriaguez canábica, associada aos diversos critérios de ruptura, em particular no âmbito de dificuldades psicopatológicas iniciantes.

Os alucinógenos. – O primeiro da lista é o LSD, derivado semi-sintético da ergometrina (alcalóide do esporão do trigo). Ele é apresentado na maioria das vezes em pílulas (“pills”), e mais raramente em solução. Os efeitos do LSD também dependem da quantidade de variáveis: doses, associações freqüentes com as anfetaminas, qualidade, ambiência, personalidade, etc. Eles se caracterizam pela “viagem” ou “trip”: modificações perceptivas, vivência de despersonalização, de estranheza, sentimento de liberação benéfica, timia variável segundo os momentos. As modificações médico-psicológicas não são raras; as mais freqüentes são as “*bad trip*” ou “viagem ruim”: reação de ansiedade aguda, sobretudo no início ou no final da experiência, que pode estar na origem de impulsão suicida ou provocar sentimentos angustiantes de perseguição (“*parano*”), de deslocamento (“*esquizo*”) ou de interpretação místico-metafísica. Um brusco reaparecimento, às vezes algumas semanas após a última utilização, pode se produzir espontaneamente (*flash back*); é possível observar igualmente reações psicóticas agudas (surto delirante) de predominância alucinatória e estados psicóticos crônicos (na maioria das vezes de forma dissociativa). Vale assinalar, por fim, o risco teratogênico no feto que é cientificamente discutido e atribuído talvez de forma errônea

ao LSD. A mescalina e a psilocibina são menos utilizadas em nosso país; seus efeitos são esquemáticamente semelhantes aos do LSD.

Os calmantes. – Utilizados na medicina como analgésicos, tranqüilizantes ou hipnóticos, os calmantes são empregados aqui em doses “pós-terapêuticas”. Eles são administrados por via oral, algumas vezes em associação com o álcool, e, sobretudo, em injeções, podendo produzir um efeito *flash*, mas menor do que com os excitantes; o efeito procurado é essencialmente o esquecimento no torpor. Os mais utilizados são os hipnóticos. Seus principais riscos são, a curto prazo, a superdosagem que está na origem de estado de coma, e, a longo prazo, uma tolerância crescente (Simon, 1971), perturbações graves do sono e uma alteração importante da personalidade. Foram assinaladas “demências barbitúricas”.

As anfetaminas. – Absorvidas principalmente em comprimidos ou em solução injetável, as anfetaminas provocam estados de hiperatividade física e de exaltação psíquica. Por via intravenosa, o efeito buscado é o “*flash*”, orgasmo e explosão de todo o corpo. A “*queda*” que marca o fim do estado “*high*” de intoxicação é caracterizada por um estado de fadiga intensa e de tristeza, indo até um aspecto melancólico. Quando o consumo é duradouro, encontra-se freqüentemente aqui o “*efeito parano*”, que desaparece com certa rapidez quando se suspende a impregnação, mas que pode constituir a porta de entrada de uma psicose crônica grave.

Os opiáceos. – O ópio, látex espessado, extraído de cápsulas de papoula, é fumado, comido ou injetado; a morfina, pó branco, principal alcalóide do ópio, é injetada; a heroína, pó branco, derivado sintético da morfina, é tomada e principalmente injetada. Se o efeito buscado pode ser comum (euforia, “lua-de-mel”, bem-estar), se o *flash* também é encontrado quando da injeção, o perigo de dependência psíquica e física é igualmente comum, porém, com um coeficiente notável de gravidade para a heroína, dada a curta duração da ação (heroína: 2 a 3 horas, morfina: 6 a 8 horas). Esse perigo provoca um estado de necessidade crescente. Assim, quando o sujeito não pode mais obter sua droga, sobrevém

a “falta”. O “estado de falta” é caracterizado por uma subagitação ansiosa, sede, suores profusos, vômitos, catarro, midríase, cefaléias, vertigens, diarreias e, sobretudo, dores intensas, na maioria das vezes abdominais e lombares, mas também cervicais, articulares e musculares; instala-se uma insônia incontrolável; em um grau a mais, pode haver um estado de confusão mental. Do mesmo modo que para todos os produtos utilizados por via intravenosa, há um risco elevado de infecção local (abscesso) ou geral (hepatite, endocardite, septicemia) (Fournier et al., 1972).

O principal perigo dos opiáceos é, de fato, a submissão do usuário, que às vezes o conduz brutalmente, mediante uma superdosagem, ou progressivamente, por razões e através de peripécias variáveis, à morte. Medicamentos próximos também são utilizados com muita frequência como produto substituto da heroína pelos próprios toxicômanos: elixir paregórico, os anti-tussígenos que contêm codeína, os analgésicos sintéticos, a metadona.

As outras drogas. – As outras drogas utilizadas atualmente pelos toxicômanos são numerosas, indo da cocaína, fonte possível de alucinação e de delírio em dose elevada, aos solventes orgânicos (éter, tricloretileno, cola de maquetes contendo tolueno), passando pelos antiparkinsonianos sintéticos.

Insistimos que, obviamente, o quadro clínico varia conforme a droga utilizada, mas, sobretudo, conforme as doses utilizadas e conforme as associações em que o álcool serve muitas vezes de adjuvante. A intoxicação pura com álcool é cada vez mais frequente nos toxicômanos atuais. Contudo, é preciso mencionar um ponto comum a todos os toxicômanos: são os problemas do sono, em particular as dificuldades de dormir. Se esse é o efeito de certas drogas para uma grande parte, não é simples examinar o primeiro elo da cadeia, já que os transtornos do sono geralmente são anteriores à absorção das primeiras drogas.

Toxicomania e Diagnóstico Psiquiátrico

Os autores clássicos distinguem os toxicômanos impulsivos, “toxicômanos-tipo” (pró-

ximos do pólo perverso) cuja impulsividade é apenas a necessidade de satisfação imediata, e os toxicômanos compulsivos (mais próximos do pólo neurótico) que lutam e jogam com a culpabilidade erotizada e o martírio que vivem por sua toxicomania.

No momento atual, essa oposição parece superada. Admite-se que qualquer estrutura mental pode conduzir a comportamentos toxicomaníacos. Na população geral de adolescentes toxicômanos, a percentagem de diagnósticos psiquiátricos varia segundo os autores. O problema complica-se porque uma distinção suplementar deve ser introduzida conforme as drogas utilizadas e a importância dessa utilização.

Outro exemplo: citaremos os dados de B. Rounsaville e colaboradores, extraídos do diagnóstico psiquiátrico feito sobre 533 usuários de opiáceos em tratamento na Yale University School of Medicine: os diagnósticos encontrados com mais frequência eram **a depressão grave** (49% dos meninos e 69% das meninas), **o alcoolismo** (sem outro diagnóstico, 37% para os meninos e 27% para as meninas) e **a personalidade anti-social**. Em seguida, vinham o humor depressivo crônico e a ansiedade. Em compensação, as taxas de esquizofrenia (no sentido anglo-saxão) e de mania eram muito baixas. Apesar das dificuldades citadas acima, esse estudo reflete a opinião da maioria dos autores: a toxicomania raramente é encontrada nos estados neuróticos ou psicóticos estruturados, mas observa-se com muito mais frequência nos estados depressivos da adolescência, sobretudo os estados depressivos graves, e nas personalidades ditas anti-sociais ou psicopáticas.

A evolução e o futuro dos toxicômanos são marcados pela frequência de tentativas de suicídio e pelo número não desprezível de mortes brutais (somente overdose) ou de mortes progressivas (estado caquético, hepatite viral grave, endocardite) (Braconnier, 1974). Essa evolução e esse futuro ressaltam a importância de elementos depressivos nesses sujeitos. Além disso, é preciso observar a evolução de certos politoxicômanos quando a conduta toxicomaníaca se atenua. Contudo, essas evoluções graves não devem fazer esquecer que a toxicomania não é uma conduta irreversível. Em um estudo de “Follow up” de 20 anos referente a um grupo de 100 usuários de opiáceos, a evolução de 10% deles era incerta, 23% morreram, 35 a

42%, segundo as definições, tornaram-se abstinentes e, finalmente, 25% continuavam a se drogar (Vaillant, 1973).

Em suma, qualquer que seja a avaliação, a correlação imprecisa e flutuante entre diagnóstico psiquiátrico e toxicomania mostra que a identificação nosográfica tradicional não basta. É necessária uma avaliação em termos de funcionamento mental, voltada à apreciação da estrutura psicopatológica subjacente.

A Personalidade do Toxicômano

A questão aqui é saber se, no plano estrutural, existe uma “personalidade toxicomaníaca” ou, em vez disso, uma “personalidade específica da situação de dependência”. Para responder a isso, mencionaremos aqui os trabalhos importantes e aprofundados de J. Bergeret. Segundo esse autor, não existe uma estrutura de organização da personalidade específica da situação de dependência, mas ela pode ser encontrada em três grandes grupos de indivíduos:

1) Os sujeitos cujo modo de funcionamento mental situa-se sob o primado do genital, do edipiano, do neurótico, nos quais o apego mal elaborado fantasmaticamente ao objeto edipiano e, ao mesmo tempo, a decepção causada por esse objeto conduzem à dependência de um objeto substitutivo destinado a criar magicamente a atmosfera necessária ao desejo.

2) Os sujeitos cujo modo de funcionamento é de tipo psicótico nos quais a dependência evolui geralmente em dois tempos: “um tempo de dependência-defesa pelo comportamento contra a evolução delirante em face de fracassos imaginários” seguido de um tempo de dependência “justificação de aberrações comportamentais ligadas ao transbordamento delirante do imaginário”.

3) Os sujeitos “que entram no quadro de depressão essencial em razão de seu anaclitismo invasivo e de sua dependência estreita a um objeto ao mesmo tempo gratificante e garantidor”, sem dúvida a categoria mais ampla dos sujeitos dependentes. Entre esses sujeitos, encontraremos seguramente muitos traços característicos de pacientes “borderline” descritas pelos autores anglo-saxões (cf. Capítulo 12).

Mas J. Bergeret tenta circunscrever uma série de fatores que constituem arranjos econômicos parciais independentes das estruturas subjacentes e comuns às diferentes forças estruturais das adições. Esse autor descreve assim três fatores:

1) A importância do registro comportamental que ultrapassa em quantidade, como também em qualidade de investimento energético, o registro mental e o registro corporal.

2) A tentativa constante de regressão ao intrincado pulsional primitivo com uma fuga para investimentos maciços relativamente diferenciados e nada conflituosos.

3) Finalmente, dificuldades identificatórias, isto é, uma impossibilidade do sujeito de tomar o lugar do objeto parental, o que o leva a simples movimentos identificatórios “laterais” engendrando a imitação, a sujeição ou a influência, e torna impossível ou sempre difícil a interiorização da lei do pai. Na verdade, a transgressão do toxicômano não se situa tanto em relação à lei do pai quanto em relação a um jogo entre a vida e a morte, ou a uma verdadeira prova ordálica, como sugeriu J. A. Charles-Nicolas.

Toxicomania e Adolescência

Como dissemos anteriormente, um dos elementos novos das toxicomanias atuais reside na extensão desse fenômeno à faixa etária de 15-25 anos. Excluindo os fatores sociológicos (cf. p. 285), como explicar essa extensão no plano da psicologia individual? As principais motivações que estariam na origem do uso de drogas (Davidson et al., 1974) constituem um primeiro patamar de compreensão desse novo elo entre adolescência e uso de droga. De fato, o que pode haver de mais corriqueiro nessa idade do que uma atitude curiosa, uma busca de escapatória ou um desafio à sociedade (cf. Quadro 14.4)?

Trata-se aqui, evidentemente, apenas de motivações conscientes verbalizadas pelos sujeitos (Davidson et al., 1974).

De forma mais profunda, o que foi dito acima a propósito da estrutura da personalidade dependente lembra também os pontos de fra-

Quadro 14.4 Motivações ou efeitos buscados no início do consumo de drogas (em percentagens)

Motivações	No início	Depois
Curiosidade	60,8	5,3
Busca de escapatória	32,2	33,9
Busca de efeitos reputados	19,1	18,9
Pressão do grupo	17,2	9,3
Necessidade de segurança	14,2	14,7
Desafio à sociedade	10,3	7,7
Melhor conhecimento de si	10,5	7,7
Busca de uma criatividade artística	5,7	7,2
Aumento do apetite sexual	1,4	1,4
Estado de necessidade	2,1	39,8
Outros motivos	9,5	12,4

gilidade própria ao processo da adolescência: importância do agir, da regressão pulsional, da problemática identificatória. Alguns autores inclusive passam a idéia de que a problemática profunda da adolescência e a conduta toxicômana se organizam em torno de vários pontos particulares. J. Guillaumin cita três:

1) A experiência de luto que constitui a adolescência leva a buscar os “estímulos externos que proporcionam prazer”, tendo como efeito suprimir o próprio luto. Voltaremos a esse aspecto a propósito da abordagem psicanalítica das toxicomanias.

2) O traumatismo psíquico e a angústia associada a ele acompanham a sucessão de fases do processo da adolescência. Eles também induzem “a repetição traumato-crônica, pobre e despedaçadora para o Ego, do apelo à droga no sentido de um bloqueio por antecipação”.

3) Finalmente, a inquietante questão da identidade que se coloca para o adolescente pode estar na origem de uma busca de diferenciação radical na qual a droga aparece como um meio de se defender em face de uma nova individuação, de um novo nascimento secretamente terrificante.

Antecedentes Infantis

A infância e a pré-adolescência do toxicômano geralmente são marcadas por sinais pre-

cursores: instalação fora do domicílio familiar pouco depois do nascimento, para a metade dos sujeitos em certos estudos, consultas médico-psicológicas, fracassos escolares, etc. Segundo um estudo americano envolvendo 112 toxicômanos que consultaram o Departamento de Neuropsiquiatria da Universidade de Nova York, 69% dos heroínômanos sofriam de uma psicose prévia e 37% tinham sido tratados por transtornos mentais (Escoffer-Lambiotte, 1970). Contudo, não parece existir um perfil de infância específica do usuário de drogas pesadas ou leves, mas é possível distinguir entre os utilizadores ocasionais de drogas e os toxicômanos confirmados. A reconstrução da infância do toxicômano e não do usuário ocasional permite em alguns casos propor a hipótese de uma vulnerabilidade ou fatores de derrapagem psicológica. Esses fatores só assumem seu pleno valor quando associados a outros elementos biológicos, sociológicos ou antropológicos. C. Olievenstein insiste particularmente sobre aquilo que ele chama de “fase do espelho quebrado”:

Para o futuro toxicômano, vai se passar mais ou menos alguma coisa de intermediário entre uma fase do espelho alcançada e uma fase do espelho impossível... Nesse momento, esta passagem onde deve se constituir um Ego diferente do Ego fundido-mãe, tudo se passa como se ocorressem simultaneamente esse face a face com o espelho, esse *flash* da descoberta, a descoberta da imagem de si, e que nesse exato momento o espelho se quebrasse, remetendo ao mes-

mo tempo uma imagem, mas uma imagem quebrada e uma incompletude exatamente onde as brechas deixadas pelas ausências do espelho só podem remeter ao que era anterior: a fusão, a indiferenciação... O produto, o papel do produto é situar-se lá, no lugar da quebra e anulá-la nesse exato momento. (Olievenstein, 1982)

Segundo esse mesmo autor, encontra-se um outro aspecto na infância do toxicômano: a presença de elementos de excitação e de depressão ou seu equivalente em passagens ao ato. Não se trata de uma verdadeira psicose maníaco-depressiva, que aliás é rara na infância, mas sim de episódios fragmentados, retalhados, como também de tentativas do sujeito de mascarar-los. Os grandes pânico do sono durante a infância ou as passagens ao ato suicida nos antecedentes juvenis do toxicômano são sinais disso. O caráter fragmentado está ligado à quebra do espelho citada anteriormente.

Quando a droga aparece no caminho dessa criança que se tornou adolescente, produz-se um “choque experimentado”, choque pelo menos tão forte quanto o choque da quebra, “choque associado da reconstituição da unidade no prazer ou, mais exatamente, da anulação da quebra... Nasce assim o toxicômano”.

Mais recentemente, um de nós sugeriu a hipótese de uma continuidade entre falha nas intervenções precoces, falha do narcisismo, manutenção no registro da sensação, dependência do objeto concreto, apetência a agir (Marcelli, 1994).

Nossa melhor compreensão das interações precoces permite reconstruir esse caminho. Observamos melhor agora o efeito dos fracassos ou das fraquezas nas sintonias afetivas precoces, rupturas repetidas de maternagem. Surgem então faltas, “buracos” que as sensações vêm preencher, substituindo as emoções compartilhadas entre o bebê e seu meio. Assim, não estamos longe de estabelecer uma ponte entre essas experiências fenomenológicas e aquilo que a psicanálise designa sob o termo falha narcísica. Além disso, muitos acreditam que “a patologia aditiva é tanto mais grave na medida em que se situa exclusivamente no registro narcísico”. Quanto mais “toxicômano” é o sujeito, mais sua problemática narcísica é dominante (Charles-Nicolas, 1990).

Isso nos conduz naturalmente à abordagem psicanalítica da toxicomania.

Abordagem Psicanalítica da Toxicomania

A dificuldade do toxicômano em empreender uma psicanálise e, conseqüentemente, a dificuldade dos psicanalistas em propor e em manter um quadro psicanalítico para os toxicômanos tornam difícil uma conceituação apoiada em uma larga “experiência clínica”.

Essa consideração inicial permite compreender melhor a impossibilidade de uma compreensão unívoca e “as escutas teóricas” diferentes nesse âmbito.

Uma primeira “escuta teórica” plenamente identificável em certos toxicômanos passa pela compreensão psicológica dos pacientes *Borderline*. Remetemos o leitor ao capítulo consagrado a esse tema.

Propomos aqui uma segunda “escuta teórica”, que diferencia três aspectos psicodinâmicos, levando em conta a dimensão “droga”, isto é, os efeitos econômicos e dinâmicos do produto.

O ciclo. – Ele corresponde àquilo que vários psicanalistas descreveram sob diferentes aspectos, mas que remetem sempre ao balanceamento e ao desequilíbrio permanente entre os mecanismos de defesa e as pulsões. Rosenfeld destaca que o toxicômano faz uso de certos mecanismos maníaco-depressivos em razão da fraqueza do Ego. O que está em jogo no toxicômano é um duplo balanceamento:

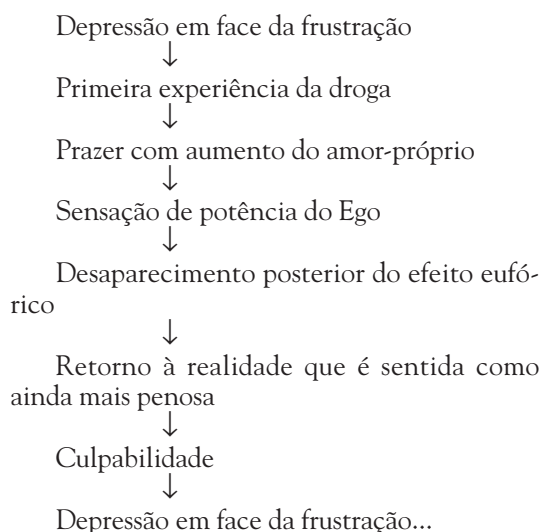
O drogado utiliza os mecanismos maníaco-depressivos que são reforçados pela droga e, conseqüentemente, alterados pela intoxicação. Por sua fraqueza, o Ego do toxicômano não consegue suportar o sofrimento de uma depressão e recorre facilmente a mecanismos maníacos, mas a reação maníaca só pode se realizar com a ajuda de drogas, porque sua produção requer uma certa força do Ego. E a fraqueza do Ego dos intoxicados está ligada à gravidade do processo do despedaçamento do Ego.

Existe, portanto, um balanceamento defesa maníaca-depressão e um balanceamento risco de fragmentação do Ego-mecanismo de defesa maníaco-depressivo. É isso que faz com que o toxicômano não seja nem um esquizofrênico nem um maníaco-depressivo (H. A. Rosenfeld, 1961).

– Um segundo ciclo, mais ou menos próximo do primeiro, e que se articula com ele, é o balanceamento paranóia-depressão. Encontra-se principalmente nos anfetaminômanos que, graças às drogas, se sentem fortes, ativos, perseguidores e depois perseguidos antes de naufragar, quando da “queda” ou sem droga, na depressão que, por sua vez, os leva a se drogar novamente.

– O terceiro corresponde àquilo que Grunberger descreve para o suicídio do melancólico, no qual há um embate permanente entre a instância narcísica e o Ego, instalando um verdadeiro círculo vicioso sob o signo de uma auto-agressividade constante (Grunberger, 1971). A importância e a fraqueza da instância narcísica do toxicômano são ressaltadas por numerosos psicanalistas (Kielholtz, 1925; Rado, 1926; Lebovici, 1971). H. Babikian chega a sugerir a hipótese de que a toxicomania se deve a uma interrupção no desenvolvimento precoce da criança, interrupção que se dá no momento de passagem da onipotência infantil à delegação dessa onipotência aos outros e em particular a sua mãe. Ao crescer, a criança confrontada com a realidade ver-se-á constantemente ameaçada de perder o sentimento de controle absoluto do qual ela necessita permanentemente (Babikian, 1973).

– Finalmente, um quarto ciclo é descrito por S. Lebovici: trata-se de um círculo vicioso que conduz da necessidade irreprimível à culpabilidade, da culpabilidade à depressão, da depressão à necessidade. Esse ciclo lembra aquilo que Rado (1938) indicava no processo de farmacotimia:



Esses diferentes autores atribuem à droga uma significação comum, a de proteger o Ego excessivamente frágil ou cuja integridade está ameaçada. Como diz R. Savitt, a pessoa que tem necessidade de injetar droga na veia requer uma proteção ainda mais rápida do que aqueles que se satisfazem com uma incorporação oral¹ (Savitt, 1963). Essa função defensiva, para o Ego atribuída à droga, é sustentada pela maioria dos psicanalistas (Glover, 1932; Krystal e Raskin, 1970; Lalonde, 1973).

A essa fragilidade do Ego associa-se a necessidade de satisfação imediata destacada por O. Fenichel (1945) e que Diatkine atribui à impossibilidade de encontrar espontaneamente um certo prazer na fantasia: em sua ausência, o imediatismo da satisfação alucinatória provocada pela droga abre caminho para “uma fuga irreversível, pelo menos por um tempo, de energia libidinal” (Diatkine, 1974).

Mas a esses diferentes ciclos possíveis sobrepõe-se uma outra característica do funcionamento de um número não desprezível de toxicômanos: “a clivagem do Ego”.²

A ruptura. – É sobretudo após um período importante de intoxicação que os toxicômanos podem se cindir entre um Ego droga e um Ego não-droga.

Esses dois “Egos” coexistem um ao lado do outro e dão a impressão que temos de lidar com dois sujeitos diferentes: um toxicômano, que conhece bem o produto utilizado, que não se proíbe nada, que se droga sem angústia, nem depressão, nem suicídio (se o objeto é fonte conhecida de morte, o sujeito não pode ser); e o outro variável, conforme os momentos, conforme os sujeitos e conforme a fase do ciclo em que se encontra. Alguns podem ser delirantes, outros deprimidos, outros pré-psicóticos (Braconnier e Olievenstein, 1974). A clivagem do Ego deixa transparecer um elemento fundamental: o mecanismo de exteriorização que permite negar todo processo intrapsíquico (encontrado com frequência no discurso do drogado) e

¹ Freud, em *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade*, já tinha chamado a atenção para o auto-erotismo oral nos alcoólicos e nos toxicômanos fumantes.

² Aqui remetemos o leitor à descrição feita por Freud desse mecanismo (S. Freud, 1938).

que é reforçado pela droga, produto realmente exterior ao indivíduo, por seu poder específico sobre o funcionamento psíquico. O mesmo ocorre para a angústia de morte, que não é mais interna ao sujeito. A angústia é exteriorizada totalmente no objeto droga. Na origem dessa clivagem do Ego, Freud fala de um traumatismo psíquico, que pode ser perfeitamente para o drogado o encontro com a droga e com tudo o que está ligado a ela. Essa descoberta poderia desencadear um processo de clivagem do Ego; a questão é saber se essa descoberta cria a clivagem ou se simplesmente a revela. Sabemos que certos autores assinalaram a importância desse mecanismo de defesa nos *Borderline*, nas personalidades narcísicas e nos psicopatas. Além disso, esse ego droga aproxima-se daquilo que Winnicott descreve como um falso *self*; falso *self* preexistente e que responderia à necessidade do ambiente que é o mundo da droga e que é a própria droga, cujas exigências o sujeito vive intensamente. A um grau acima, o toxicômano não utilizaria mais essa cisão entre falso *self* e *self*, e seria aquele que, como o define Winnicott, não põe em questão os fenômenos transicionais: o período de lua-de-mel lembra bastante essa interpretação (Winnicott, 1969). Soulé escreve: “A droga nos adolescentes pode ser descrita como uma busca infinita desse espaço (a zona de ilusão, a zona transicional) onde a ilusão, como no adormecimento, permanece impossível”. Esse autor lança a hipótese de uma possível continuidade entre o adormecimento do bebê ou da criança pequena facilitada pelos artifícios medicamentosos e pela busca da droga pelo adolescente (Soulé, 1977).

A mobilidade psíquica. – A psicopatologia da toxicomania mostra que o toxicômano acelera e desacelera prodigiosamente os processos que no neurótico, no perverso ou no psicótico levam anos para se estruturar ou para se desestruturar. Se podemos afirmar, como faz Prego Silva acerca da psicopatia (Prego Silva, 1971), que a toxicomania impede uma desorganização psicótica, de um lado, e a passagem à posição depressiva, de outro, é preciso fazer aqui a correção necessária da rapidez e da variabilidade desse tipo de estratégia psíquica. A excitação pletórica e a falta depressiva são cadenciadas a bel-prazer pelo sujeito que vai manipulá-las.

Identifica-se clinicamente a alternância entre uma estrutura e outra (psicótica, psicopática, depressiva, toxicomaníaca), entre um mecanismo e outro (ciclo, ruptura). A isto se acrescenta que a droga e sua absorção podem se revestir de múltiplos significados para um mesmo indivíduo. Os psicoterapeutas de toxicômanos estão firmemente convencidos disso.

Como já dissemos anteriormente, encontramos nessas diferentes “escutas teóricas” elementos abordados em psicopatologia, mas vamos insistir nisso mais uma vez para assinalar que tudo se opõe a uma compreensão psicanalítica unívoca dos toxicômanos. Portanto, o fato comum reside em ter ocorrido uma interação entre a droga e os processos psicodinâmicos, e mesmo entre cada tipo de droga e esses processos (Wieder e Kaplan, 1969) e na mobilidade dos diferentes funcionamentos psíquicos do drogado. Do mesmo modo, para todos os autores, a droga é utilizada pelo adolescente para aumentar suas defesas contra as pulsões libidinais (Flynn, 1973); a dimensão econômica do abuso de drogas é incontestável. S. Freud, que ressaltava esse aspecto desde *Luto e Melancolia*, escrevia em 1929: “a ação dos estupefacientes é vista e reconhecida a tal ponto como um tal benefício na luta para obter a felicidade ou afastar a miséria que indivíduos e mesmo povos inteiros reservaram-lhe um lugar importante na economia de sua libido” (S. Freud, 1929).

Características Familiares

Nenhum fator familiar, considerado isoladamente, é específico. Em geral, os estudos sobre os fatores de risco familiares destacam, de forma mais ou menos explícita, quatro elementos:

- a frequência da dissociação familiar;
- a frequência de outros cuidadores ou da educação de crianças por uma família “ampliada”
- o abuso de produtos psicotrópicos, sobretudo medicamentos na mãe e álcool no pai;
- as transplantações culturais múltiplas.

Esses fatores não devem levar a supor que os toxicômanos são sujeitos sistematicamente

carentes de segurança familiar. Há toxicômanos que dão a impressão de que nunca lhes faltou nada, pelo menos nas relações familiares manifestas.

Uma análise mais atenta do funcionamento familiar conduz os especialistas de abordagens familiares a descrever vários fenômenos característicos (P. e S. Angel, 1989):

- a cegueira familiar em relação aos inúmeros indícios que denunciam a intoxicação;
- os pactos quase incestuosos, pela constatação freqüente de transgressões que se repetem de uma geração a outra, seja em face das leis ou da justiça, seja em face das normas morais vigentes;
- as condutas sacrificatórias. O toxicômano parece canalizar as energias, em particular as energias negativas, do grupo familiar, de modo a conjurar assim a “violência indifferenciada”;
- finalmente, a negação dos desafios morais.

Assim como para vários outros transtornos psicopatológicos, o encadeamento causal direto do sintoma deve ser questionado; de fato, corre-se o risco de atribuir exageradamente a origem da toxicomania apenas ao ambiente familiar. Vale lembrar que a toxicomania em um jovem pode surgir em uma família que não apresenta nem mais nem menos problemas aparentes do que uma outra.

Abordagens Sociológicas

Sem pretender realizar um estudo histórico, é evidente que a utilização abusiva de droga não surge a propósito de nada e a qualquer momento em uma sociedade. A opinião pública, as respostas dos especialistas, as atitudes e as medidas adotadas pela sociedade também interferem no desenvolvimento do fenômeno em si. Em suma, o fato de o fenômeno atual atingir essencialmente os adolescentes levanta a questão sobre essa etapa da vida e o estatuto social que ela representa.

a) Três hipóteses são sugeridas nessa abordagem sociológica das toxicomanias atuais: o abuso de drogas pode ser tanto o sintoma de

uma subcultura, quanto de uma contracultura, quanto o indício da busca de uma outra cultura.

1) A hipótese de que a toxicomania dos jovens é o sintoma de uma subcultura apóia-se em dois fatos:

- O abuso de drogas é subentendido por um processo econômico voltado para o mito do consumo. Porém, se o jovem toxicômano compra sua droga a qualquer preço, assim como o cidadão compra o seu carro, ele também compra, ou rouba se não tiver dinheiro, roupas, discos e aparelhos de som.
- Em nossa sociedade de consumo, o medicamento assume um papel preponderante, e podemos nos perguntar se em uma civilização química não corremos o risco de ser todos toxicômanos (Bensoussan, 1974). O toxicômano seria então a testemunha desse processo para uma faixa da população.

2) A toxicomania como sintoma de uma contracultura é a segunda hipótese. O Ocidente, depois de ter colonizado o resto do mundo, estaria agora colonizando a si mesmo: existe então em cada indivíduo um terceiro mundo que protesta, que se revolta contra a robotização e a normalização. Os jovens, ao fazer da droga o instrumento de seu protesto e de sua iniciação, representam essa contracultura. De fato, é comum que os toxicômanos se queixem dessa sociedade industrializada e robotizada, que sintam uma impossibilidade de criação, de invenção, de viagem e de sonho, que os conduz naturalmente a atitudes de recusa, de resignação e de absorção de produtos que favorecem o imaginário. Contudo, essa hipótese, a nosso ver, leva à confusão bastante freqüente que se faz entre a crise de juventude, a contestação política e a toxicomania.

3) A droga como motor que provoca a busca de uma nova cultura é a terceira hipótese. Essa busca teria três dimensões:

- uma dimensão de conhecimento (estimulação intelectual, criação artística);
- uma dimensão religiosa (busca de um novo sentido para a comunicação, a fraternidade, a comunhão);

- uma dimensão de prazer (rejeitando as proibições morais herdadas da cultura judaico-cristã).

Mas a natureza do movimento comunitário que seria o sinal dessa nova cultura que, para certos sujeitos, associa-se à utilização de alucinógenos, põe em questão essa hipótese: é evidente, como mostram as experiências, que uma comunidade baseada unicamente no uso comum de drogas não poderia existir por muito tempo. Do mesmo modo, a banalização do fenômeno toxicomânico atual nos Estados Unidos, onde quinze anos antes tinha sido lançado o movimento *hippie*, tendo como gurus Timothy Leary ou Allan Watts, parece contradizer os defensores dessa última hipótese.

De fato, essas três hipóteses apóiam-se em elementos aparentes do fenômeno, mas não abordam o problema toxicomânico dos jovens de uma perspectiva dinâmica, isto é, na relação permanente que existe entre o adolescente e a sociedade da qual faz parte.

b) A passagem da droga do nível do sagrado e do secreto ao do consumo de massa pelos jovens revelou que a opinião pública, reflexo de atitudes sociais, sentia medo, condenando espontaneamente os jovens toxicômanos, qualificando-os de vagabundos, pervertidos, viciados. Alguns consideram que os novos meios de informação, na busca deliberada do sensacional, criaram em parte a dimensão mítica do fenômeno; a velha imagem do flagelo reaparece então, embora esse fenômeno não tivesse nem o caráter de fatalidade nem dimensões mundiais. Esse medo e esse exagero favoreceram o maniqueísmo: de um lado, o “sistema”, de outro, a contestação, na forma de uma recusa global, na qual se confundiam ações políticas, delinquência, toxicomania. Essa situação exigiu uma nova lei (Lei de 31 de dezembro de 1970), e a atitude dos poderes públicos foi passar da abordagem judiciária para a abordagem médica, reservando a primeira aos traficantes e a segunda aos toxicômanos. As dificuldades vieram então do arbitrário dessa distinção para os sujeitos gravemente afetados (“um heroinômano a cada quatro se transforma em traficante para obter gratuitamente as doses que lhe são necessárias, o que leva a um crescimento exponencial”) (Pélicier e Thuilier, 1972), e do mal-estar dos médicos e dos assistentes sociais

que deviam ser os delegados de uma autoridade administrativa.³

Os Fatores em Jogo

Podemos agrupar assim os diferentes fatores em jogo nos fenômenos toxicomânicos em três grandes itens:

- **Os fatores socioculturais:** é evidente que esses fatores desempenham um papel muito importante, como nos mostra o estudo do consumo de droga em sua diversidade conforme as épocas e conforme as culturas. Em nossa época e em nossa cultura, o fator sociocultural mais citado é o da não-integração, facilitado por uma origem cultural diferente ou pela imigração. Contudo, é preciso assinalar que alguns estigmatizam esse fator explicativo temendo que se apontem os bodes expiatórios facilmente identificáveis. Além disso, é incontestável que esse fator está estritamente intrincado com a dimensão econômica e social (pobreza e circuito econômico paralelo) que parece cada vez mais evidente ao longo destes últimos anos.

- **Os fatores individuais:** nesse âmbito, há três ordens de subfatores que parecem agravar o risco potencial no adolescente:

- A utilização regular de uma quantidade significativa de droga lícita, seja qual for. O consumo de droga é cerca de seis vezes mais freqüente nos usuários de psicotrópicos lícitos do que naqueles que não os utilizam.
- A existência durante a infância e a pré-adolescência de angústias e de so-

³ A lei francesa de 31 de dezembro de 1970 prevê que toda pessoa que use estupefacientes de forma ilícita será colocada “sob vigilância da autoridade sanitária”. Se o toxicômano é preso, o procurador da República pode obrigá-lo a fazer um tratamento por intermédio dessa autoridade sanitária. Se o toxicômano é encaminhado à autoridade sanitária por serviços médicos e sociais, não se prevê nenhum controle caso a cura ou a vigilância seja interrompida. Se o toxicômano se apresenta espontaneamente aos serviços de prevenção e de tratamento, ele pode ser tratado anonimamente e pode solicitar um certificado mencionando as datas, a duração e o objeto do tratamento, para o caso de ser detido pela polícia.

frimentos afetivos (doenças psicossomáticas, dificuldades escolares, caracteriais, tentativas de suicídio, etc.).

- A desinserção social e, mais recentemente, o risco de soropositividade são particularmente nítidas para os heroínômanos (48,2% deles não têm nenhuma atividade). Essa desinserção está estreitamente intrincada com a conduta toxicomaníaca: em geral é difícil saber se a desinserção favoreceu o abuso de droga ou se foi o contrário.

– **Quanto aos fatores ligados aos produtos**, todas as drogas são utilizadas. Em uma população estudada por uma pesquisa do INSERM anterior à que foi citada antes, a politoxicomania aparecia muito à frente da monotoxicomania (53% dos sujeitos utilizavam três drogas ou mais, contra 24,4% sobretudo para os usuários de maconha, mas também de heroína). Nas associações de drogas constatadas, todas as combinações imagináveis são feitas, e as formas de obtenção mais comuns são o tráfico e as outras vias ilícitas. A frequência de transtornos mentais manifestos atinge 35% dos sujeitos; ela aumenta paralelamente à antiguidade da intoxicação. Assim, é evidente a existência de uma correlação entre a frequência de transtornos mentais manifestos e a antiguidade da intoxicação. É difícil considerar que o toxicômano não tenha uma organização psicopatológica específica. Finalmente, os problemas somáticos ligados ao uso de drogas são consideráveis, visto que 50% dos sujeitos foram levados a contatar os serviços de atendimento por transtornos de ordem somática: abscessos, septicemia, hepatite viral, superdosagem, e agora soropositividade e AIDS.

Abordagem Terapêutica

Ela é comparável em muitos pontos à abordagem terapêutica das tentativas de suicídio; distinguiremos as medidas terapêuticas imediatas e depois as medidas de médio e de longo prazo. De fato, como no caso do gesto suicida, somos confrontados na maioria das vezes com a pressão da urgência sempre crescente. Aqui também a única urgência, sem correr o

risco de assumir a dimensão de uma verdadeira passagem ao ato fazendo eco à passagem ao ato toxicomaníaco do adolescente, é a urgência da escuta.

Medidas somáticas e psiquiátricas imediatas. – A prevenção do futuro somático e/ou psíquico do adolescente é o objetivo essencial dessas medidas imediatas:

- a depressão respiratória secundária a uma intoxicação aguda morfínomimética requer um tratamento de urgência que consiste em uma injeção intravenosa ou intramuscular de Naloxone (Narcan);

- o estado de falta de opiáceos deve ser tratado igualmente em urgência por uma equilíbrio hidroeletrolítico (se necessário em meio hospitalar), um ansiolítico ou um neuroléptico por via parenteral associados a um medicamento substitutivo (Metadona, Pentazocina) ou a um analgésico ou pela clonidina;

- a reação psicótica aguda secundária a um consumo de alucinógenos ou de anfetaminas requer na maioria das vezes uma breve permanência em meio hospitalar, e deve ser tratada, como toda reação psicótica aguda, por neurolépticos, em particular a Clorpromazina, recomendada por muitos autores;

- o estado confusional ou o coma requerem igualmente medidas terapêuticas imediatas, mas sem especificidade em relação à sua origem toxicomaníaca;

- finalmente, os tratamentos exigidos para certas afecções ligadas ao uso de droga (septicemia, hepatite, abscesso, endocardite, tétano e, mais recentemente, sobretudo a AIDS) são citados aqui apenas a título de indicação.

Medidas terapêuticas específicas. – Muitos autores consideram que uma cura de abstinência é preparada e negociada por um tempo relativamente longo entre o terapeuta e o toxicômano. Qualquer que seja a causa (desejo consciente do sujeito, intervenção da polícia, falta de provisão, etc.), a cura de abstinência de opiáceos, chamada anteriormente de cura de desintoxicação, não deve se realizar em um clima de urgência.

Para esse fim, devem ser estabelecidas as bases de um contrato::

- a recusa quase sistemática do tratamento ambulatorial;
- o afastamento dos circuitos habituais de vida e de provisão;
- a indicação de uma abstinência total e não degressiva.

Na prática, esse contrato requer, na grande maioria dos casos, uma permanência de 10-15 dias em meio hospitalar sem saída nem visita (salvo os atendentes).

O método consiste em substituir imediatamente os tóxicos por medicamentos analgésicos e antiespasmódicos, tranqüilizantes ou sedativos em doses rapidamente decrescentes. Uma cura de abstinência pela Metadona, depois a manutenção na Metadona, é cada vez mais recomendada. Ela é realizada e bem controlada em alguns centros franceses. Finalmente, um produto utilizado até então no tratamento de hipertensão arterial, a clonidina, mostra-se agora eficaz no tratamento de abstinência de opiáceos.

Esse tratamento de abstinência bem conduzido inscreve-se de toda maneira em um tratamento polimorfo, base de medidas terapêuticas a médio e a longo prazo. De fato, a associação de diferentes abordagens e, portanto, de diferentes técnicas, privilegiando ora uma ora outra, parece muito mais adequada; salvo exceção, os diferentes métodos são associados. A título de exemplo, a combinação do uso da Metadona e da psicoterapia é indicada por numerosos autores há muito tempo (Dole e Nyswander, 1966), (Rosenthal, 1972). Do mesmo modo, o tratamento conjunto do toxicômano e da família é aconselhável, mas em geral difícil de realizar. Contudo, é importante saber se a família tem conhecimento da intoxicação do sujeito.

Esse tratamento polimorfo deve ser feito em um certo espírito:

- A tarefa principal do clínico é tirar qualquer ilusão do toxicômano sobre uma “autoterapia” e sobre a “perfeição do planeta droga”.
- O desejo de continuidade terapêutica através de uma equipe de especialistas de horizontes diferentes habituados a trabalhar juntos (Charles-Nicolas, 1974). Uma rede constituída de instituições de acolhimento, de curas, de pós-curas, de famílias de acolhimento, de comunidades terapêuticas e/ou indivíduos isolados permite propor constantemente ao drogado um lugar

e uma pessoa com os quais pode se criar um vínculo de apego. Contudo, essa rede deve ter uma certa comunidade de espírito e de trabalho a fim de que o toxicômano não se sinta fragmentado ou manipulado durante essas diferentes estadas.

– O profundo sentimento de que se trata antes de tudo de meios para que o ato do toxicômano se torne discurso, portanto acessível aos outros. Além disso, a constatação de que a conduta de fracasso toxicomaníaco resiste à abordagem terapêutica deve ser relativizada pelo fato de que tais condutas geralmente têm uma função antipsicótica ou antidepressiva no indivíduo.

– A modéstia de desejar um tratamento em que o sentimento de segurança por parte do toxicômano conte mais que o prazer do terapeuta de ver o drogado interromper sua intoxicação. O esforço do terapeuta deve se centrar antes de tudo em um contato inicial caloroso, que pode pertencer ao registro da fusão, do apego ou do *holding*, com a condição de que ele saiba e de que consiga pouco a pouco administrar a frustração indispensável para que as tendências ao mono-investimento do toxicômano evoluam favoravelmente. Em seguida, o esforço do terapeuta deve se centrar no aumento da tolerância do toxicômano em relação aos seus afetos.

– Finalmente, o sentimento de que a utilização e a aplicação desses diferentes meios podem ser uma etapa que prepara o toxicômano para uma psicanálise, única abordagem que mobiliza o funcionamento repetitivo e a dependência. O tratamento-tipo deve ser arranjado levando-se em conta a intolerância do drogado à frustração (a posição deitada não é indispensável), a energia das forças presentes (cinco ou seis sessões por semana são desejáveis), e a necessidade de uma cuidadosa preparação que não se deve demolir em alguns instantes (o bem-estar deve ser sempre reforçado). A transferência e a contra-transferência constituem, evidentemente, a pedra angular desse edifício; os temores de ser devorado ou destruído e os problemas colocados pela agressividade levam o psicanalista a submergir, induzindo-o a “dar” em excesso ou pouco demais. Ele deve prevenir essas reações reconhecendo no paciente não apenas seus conflitos, mas também suas necessidades, sem perder de vista que “o trabalho se opera com aquilo que falta no analisado e no analista” (Pontalis, 1974). Esse tratamento tem como objetivo permitir ao toxicômano confrontar-se

com suas tendências destrutivas e evitar a dispersão e a fragmentação do sujeito, propondo uma continuidade do *self* e do objeto.

A prevenção. – O que dissemos acima sobre a infância e a adolescência dos drogados, como também sobre as famílias e o ambiente social do toxicômano, induz a um esforço muito particular no sentido da prevenção.

O CONSUMO DE ÁLCOOL

Será que se deve separar o fenômeno de consumo de álcool nos jovens da utilização de drogas e da toxicomania? Na França, é comum fazer isso. Aqui, os fatores socioculturais não são estranhos: incontestavelmente, a alcoolização do adolescente não constitui sistematicamente uma conduta toxicomaníaca. Além disso, essa alcoolização prefigura ou inaugura diferentes tipos de alcoolismo, bem descritos no adulto. Ao contrário, nos clínicos franceses, prevalece a impressão de que a alcoolização por transmissão (alcoolização clássica) regride no adolescente, ao mesmo tempo em que o álcool é cada vez mais utilizado em um contexto anti-social de consumo de várias drogas.

Definições

Existem numerosas definições do alcoolismo. Algumas repousam em critérios quantitativos: fala-se então de sujeitos abstinentes, de pequenos consumidores (quantidade de álcool inferior a 40 gramas de álcool por dia) e de consumidores excessivos (quantidade de álcool superior a 40 gramas de álcool por dia). Essas definições não levam muito em conta as alcoolizações por excessos intermitentes, comuns na adolescência.

Em 1951, a OMS adotava a seguinte fórmula: “os alcoolistas são consumidores excessivos, cuja dependência em relação ao álcool é tal que eles apresentam ou um transtorno mental identificável, ou manifestações que afetam sua saúde física e mental, sua relação com o outro e seu bom comportamento social e econômico, ou pródomos de transtornos desse gênero.

Eles devem ser submetidos a um tratamento”. Evidentemente, essa definição se aplica mais ao adulto que ao adolescente alcoolista.

Atualmente, a classificação americana DSM-III distingue duas ordens de fatos:

O abuso do álcool cujos critérios diagnósticos são de três tipos:

- presença de um ou vários sintomas que testemunham uma utilização patológica de álcool (por exemplo, necessidade de beber todos os dias para funcionar bem, ocorrência de eventuais embriaguezes, absorção eventual de bebidas não alimentares: álcool a 90°, água de colônia, etc.);
- repercussão social ou familiar do consumo de álcool;
- duração de transtornos superior a um mês.

A síndrome de dependência cujo diagnóstico necessita de duas ordens de critérios:

- presença de um dos dois primeiros tipos de critérios diagnósticos do abuso de álcool citados acima;
- presença de uma alteração da tolerância ou de um ou vários sinais de abstinência.

A DSM-III identifica ainda, nas categorias distintas de precedentes, a intoxicação alcoólica aguda e os efeitos mentais orgânicos induzidos pelo álcool.

No que se refere às numerosas classificações clínicas e etiopatogênicas do alcoolismo, remetemos o leitor ao tratado consagrado à psicopatologia do adulto. Finalmente, no que se refere ao alcoolismo no adolescente, nenhum trabalho de definição foi realizado verdadeiramente, pelo que sabemos. Contudo, a título indicativo, vale mencionar: *The adolescent alcohol involvement scale: An instrument for measuring adolescent's use of alcohol* (Mayer and Filstead, 1979).

O Modo de Consumo de Bebidas Alcoólicas

Trata-se aqui de tendências encontradas em geral em estudos referentes quase sempre a con-

dutas de alcoolização em menores apreendidos por delitos ditos de contravenção.

Na maioria dos casos, o quadro de alcoolização é o grupo ou o bando. O bar, o salão de dança ou a *party* é o lugar onde se realiza essa conduta. Quanto à alcoolização solitária característica do adulto, ela parece menos freqüente, mas talvez passe despercebida.

A natureza das bebidas é função dos recursos regionais: a cerveja e a cidra geralmente são consumidas em um primeiro momento; depois vêm os vinhos, os aperitivos e as bebidas fortes. Todas as associações, do mesmo modo que para as drogas ilícitas, são possíveis.

Em relação ao alcoolismo do adulto, essa conduta adquire mais facilmente uma forma toxicomânica no adolescente. A busca deliberada da embriaguez, da “viagem”, da rapidez e da intensidade dos efeitos por meio das bebidas de alto teor alcoólico é característica.

Cada vez mais, esse alcoolismo toxicomânico é associado ao consumo de medicamentos psicotrópicos ou de drogas ilícitas conhecidas: o álcool amplifica seus efeitos.

Cada vez mais, o álcool pode servir de “produto alternativo” no caso de ruptura da provisão de droga no toxicomânico.

Quer se trate de um alcoolismo toxicomânico ou não, os efeitos buscados vão do relaxamento à embriaguez; “todos os intermediários podem ser encontrados ao sabor das circunstâncias, dos encontros, das exigências instintivas e pulsionais” (Féline, 1982).

Os Riscos de Alcoolização na Adolescência

A alcoolização do adolescente acarreta as mesmas complicações que o alcoolismo do adulto: modificação de caráter e da afetividade, estados depressivos e mesmo delírios (na verdade, ainda raros na adolescência). Ao contrário, o risco de evolução para uma politoxicomania é específico da alcoolização atual do adolescente. De fato, as vias de passagem entre essas duas condutas são cada vez mais freqüentes. Em contrapartida, a existência de morte direta por abuso massivo de álcool é seguramente menos freqüente no adolescente alcoolista do que no adolescente toxicômano;

porém, os acidentes de trânsito, fontes de morte e de invalidez, assim como atos violentos graves, podem estar diretamente ligados à alcoolização de sujeitos jovens.

Se o risco de overdose accidental é excepcional no jovem alcoolista, a associação entre a bebida e os gestos suicidas parece estar se tornando mais freqüente. Uma pesquisa realizada em Edimburgo assinala um aumento de 17% a 29%, ao longo dos 10 últimos anos, de jovens alcoolistas de 15 a 19 anos que tentam o suicídio (Kreitman e Schrieber, 1979). Do mesmo modo, o risco de gestos violentos heteroagressivos e de acidentes de trânsito é bem conhecido. A OMS destaca que entre os jovens de 15 a 24 anos, a maioria dos acidentes de trânsito está associada a um excesso de álcool (Ritson, 1981).

Os Determinantes Psicossociológicos do Alcoolismo no Adolescente

Em um trabalho sobre os aspectos atuais do sujeito jovem, A. Féline e J. Ades consideram três tipos de situações suscetíveis de explicar as formas de alcoolização nos jovens, “algumas sendo suscetíveis de causar uma dependência do álcool, e outras menos” (1982). A intrincação de fatores de personalidade e fatores ambientais opera aqui plenamente:

– A alcoolização como modo de integração ao mundo do adulto. Trata-se do alcoolismo clássico na França. Na família, nos momentos de festas ou mesmo de forma mais regular, por ocasião do serviço militar ou quando do primeiro emprego, o hábito de beber instala-se por pressão do grupo. Já há muito tempo na França, esse modo de alcoolização representa o primeiro estágio de intoxicação para adolescentes que se tornarão consumidores excessivos ou alcoolistas dependentes. Esse grupo inclui evidentemente as famílias de alcoólicos em que se constata uma transmissão cultural de pais para filhos; contudo, não se deve subestimar a influência dos iguais sobre as condutas alcoolistas, influência que para alguns parece inclusive mais importante que a dos pais (Forslund e Gustafson, 1970).

– A alcoolização como automedicação. Trata-se do alcoolismo bem conhecido em razão dos efeitos seja sedativos, tranqüilizantes ou

antidepressores, seja excitantes do álcool. Esse alcoolismo geralmente é solitário, oculto. Pode envolver o menino, mas também a menina, que mergulha em uma degradação física e em uma marginalização que pode ser bem rápida. Às vezes, essas condutas alcoólicas lembram verdadeiros equivalentes suicidas. Podem se observar outros transtornos da personalidade: nos psicopatas, o alcoolismo assume facilmente uma forma impulsiva e se inscreve em uma série de comportamentos característicos; em alguns jovens esquizofrênicos, a absorção esporádica de álcool ocorre em momentos de angústia que o sujeito busca intensamente atenuar.

– A alcoolização como conduta toxicômana. Trata-se de um fenômeno cuja extensão está ligada ao desenvolvimento da toxicomania juvenil. Inicialmente desconsiderado pelos jovens toxicômanos (entre 1960 e 1970), o álcool tornou-se atualmente uma droga integral. No adolescente, sejam esporádicas e paroxísticas ou contínuas, essas toxicomanias alcoólicas geralmente são acompanhadas do consumo concomitante de outras drogas. Recordemos igualmente aqui que, de um lado, a absorção excessiva de álcool é apenas um dos fatores de risco na história das toxicomanias e, de outro, que o álcool pode representar para alguns toxicômanos confirmados um produto substitutivo em uma etapa de desintoxicação no caminho da “cura”.

As Personalidades Alcoólicas

Assim como para os jovens toxicômanos, nem a experiência clínica nem os estudos psicométricos ou psicopatológicos são favoráveis a uma personalidade alcoólica específica (Chevalier, 1982).

Contudo, alguns traços comuns são encontrados habitualmente pelo clínico:

- a intolerância à frustração;
- a ansiedade;
- a tendência depressiva e o sentimento de inferioridade, a perda de auto-estima, a vergonha ou o incômodo de seu corpo no conjunto ou em parte;
- a dependência afetiva em relação a um dos genitores ou a um grupo.

Embora os jovens alcoolistas compartilhem entre si de várias dessas características, estas nem se restringem apenas aos sujeitos que usam álcool, nem são suficientes para falar de uma personalidade alcoólica.

Como já vimos, a referência a personalidades patológicas bem repertoriadas sugere um ecletismo importante: psicopatia, neurose, depressão e mesmo psicose.

Do mesmo modo, os testes (MMPI, Rorschach, TAT, etc.) não indicam que os alcoólicos formem um grupo monolítico. Dois subtipos no adulto e não no adolescente são encontrados com mais frequência: psicopático e neurótico depressivo.

Abordagem Psicanalítica

A teoria psicanalítica busca essencialmente compreender o mecanismo de dependência. Muitos elementos mencionados a esse propósito no item consagrado às toxicomanias podem ser retomados aqui. No que se refere mais especificamente ao álcool, S. Freud e seus sucessores insistem sobre a importância na gênese do alcoolismo de certas tendências inconscientes: homossexualidade latente, auto-agressividade e, sobretudo, fixação na fase oral. O adolescente, por suas características psicodinâmicas próprias, é uma personalidade exposta à emergência dessas tendências inconscientes. Além disso, se admitimos, como De Mijola e Schentoub, que a relação libidinal exclusiva do alcoolista com o álcool visa negar um luto, o adolescente, também aqui, parece particularmente exposto a essa conduta (1973). Isso explica em parte, sem dúvida, por que todo adolescente é atraído um dia ou outro pelos efeitos do álcool. Mas isso não permite compreender por que certos adolescentes se tornam alcoolistas. Fora as explicações polifatoriais, sempre pouco satisfatórias, certos autores, para ficar apenas no campo da psicanálise, apontaram ligações mais diretas entre a conduta alcoólica e aspectos psicodinâmicos da personalidade: já nos referimos à fixação oral descrita por Freud, mas podemos citar igualmente a “falta fundamental” de Balint que o álcool vem preencher, a “dificuldade identitária” do alcoolista, sujeito que não conseguiu superar a fase do espelho descrita por Lacan (Fontan,

1979), ou as personalidades apresentadas por Bergeret como estados-limite, nas quais a depressão, a angústia, a necessidade de apoio e de amor se fixam no álcool.

Tratamento

O tratamento das condutas alcoólicas do adolescente deve ser diferenciado segundo os tipos de alcoolização, tal como descrevemos anteriormente:

– No caso da alcoolização “clássica”, trata-se essencialmente de um modo de integração ao mundo dos adultos. A ação terapêutica deve centrar-se na detecção precoce e, mais ainda, na prevenção no âmbito das escolas de ou dos locais de aprendizagem. O médico escolar, o médico generalista e o médico de família podem desempenhar um papel importante, que

é preferível à intervenção do psicólogo ou do psiquiatra.

– No quadro da alcoolização como automedicação, o risco é inverso: é muito comum que o problema do alcoolismo seja priorizado pelo próprio adolescente e por seu círculo em detrimento de problemas psicopatológicos subjacentes. O tratamento desse tipo de alcoolismo só pode ser empreendido com uma abordagem psiquiátrica e psicoterápica claramente apresentada.

– Finalmente, na alcoolização como conduta toxicomaníaca, encontramos as atitudes terapêuticas preconizadas no parágrafo anterior.

De um ponto de vista geral, os adolescentes alcoolistas, ao contrário dos adultos, normalmente não aceitam entrar em contato com as associações de ex-alcoólicos quando isso lhes é proposto. Esse último ponto deve ser destacado em razão da importância dessas associações para os pacientes mais velhos.

REFERÊNCIAS

- ANGEL P. et ANGEL S. : *Famille et toxicomanie*. Paris. Éditions Universitaires, 1989.
- BABIKIAN H. : Report at American Academy of Psychoanalysis (cité par D. Zimmerman). *The Journal. Addiction Research Foundation of Ontario*, 1973, 2, 16.
- BAILLY D. et VENISSE J.L. : *Dépendance et conduites de dépendance*. Paris, Masson, 1994.
- BELA GRUNBERGER : *Le narcissisme*. Payot, Paris, 1971.
- BELCHER H.M., SCHINITZKY H.E. : Substance Abuse in Children. *Arch. Pediatr. Adolesc. Med.*, 1998, 152, 952-960.
- BENSOUSSAN P. : *Qui sont les drogués?* Robert Laffont, Paris, 1974.
- BERGERET J. : Les conduites addictives. Approche clinique et thérapeutique. In : J.L. (édit.). *Les Nouvelles Addictions*. Paris, Masson, 1991.
- BRACONNIER A., MARCELLI D. : The adolescent and his parents : parental crisis. *J. Adol.*, 1979, 2, 335-336.
- CHARLES-NICOLAS A. : Processus toxicomanogènes. Constantes et évolutions. In : VENISSE J.L. *Les nouvelles addictions*. p. 30-41. Paris, Masson, 1990.
- CHEVALIER J.F. : Les personnalités alcooliques. *Rev. Med.*, 1982, 13, 313-316.
- CHOQUET M., LEDOUX S. Point sur la consommation de drogues illicites parmi les adolescents en France. *Médecine et Hygiène*, 46, 2034-2038.
- CORCOS M., FLAMENT M., JEAMMET P. : *Les conduites de dépendances*, Paris, Masson, 2003.
- COSTENTIN J. : Données neurobiologiques récentes sur le cannabis. *Bull. Acad. Natle. Med.* 2002, 186, 2, 47-57.
- COSTES J.M. : Données épidémiologiques récentes sur les drogues illicites en France. Prévalence et conséquences sanitaires des consommations, disponibilité et qualité des produits. *Bull. Acad. Natle. Med.*, 2002, 186, 2, 9-22.
- CUCHE H., ROUX J.M. : Aspects biochimiques de la douleur. In : *Neurobiochimie clinique* (E. Zarifian, Éd.). Éditions Sandoz, Paris, 1980.
- DARCOURT G. : Économie psychique et dépendance. In : Bailly D. et Venisse J.L. (édit.). *Dépendance et conduites de dépendance*. Paris, Masson, 1994.
- DAVIDSON F., ÉTIENNE M., PIESSET J. : Contribution à l'étude épidémiologique de la pharmacodépendance en France. *Bulletin des statistiques «Santé-Sécurité Sociale»*, 1974, 2, 69-104.
- DE MIJOLLA A., SCHENTOU B. : *Pour une psychologie de l'alcoolisme*. Payot, Paris, 1973.

- DENIKER P. : Drogues modernes et toxicomanies nouvelles. *Rev. Prat.*, 1971, 21, 967-978.
- DEWITT D.J., ADLAF E.M., OFFORD D.R., OGBORNE A.C.: Age at first Alcohol Use : A risk factor for the development of Alcohol Disorders. *Am. J. Psychiatry*, 2000, 157, 745-750.
- DOLE V.P., NYSMANDER M.E. : Rehabilitation of heroin addicts after *blockade* with methadone. *New York State J. Med.*, 1966, 66, 2011.
- ESCOFFIER-LAMBIOTTE C. : La drogue : de l'angoisse à servitude. *Journal Le Monde*, Paris, 15.09.1971.
- FELINE A., ADES J. : Aspects actuels de l'alcoolisme du sujet jeune. *Ann. Méd. Psych.*, 1980, 138, 80-86.
- FENICHEL O. : *The psychoanalytic theory of neurosis*. W.W. Norton and Co. Inc., New York, 1945.
- FONTAN M. : Les jeunes et l'alcool ou la drogue. In : *Mieux connaître l'alcoolique*. La Documentation Française, Paris, 1979, 92-98.
- FORSUND M., GUSTAFSON T.J. : Influence of peers and parents and sex on drinking by students. *Quarterly J. Studies Alcohol*, 1970, 31, 868-875.
- FOURNIER E., GAULTIER M., PIVA L., BISMUTH L. : Intoxication chronique par les opiacés. *Ann. Med. Int.*, 1972, 123, 825-832.
- FLYNN W.R. : Drug abuse as a defense in adolescence. *Adolescence*, 1973, 8, 31, 363-372.
- FREUD S. : *Trois essais sur la théorie de la sexualité* (trad. par B. ReverchonJouve). Gallimard, Paris, 1905.
- FREUD S. : *Malaise dans la civilisation* (trad. par Ch. et J. Odier), PUF, Paris, 1930.
- FREUD S. : Le clivage du Moi dans le processus de défense (1938). *Nouv. Rev. Psychanal.*, 1970, 2, 25-30.
- GLOVER E. : On the etiology of drug addiction. *Intern. J. Psychanal.*, 1932, 13, 298-330.
- GRUNBERGER B. : *Le narcissisme*. Payot, Paris, 1971.
- GUYON L. : Évaluer la prévention des conduites alcooliques et toxicomaniaques : expériences québécoises récentes. In : *Conduites addictives, conduites à risques : quels liens, quelle prévention?* Venisse J.L., Bailly D., Reynaud M., Masson, Paris, 2002, p. 187-198.
- JEAMMET Ph. : Dépendance et séparation à l'adolescence : point de vue psychodynamique. In: BAILEY D. et VENISSE J.L. (édit.). *Dépendance et conduites de dépendance*. Paris. Masson. 1994.
- JOHNSTON C.D., O'MALLEY P.M., BACHMAN J.G. : *High School Senior Drug Use*. 1975-89. Rockville MD. National Institute on Drug Abuse, 1990.
- KHANTZIAN E.D., MACK J.E., SCHATZBERG A.F. : Heroin Use as an attempt to Cope : Clinical Observations. *Am. J. Psychiat.*, 1974, 131, 160-165.
- KREITMAN N., SCHRIEBER M.: Parasuicide on young Edimbourg women (1968-1975). *Psychol. Med.*, 1979, 9, 469-479.
- KRYSTAL H., RASKIN A. : *Drug dependence*. Wayne State University Press, Detroit, USA, 1970.
- LALONDE P. : La personnalité psychédélique. *Toxicomanies*, 1973, 6, 343-358.
- LEBOVICI S. : À propos de la toxicomanie. *Inform. Psylchiatr.*, 1974, 50, 685.
- LEGLEYE S., BECK F., PERETTI-WATTEL P. : Consommateurs d'alcool ou de cannabis à 17 ans. Quelles différences? *Alcoologie et addictologie*, 2002, 24, 2, 127-133.
- LÔO H., SUSINI J.R. : La toxicomanie : un comportement déviant? *Rev. Prat.*, 1976, 26, 2965-2982.
- MARCELLI D. : Du lien précoce au lien d'addiction. *Neuropsychiatrie de l'Enfance*, 1994, 42, 7, 279-284.
- MAYER J., FILSTEAD W. : The AAIS. *J. Studies Alcohol*, 1979, 40, 291-300.
- MOOLCHAN E.T., ERNST M., HENNINGFIELD J.E. : A review of tobacco smoking in adolescents : treatments implications. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 2000, 39, 6, 682-693.
- OLIEVENSTEIN C.S. : *La vie du toxicomane*. PUF, Paris, 1982, I vol.
- OMS : Séries de rapports techniques n° 417. Comité OMS d'experts de la pharmacodépendance, Genève (Suisse), 1969.
- OXFORD J. Hypersexuality : implications for a theory of dependence. *Brit. J. of Addiction*, 1978, 73, 299-310.
- PÉLICIER Y., THUILLIER G. : *La drogue*. PUF, «Que sais-je?», Paris, 1972.
- PONTALIS J.B. : Bornes ou confins? *Nouv. Rev. Psychanal.*, 1974, 10, 5-16.
- PREGO SILVA : Notes sur le traitement de la psychopathie (trad. : D'N. Beaufils). *Psychiatr. Fnf.* 1971, 14, 546-552.
- RADO S. : The psychic effects of intoxicants. *Internat. J. Psychoanal.*, 1926, 7, 296-413.
- RADO S. : The psychoanalysis of pharmacothymia. *Psychoanal. Quarterly*, 1938, 2, 1-23.
- RAPPORT : (sous la direction de Reynaud M.) : *Usage nocif de substances psychoactives : identification des usages à risques : outils de repérage ; conduites à tenir*. La documentation française, Paris, 2002, 1 vol.
- ROSENFELD H.A. : De la toxicomanie. *Rev. Fr. Psychanal.*, 1961, 25, 885-889.
- ROSENTHAL R. : Slow detoxification in Heroin addiction. *New York State J. Med.*, 1972, 15, 2998-3000.

- SANBORN DE, CASEY T.M., NISWANDER G.D. : Drug abusers, suicide attempters and the MMPI. *Dis. Nervous Systems*, 1971, 32, 183-187.
- SAVITT R.A. : Psychoanalytic Studies on addiction : ego structure in narcotic addiction. *Psychoanal. Quaterly*, 1963, 32, 43-57
- SCHNEIDER J.P. How to recognize the rigus of sexual addiction. *Postgraduate medecinc*, 1991, 90, 6, 171-182.
- SUTHERLAND I., SHEPHERD J.P. : Adolescent's beliefs about future substance use : a comparaison of current users and non-users of cigarettes, alcohol and illicit drugs. *Journal of Adolescence*, 2002, 25, 169-18 1.
- TASSIN J.P. : La place de la dopamine dans les processus de dépendance aux drogues. *Bull. Acad. Natle Med.*, 2002, 186, 2, 23-33.
- VAILLANT G.E. : A 20 Years follow-up of New York Narcotic Addicts. *Arch. Gen. Psychiat.*, 1979, 29, 237-241.
- WIEDER H., KAPLAN E.H. : Drug use in adolescents. *Psychoanal. Study Child*, 1969, 24, 399-43 1.
- WWINNICOTT D.W. : *De la pédiatrie à la psychanalyse* (trad. par Y. Kalmanovitch). Payot, Paris, 1969.
- ZUCKERMAN M., NEELE M. : Sensation seeking and psychopathology. *Psychiatry Res.*, 1979, 1, 255-264.

QUARTA PARTE

O ADOLESCENTE EM SEU AMBIENTE

Introdução ao Estudo do Adolescente em seu Ambiente

A quarta parte desta obra é consagrada ao estudo do adolescente em seu ambiente. Trata-se de um campo de pesquisa particularmente difícil de delimitar, porque nessa idade específica a referência aos fatores ambientais desencadeantes é muito freqüente, se não constante, na avaliação psicopatológica de uma conduta particular. Como dissemos no capítulo introdutório, o modelo sociológico é um dos modelos básicos de compreensão do adolescente; certos sociólogos chegam inclusive a declarar que a adolescência constitui um fenômeno puramente social, próprio ao modelo de desenvolvimento e ao modelo educativo adotado por nossas sociedades ocidentais (cf. item “O modelo sociológico”, no Capítulo 1). É natural que, assim definido, o adolescente se torna totalmente dependente do ambiente e em grande medida é determinado por ele. Certamente, esse ponto de vista sociológico parece pertinente para compreender fenômenos que afetam um grande número de indivíduos (por exemplo, movimento *hippie* dos anos de 1960), e para tentar apreender a significação desses fenômenos em seu conjunto; em contrapartida, em face do indivíduo, em face de um adolescente, a utilização exclusiva do modelo sociológico para tentar apreender

o sentido de uma conduta particular corre o risco de despojá-la de toda significação histórica individual e familiar.

De certa maneira, subordina-se o indivíduo adolescente ao grupo social e cultural ao qual ele pertence: as condutas do indivíduo são apenas a manifestação das pressões ambientais, sem que o próprio indivíduo seja seu depositário a partir de sua história pessoal e familiar. Mas é inteiramente verdade que se corre o risco inverso de dar uma significação excessiva a certas condutas do indivíduo se não se esclarecerem as condições ambientais em que elas surgiram, e de atribuir uma significação patológica àquilo que pode ser apenas uma conformidade às normas sociais externas ao indivíduo. Como sempre, a contraposição dos dois modelos de compreensão, sociológico e coletivo, de um lado, psicopatológico e individual, de outro, é mais empobrecedor do que enriquecedor. Contudo, muitas vezes não é fácil para o clínico fazer esse vaivém entre a avaliação das condições ambientais, de um lado, e o sentido para o indivíduo de uma conduta particular, de outro. De nossa parte, parece-nos que na adolescência observa-se com freqüência uma profunda modificação na capacidade de tolerância do ambiente em face de condutas geralmente antigas, mas expressas de maneira nova pelo

adolescente. Já discutimos esses diversos pontos em *Enfance et psychopathologie* (p. 439).

Na adolescência, os importantes remanejos psíquicos têm como conseqüência uma fragilidade relativa do equilíbrio psicoafetivo. Essa fragilidade ou essa sensibilidade do sistema psíquico apresenta uma grande vantagem: a de permitir pouco a pouco uma especificidade de funcionamento. O adolescente, desse ponto de vista, não nos parece muito diferente do bebê, no qual Bowlby assinala a plasticidade inicial dos sistemas de comportamento, plasticidade que permite uma adaptação progressiva por estabilização das seqüências interativas mais pertinentes em função do ambiente. Do mesmo modo que a plasticidade de condutas do bebê lhe permite a melhor adaptação possível ao seu meio familiar, a relativa plasticidade das condutas sociais do adolescente lhe permite otimizar sua adaptação às condições do ambiente. Contudo, o preço dessa plasticidade é, evidentemente, a relativa fragilidade do sistema e, como conseqüência, sua vulnerabilidade. O conceito de vulnerabilidade, juntamente com os conceitos de competência e de fatores de risco, inicialmente introduzido e utilizado no bebê e na criança pequena (cf. *Enfance et psychopathologie*, p. 449), é útil também para compreender melhor a psicopatologia na adolescência, e para tentar circunscrever melhor a antiga noção de “patologia reativo”. Porém, a entidade “transtorno reativo” é mais utilizada para a criança do que para o adolescente, ainda que as questões ambientais sejam consideradas muitas vezes como elementos incitadores de diversas condutas desviantes do adolescente. É preciso observar ainda que numerosos autores, em particular os autores anglo-saxões, a partir dos trabalhos de E. Erickson, preferem falar de “transtornos situacionais” para mostrar que se trata de transtornos em relação a uma situação particular, mas, de um lado, sem inferir daí um determinismo causal particular (como subentende a noção de reação) e, de outro lado, sem definir uma organização estrutural precisa (opondo-se aos transtornos estruturados).

Embora em um tipo de conceituação bem diferente, essas posições são retomadas por diversos autores que tentam articular a psicopatologia do indivíduo com seus determinantes ambientais, quer se trate da família ou do espaço social próximo. Assim, Jeammet refere-se

à noção de “espaço psíquico ampliado”: para esse autor, o adolescente entrega a certas pessoas de seu círculo esta ou aquela parte de suas instâncias psíquicas, buscando obter a partir do exterior satisfações pulsionais ou, inversamente, limitações superegóicas que ele próprio não pode se permitir ou se impor. Segundo o autor, essa passagem para o exterior é diferente da identificação projetiva, pois ela é muito mais global e mais superficial, mas torna o adolescente ao mesmo tempo dependente e mais sensível às condições do ambiente. A busca da “alma gêmea”, com a fantasia de completude que ela subentende, constitui um exemplo clínico disso. Em razão da natureza particular das ligações que o adolescente estabelece com seu ambiente, ele se torna particularmente dependente e vulnerável às pressões e mudanças que esse ambiente pode provocar: assim, a perda da ligação de complementaridade representada por essa “alma gêmea” pode provocar uma ruptura no desenvolvimento e enormes desgastes correlatos. É muito difícil então, como se vê, pretender fazer uma separação simplista entre os fatores ambientais e a psicologia ou a psicopatologia individual.

Para Ladame, a patologia do adolescente deve ser compreendida sempre em uma dupla perspectiva: de um lado, a patologia do adolescente remete permanentemente a vicissitudes inscritas no primeiro desenvolvimento, mas, de outro lado, a atualização dessa patologia na adolescência revela as falhas do ambiente presente. As tentativas de suicídio do adolescente constituem uma ilustração dessa abordagem dinâmica: assim, segundo Ladame, a tentativa de suicídio corresponde a um momento particular marcado pela coalizão entre os movimentos psicoafetivos internos e as condições ambientais atuais, coalizão entre “o de dentro e o de fora” (cf. Capítulo 10 – “As tentativas de suicídio”).

Constata-se a partir desses exemplos o risco de uma excessiva generalização do conceito de patologia reacional, o que levaria a incluir nesta quarta parte da obra a quase totalidade da psicopatologia do adolescente. Em compensação, quando se levam em conta as condições externas, pode-se compreender a escolha dessa ou daquela conduta sintomática com a ressalva de distinguir os diversos patamares que intervem em sua gênese. Propomos distinguir três níveis essenciais:

OS FATORES PSICOPATOLÓGICOS PARTICULARES

Trata-se aqui das conseqüências das primeiras relações de objeto sobre a organização psíquica do indivíduo; a natureza dessas primeiras relações de objeto influi no tipo atual de relação de objeto que o adolescente estabelece com o mundo à sua volta. A título de exemplo, pode-se considerar que a conduta toxicomaníaca remete a uma relação de objeto precoce marcada pela dependência, enquanto que a conduta psicopática remete a relações de objeto precoces marcadas pela projeção, e a conduta suicida a relações precoces marcadas pela ambivalência e pelo retorno a si da agressividade.

OS FATORES DE RISCO GERAIS

São todas as situações reveladas pelas pesquisas epidemiológicas que conduzem a um aumento das taxas de morbidade: nível socioeconômico, estrutura legal da família (presença dos dois genitores, ou falecimento de um dos genitores, ou divórcio, etc.), doença psíquica ou mental de um dos genitores, etc. Esses fatores de risco estão presentes em várias condutas do adolescente. No caso das três condutas mencionadas acima, os fatores de risco gerais desempenham um papel evidente para a psicopatia e as condutas suicidas, e talvez um papel menos acentuado para as condutas toxicomaníacas.

OS FATORES FACILITADORES OU FATORES DE INCITAÇÃO

Trata-se de condições externas temporárias que, no período da adolescência, podem estimular ou, inversamente, contrariar esta ou aquela tendência no indivíduo. A. Freud declara a propósito da adolescência: “os desejos sexuais e agressivos antes recalçados vêm à tona e se realizam, sendo que a ação se desenvolve fora da família, em um horizonte mais amplo. O fato de essa passagem ao ato operar-se em um plano

inofensivo, idealista, associal ou mesmo criminal *dependerá antes de tudo dos novos objetos aos quais o adolescente se apegar*. Em geral, as aspirações do líder do grupo de adolescentes ou da gangue são adotadas com entusiasmo e sem crítica” (A. Freud, 1958) (o grifo é nosso). Assim, pelos processos de unificação de seus membros, o bando pode favorecer a expressão de certas condutas em indivíduos que não as exteriorizariam em outras condições. Retomando os três exemplos já citados, pode-se considerar que esses fatores de incitação serão os indicadores de condutas toxicomaníacas ou psicopáticas: assim, a possibilidade de se prover com relativa facilidade da droga é um fator de incitação que estimula o adolescente predisposto (aquele cuja estrutura psíquica está organizada em torno da relação de dependência), mas que também pode induzir um consumo de droga naquele que evoluiu em um meio de risco (fatores de risco gerais). Do mesmo modo, um ambiente social facilitador (subúrbio, bando de adolescentes desocupados e marginais) pode induzir condutas delinquentes. Em contrapartida, é possível sugerir a hipótese de que, na ausência de fatores de incitação, a tentativa de suicídio pode representar o modo de agir do indivíduo exposto apenas aos fatores de risco gerais.

Quando se levam em conta estes três níveis:

- os fatores psicopatológicos, internos e individuais;
- os fatores de risco gerais, familiares e socioeconômicos;
- os fatores de incitação, ambientais e atuais;

é possível, a nosso ver, uma compreensão mais precisa e progressiva das relações entre o indivíduo e seu meio do que a noção de transtorno reacional, excessivamente vaga e extensiva.

Nesta quarta parte, vamos nos limitar ao estudo de alguns eixos particulares em que o ambiente desempenha um papel importante. Depois de ter agrupado em um primeiro capítulo o estudo do adolescente em sua família, abordaremos sucessivamente o adolescente e suas estruturas escolares, as relações entre o adolescente e o sistema judiciário, o adolescente em face das condições sociais de vida e, finalmente, o adolescente e o mundo médico.

REFERÊNCIAS

- ELSON M., KRAMER J.F. (Éd.): Vulnerable youth : Hope, Dispair and Reneval (série d'articles). *Adol. Psychiat.*, 1980, 8, 267-314.
- ERIKSON E.H. : Growth and crisis of the healthy personality in identity and the life cycle. *Psychological Issue*, 1959, 1, 1, Monographic 1. New York International University Press.
- FREUD A. : Adolescence. *Psychoanal. Study Child*, 1958, 13, 255-268. Trad. In : *L'enfant dans la psychanalyse*. Gallimard, Paris, 1976, 1 vol.
- JEAMMET Ph. : Realité externe et réalité interne : Importance et spécificité de leur articulation à l'adolescence. *Rev. Fr. Psychanal.*, 1980, 44, 3-4, 481-521.
- LADAME F.G. : L'adolescent on psychanalyse : résistances intérieures et résistances extérieures. *Rev. Fr. Psychanal.*, 1980, 44, 3-4, 571-579.
- MAZET Ph., BRACONNIER A. : Crises dans l'enfance et l'adolescence. *Perspect. Psychiat.*, 1981, 19, 81, 91-96.

○ Adolescente e sua Família

O CONFLITO ENTRE PAIS E ADOLESCENTES

Uma das particularidades do adolescente é a de ser uma pessoa que reclama com vigor sua autonomia e individualidade, mas que ainda permanece profundamente dependente do quadro familiar de sua infância. O lugar das relações familiares, da estrutura familiar, da personalidade dos pais logo aparece como um dos fatores determinantes do que é chamado de “crise do adolescente”. Hoje, a avaliação do ambiente familiar de um adolescente em dificuldade deve ser incluída no conjunto da abordagem clínica. A difusão recente de terapias familiares, sejam de inspiração sistêmica ou psicanalítica, mostrou que sua pertinência é particularmente grande quando há um adolescente “doente” no grupo familiar; a doença desse adolescente geralmente está ligada aos temores ou ameaças (reais ou fantasiosas) que pesam sobre a coesão familiar, não apenas coesão dos pais, mas também da fratria e dos avós.

De um ponto de vista meramente epidemiológico, os diversos levantamentos estatísticos evidenciam a incidência de situações familiares anormais (no sentido da norma social) sobre a frequência de transtornos de condutas do ado-

lescente. Assim, Rutter e colaboradores (1961) assinalam que as dificuldades psicológicas durante a adolescência estão associadas a diversos indicadores de patologia familiar: divórcio ou desentendimento crônico dos pais, doença mental dos pais, instabilidade dos pais, etc. Quer se trate de tentativas de suicídio (cf. Capítulo 10), do grupo de toxicômanos (cf. item “A toxicomania”, no Capítulo 14) ou de condutas de tipo psicopático (cf. Capítulo 13), todas as pesquisas citam a frequência dessas distorções. A título de exemplo, Davidson revela na família dos adolescentes suicidas uma percentagem anormalmente elevada: 1) de separação familiar; 2) de suicídio ou patologia parental diversa; 3) de alcoolismo parental; 4) de situação de migrante (cf. p. 357).

Finalmente, as pesquisas “autoconfessadas” feitas junto a adolescentes “com problema” mostram que existe uma taxa de insatisfação muito elevada a propósito de seus pais: eles os consideram excessivamente ou insuficientemente severos, inacessíveis demais ou invasivos demais... A taxa de insatisfação é nitidamente mais elevada do que na população de adolescentes ditos “normais”. No conjunto, pode-se dizer que quanto mais o adolescente manifesta um comportamento patológico ou desviante, mais as relações entre o adolescente e seus pais parecem insatisfatórias, conflituosas e medíocres.

Contudo, é preciso reconhecer que a totalidade de adolescentes, enfrentando dificuldades ou não, estabelecem relações mais conflituosas com seus pais. Pode-se dizer inclusive que essa conflituosidade faz parte do movimento psicoafetivo do adolescente. A. Freud resume perfeitamente esse ponto de vista:

Admito que é normal para um adolescente manter por muito tempo um comportamento incoerente e imprevisível [...] amar seus pais e odiá-los, revoltar-se contra eles e depender deles, ficar profundamente envergonhado de sua mãe diante de outros, e de forma inesperada desejar conversar com ela de coração aberto [...] Penso que é preciso lhe dar tempo e liberdade para que ele próprio encontre seu caminho. São os pais que mais precisam de ajuda e de conselhos para suportar isso.

Depois de assinalar a importância das relações familiares, podem-se distinguir de forma esquemática três tipos de posição: 1) de um lado, certos autores compreendem os conflitos entre pais e adolescentes como a consequência do processo da adolescência; é o adolescente que de algum modo entra em conflito com os pais e se opõe a eles; 2) de outro lado, um número cada vez maior de autores tende a considerar que os conflitos adolescentes-pais, quando atingem uma certa intensidade, testemunham tanto dificuldades do adolescente de assumir seu crescimento e sua autonomização quanto dificuldades dos pais de superar o que foi chamado de “crise do meio de vida” ou “crise parental”; 3) finalmente, outros julgam que as condutas desviantes do adolescente resultam em grande parte de atitudes patológicas dos pais.

Evidentemente, esses três pontos de vista não são incompatíveis; mas, dependendo de cada adolescente e de cada família, um entre eles parece mais pertinente. Vamos examiná-los sucessivamente.

Os Conflitos Com os Pais como Participantes da “Crise da Adolescência”

“A reorganização sobre uma nova base das relações com os genitores constitui um dos

acontecimentos marcantes da adolescência” (J. Burstin, 1976). O adolescente questiona a personalidade de seus pais: esse questionamento representa a manifestação clínica e comportamental da reorganização intrapsíquica, particularmente da remodelagem das imagens parentais. Assim, para T. Lidz (1969), é normal e natural que o adolescente e sua família estejam em conflito. Além disso, para esse autor, “a violência da revolta geralmente constitui uma medida da pressão necessária para superar as ligações que unem o adolescente aos pais, mais que um indicador de sua hostilidade em relação a eles”.

O adolescente deve convencer não apenas seus pais, mas também uma parte de si mesmo, de que não tem mais necessidade deles e de que agora ele e seus pais são diferentes, que sua ligação é diferente de quando ele era criança. Na evolução dessa relação, intervêm os diferentes aspectos do processo da adolescência: transformação corporal, puberdade, acesso à maturidade sexual, despertar do conflito edipiano e exacerbação dos desejos-temores de relações incestuosas, recusa de aderir à imagem da criança que propunham outrora seus pais, busca identificatória por meio do grupo de iguais ou da admiração de um estranho... Contudo, como assinala T. Lidz,

o adolescente pode ter necessidade de depreciar seus pais, mas ele não deseja destruí-los como modelo. A estima que tem por si mesmo está estreitamente ligada à estima que tem por seus pais. Ele deve superar a imagem dos pais oniscientes e perfeitos que tinha em sua infância; mas ainda tem necessidade de um genitor ao qual possa se identificar e que lhe servirá de modelo para sua vida de adulto, e de um outro genitor do qual espera afeição e admiração.

A maioria dos pais está a par dessas reivindicações dos adolescentes e modifica suas atitudes e exigências em função da evolução destes. De algum modo, eles acompanham seu adolescente ao longo de sua crise. Esses conflitos banais entre pais e adolescentes caracterizam-se, como afirmava A. Freud na citação reproduzida acima, por sua extrema variabilidade, pelo fato de que eles geralmente se centram de forma privilegiada em um dos pais, e não nos dois, pela manutenção de uma relação muitas vezes satisfatória em um setor particular (um interesse comum cultural, esportivo, político, etc.), pela

localização do conflito nos pais, mas poupando os avós e a fratria. De fato, no plano familiar, o adolescente enfrenta uma alternativa paradoxal: de um lado, ele deve romper com seus pais para descobrir sua identificação de adulto, mas, de outro, não consegue reencontrar os fundamentos de sua identidade a não ser por meio da inserção no mito familiar. O papel maturativo do conflito entre o adolescente e seus pais se explica pelo respeito à barreira intergeracional (com o reconhecimento do limite que ela implica) e pela inserção do indivíduo em um mito familiar (no qual se fundamenta seu narcisismo). Certos autores explicam o lugar privilegiado ocupado pelos pais na vida mental do adolescente introduzindo a noção de “espaço psíquico ampliado” (Jeammet).

Em contrapartida, em certos casos, a oposição entre os dois genitores e seu adolescente torna-se massiva, total, duradoura: ela se difunde então como uma oposição global em relação a todos os adultos, a toda a sociedade, etc. As interações correm o risco de se enrijecer, precipitando o adolescente nas condutas cada vez mais patológicas.

Interação Entre Crise Parental e Problemática do Adolescente

Nessa segunda ótica, o conflito genitor-adolescente não é visto simplesmente como resultado de um processo da adolescência, mas como o testemunho de dificuldades tanto dos pais quanto dos adolescentes. Assim, Prosen e colaboradores estabelecem uma relação entre a crise do meio de vida dos pais e a crise do adolescente. Shapiro considera que os fracassos no processo de autonomização do adolescente devem ser atribuídos aos fracassos similares na autonomia do ego dos pais. Braconnier e Marcelli descreveram uma “crise parental” que se desenvolveria em espelho à do adolescente. Ladame assinala a importância de projeções parentais como fator de perturbação no adolescente. Várias hipóteses explícitas ou implícitas subentendem esses trabalhos: 1) de um lado, a realidade externa ocupa um lugar significativo no equilíbrio psicoafetivo do adolescente. A avaliação psicodinâmica deste último deve levar em conta o contexto ambiental, particularmente familiar; 2) por ou-

tro lado, pode-se produzir um reforço patógeno entre crise parental e crise do adolescente: uma aumenta a outra e vice-versa, tendo como risco final ancorar mais ou menos firmemente um dos atores em um papel patológico; 3) finalmente, a consequência terapêutica é clara: em uma tal perspectiva, a necessidade de uma abordagem terapêutica do grupo familiar é evidente, ainda que as modalidades possam variar conforme os autores: orientação parental, psicoterapia de apoio ou de inspiração analítica para um dos genitores ou para ambos, terapia familiar segundo um modelo analítico, terapia sistêmica do grupo familiar restrito (genitor com o adolescente) ou ampliado (pais+adolescente+fratria+avós...) (a terapia familiar será examinada na p. 415).

A crise do meio de vida está no centro dos trabalhos de autores que retomam as noções de Erickson, para quem o conjunto da vida é descrito como um processo constituído de uma série de fases ou etapas. Cada fase representa uma tarefa psíquica definida e se traduz por uma crise particular. Esse ponto de vista utiliza a noção de “epigênese”: organização progressiva do indivíduo que é uma construção dependente ao mesmo tempo do programa genético e dos materiais e informações colocados à sua disposição pelo ambiente. Para Erickson, “a epigênese” prossegue durante toda a vida. A crise do meio de vida (*midlife crisis*) ou “crise da maturidade” (45-55 anos) sobrevém ao mesmo tempo em que a crise dos adolescentes, o que às vezes causa profundas perturbações familiares, ou mesmo fragmentações da célula familiar; essa fragmentação é normal quando se trata apenas da partida do adolescente para longe do “teto familiar”; mas pode culminar também em uma fragmentação do casal parental. Para Prosen e colaboradores, essa crise do meio de vida caracteriza-se particularmente pela súbita percepção da brevidade do tempo e pela reavaliação das ambições do indivíduo, que são a tradução de seu ideal do ego. Segundo Neugarten, durante a crise do meio de vida, a vida se reorganiza em função do tempo que resta, e não em função do tempo já transcorrido. Não apenas há uma reversão na direção, como também uma consciência de que o tempo é limitado. No plano clínico, pode-se dizer que essa é a idade do balanço, a idade em que o pensamento e a reflexão tornam-se meios de domínio predominantes, substituindo a

ação. Mas a angústia do tempo que está passando, a angústia em face do temor de um declínio da sexualidade, o menor interesse despertado pelo parceiro sexual habitual, que também está envelhecendo, a atração suscitada pela sexualidade do adolescente, levam muitas vezes a condutas desviantes: no homem, constata-se o aparecimento súbito e imprevisível de condutas sexuais tumultuadas de busca de aventuras. Na mulher, acrescenta-se o problema do fim das regras, que pode suscitar seja o sentimento de uma sexualidade menor ou desvalorizada, com uma identidade feminina limitada, seja, ao contrário, um sentimento de liberdade, de explosão de sentimentos edipianos com uma espécie de sexualidade adolescente.

Esses pais se encontrarão diante de seus adolescentes, que provocam neles emoções intensas, despertando pulsões edipianas, tanto mais na medida em que pode haver uma semelhança impressionante do adolescente com um de seus avós, isto é, o pai ou mãe do genitor. Entre os motivos que podem desviar o genitor de seu cônjuge, Prosen cita: o fato de ter filhos que se tornaram adolescentes e que suscitam uma excitação sexual, despertando as pulsões incestuosas características dos conflitos edipianos; a lembrança da mãe quando ela era jovem; o sentimento subjetivo da brevidade do tempo; a necessidade de agir e de correr riscos antes que seja tarde demais; finalmente, a retomada do conflito edipiano por meio do ciúme do pai em relação à sua filha ou da mãe em relação ao seu filho.

A essa crise centrada na reelaboração da sexualidade acrescenta-se muitas vezes um movimento depressivo decorrente de múltiplas perdas, também nesse caso reais ou fantasiosas, que os pais sofrem nesse período da sua vida. Entre estas, duas perdas são particularmente importantes; trata-se, de um lado, dos pais dos pais (avós do adolescente) e, de outro, dos filhos dos pais (os próprios adolescentes). De fato, os avós geralmente estão velhos, doentes ou próximos da morte. Não é raro que a morte destes ocorra quando seus netos se tornam adolescentes. De outro lado, o adolescente deixará seus pais. Voltaremos a este ponto.

Pais e adolescentes se vêem assim confrontados com uma crise em que se questionam os fundamentos da identidade de cada um, os modos de resolução do conflito edipiano, a escolha de objeto sexual anterior. Nós mesmos descre-

vemos essa crise em trabalhos anteriores (1979, 1980), denominando-a de “crise parental”, e destacamos seus principais pontos conflituosos, que correspondem às linhas gerais da crise do adolescente.

A crise parental. – Os pais se vêem bruscamente confrontados com toda uma série de tarefas. Eles têm de passar progressivamente de uma relação criança-genitor para uma relação adulto-adulto, ainda que esta mantenha sempre a marca de um laço de filiação. Portanto, é necessário promover uma reorganização relacional considerável. O pai ou a mãe deverá renunciar à projeção em seu filho de uma parte de seus próprios desejos infantis, e renunciar também à satisfação da “onipotência parental”, que provém em parte da idealização necessária que a criança fazia de seus pais. Ao mesmo tempo, eles se vêem brutalmente confrontados com a explosão pulsional de seu adolescente, o que pode despertar neles uma problemática edipiana não completamente resolvida: as proibições são tanto mais numerosas e vigorosas na medida em que as fantasias incestuosas são mais próximas, e que a sexualidade de seu filho atingiu agora a maturidade. Essa explosão pulsional, as defesas que o adolescente utiliza, tudo isso pode evocar no adulto sua própria adolescência e suscitar um aumento de sua angústia e um reforço de suas próprias defesas, caso ele não consiga tolerar a rememoração com a qual é necessariamente confrontado. Assim, ele será incapaz da identificação empática que permite ao genitor, cujo arranjo pulsional é menos conflituoso, acompanhar o adolescente em sua crise. Vários aspectos psicodinâmicos podem ser descritos nessa “crise parental”. Assim, descreveremos sucessivamente:

- a dimensão pulsional, que é marcada pelo despertar nos pais de sua própria problemática edipiana e cujo aspecto interativo atual se traduz pela fantasia do “incesto possível”;

- a dimensão egóica, marcada pelas perdas múltiplas sofridas pelo “ego” dos pais nesse período da vida e pelo trabalho de luto decorrente;

- a dimensão de regressão temporal, que conduz os pais a rememorar as lembranças e os afetos de sua própria adolescência ou a se defenderem contra essa rememoração;

– a dimensão defensiva, que induz os pais a manifestar uma tentativa de domínio exacerbado, que testemunha os contra-investimentos necessários pelo despertar de zonas de conflitos e de sofrimentos anteriores;

– finalmente, a dimensão simbólica, que ilustra a dívida que cada geração contrai com a anterior, que pode ser quitada em modalidades variáveis.

1) *A dimensão pulsional: “o incesto possível”*. Às vezes, um dos genitores toma consciência de forma muito brutal da maturidade sexual de seu filho. Enquanto a maturidade fisiológica se mantém, os desejos incestuosos de um genitor em relação ao seu filho podem ser facilmente deslocados e com isso chegar à consciência; jogo de carícias, afagos diversos são possíveis e não angustiantes, na medida em que um dos parceiros é imaturo quanto à sua fisiologia. Na adolescência é bem diferente. Numerosas proibições parentais em relação ao seu adolescente, particularmente no que se refere à sexualidade, traduzem um deslocamento das próprias proibições edípianas dos pais. Outros pais projetam em seus adolescentes seus próprios desejos edípiacos e têm a tendência a sexualizar todas as condutas do adolescente.

No nível do par mãe-adolescente, vemos igualmente um deslocamento de um desejo incestuoso agora possível, para as crises de cólera ou as crises clásticas tão frequentes no adolescente nessa fase. Trata-se em geral de mães muito próximas de seu filho, que mantém com ele uma relação que se caracteriza por uma grande proximidade corporal, cujo aspecto equívoco não é percebido enquanto a criança é sexualmente imatura. Porém, quando emergem os desejos sexuais realizáveis, desejo que o adolescente expressa de forma agressiva, mas pouco velada, essas mães ficam assustadas, angustiadadas com seus próprios desejos incestuosos, e reagem pela frieza, pelo retraimento do afeto, ou alimentando em seu filho uma regressão infantil protetora. Aqui também, a emergência pulsional torna-se ainda mais assustadora para o adolescente que vê não apenas seu mundo interno se modificar, como seus objetos de amor habituais se transformarem. Certamente, não é fácil para uma mãe perceber no olhar de seu adolescente um desejo sexual, sem ficar assustada ou afetada: para isso é preciso ter uma grande segurança interna.

É claro que as fantasias de incesto só são cruamente explicitadas pela mãe no caso de uma relação muito patológica, tal como a relação simbiótica de uma mãe com seu adolescente psicótico, mas elas aparecem também em mães de adolescentes em crise, sobretudo quando a crise assume essa forma de cóleras clásticas. É muito comum que estas ocorram na presença da mãe ou de um substituto.

2) *A dimensão egóica: o trabalho de luto*. Os pais também têm de realizar um trabalho de luto, em retorno ao de seus adolescentes. Muitas vezes, existem projetos comuns (pais-filhos). Esses projetos são questionados pelo adolescente, e os pais também devem relativizá-los. A projeção do Ideal do ego dos pais em seu filho ou em sua filha era um fator constitutivo desses projetos: esse questionamento se traduz muitas vezes em uma orientação escolar ou profissional que não é mais compartilhada pelo adolescente. Portanto, os pais serão obrigados a renunciar, pelo menos em parte, a esse ideal projetado em seu filho, e do qual este tenta se desligar. Assim, o próprio adolescente começa a procurar fora dos pais seus prazeres, seus confidantes, seus conselhos e seus ideais. As dificuldades de elaboração desse trabalho podem se manifestar nos pais, sob a forma de críticas, de temores ou de agressividade em face de outras imagens identificatórias do adolescente (namorado ou namorada, grupo, movimento ativista de cunho ideológico).

De algum modo, pais e adolescentes se vêem confrontados com um duplo desligamento: de um lado, os pais devem relativizar seu ideal do ego projetado no adolescente em função da realidade, ao mesmo tempo em que este faz o luto dessa idealização infantil da qual era portador; de outro lado, o adolescente deve remanejar a onipotência e a idealização protetora com que seus pais o envolviam, ao mesmo tempo em que estes últimos devem aceitar não ser mais o objeto privilegiado de escolha de seu filho.

Esse trabalho de luto refere-se igualmente à maturidade genital que já não é mais privilégio apenas dos pais, e à imagem de seu corpo em relação ao do(da) adolescente que descrevemos acima.

Finalmente, esse luto refere-se às próprias identificações dos pais como pais, isto é, difi-

culdades e também alegrias que viveram nessa situação de “genitor”, de criador, de educador, de confidente ou de apoio. Toda uma parte de seu investimento está fadada a desaparecer. Uma situação particular objetiva claramente esse aspecto: é o caso das mães de família que se vêem confrontadas concretamente, quando da adolescência de seu filho, com uma situação de “desemprego”, pelo menos parcial. Vários estudos mostraram que certas mães tinham muita dificuldade de suportar essa mudança, que seria o elemento predominante nas dificuldades encontradas por todos nesse período.

3) *A dimensão de regressão temporal: a rememoração pelos pais de sua adolescência.* Os pais são confrontados com sua própria adolescência. É comum dizer que o adulto esquece facilmente sua adolescência ou, como mostram os psicanalistas de adultos, que ele lembra pouco as cenas carregadas de afetos ou de conflitos desse período. Em face de seu(s) adolescente(s), os pais se verão confrontados com essa liberação do recalque de sua própria adolescência. Essa possibilidade de liberar esse recalque é sentida particularmente nas famílias em que os pais terão dificuldade de suportar a alteração do equilíbrio pulsão-defesa de seu filho ou de sua filha. Esse retorno do recalcado põe em jogo a força de investimento e de contra-investimento que esses pais desenvolveram, que varia conforme o modo de saída de sua própria adolescência, que pode ser, por exemplo, despertar neles uma problemática edipiana não completamente resolvida. Alguns pais terão dificuldade de enfrentar a revivescência de certas forças pulsionais, sexuais ou agressivas, que de um modo ou de outro eles recalcam, controlaram ou sublimaram às custas de um gasto psíquico, energético e de um certo sofrimento cujo preço eles conhecem. De fato, não se trata apenas de uma reminiscência das lembranças, mas pode se tratar, sobretudo, de uma revivescência de afetos.

Essa liberação do recalque poderá conduzir, em alguns pais, a uma exasperação e a um reforço de sua posição anterior: o conflito irá então se acentuando e poderá adquirir o aspecto dramático encontrado em consulta clínica; inversamente, outros pais toleram a liberação desse recalque que se manifesta em uma identificação empática com seu adolescente.

Em alguns casos, uma semelhança física do adolescente com um de seus avós, tias ou tios, pode favorecer a liberação desse recalque; um dos genitores encontra assim os afetos que ele próprio pode ter experimentado em relação a um de seus genitores, irmãos ou irmãs. Essa identificação transitória pode levar o adulto ou a um reforço de suas defesas (em particular os traços de caráter), ou a uma busca de satisfação substitutiva (por exemplo, busca de uma aventura amorosa com um jovem quase da mesma idade que o adolescente). Deparamo-nos aqui com o que foi dito a propósito da crise do meio de vida.

4) *A dimensão defensiva: o desejo de domínio.* Ele é evidentemente reavivado pela ruptura do equilíbrio estabelecido: a fuga do adolescente do meio familiar, a agressividade subjacente que impregna as novas relações que se estabelecem entre o adolescente e seus pais, o questionamento pelo adolescente do domínio dos pais sobre suas condutas e, às vezes, até sobre seus afetos. Esse desejo de domínio é tanto mais vivo no adulto na medida em que é igualmente a consequência de uma resistência à mudança que o modo de vida dos adultos favorece, e que se acentua com a idade.

Se a proibição de que este ou aquele adolescente fique fora de casa além de uma certa hora se justifica por um temor consciente, ela geralmente é subentendida por esse desejo de domínio que pode ser a fonte de uma atitude reacional, como a de trancar o adolescente em seu quarto para que ele não saia.

O desejo de domínio pode situar-se ou no nível de um domínio anal, como se constata com frequência nas relações do pai com seu adolescente, e que se traduz em uma tentativa de controle mais ou menos onipotente da vida social, relacional, intelectual deste último, ou em um nível mais arcaico: manutenção da díade mãe-filho, que evidentemente é mais presente na relação da mãe com seu adolescente. Uma ilustração disso é dada pela constatação frequente das preocupações quanto aos cuidados corporais e a alimentação do adolescente das mães, que parecem retomar assim sua função maternal inicial.

5) *A dimensão simbólica: o serviço da dívida.* Finalmente, abordaremos um último ponto,

o da dívida da qual os pais esperam ser reembolsados por seu adolescente. De fato, as grandes linhas de tensão descritas anteriormente, o confronto com as fantasias incestuosas, o trabalho de luto, a renúncia ao domínio, a rememoração de sua adolescência provocam nos pais um sofrimento psíquico evidente. Uma das soluções, como já dissemos, é buscar fora da família satisfações substitutivas, em particular pelo estabelecimento de uma nova relação amorosa com um parceiro cuja idade é intermediária entre a idade da geração dos pais e a idade da geração dos adolescentes. A espera do reembolso dessa dívida simbólica constitui uma outra via de compensação para os pais. Trata-se da outra vertente da crise parental e traduz a ambivalência dos diversos investimentos parentais em seus filhos. Antigamente, eles esperavam que estes os sustentassem na sua velhice e lhes assegurassem uma proteção social que eles já não tinham mais condições de se assegurar. Hoje, evidentemente, a proteção da velhice é garantida em grande parte pela sociedade, mas essa exigência não é menor, ainda que se expresse de forma mais simbólica. Os pais esperam de seu adolescente a realização de uma parte de seu próprio desejo (projeção do ideal parental em seu adolescente), mas esperam também que essa realização compense em parte as perdas que estão sofrendo, quer se trate da perda de seu domínio sobre seu filho que se torna adulto, dos estragos narcísicos que o tempo inflige à sua imagem, das decepções em seus diversos investimentos objetivos, etc. Para os pais, quando seus filhos atingem a adolescência, chega finalmente, imaginam eles, o tempo das colheitas. Mas, para os adolescentes, seria mais o tempo da sementeira: há o risco da terra ser revolvida antes que as colheitas sejam feitas e armazenadas.

Evidentemente, o grau de metaforização dessa exigência de reembolso varia de uma família a outra, dependendo muito do nível social e cultural da família. Às vezes, trata-se de uma exigência quase material: o adolescente, enfim, pode e deve ressarcir seus pais, ajudando-os materialmente ou financeiramente a manter a casa. Em outros casos, a exigência é mais simbólica, e o adolescente deve “trabalhar” em seus estudos para prosseguir a ascensão social para a qual as gerações familia-

res precedentes também trabalharam. Outras vezes, essa dívida pode adquirir um aspecto paradoxal e mais negativo, que se poderia se expressar, de uma certa maneira, pela lei do talião: “você, adolescente, tem de passar por tudo o que nós passamos”. Os pais esperam que o adolescente sinta e viva as mesmas coisas, como se isso os ajudasse a sentir-se justificados e liberados. É fácil compreender que uma tal posição corresponde em geral a mecanismos de defesa rígidos e arcaicos, onde a projeção é predominante: nessas famílias, ao obrigar a geração de adolescentes a viver os mesmos desafios, os mesmos conflitos, as mesmas tensões que eles viveram, parece que os pais se sentem projetivamente aliviados dessa conflituosidade por tanto tempo recalcada, ao fazer com que seu adolescente assuma o peso de sua própria dívida não paga, em relação aos seus próprios pais. Fazendo isso, a geração parental encontra finalmente a identificação parental edipiana com seus próprios pais (a geração dos avós) e usa a geração dos filhos para “pagar sua dívida”. Esse mecanismo, ao que nos parece, é muito comum no caso de ruptura entre o adolescente e seus pais, sobretudo quando os pais viveram com seus próprios pais o mesmo tipo de conflito: para além da repetição, parece-nos que a geração do meio (a dos pais) quita assim sua dívida em relação à geração anterior (a dos avós) por delegação do conflito à geração futura (a dos filhos).

Interações Patológicas Pais-Adolescentes

Para certos autores, os transtornos do adolescente devem ser atribuídos a interações patológicas do próprio grupo familiar, sobretudo nos casos de transtornos graves da personalidade. Isso pode ser observado, entre outros, nos adolescentes ditos limites ou que sofrem de transtornos narcísicos da personalidade (ver Capítulo 12). Praticamente todos os trabalhos sobre esse campo situam-se na corrente teórica da psicanálise genética (cf. item “Os agrupamentos conceituais”, no Capítulo 1). Trata-se em todos os casos de famílias frágeis, que não suportam os esforços de separação-individualização do adolescente. A família está organizada

há muito tempo em tono de “crenças fundamentais” ou “pressupostos de base”, fazendo dela um grupo unido e defensivo. O conceito de “pressupostos de base”¹ é originário dos trabalhos de Bion sobre os pequenos grupos: a função desses “pressupostos de base” é preservar a coerência e a unidade do grupo, freqüentemente eliminando os limites interindividuais e as barreiras intergeracionais. Quando essa unidade é ameaçada, observa-se uma regressão no funcionamento de cada um dos membros do grupo, com um recurso aos processos defensivos arcaicos (clivagem, negação, projeção) e um reforço da adesão a esses “pressupostos de base”. É evidente que, se o grupo familiar funciona com base nesse modelo, o adolescente se torna uma ameaça com seus desejos de vida autônoma, seus questionamentos dos sistemas de ideais parentais, suas escolhas de objetos novos. Esses movimentos normais do adolescente são vistos pelo grupo familiar como um perigo, e todos os membros reagem imediatamente recorrendo aos mecanismos de defesa arcaicos já citados. Esses mecanismos têm como função, e ao mesmo tempo como consequência, eliminar os limites interindividuais, tornando confusa a individualidade e, conseqüentemente, a identidade de cada um. Assim, para Shapiro (1969), o fracasso no desenvolvimento da autonomia relativa do ego do adolescente deve ser atribuído a uma fraqueza do ego dos pais que, por sua vez, apresentam aquilo que Erickson chama de uma “identidade difusa”. Nessas famílias, os pais reagem a qualquer tentativa de independência do adolescente, julgando-o dependente, incapaz, incompetente, sem discernimento. Mas eles próprios costumam emitir julgamentos que logo se revelam estereotipados, influenciados pelo ambiente (por exemplo, os avós), e às vezes inclusive claramente irrealistas; de todo modo, essas opiniões revelam uma personalidade de contornos incertos com um ego fraco e dependente.

O conceito de *delimitação* serve de intermediário entre as noções de identidade, de relação de objeto e de comportamento agido. A delimitação, segundo Shapiro, é “o conjunto

de condutas pelas quais um membro da família exprime de forma explícita ou implícita suas percepções e suas atitudes – na realidade, sua representação mental de um outro membro da família – para esta outra pessoa”. Essas delimitações podem, repousar essencialmente nas características reais da pessoa, mas podem repousar também em preconceitos oriundos de conflitos e de defesas daquele que emite essa opinião. Nesse último caso, trata-se de uma delimitação defensiva. Para Shapiro, “o mecanismo principal que subentende as delimitações defensivas é a identificação projetiva”. O papel perigoso das projeções parentais no adolescente é reconhecido por todos os autores, sobretudo quando a projeção torna-se o modo relacional privilegiado. É isso, de fato, que se observa em numerosos adolescentes suicidas (cf. Capítulo 10 – “As tentativas de suicídio”) ou que apresentam desmoronamentos psicóticos (cf. Capítulo 11) ou em adolescentes “limites” (cf. Capítulo 12).

Ladame explica da seguinte maneira:

O que podemos observar de maneira repetitiva nas famílias de nossos adolescentes perturbados é a extrema importância da identificação projetiva e *sua utilização pelos pais* [sublinhado por Ladame] dos adolescentes. Na medida em que esse mecanismo continua sendo operado de modo preponderante e em que as necessidades defensivas dos pais são particularmente intensas, as possibilidades de uma autêntica separação-individuação do adolescente são bloqueadas.

Essas identificações projetivas tornam confusos os limites do eu do adolescente. Elas se associam a outros tipos de defesa: clivagem (com o risco de uma patologia-limite dominada pelo maniqueísmo bom-mau), idealização (com o risco de uma patologia narcísica dominada por um *self* grandioso). Esses mecanismos arcaicos são postos a serviço do reforço dos “pressupostos de base”, crenças que alimentam o mito familiar. Por meio dessas crenças e desse mito revelam-se muitas vezes as funções particulares ocupadas pelas pessoas e pelas imagens dos avós, sendo que os pais do adolescente estabeleceram e sofreram com seus próprios pais relações similares. Nessas famílias frágeis, onde os movimentos de separação-individuação do adolescente são sentidos como uma ameaça, Stierlin descreve três modos principais

¹ Em inglês: *basic assumptions* traduzido por *présupposés de base*. In: *Introduction aux idées Psychanalytiques de Bion*, por GRINBERG G., SOR D., TABAK DE BIANCHEDI, Dunod ed., 1976.

de transação patológica: 1) o *encadeamento* no qual a separação é impossível, pois a segurança de base e as satisfações fundamentais só podem ser obtidas na família. Esse encadeamento pode ser tanto afetivo (investir de libido apenas os membros da família) quanto cognitivo (pensar unicamente como a família, sem pensamento autônomo); 2) a *delegação*, em que o adolescente é projetivamente encarregado por um dos genitores ou por ambos a desempenhar um papel ou a executar uma tarefa fora da família; 3) a *expulsão*, quando esta é considerada necessária para a resolução da crise parental: tentativa de suicídio, fuga ou viagem patológica são as ilustrações mais caricaturais disso. É preciso assinalar que essas transações patológicas podem referir-se a apenas um filho da fratria; de fato, as projeções parentais às vezes se concentram em um só adolescente em razão de uma semelhança física, de circunstâncias de nascimento ou de uma denominação (nome ou sobrenome “herdado” deste ou daquele ancestral) particulares. Os outros filhos e adolescentes puderam deixar a casa da família sem maior dificuldade, mas essa partida reforça o sistema projetivo visando aquele que permanece. Esta última observação destaca a importância da fratria e o interesse de avaliar seu papel na abordagem terapêutica.

As condutas patológicas parentais, em particular as defesas pela identificação projetiva, travam as possibilidades de evolução e de maturação do adolescente; este último responde por meio de condutas desviantes (toxicomania, tentativas de suicídio, episódios delirantes, anorexia mental, etc.), que representam as tentativas de compromisso entre a aspiração de autonomia e a imperiosa necessidade de preservar a unidade familiar e os “pressupostos de base”. O leitor encontrará nos diversos capítulos consagrados a essas condutas patológicas alguns traços específicos da organização familiar em função do sintoma. Contudo, pode-se dizer que são poucos os trabalhos que procuraram separar os modelos de interações familiares específicos segundo este ou aquele tipo de conduta sintomática.

No que se refere à abordagem terapêutica familiar propriamente dita, a questão é tratada na quinta parte desta obra (cf. item “A aliança terapêutica terapeuta-adolescente-genitor”, no Capítulo 22).

SITUAÇÕES PARTICULARES

O Adolescente Adotado e Sua Família

A adolescência de uma criança adotada apresenta em geral um período difícil em que os conflitos naturais nessa idade tornam-se ainda maiores pela situação de adoção. De forma um pouco provocativa, poderíamos dizer que a adoção funciona como um “amplificador fantasmático”. Antes de iniciar-se este item, é preciso se ter em mente que Édipo foi uma criança adotada, o que, mesmo sendo filho de rei, não deixou de lhe criar alguns problemas...

No plano epidemiológico, os diversos trabalhos constatarem que os adotados (criança ou adolescente) consultam por dificuldades psicofetivas de toda ordem 2 a 5 vezes mais, em média, que seus iguais não adotados. Na adolescência, para certos autores, os sintomas alegados não têm uma particularidade, enquanto que para outros se constataria com mais frequência uma patologia centrada na passagem ao ato, quer se trate de ato agressivo ou de condutas sexuais desviantes. Do mesmo modo, o papel desempenhado pela adoção é avaliado de forma diversa, sendo que alguns consideram que se trata do fator causal essencial, e outros vêem nisso apenas um fator de risco que pode revelar uma patologia preexistente, seja no adotado, seja no adotante. (No que diz respeito à adoção de criança, à escolha dos casais adotantes, às dificuldades na infância, o leitor pode se reportar ao capítulo: “Abandon, Adoption”, em *Enfance et psychopathologie*, p. 550).

Na adolescência propriamente dita, certas dificuldades aparecem mesmo em adotados que há muito tempo conhecem sua situação, que foram adotados pequenos e que até então não apresentavam dificuldades relevantes. Assim, em uma pesquisa abrangendo 52 adotados adultos (população recrutada por intermédio de médicos generalistas, e não por uma consulta especializada), McWhinnie constata que 21 deles vão bem ou relativamente bem, 10 têm problemas de adaptação em um campo particular e 21 reconhecem ter tido dificuldades em sua vida. Mas 37 deles (ou seja, 71% dos casos) declaram que a adoção causou-lhes problemas na adolescência. Essas dificuldades nem sempre

são exteriorizadas por transtornos de condutas, mas podem tornar mais difícil, doloroso e inacabado o processo da adolescência. Atualmente, os adolescentes adotados conhecem desde cedo sua situação, pois a maioria dos psiquiatras, psicólogos e assistentes sociais aconselha os adotantes a falar a respeito com a criança desde os primeiros anos. As dificuldades se situam em três níveis: 1) o problema central de identidade-identificação; 2) as relações com os adotantes; 3) as dificuldades e temores dos adotantes em face do adotado que se tornou adolescente.

Identidade e identificação no adolescente adotado. – Na adolescência, o adotado deve incorporar em sua identidade uma dupla genealogia: de um lado, a dos adotantes, de outro, a dos pais naturais. Como assinala J. Mackie, “para o adolescente adotado, há um risco real de crise com uma confusão de identidade e o estabelecimento de uma identidade negativa”. Clinicamente, é na adolescência que o adolescente mais se coloca questões sobre seus pais naturais: ele deseja recolher informações, conhecer suas idades, suas profissões. Geralmente, os adotados adolescentes expressam seu desejo de ver seus pais naturais, mas sem ser identificados por eles.

Contudo, esses desejos permanecem quase sempre no âmbito da veleidade. Em alguns casos, em que o adolescente encontra seus pais naturais, ele costuma expressar o sentimento de estar diante de estranhos. Apenas os adotados que têm dificuldades relevantes com seus adotantes expressam a idéia de que os pais naturais os compreenderiam melhor.

No plano da identificação, a ausência total de informação sobre os pais naturais é fonte de uma forte ansiedade. Entre as informações procuradas com avideza, as condições de abandono ocupam um lugar importante. Para o adolescente adotado, saber que foi um bebê ou uma criança não amada, rejeitada, constitui um evidente abalo para o seu narcisismo de base e para sua identidade fundamental. Triseliotis (apud Mackie) avalia que os adotados têm vontade de saber que seus pais genitores os desejaram e que não foram rejeitados por falta de amor. De algum modo, o adotado deseja que a causa predominante do abandono tenham sido unicamente as condições materiais externas às trocas afetivas.

Às vezes, o adolescente adotado constrói para si um verdadeiro “romance familiar”, no qual ele chega a imaginar que seus pais naturais eram “superiores” (em inteligência, em beleza, em riqueza, etc.) aos seus pais adotivos, espécie de imagens parentais míticas e ideais, que servem de apoio ao seu narcisismo. Em compensação, quando predomina o sentimento da rejeição pelos pais naturais, o sentimento de ter sido um “mau” bebê, um “produto não amável”, o adolescente adotado pode então desenvolver uma “identidade negativa”, identificando-se com essa suposta parte má de si mesmo. Condutas caóticas, às vezes abertamente provocativas e condutas delinquentes têm como objetivo ser chamado de “mau”, reproduzindo de algum modo o abandono inicial e buscando testar a ligação com os adotantes. Em certos casos, os temores fantasmáticos dos adotantes, que também identificam o adolescente com seus pais naturais, reforçam esse sistema de interação patológica. A título de exemplo, certas mães adotivas temem que o adolescente tenha uma vida sexual tão dissoluta quanto a que elas sabem ou supõem da vida sexual da mãe natural: as exigências de autonomia do adolescente, seu primeiro namoro, sua primeira paixão amorosa, podem ser vistas então como uma confirmação desses temores.

Do lado da família adotiva, pode ser difícil para o adolescente reconhecer-se a partir da genealogia familiar e dos mitos familiares que a organizam. A incorporação dessas duas linhas familiares particulares pode levar àquilo que Sands chama de “incerteza genealógica”.

As relações do adolescente com seus pais adotivos. – Contrabalançando em parte o sentimento de ter sido rejeitado por seus pais naturais, a criança, e depois o adolescente, expressa às vezes o sentimento de ter sido escolhido por seus pais adotivos, selecionado entre outras crianças. Não é raro que esses últimos digam ao seu filho adotado que eles os escolheram por uma razão particular, que de certo modo o “elegeram”. Isso pode compensar em parte a ferida narcísica anterior, mas corre-se o risco de introduzir no adolescente adotado uma outra linha conflituosa: ele se encontra dividido entre, por um lado, pais naturais maus, que o rejeitam, e, de outro, pais adotivos, bons, aco-

lhedores. O risco de uma clivagem entre imagens parentais totalmente boas, de um lado, e totalmente más, de outro, é evidente: sobre essa clivagem de imagens parentais se fundamentará em seguida a clivagem da imagem de si bom, de um lado, e mau, de outro. Assim, McWhinnie constata que os adotados muitas vezes desenvolvem em relação aos seus pais adotivos atitudes muito contrastantes, passando de uma devoção excessiva em relação a eles a vivas reprovações. Quando não houve dificuldades relevantes na infância e na adolescência, essa autora observa que os adotados mantêm uma devoção extrema e uma grande solicitude em relação aos adotantes. A partir dessa devoção e dessa solicitude pode-se presumir os efeitos de uma idealização desses pais adotivos, idealização que repousa em imagens totalmente boas, não relativizadas. Quando existem dificuldades de adaptação, a brusca passagem de uma atitude de devoção submissa a reprovações e a uma intensa agressividade também são uma ilustração da clivagem.

Dificuldades e temores dos adotantes em face do adolescente adotado. – Mackie retoma o conceito de “crise parental” que, segundo ela, é amplificada nos pais adotivos. Também nesse caso, a falta de informação sobre os pais naturais ou algumas informações fragmentadas, geralmente negativas, pode alimentar nos adotantes temores fantasiosos acerca do adolescente, em particular temores sobre uma eventual hereditariedade patógena. Desse ponto de vista, a sexualidade do adolescente adotado parece ser o catalisador dessas fantasias.

No caso da adoção, a relação incestuosa causa tanto mais temor-desejo na medida em que o tabu da genealogia pelo sangue foi eliminado. Porém, outros eixos conflituosos são reatualizados em face da sexualidade do adolescente adotado, particularmente o problema da esterilidade do casal: os cônjuges tiveram de superar o traumatismo da perda do desejo de ser pais naturais e o parceiro estéril teve de superar o abalo de sua imagem do corpo. A sexualidade nascente do adolescente às vezes desperta esses traumatismos, e isso de forma tanto mais vigorosa quanto o casal adotante havia encontrado uma compensação, por um lado, no fato de também ter sido escolhido por uma equipe

psicológica e reconhecido como “bons pais” e, de outro, na educação da criança. O conflito necessário entre o adolescente adotado e seus pais adotivos pode pôr em questão sua imagem de “bons pais”, trazer para o primeiro plano sua esterilidade e constituir uma perda ainda mais importante.

Para certos autores, isso explicaria a frequência de condutas desviantes centradas particularmente na ligação entre o adotado e os adotantes: assim, no caso de fugas ou, ao contrário, de fobias escolares e a recusa de sair, parecem bastante frequentes. As perguntas do adolescente sobre seus pais naturais são vistas muitas vezes como renegação pelos pais adotivos, o que reforça ainda mais a possível espiral de uma identificação negativa no adolescente.

O Adolescente com Pais Separados

O divórcio é um fato da sociedade cuja frequência aumenta regularmente. Na França, estima-se atualmente que exista um divórcio consumado para 4 a 5 casamentos celebrados. Nos Estados Unidos, nos anos 1977-1978-1979, houve exatamente um divórcio consumado para dois casamentos celebrados. As consequências de um divórcio dos pais sobre o equilíbrio psicofetivo do adolescente são difíceis de avaliar em razão da multiplicidade de fatores intervenientes. Os divórcios parentais estão longe de suscitar dificuldades psicológicas transitórias ou duradouras nos adolescentes, mas em todos os casos, um período de sofrimento psíquico torna mais vulnerável o processo da adolescência.

Entre os fatores que se deveria levar em conta, pode-se destacar: a idade do adolescente, a fase de desenvolvimento em que se encontra, o sexo, a qualidade da maternagem precoce, a capacidade dos pais de manter o adolescente à parte do conflito parental ou, ao contrário, de fazê-lo participar. Três fatores parecem importantes: 1) a qualidade da relação conjugal antes do divórcio, isto é, a importância do desentendimento e em que medida esse desentendimento pode ter alterado o sistema de relação e de interação familiar; 2) a personalidade dos pais; 3) finalmente, o momento do divórcio em relação à adolescência permite distinguir, de um lado, os divórcios antigos ocorridos quando

o/os filho(s) do casal era(m) pequeno(s), e, de outro, os divórcios no momento da adolescência. Estes são mais freqüentes do que se poderia imaginar *a priori*, pois certos casais em situação de desentendimento crônico esperam que seus filhos já estejam, segundo eles, suficientemente “crescidos” para se divorciar, e porque a crise do meio de vida (cf. item “A crise do meio de vida”, no Capítulo 16) pode abalar o equilíbrio conjugal conseguido até então. Quando o divórcio é antigo, a problemática da identificação e o conflito relacional com o genitor que tem a guarda estão em primeiro plano para o adolescente. No caso do divórcio dos pais quando da adolescência, o adolescente ver-se-á diante de uma “ingerência no desenvolvimento”, segundo os termos de H. Nagera, ou de uma situação traumática suplementar, situação que pode acelerar, bloquear ou desviar o “trabalho psíquico do adolescente”.

As condutas sintomáticas que ocorrem em adolescentes com pais separados não têm nada de específicas. Contudo, pode-se destacar a freqüência das manifestações depressivas e de condutas agidas. Schwartzberg (1980) observa em 31 adolescentes em que o divórcio dos pais data de 4 meses a 16 anos: 11 casos de depressão grave ou moderada (a sintomatologia associada à depressão sendo bastante ampla: tristeza, oscilação de humor, mas também dificuldade de concentração, fadiga, isolamento, fracasso escolar, anorexia, insônia), 7 pacientes “limites”, 10 pacientes com transtornos do caráter (dominados pela passagem ao ato: fuga, falta às aulas, roubo, droga, transtornos sexuais) e 1 caso de esquizofrenia. Quando a patologia é grave (adolescentes “limites” ou psicóticos), os transtornos preexistiam ao divórcio. Schwartzberg assinala a freqüência nas meninas de gravidezes precoces e de abortos, assim como o estabelecimento privilegiado de uma ligação afetiva com um amigo muito mais velho. Segundo esse autor, a patologia pode ser dividida em três grupos: 1) os adolescentes nos quais se observa a exacerbação de uma patologia preexistente; 2) aqueles que apresentam uma regressão temporária (marcada pela existência de um episódio depressivo transitório); 3) aqueles que respondem por uma tentativa de domínio prematuro de sua situação (caracterizada por transtornos comportamentais: fuga, sexualidade caótica, episódio toxicomaníaco).

Hipóteses psicopatológicas. – É preciso distinguir os adolescentes cujos pais são separados há muito tempo e aqueles cujos pais se separam no momento da adolescência.

Separação parental antiga. – Parece evidente que a existência e a natureza das dificuldades dependerão de um grande número de variáveis, entre as quais a qualidade das relações entre os pais após a separação e a preservação de uma relação entre o adolescente e seus dois genitores são os fatores preponderantes. Quando o conflito entre os pais se ameniza após a separação e a criança consegue manter relações regulares com seus dois genitores, não parece que essa situação seja fonte de conflito suplementar. Ao contrário, o conflito com os pais pode ser menos intenso, o trabalho de desidealização parental menos agudo pelo fato de que a criança já adquiriu um relativo distanciamento em relação às figuras parentais (ver a respeito do problema da hipermaturidade: *Enfance et psychopathologie*, p. 472). As condições materiais podem facilitar os rearranjos com a possibilidade de mudar a guarda parental ou simplesmente mudar de local de vida. Contudo, pode-se notar que o conflito se centra freqüentemente em um dos padrastos quando os pais voltam a se casar: recusa de falar com ele, recusa de receber qualquer ordem ou conselho que venha da parte de um “estranho”, organização da vida doméstica de maneira a não encontrá-lo... Esse padrasto torna-se o alvo natural do conflito de geração, o que às vezes tem como efeito paradoxal preservar a estima em relação aos pais.

Quando as relações parentais após a separação são precárias ou, sobretudo, quando um dos genitores desaparece, o adolescente é confrontado com dois tipos de problemática: por um lado, ele corre o risco de encontrar dificuldades importantes de identificação pelo fato da inexistência de uma de suas linhas parentais; por outro lado, a separação do genitor que lhe resta pode se tornar mais difícil se o adolescente tem o sentimento (justificado ou não) da fragilidade depressiva deste. Esses fatos são observados com mais freqüência quando a mãe fica sozinha com o filho, sobretudo quando se trata de um filho único e o pai desapareceu completamente. É raro nessas circunstâncias que se mantenham as ligações com a família paterna (avós,

tia ou tio paterno). O adolescente só conhece o ausente por meio de breves evocações, de resto, quase sempre sobre os elementos mais negativos de sua personalidade. O perigo de uma "identificação negativa" é extremamente grande, identificação que procura ajustar-se aos raros fatos conhecidos ou às fantasias que a criança elaborou. Essa elaboração provém ou das palavras da mãe, ou mesmo de suas atitudes ou posições afetivas provocadas pela mera evocação do pai desaparecido. As veleidades de independência do adolescente, suas inevitáveis condutas provocativas representam então, aos olhos da mãe, o surgimento súbito da imagem do ex-marido, reforçando os temores de uma "hereditariedade" ou de uma semelhança: cria-se assim um círculo vicioso em que o adolescente se vê sempre confirmado por meio de suas condutas mais patológicas na identidade que ele procura. O outro eixo de dificuldade reside em uma ligação estreita apenas com um genitor visto como depressivo ou, ao contrário, excessivamente idealizado, mas, em qualquer situação, do qual não é possível se separar. O processo de separação-indivuação é travado pela culpabilidade sentida, pois o adolescente experimenta essa necessidade de autonomia como um comportamento diretamente agressivo em relação ao seu genitor, geralmente a mãe. A depressão clínica manifesta pode então ser o compromisso que bloqueia o processo da adolescência e proporciona à mãe e ao seu filho os benefícios secundários buscados: um continua a se dedicar aos cuidados da criança-adolescente, o outro, sustenta mediante essa própria depressão o equilíbrio afetivo e tímico do genitor.

Separação parental concomitante à adolescência. – Essa eventualidade cria aquilo que Nagera chamou de uma "ingerência no desenvolvimento". Essas ingerências têm consequências que dependem ao mesmo tempo de sua natureza e da fase específica do desenvolvimento durante a qual elas ocorrem. A separação dos pais na adolescência interfere no movimento de desidealização parental, no luto necessário dessas imagens idealizadas e na busca fora da família de um modelo identificatório. O resultado dessa interferência depende do momento em que ocorre a separação dos pais no processo da adolescência: essa separação às

vezes pode facilitar a evolução no sentido da independência e da maturidade. Inversamente, sobretudo quando os próprios pais parecem vulneráveis, depressivos, desorganizados em sua vida afetiva e profissional, o adolescente pode se sentir responsável pelo bem-estar de um de seus genitores, tornar-se seu apoio, seu "terapeuta", seu confidente, em suma, se parentificar e envolver-se no conflito parental. Wallerstein e Kelly (1980) estudam as reações de adolescentes de 13 a 18 anos no momento da separação dos pais. No plano clínico, os autores assinalam a importância da reação afetiva, constituída de uma mistura de dor, de tristeza, mas também de cólera. O adolescente expressa freqüentemente um ressentimento muito violento em relação a um dos genitores, em geral aquele que ele julga estar "em falta", mas ao mesmo tempo se recusa a tomar partido no conflito parental e se culpa por escolher um em vez do outro. Muitas vezes o adolescente tem a impressão de ter sido traído, enganado pelos pais. Nas condutas cotidianas, o adolescente consegue rapidamente um distanciamento afetivo aparente, fica pouco em casa e às vezes investe de forma intensa diversas atividades sociais (esportivas, culturais, grupo de iguais). Para os autores, essas condutas clínicas têm diversas explicações psicopatológicas, entre outras: 1) A desidealização precipitada dos pais e das imagens parentais. Existe um sentimento freqüente de perda, de vazio, com uma nostalgia da união parental desaparecida. Os comportamentos parentais são objeto de críticas, às vezes fundamentadas. 2) A tomada de consciência dos pais como objeto sexual; enquanto normalmente a sexualidade parental é recalcada ou negada pelo adolescente, no caso atual essa sexualidade se torna manifesta pela presença de um amante ou de uma amante e de condutas parentais mais ou menos coerentes ou caóticas. A barreira intergerações que protege o adolescente e os pais contra os desejos incestuosos torna-se com isso menos evidente, o que pode projetar os próprios adolescentes em condutas igualmente caóticas. Para Wallerstein e Kelly, a separação dos pais no momento da adolescência pode assim interferir no processo da adolescência, bloqueando-o por uma manutenção prolongada da dependência em relação a um de seus genitores (em particular dependência do menino em relação à sua mãe); em outros casos, trata-se de uma pseudo-adolescência marcada particularmente por uma

emancipação sexual excessiva que não tem a significação de uma escolha de objeto sexual plenamente assumido. Finalmente, a organização definitiva do superego e, sobretudo, do ideal do ego pode ser comprometida.

Outras Situações

Vamos expor brevemente algumas situações particulares que podem ter um impacto na adolescência, favorecendo às vezes, mas não constantemente, evoluções desviantes.

O adolescente filho único. – O fato de ser filho ou filha única torna o processo de separação-individuação mais difícil e a interação com os pais eventualmente mais conflituosa. A ausência de fratria à qual possa se reportar uma parte das expectativas dos pais e o investimento afetivo excessivo que os pais depositaram nesse filho único explicam as dificuldades maiores que o adolescente encontra para reequilibrar seus investimentos narcísicos e objetais. Além disso, os motivos que levaram os pais a ter apenas um filho acabam ressurgindo no momento em que este pode sair de casa ou intenta fazê-lo. Assim, em certos casos, a criança permaneceu única porque foi “extremamente difícil criá-la” nos seus primeiros anos, dificuldade que, na realidade, mascara distorções precoces nas interações familiares (transtornos da alimentação, do sono, etc.), ou porque existia desde essa época um desentendimento crônico do casal, sendo a criança o pretexto para manter o vínculo conjugal, ou porque a criança tinha necessidade de uma atenção e de cuidados importantes (doença somática grave). Em todos os casos, as tentativas de autonomização do adolescente representam um risco elevado para a família, que é incapaz de operar o menor rearranjo em seus investimentos. Quando se manifestam transtornos no adolescente, eles geralmente são marcados pela importância da ambivalência com as necessidades de independência total associadas a comportamentos paradoxais de submissão a um dos genitores. É comum que os transtornos da primeira infância reapareçam, em particular os transtornos de condutas alimentares (cf. item “Perturbações de condutas alimentares”, no Capítulo 6).

A família monoparental. – Na maioria dos casos, trata-se de uma mãe sozinha com seu filho, seja porque após um divórcio o pai desapareceu completamente, seja porque se trata de uma “mãe solteira”. No segundo caso, os problemas de identificação encontrados pelo adolescente são particularmente intensos: eles são constatados sobretudo no menino (família monoparental mãe solteira-filho). É evidente que o menino não dispõe de nenhuma imagem possível de identificação masculina positiva, principalmente quando sua mãe tem uma vida social mais ou menos isolada e/ou marginal e quando as relações com a família materna (avós maternos) foram cortadas. Mesmo quando um substituto parental (tio, avô materno, etc.) esteve presente na infância, o adolescente busca o menor indicador que lhe permita encontrar um traço de seu pai natural. Também nesse caso, os riscos de uma identificação negativa (cf. p. 302) são particularmente grandes. Os sintomas pertencem em geral à categoria do agir. Pudemos observar em nossa experiência pessoal a frequência de fugas.

O luto na adolescência. – A perda de um genitor constitui evidentemente um fator de risco e uma ingerência no desenvolvimento, podendo induzir desvios no processo de crescimento. Como no caso da separação dos pais, um estudo dos efeitos da morte de um dos genitores no equilíbrio psicoafetivo da criança deve levar em conta sua idade, os rearranjos operados na sequência (importância da depressão e capacidade de superá-la no outro genitor, papel desempenhado pelas linhagens parentais e pelos substitutos parentais, um eventual segundo casamento do genitor viúvo, etc.) e finalmente as circunstâncias (morte brutal por acidente, após uma longa doença, por suicídio, etc.). Mais uma vez, é importante distinguir a morte parental que ocorre no momento da adolescência daquela que ocorreu na infância. Quanto mais próxima da adolescência é a morte, mais ela constitui um traumatismo psíquico que interfere no trabalho psíquico habitual. Nesse caso, a depressão e os sintomas associados a ela (desinteresse, retraimento social, desinvestimento escolar, transtornos somáticos diversos, etc., cf. item “Clínica”, no Capítulo 9) normalmente situam-se no primeiro plano. A compreensão psicopatológica desse episódio depressivo

remete aos sentimentos de culpabilidade em relação ao genitor desaparecido: o adolescente costuma se reprovar por não ter sido suficientemente obediente, por não ter demonstrado seu amor, por não ter ouvido seus conselhos e recomendações... Ao contrário, quanto mais cedo ocorre a morte do genitor, ainda na infância, mais a problemática da identificação passa ao primeiro plano. Porém, as dificuldades de identificação aqui geralmente são opostas àquelas observadas no adolescente com pais separados ou de família monoparental: as informações objetivas e as reconstruções normalmente idealizadoras sobre o desaparecido são numerosas.

O adolescente é confrontado com uma imagem parental idealizada, inacessível, não criticável. Ele manifesta muitas vezes um sentimento de incapacidade de estar à altura dessa imagem, de desvalorização relativa. É comum a “depressão de inferioridade”, na qual a temática narcísica situa-se no primeiro plano (cf. item “A depressão de inferioridade”, no Capítulo 9). Finalmente, as circunstâncias da morte do genitor também são importantes. Adam assinala a frequência de idéias suicidas e de tentativas de suicídio em adolescentes filhos de um suicida. Esse dado é confirmado também pelas pesquisas epidemiológicas (cf. Capítulo 4).

REFERÊNCIAS

- ADAM K.S. : Perte des parents dans l'enfance : ideation suicidaire et comportement suicidaire. In: *L'enfant dans la famille*. Vol. 2 : L'enfant devant la maladie et la mort (E.J. ANTHONY, C. KOUPERNIK, Éds.). Masson, Paris, 1974, 1 vol., 221-241.
- BRACONNIER A., MARCELLI D. : The adolescent and his parents : the parental crisis. *J. Adol.*, 1979, 2, 325-336.
- BURSTIN J. : La restructuration des relations avec les parents pendant l'adolescence. *Psychiat. Enf.*, 1973, 16, 2, 565-612.
- DANON-BOILEAU H. : La crise des parents face à leur enfant adolescent. *Évol. Psychiat.*, 1982, 47, 157-175.
- FREUD A. : Adolescence. *Psychoanal. Study Child.*, Trad. In: *L'enfant dans la psychanalyse*. Gallimard, Paris, 1976, 1 vol., 244-266.
- KELLY J.B. : Observations on adolescent relationships five years after divorce. *Adol. Psychiat.*, 1981, 9, 133-141.
- LADAME F.G. : Les troubles psychiques de l'adolescence et leur approche thérapeutique : implications entre théorie et pratique. *Ann. Med. Psychiat.*, 1978, 136, 1, 49-67.
- LIDZ Th. : The adolescent and his family. In: *Adolescence : psychosocial perspectives* (G. CAPLAN, S. LEBOVICI, Éd.). Basic Books, New York, 1969, 105-112.
- MACKIE A.L. : Families of adopted adolescents. *J. Adol.*, 1982, 5, 167-178.
- MARCELLI D., BRACONNIER A. : Place de la « crise parentale » dans les prises en charge non formalisées de l'adolescent et de ses parents. *Neuropsychiat. Enf.*, 1980, 28, 10-11, 477-481.
- MARCELLI D. : *L'enfant face au conflit parental : approche psychologique*. Entretiens de Bichat, Médecine, 1982. Expansion Scientifique, Paris, 1982, 1 vol., 303-306.
- McWHINNIE A.M. : The adopted child in Adolescence. In: *Adolescence : psychosocial perspectives* (G. CAPLAN, S. LEBOVICI Éd.). Basic Books, New York, 1969, 133-142.
- PROSEN H., TOWES J., MARTIN R. : The life cycle of the family parental midlife crisis and adolescent rebellion. *Adol. Psychiat.*, 1981, 9, 170-179.
- RUTTER M., GRAHAM P., CHADWICK O., YULE W. : Adolescent Turmoil: fact or fiction. *J. Child Psychol. Psychiat.*, 1976, 17, 35-56.
- SCHWARTZBERG A.Z. : Adolescent : reaction to divorce. *Adol. Psychiat.*, 1980, 8, 379-392.
- SHAPIRO R.L. : Adolescent ego autonomy and the family. In: *Adolescence : psychosocial perspective* (G. CAPLAN, S. LEBOVICI, Éd.). Basic Books, New York, 1969, 113-121.
- SHAPIRO R.L. : Family dynamics and object, relations theory : an analytic, group interpretative approach to family therapy. *Adol. Psychiat.*, 1979, 7, 118-135.
- STIERLIN H. : *Separating parents and adolescents. A perspective on running away, Schizophrenia and waywardness*. Quadrangle, New York, 1974.
- TYERMAN A., HUMPHREY M. : Dimensions of the family environment in adolescence. *J. Adol.*, 1981, 4, 353-361.
- WALLERSTEIN R.S., KELLY J.B. : Les effets du divorce des parents : l'expérience vécue par l'adolescent. In: *L'enfant à haut risque psychiatrique* (E.J. ANTHONY, C. CHILAND, C. KOUPERNIK, Éds.). PUF, Paris, 1980, 1 vol., 477-502.

A Escolaridade na Adolescência

INTRODUÇÃO

O presente capítulo é consagrado às interações entre o adolescente e sua escolaridade. Esta última não se resume ao ensino e à sua conseqüência, a aquisição de conhecimentos. De fato, a escolaridade caracteriza-se igualmente por um local de vida ou uma sucessão de locais de vida, pelos vários encontros com adultos que são tanto modelos identificatórios como contra-identificatórios, pela perseguição de objetivos pessoais e sociais cuja imbricação geralmente é complexa. Essa complexidade às vezes conduz, em contrapartida, a pontos de vista simplificadores, mas caricaturais, em particular na análise das dificuldades. De fato, para explicá-las, costuma-se contrapor um ponto de vista moral (o fracasso se deve à preguiça do adolescente), um ponto de vista médico (o fracasso se deve a um transtorno orgânico ou psíquico) ou mesmo um ponto de vista exclusivamente social (o fracasso se deve apenas à inadequação das estruturas escolares atuais). Toda atitude simplificadora com uma visão geralmente polêmica é desprovida de bom senso, e não ajuda a encontrar uma solução.

A escolaridade dos jovens adolescentes, obrigatória até os 16 anos, realiza-se na escola,

em seguida prossegue no colégio.* Ninguém pode negar que os resultados escolares obtidos nessa etapa da vida envolvem o futuro profissional, social e eventualmente pessoal. O problema é tanto mais sério na medida em que a necessidade de uma orientação surge em um período em que o indivíduo vive um momento de crise cujo futuro também é variável. Em caso de fracasso ou de declínio escolar duradouro, é recomendável, portanto, embora às vezes difícil, distinguir entre:

- as possibilidades de êxito intelectual, as possibilidades de êxito no âmbito da criação e as possibilidades de êxito manual;
- as possibilidades de aprender e o desejo de aprender;
- os projetos familiares e a participação dos adolescentes.

A ESCOLARIDADE

A entrada na 5ª série representa um marco do qual todos se recordam. Se a mudança do tipo de ensino é comum a todos, às vezes ela

* N. de R. T. “Escola” = ensino fundamental (collège).
“Colégio” = ensino médio (lycée).

está associada a uma mudança de lugar. Paralelamente, aparecem os primeiros sinais pubertários, sendo que alguns inclusive vivenciam o desenrolar completo de sua puberdade durante a 5ª série.

A entrada na 7ª série sucede a uma orientação que determina, apesar das mudanças sempre possíveis, o tipo de ensino e, com isso, o tipo de atividades profissionais de uma vida. Essa entrada na 7ª série marca para alguns a continuidade do tipo de escolaridade que eles tiveram anteriormente. Para alguns, o primeiro ano de CAP* ou a série pré-profissional de nível constitui uma primeira transição para sua vida profissional posterior. Paralelamente, todos os meninos e meninas, de maneira geral, já serão adolescentes púberes no final dessa série.

A entrada no 1º ano do ensino médio sucede a uma nova orientação e envolve um número mais limitado de adolescentes: os “colegiais”. Da escolaridade obrigatória, passamos para a escolaridade “voluntária”. Esse “voluntariado” levanta questões em torno das quais se enfrentarão às vezes os pais e seus adolescentes: certamente, alguns desses últimos desejarão de fato mudar de orientação ou mesmo interromper seus estudos por razões geralmente conflituosas e afetivas, cuja origem nem sempre lhes é possível identificar.

Finalmente, o 2º e o 3º anos do ensino médio são dois anos de escolaridade que, na França, são pontuados por um exame cuja importância causa uma angústia subjetiva que sobrevém em um período no qual desenvolvimento das potencialidades afetivas, relacionais e sociais se opõe à necessidade de restringir seu campo de interesse para ser aprovado no fim do ano.

Como mostra a sucessão de reformas, o ensino médio procura se adaptar à heterogeneidade das crianças, de seus níveis e de seus interesses. Esse nobre projeto se choca, de um lado, com as exigências e as desigualdades sociais e, de outro, com o processo intrapsíquico que perpassa todo sujeito nesse período, e cuja instabilidade, confusão e intermitência travam um desenvolvimento idealmente harmonioso onde se poderia responder a todos os problemas de formação e do futuro.

O Lugar da Escolaridade na Vida do Adolescente

Várias pesquisas psicossociológicas nos permitem situar o lugar da escolaridade na vida do adolescente. A Federação Nacional de Escolas de Pais e de Educadores perguntou a um grupo de adultos o que os preocupava no período da adolescência: os estudos vêm em segundo lugar (62%), precedidos pelas relações com os amigos/amigas (69%), seguidos pelos lazeres-saídas (61%), o futuro profissional (60%), as condições de vida (53%), as relações amorosas (53%) e, finalmente, as relações com os pais (48%). Essa mesma pesquisa mostrou que, para os pais, os temas de discussão com os adolescentes referem-se essencialmente aos seus resultados escolares (1% não discute; 66% em geral concordam; 31% em geral discordam). Isso é confirmado em uma outra pesquisa da mesma instituição junto aos próprios adolescentes. A título de comparação, as ligações amorosas aparentemente ainda são um tema íntimo ou talvez tabu (49% não discutem; 34% em geral concordam e 8% em geral discordam).

Por outro lado, como mostra uma pesquisa de G. Vincent junto a 4 mil estudantes do ensino médio, o adolescente espera da escola tanto um desenvolvimento pessoal quanto uma preparação para a vida profissional.

Esse último ponto requer uma definição da escolaridade mais ampla que a de uma simples atividade de ensino e de aquisição de conhecimentos. A prova disso nos é fornecida no nível da própria escola pelo interesse pelos ateliês, clubes ou lazeres organizados ou que têm origem no âmbito escolar. Do mesmo modo, o tempo e o espaço que se situam entre a casa e a escola, no caminho da escola ou do colégio, são preenchidos por atividades, encontros e trocas que às vezes travam a aquisição de conhecimentos propriamente ditos, mas que geralmente representam uma zona de transição indispensável entre dois modos de vida que nessa idade assumem toda sua importância na dinâmica entre o de dentro e o de fora, entre o passado e o futuro, entre o familiar e o estranho, entre o grupo familiar e o grupo social. Finalmente, a participação em seu desenvolvimento pessoal que o adolescente espera da escola põe em xeque o professor, que por sua vez se vê confrontado com um indivíduo

* N. de T. CAP: *Certificat d'aptitude professionnelle* (Certificado de aptidão profissional).

em pleno desenvolvimento e em crise. Esse último poderá ser o representante de várias funções diante das quais, muitas vezes, terá dificuldades de se situar ou de se distanciar.

As Condições de Uma Boa Escolaridade

É difícil, ou até mesmo impossível, prever se a escolaridade de um jovem adolescente será satisfatória para ele e para o seu círculo, e essa dualidade já é fonte de pontos de vista divergentes. Sem subestimar o que se passou durante a infância, podemos evocar duas séries de fatores aos quais toda escolaridade está sujeita durante as séries finais do ensino fundamental e o ensino médio: aqueles ligados ao desenvolvimento da escolaridade e aqueles ligados ao próprio sistema escolar.

A partir da 5ª série, período que nos interessa aqui, as possibilidades intelectuais, psicomotoras e afetivas da criança modificam-se profundamente. Destacaremos apenas as mudanças que podem travar o desenvolvimento da escolaridade, seja porque elas não ocorrem, seja porque se realizam de forma excessivamente abrupta ou excessivamente intensa.

— *Do ponto de vista da evolução intelectual*, como mostrou Piaget, a partir dos 12-13 anos a criança torna-se capaz de abstração. Ela tem acesso ao pensamento dito formal que lhe permite tirar conclusões a partir de puras hipóteses sem ter de recorrer a uma observação real; as operações lógicas são transpostas do plano da manipulação concreta para o plano das meras idéias; ela passa da redação (contar suas férias) à dissertação (o que essas férias evocam?); passa do cálculo ao problema. As dificuldades de acesso ao pensamento abstrato reforçarão para alguns as dificuldades de atenção e de interesse pela escolaridade.

Às diferenças entre o pensamento concreto e o pensamento abstrato acrescentam-se as mais recentes entre o pensamento divergente e o pensamento convergente evidenciadas por J. P. Guilford (1957):

Nos testes de pensamento convergente, quase sempre se considera apenas uma conclusão ou apenas uma resposta como válida, e o pensamento deve ser canalizado ou con-

trolado para chegar a essa resposta [...] No pensamento divergente, por outro lado, há uma busca em várias direções. É fácil constatar quando não existe uma solução única. O pensamento divergente [...] caracteriza-se [...] por uma maior dispersão. Há liberdade para avançar em diferentes direções [...] É preciso abandonar as antigas soluções e se lançar em uma nova direção, e um organismo pleno de recursos terá mais chances de se sair bem.

Essas diferenças não se limitam ao processo cognitivo (Getzels e Jackson, 1963):

Os inteligentes tendem a convergir para as significações estereotipadas, a imaginar seu êxito pessoal segundo critérios convencionais, a se aproximar dos modelos oferecidos pelos professores, a buscar carreiras que se conformem àquilo que se espera deles. Os criativos tendem a descartar as significações estereotipadas, a demonstrar uma imaginação original, a conceber seu êxito pessoal a partir de critérios originais e a buscar carreiras que não se conformam ao que se espera deles.

— *Do ponto de vista da evolução psicomotora*, as transformações corporais são intensas, a imagem do corpo e o esquema corporal se transformam e, com isso, a representação do espaço e o controle tônico-motor ficam perturbados. A repercussão sobre a escolaridade é evidente, tanto no nível da execução de tarefas (escrita, trabalhos manuais, apropriação do espaço) quanto de sua compreensão (uma preocupação corporal excessiva desmobiliza o adolescente para suas operações mentais). O interesse pela ginástica (ao contrário da idéia amplamente difundida) e os trabalhos manuais em que o corpo se exercita e é utilizado constituem um outro exemplo disso. Essas transformações corporais são, evidentemente, a consequência fisiológica do despertar pubertário que também tem uma repercussão afetiva e relacional.

— *A transformação das possibilidades afetivas e relacionais* também repercute sobre a escolaridade. Surgem novos interesses: a busca do outro sexo na história onde a literatura é mais bem compreendida, as dificuldades dos problemas e o interesse de resolvê-los associam-se às preocupações internas do adolescente diante de si mesmo e de seu círculo; o desejo de autonomia e de independência do meio familiar facilita a exploração de campos de interesses pessoais,

de busca de identificação com um autor, com uma ideologia por meio de um líder, com uma matéria por intermédio de um professor. Porém, essas novas possibilidades afetivas e relacionais são marcadas igualmente pelo peso da revolta, da oposição ou da transgressão em face dos pais ou de seus substitutos: os professores podem ser vistos como esses substitutos diretos.

Constata-se assim que as condições de uma “boa” escolaridade nessa idade da vida são estreitamente dependentes das mudanças que se operam da criança para o adolescente: é preciso levar em conta e explicar seu desenvolvimento aos pais inquietos ou às vezes ofuscados somente pelas meras conseqüências escolares.

Mas essas mudanças também podem ter como origem o próprio sistema escolar. A entrada na 5ª série é um exemplo disto: mudança das matérias ensinadas, responsabilidade maior atribuída ao aluno na condução de seus estudos e de seu horário, multiplicidade de professores e disparidade da organização do espaço, do tempo e das referências humanas. Do mesmo modo, a orientação para um ensino especializado (SES) para as crianças que apresentam um déficit intelectual ou para classes de aulas práticas ou de aprendizagem para as crianças que apresentam um interesse centrado nas matérias concretas pode ser a fonte de mudança de projetos anteriores estabelecidos pela família ou pela própria criança. A pertinência ou a aceitação dessas mudanças é mais ou menos bem assimilada. A interrupção da escolaridade aos 16 anos ou seu prolongamento coloca a criança em duas situações totalmente diferentes: no primeiro caso, ela ingressa diretamente no mundo do trabalho e dos adultos; no outro, ela costuma prolongar mais seu processo de adolescência. Se ela prossegue sua escolaridade no ensino médio, a escolha da opção e a possibilidade de manter a disposição de obter um certificado ou se habilitar para o ensino superior muitas vezes criam problemas para o adolescente e para a família. Certas opções serão valorizadas pelos pais e não pelo adolescente. Certas opções, conforme a época, serão mais valorizadas pela sociedade (atualmente as opções científicas). As próprias particularidades do sistema escolar induzem, portanto, uma necessária e às vezes arbitrária adaptação.

Assim, como mostrou um estudo recente sobre o fracasso e o êxito escolar, o médico de-

verá saber que estes dependem de um conjunto de fatores e, sobretudo, de suas interações (nível intelectual, idade, origem sociocultural, aspectos emocionais pessoais e, principalmente, meio familiar, que parece ter muito a ver com o fracasso escolar por insuficiência ou erro na educação, pela pobreza das trocas afetivas ou do clima de florescimento). Vale citar igualmente um estudo sobre as relações entre interesses, aptidões e notas escolares de alunos da última série do ensino médio, que conclui: “O êxito de certas disciplinas escolares (particularmente francês, álgebra e física) também está fortemente ligado, ou até mais, aos interesses do que às aptidões”. Portanto, nas séries finais do ensino fundamental e do ensino médio, existem múltiplas “condições” de uma boa escolaridade, mas elas são marcadas essencialmente pelas capacidades da criança e de seu círculo de reagir favoravelmente às mudanças e às rupturas que caracterizam essa época.

ESTUDO CLÍNICO

As dificuldades escolares na adolescência podem ser apresentadas como uma seqüência “lógica” das dificuldades escolares da infância ou, ao contrário, como um problema novo que surge nesse período. Elas são isoladas ou, ao contrário, associadas a outros tipos de dificuldades, em particular comportamentais. Finalmente, elas serão transitórias ou duradouras. Embora seja possível uma outra classificação, optamos por abordar em três partes esse capítulo clínico das dificuldades escolares:

- as dificuldades escolares da infância que se perpetuam na adolescência;
- as dificuldades escolares transitórias da adolescência;
- as dificuldades escolares duradouras da adolescência;

As Dificuldades Escolares da Infância Que Se Perpetuam na Adolescência

Trata-se essencialmente do fracasso escolar, termo reservado aos atrasos superiores a dois anos. As causas desse fracasso são variáveis:

A debilidade mental. – Assim como para a criança, a debilidade mental profunda ou média trava necessariamente a progressão escolar. Em contrapartida, a progressão escolar no caso de debilidade leve e sobretudo limítrofe dependerá de uma série de fatores instrumentais, afetivos, educativos e socioculturais. Recordemos aqui, a título de indicação, que evidentemente nem toda dificuldade escolar é equivalente a debilidade.

As desarmonias cognitivas. – Elas constituem um quadro psicopatológico caracterizado por transtornos e insuficiências graves nos processos de simbolização (dispraxia, disgnosia, discronia) e causam sérias dificuldades nas aquisições escolares, mas também sociais e profissionais. Ocorrem essencialmente em crianças e adolescentes marginais, não débeis, ditos caracteriais, psicopatas, pré-delinquentes ou delinquentes. A compreensão psicopatológica desses quadros é distinta conforme os autores: “processo depressivo que permite escapar dessas angústias insuportáveis” (Gibello) ou, ao contrário, “descontinuidade na representação mental dos objetos, consequência da descontinuidade fragmentadora na qualidade das relações afetivas precoces” (Flavigny). Essas crianças e esses adolescentes encontram-se essencialmente em estabelecimentos especializados ou SES, em razão de suas dificuldades comportamentais e cognitivas.

Porém, a imensa maioria dos fracassos escolares inscreve-se em perturbações cuja origem é variada: carência sociocultural em sentido amplo, carência familiar, mas também má condução escolar e inadaptação da escola (incapacidade ou dificuldade de estruturas escolares de se adaptarem às crianças e adolescentes marginais).

As Dificuldades Escolares Transitórias

Trata-se de manifestações reveladoras inerentes às dificuldades específicas do desenvolvimento nessa idade. Nelas se reconhece sistematicamente o peso das mudanças afetivas e relacionais do processo da adolescência. Elas podem ser resumidas em duas grandes catego-

rias: os hiperinvestimentos escolares e o declínio escolar.

Os hiperinvestimentos escolares. – Eles se manifestam por um interesse quase exclusivo pelas atividades escolares e por um êxito nitidamente acima da média. Nesse último aspecto, eles se distinguem nitidamente dos declínios escolares em que aparentemente o adolescente trabalha muito, mas sem nenhuma eficácia; voltaremos a isso mais adiante.

Esses hiperinvestimentos escolares são encontrados em dois casos:

– Ou o adolescente teme perder sua infância, isto é, a estabilidade, o equilíbrio, a boa integração e a dependência em relação aos pais; ele exerce um forte controle sobre seu mundo pulsional e manifesta comportamentos infantis para sua idade, refugia-se na hiperatividade escolar, revelando nesse campo uma hiper maturidade, que não é necessariamente de bom augúrio a médio prazo. Ao mesmo tempo, as turbulências do processo da adolescência parecem ser apagadas nos diferentes registros de sua personalidade; os professores menos informados e os pais em geral não se queixam; porém, o clínico, quando percebe isso, deve avaliar seus riscos. De fatos, esses hiperinvestimentos transitórios podem evoluir em três direções: ou paralelamente à ausência de “crise” eles se tornam duradouros e esses adolescentes “frios” ou “inocentes” são reconhecidos por seu caráter claramente psicopatológico; ou eles sofrem uma brusca inversão, dando a impressão de um “desleixo” pulsional em que todo processo cognitivo é subitamente travado; ou, felizmente, eles se descontraem para permitir que apareça progressivamente um declínio provisório comum a todo adolescente.

– Ou então, o adolescente tem êxito em sua escolaridade, mas apresenta condutas psicopatológicas manifestas (drogas, gestos suicidas, insônia importante, anorexia, etc.); e a defasagem entre o hiperinvestimento com êxito escolar e os sinais de sofrimento da personalidade faz temer à primeira vista uma desarmonia do desenvolvimento.

O declínio escolar. – O declínio escolar sucede um período de escolaridade satisfatória. Do

nosso ponto de vista, ele está presente no transcurso da escolaridade de todo adolescente. Na maioria dos casos, ele começa sem uma causa aparente a não ser os transtornos que suscitam os diferentes elementos que caracterizam o processo da adolescência: transformação corporal, aparecimento das regras, ocorrência das primeiras relações sexuais, conflito identificador, etc. Às vezes, no entanto, ele aparece como reação a dificuldades externas (doença ou separação dos pais, morte, etc.). É difícil determinar uma série durante a qual sua ocorrência é mais freqüente, a não ser a 7ª série e o 1º ano do ensino médio em que pudemos observar isso mais facilmente. Sem dúvida, não é irrelevante constatar que essas duas séries coincidem mais com o estabelecimento de diferentes fatores intrapsíquicos que caracterizam a primeira parte e depois a segunda parte da adolescência segundo a diferenciação de certos autores (cf. p. 55).

A descrição desse declínio escolar pode ser resumida da seguinte maneira: sem razão aparente e de forma progressiva, geralmente no primeiro trimestre do ano escolar, os resultados se tornam menos satisfatórios em uma matéria ou em várias, mas o adolescente não se queixa concretamente de um desinteresse por sua escolaridade. O adolescente pode inclusive, nessa primeira fase, manifestar surpresa e inquietação em face desse declínio, cuja origem ou origens ele tem muita dificuldade de expressar. Em uma segunda fase, esse declínio se modifica: ele pode se estender ao conjunto das matérias ou, ao contrário, centrar-se em uma única matéria, mas nesse caso o fracasso é total. Além disso, esse declínio associa-se progressivamente ou a um desinteresse manifesto em relação à escolarização, ou a uma fuga em um trabalho que é tanto mais frustrante na medida em que parece cada vez menos eficaz.

Associado a esse declínio, um certo retraimento do meio familiar e uma certa morosidade imprimem à vida aparente do adolescente um aspecto mais lentificado, entrecortado de breves reações em um ou outro campo, cuja rispidez surpreende as pessoas próximas. O absentismo escolar pode estar presente, mas geralmente é moderado.

A evolução desse declínio escolar é favorável na maioria dos casos. Portanto, normalmente é transitório. Porém, ele corre o risco de se tornar duradouro quando o adolescente

focaliza nesse declínio a imagem que tem de si mesmo (risco de entrar na neurose do fracasso, por exemplo).

De um ponto de vista psicológico, esse declínio aparece como a consequência direta de diferentes mudanças características da adolescência.

O deslocamento da erotização do corpo para a atividade de pensamento é um primeiro aspecto. Depois da surpresa causada pela puberdade e pela erotização do corpo que se segue, elas são deslocadas pelo adolescente para a atividade de pensamento e acompanhadas de uma inibição na atividade intelectual e criadora, associada a uma inibição sexual ou, ao contrário, a uma atividade altamente proclamada, buscando ao mesmo tempo extinguir a novidade e a surpresa (Kestemberg, 1980).

Associada em graus variáveis às anteriores, a dimensão depressiva (cf. item "Clínica", no Capítulo 9) é uma segunda causa desse declínio. O humor depressivo, o tédio e a morosidade repercutirão na atividade intelectual, retardando-a e produzindo um desinteresse crescente. O vazio depressivo se expressa claramente nas dificuldades sentidas pelo adolescente de acompanhar um pensamento em uma exposição, em uma leitura ou em um exercício escolar.

Finalmente, a dinâmica entre o adolescente e seus pais se expressa e se organiza às vezes de forma privilegiada a propósito da escolaridade: o declínio se torna então o motivo dos diferentes conflitos que subentendem essa dinâmica. O declínio escolar pode inclusive ter uma função homeostática conflituosa.

As Dificuldades Escolares Duradouras

Entramos aqui em um campo claramente patológico: as dificuldades perduram e se organizam em um sistema estável.

Antes de tudo, pode tratar-se de uma evolução desfavorável das dificuldades transitórias mencionadas anteriormente. Um hiperinvestimento escolar que se perpetua invade subitamente o funcionamento psíquico do adolescente cuja atividade escolar mobiliza todos os mecanismos de defesa em face de seu mundo pulsional. Trata-se geralmente de adolescentes nos quais o próprio processo da adolescência

às vezes está ausente, o que pode custar muito caro ao sujeito em um momento ou outro de sua vida.

Do mesmo modo, um declínio escolar duradouro pode se transformar em um real fracasso escolar com todas as conseqüências que se seguem para o futuro do sujeito. Em um plano psicopatológico, o declínio duradouro é principalmente o sinal de um entrave muito mais profundo no transcurso do processo da adolescência. Prova disso, do ponto de vista sintomático, é que nesse declínio escolar duradouro associam-se quase sistematicamente sintomas em outros registros do funcionamento: registro corporal com manifestação de condutas anoréxicas ou bulímicas, registro comportamental com eventuais condutas toxicomânicas, delinquentes ou mesmo suicidas e, finalmente, registro neurótico ou mesmo psicótico.

Encontramos mais uma vez aqui adolescentes cujas atitudes de fracasso, os sentimentos depressivos ou as grandes dificuldades de suportar as diferentes angústias próprias a essa idade invadem seu funcionamento psíquico.

Associadas ou não ao estado anterior, as dificuldades escolares podem assumir formas mais específicas: ruptura escolar, fobia escolar ou processo de deterioração.

Fobias escolares. – Em 1941, A. Jonhson e colaboradores propõem o termo “fobia escolar” para descrever “crianças que por motivos irracionais recusam ir à escola e resistem com reações de ansiedade muito intensas ou de pânico quando se tenta forçá-las”. Logo esse termo será objeto de controvérsias que dizem respeito, de um lado, à significação “fóbica” do sintoma e, de outro, à organização psicopatológica subjacente. Numerosos autores contestarão a designação “fobia”, preferindo expressões como “angústia de separação” (Bowlby, e depois Abelson, Barney...), ou “transtorno de pânico” (Klein) na perspectiva descritiva do DSM-III-R, ou mesmo “recusa escolar ansiosa” (Hersov). No plano psicodinâmico, costuma-se criticar a predominância da organização neurótica, ao mesmo tempo em que se dá uma atenção especial às interações familiares (“neurose mútua” de Estes e Haylett). Atualmente, na literatura anglo-saxônica, a expressão “recusa ansiosa da escola” (Last, 1987) tende a substituir o termo “fobia escolar”, ain-

da mantido na literatura francófona. A “recusa ansiosa da escola”, expressão mais neutra e descritiva, é a parte visível de uma constelação psicopatológica sempre complexa, tanto no plano individual quanto no familiar.

Referências epidemiológicas. – Hersov, em uma revisão de literatura, avalia a frequência de fobias escolares em 1 a 8% da população consultante envolvida, com uma média em torno de 5%. Essa frequência era de 3% na pesquisa de ilha de Wight com crianças de 10 a 11 anos (Rutter). Ela seria de 0,3 a 1,7% para o conjunto da população em idade escolar. O *sex ratio* tende a evoluir para um relativo equilíbrio depois de se observar uma nítida predominância nos meninos. Atualmente, oscila em torno de 3 meninos para 2 meninas.

A idade de início parece apresentar vários picos: na primeira infância (5-7 anos), na pré-adolescência (10-11 anos) e na adolescência (12-15 anos). Não é raro que a fobia escolar se manifeste no ensino médio ou no começo da faculdade. A idade média proposta pelos diversos estudos parece refletir mais a população da amostra de cada serviço do que a realidade epidemiológica. A idade de início talvez seja um pouco mais tardia para as meninas (Gal e Marcelli, 1993). No plano social, parece haver um paralelismo entre a valorização dos estudos, tanto no âmbito individual e familiar além do âmbito social, e a frequência de fobias escolares. Um caso exemplar é o do Japão, onde as “recusas escolares ansiosas” representam 60 a 70% dos casos em certos centros de atendimento (Suzuki *in*: Chiland e Young, 1991). Ninguém ignora o peso do sistema de competição escolar nesse país.

Existem geralmente fatores desencadeantes: mudança com transferência de estabelecimento, mudança de ciclo e de escola, doença com interrupção temporária da escolaridade, discussão com um professor ou um colega...

Descrição clínica. – Assim como para a criança, a expressão sintomática aguda está ligada à escola: quando vai para a escola, para o colégio, o adolescente fica agitado, manifesta uma angústia crescente. Às vezes, essa angústia aparece apenas na classe ou em certas aulas. Contudo, o mal-estar vai crescendo em inten-

sidade, estendendo-se às outras aulas e ao caminho da escola. Se o adolescente é forçado, surgem manifestações comportamentais: gritos, agitação, violência, fuga. Mais raramente, o adolescente parece se deixar convencer, mas a crise de angústia e a necessidade de evitamento aparecerão quando de uma advertência, de uma discussão mínima entre o adolescente e um professor ou um colega. A ida à enfermaria se torna cotidiana ou pluricotidiana até a recusa.

As racionalizações secundárias para justificar a recusa de assistir aula são variadas e numerosas. Elas se referem ou ao trabalho escolar, em particular ao temor de um exame ou de provas, ou ao desinteresse em relação aos conhecimentos escolares, mas esse desinteresse é acompanhado de uma nota de angústia, ou finalmente aos temores causados pelo convívio com outros adolescentes (sentimento de ser rejeitado pelos outros, de ser objeto de gozação, temor de uma relação afetiva ou dos adolescentes do outro sexo, etc.).

Às vezes, a fobia escolar é rigorosamente isolada, e o adolescente parece livre de qualquer dificuldade fora o estrito enfrentamento da situação escolar. Ele é capaz de passear, tem encontros com amigos e colegas, pratica suas habituais atividades extra-escolares, esportivas, artísticas ou culturais. Porém, na maioria dos casos, o adolescente apresenta outras manifestações sintomáticas. Elas podem ser agrupadas sob três aspectos:

– A existência de outras manifestações ansiosas mais ou menos patentes: agorafobia, fobia de transportes coletivos, fobia social e, principalmente, manifestações de angústia de separação, particularmente em relação a um dos genitores. Quanto mais as manifestações fóbicas e a angústia de separação são invasivas, mais a vida do adolescente se confina e se restringe ao espaço familiar.

– Transtornos do comportamento, em particular no âmbito familiar: tanto quanto o adolescente parece submisso, temeroso, retraído fora do ambiente familiar, ele pode se tornar exigente, tirânico, colérico e mesmo agressivo no círculo familiar: crise de cólera, passagem ao ato violenta em relação a um membro da fratria ou mesmo a um dos genitores, comportamento autoritário ou tirânico em face de um dos genitores que o adolescente tenta dirigir e contro-

lar na maior parte dos gestos da vida cotidiana. O adolescente exerce às vezes uma espécie de império sobre a vida da família, que é como a imagem invertida da total perda de autonomia e de controle que ele experimenta na vida extrafamiliar.

– Finalmente, sintomas da série depressiva são freqüentes no pré-adolescente e no adolescente:

- crise de choro com idéias tristes persistentes;
- sentimento de desvalorização, de declínio da auto-estima;
- idéias de morte, ou mesmo pensamento suicidas que, no entanto, raramente conduzem à passagem ao ato suicida (há pouca associação de tentativa de suicídio-fobia escolar descrita na literatura);
- recolhimento em si mesmo, indiferença, desinteresse progressivo por todas as atividades, incluídas aquelas que o adolescente investia de forma muito positiva antes;
- transtornos do sono com dificuldades de dormir, despertares freqüentes, pesadelos noturnos. A freqüência desses pesadelos, a existência de crises de angústia à noite justificam as solicitações do adolescente quanto aos arranjos noturnos: manter a porta do quarto aberta, dormir no mesmo cômodo que um dos genitores e, no limite, dormir com ele;
- modificação do apetite e da alimentação com perda de apetite, condutas anoréxicas ou, ao contrário, condutas bulímicas.

A existência destas manifestações sintomáticas depressivas requer uma observação acerca das relações entre fobia escolar e depressão. Alguns autores falaram de “depressão mascarada”. Às vezes, a semiologia depressiva é evidente, e a fobia escolar é uma máscara bem sutil que deixa transparecer facilmente os sinais depressivos e a problemática depressiva subjacente. Em compensação, há casos em que a fobia escolar parece inteiramente isolada, em que o adolescente não faz nenhuma queixa depressiva, não apresenta nenhum sintoma indicativo de depressão, pelo menos nas primeiras entrevistas. Geralmente,

ao longo da abordagem psicoterápica acaba surgindo uma problemática de natureza depressiva. Quando se priva o adolescente dos benefícios secundários que ele tira de sua situação mesmo respeitando seu sintoma fóbico, é muito comum que, pouco a pouco, vá aparecendo um tédio, uma tristeza, dando início progressivamente a uma verdadeira problemática depressiva.

Fobia escolar do adolescente: antecedentes na infância. – A análise dos antecedentes infantis dos adolescentes fóbicos escolares revela freqüentes dificuldades anteriores (Gal, 1993):

– Problemas escolares anteriores (60% dos casos) sob forma:

- de uma angústia de separação excessiva em intensidade e, principalmente, em duração quando da entrada no maternal e no ensino fundamental (6 anos);
- dificuldades de assiduidade com numerosas ausências (quaisquer que sejam seus motivos) ao longo da escolaridade;

– Problemas diversos de alimentação (anorexia), de sono (recusa de deitar, pesadelos, sonambulismo, etc.) para cerca de 25% dos casos na primeira infância.

– Problemas ligados às separações. De um lado, há poucas ou não há separações familiares por motivos desenvolvimentais positivos (colônia de férias, estadas escolares, estadas em casa de amigos, estadas linguísticas no exterior, etc.). A ausência de separação parece ser a regra nessas famílias cuja coesão não deve ser posta em risco pelas obrigações usuais da vida. De outro lado, existe um pequeno grupo de pacientes que tiveram uma ou duas separações de dimensão traumática na primeira infância, seja em razão de uma doença ou de um acidente sofrido pela criança ou em razão dos pais (separação parental, doença grave, falecimento, etc.).

Essas constatações mostram que, embora a patologia “fobia escolar” aparentemente surja na adolescência, ela costuma ser precedida de manifestações sintomáticas que revelam, por um lado, uma ansiedade excessiva e, por outro, ligações familiares particulares (ver o próximo item).

Diagnóstico diferencial. – É importante distinguir a fobia escolar ou a recusa escolar ansiosa:

– do desinteresse, declínio ou desinvestimento escolar (ver p. 281): o desinteresse não é acompanhado de uma interrupção da freqüência escolar, pelo menos no início. Além disso, o comportamento não é dominado pela angústia. Contudo, às vezes é difícil distinguir entre desinvestimento, estado depressivo e fobia escolar quando estão associados a manifestações de ansiedade e de depressão;

– da recusa escolar, da ruptura escolar (cf. o próximo item): a recusa escolar diz respeito à ausência de interesse dedicado às aquisições escolares, a ruptura escolar é dominada pelos processos de exclusão, seja em razão da escola, seja em razão do adolescente e de sua família (marginalização, exclusão social), sendo que as duas rejeições normalmente se combinam.

Abordagem psicopatológica individual: angústia de separação versus elaboração fóbica. – Assim como para a criança menor (ver *Enfance et psychopathologie*, p. 487), a fobia escolar parece ser uma conduta sobredeterminada, que encontra suas origens em diferentes níveis de organização estrutural.

A primeira questão é a do estatuto do **sintoma fóbico** com o trabalho de elaboração psíquica que a expressão fóbica implica. A partir da ansiedade de separação desenvolvimental e de sua elaboração, a questão assim colocada diz respeito à relação entre angústia de separação patológica, transtorno de pânico (ataque de pânico) e elaboração psicodinâmica de tipo fóbico (trabalho de recalque, deslocamento em torno da angústia de castração e não apenas de angústia de separação).

Se o modelo teórico e explicativo “angústia de separação” parece tanto mais pertinente quanto menor é a criança, a retomada do mesmo modelo na adolescência corre o risco de culminar em um desconhecimento do trabalho psíquico próprio a essa idade. Não obstante, numerosos autores consideram a recusa escolar ansiosa na adolescência como simplesmente ligada à angústia de separação (posição do DSM-III-R, de Klein, Gitelman-Klein, etc.). Essa posição teórica leva a propor uma correlação linear entre

angústia de separação patológica e transtorno de pânico, e mesmo uma equivalência semiológica, sendo que apenas o nível do desenvolvimento explicaria as diferenças clínicas observáveis.

Incontestavelmente, a clínica verifica essa asserção em um grande número de casos de adolescentes com “recusa escolar ansiosa”, que geralmente apresentam antecedentes infantis de angústia de separação patológica (para cerca de 60 a 70% dos casos de fobia escolar na adolescência) e outras manifestações de angústia associadas à recusa escolar.

Contudo, há também casos de “fobia escolar” relativamente isolada: o adolescente suporta facilmente separações para atividades lúdicas, esportivas ou outras sem uma angústia particular. Toda ansiedade parece localizada na escola, tanto em seu aspecto concreto (o colégio, a sala de aula) quanto simbólico (a capacidade de acompanhar o professor, a escolha de uma orientação, etc.). Nesses últimos casos, a angústia parece muito mais ser o resultado de um trabalho de elaboração psíquica do que uma decorrência direta das ansiedades de separação da primeira infância.

É provável que a conduta “fobia escolar” condense níveis de organização psicopatológica muito variáveis; aliás, a grande maioria dos autores está de acordo quanto a essa constatação.

Assim, para M. Sperling, as fobias escolares estão ligadas a uma fase psicoafetiva precoce, sádica anal e, portanto, pré-edipiana do desenvolvimento: elas testemunham um conflito em torno da separação e da autonomização da criança em face da mãe e traduzem falhas na organização narcísica. A relação de objeto fóbica permite a manutenção da ligação infantil com a mãe e preserva as fantasias de onipotência. Do mesmo modo, para Lebovici e Le Nestour, “as fobias escolares são a manifestação de uma patologia de expressão neurótica, mas cujos sintomas são pouco elaborados”, participando ao mesmo tempo da agorafobia e remetendo a uma angústia da separação mal elaborada. A criança se defende dessa angústia de separação pela passividade e toma sua mãe como objeto contrafóbico. Mas esses autores explicam: “A fobia escolar não protege contra a expressão comportamental de uma neurose mentalizada de forma muito insuficiente e se situa na encruzilhada da insuficiência da elaboração neurótica e da passagem ao ato”.

Entretanto, esses autores e muitos outros depois deles não parecem levar em conta as particularidades da adolescência enquanto tais. De fato, a adolescência acrescenta suas próprias exigências e suas linhas de tensão psicodinâmicas, em particular o necessário rompimento da ligação com os objetos edipianos e a qualidade nova das relações com os iguais (ver Capítulo 1).

A reativação da problemática edipiana com a necessidade intrapsíquica de se afastar dos objetos edipianos é vivida por numerosos adolescentes fóbicos escolares em uma mistura de culpabilidade e de carga agressiva dificilmente controlada e fracamente intrincada com as pulsões libidinais. As particularidades da organização familiar, como veremos, reforçam essa dificuldade do adolescente. A importância da ambivalência e o lugar da agressividade em face das imagens parentais são ilustrados pela frequência da aparição de um comportamento abertamente agressivo no interior da família, ao mesmo tempo em que se instala a fobia escolar: crise de violência dirigida contra os objetos, às vezes inclusive agressividade verbal ou gestual em relação a um dos genitores (em particular no menino em relação à sua mãe). Ao mesmo tempo em que a fobia escolar mantém o adolescente em seu espaço familiar e representa um contra-investimento defensivo do desejo culpabilizado de autonomia, as pulsões agressivas se atualizam e permitem negar o desejo de passividade e de submissão ao genitor do mesmo sexo.

Esse desejo de passividade e de submissão faz parte da problemática edipiana indireta sobre a qual P. Blos insistiu fortemente. A partir de sua experiência de tratamento de adolescente fóbico escolar pelo psicodrama, C. Flavigny compreende a fobia escolar como “uma atitude de defesa lutando contra um intenso desejo de exibição masoquista” com a atualização de uma fantasia de fustigação. Trata-se então de saber se esta fantasia masoquista é a expressão de um desejo pulsional ligado à fase edipiana indireta (obter na adolescência o amor e o apoio do pai), mas culpabilizada e transformada em seu contrário, ou se ela traduz uma transformação de um desejo exibicionista inscrito em uma problemática fálica perversa, que se torna mais aguda na puberdade do que na infância.

Além dessa dificuldade de lidar com a agressividade, nota-se freqüentemente, em particular no menino, uma carência no Ideal do ego,

carência ligada às dificuldades de identificação com a imagem paterna falha. Essa carência no Ideal do ego explica a frequência da problemática depressiva subjacente à conduta fóbica. Essa dimensão depressiva é levada em conta também por A. Birraux, para quem a fobia na adolescência representa um mecanismo protetor utilizado pelo Ego do adolescente em “estado de carência objetual total” após o período de rompimento da ligação edipiana. Para esse autor, “a fobia, na adolescência, seria um sintoma indicativo da impotência do Ego de gerir o afluxo pulsional da puberdade”. Brecha na capacidade do Ego de gerir o conflito, a fobia do adolescente traduz o desmoronamento da função narcísica do objeto. Esse objeto por projeção torna-se perigoso, fobógeno, dado que o papel da projeção é preservar tanto quanto possível o narcisismo próprio à adolescência. Nessa idade, as diversas fobias testemunham o antagonismo conflituoso entre investimento narcísico e investimento de objeto, antagonismo que é provavelmente uma das especificidades da adolescência (ver item “Identidade-Identificação”, no Capítulo 1). A fobia escolar assume mais especificamente o sentido de um ataque contra os processos de pensamento, sentidos como perseguidores em razão das exigências desenvolvimentais. A escola torna-se então, por deslocamento, o lugar simbólico dessa perseguição pelo pensamento e pelos desejos que seriam suscetíveis de ser representados ali.

Antes de abordar a dinâmica familiar, é necessário considerar a qualidade das relações com os iguais. Sabe-se da importância das relações com os iguais na adolescência e de seu papel na constituição do ideal grupal, ideal de transição entre o ideal da criança e o do futuro adulto (ver p. 31). Para certos adolescentes fóbicos escolares, parece essencial evitar o confronto com o grupo de iguais porque este reatualiza e brutaliza a ligação de dependência extrema das imagens edipianas, e às vezes mesmo da pessoa dos pais. É surpreendente constatar que esses adolescentes normalmente têm excelentes relações com um amigo e relações detestáveis com o grupo, sobretudo com a turma da classe. Em geral, o amigo não faz parte dos alunos da classe atual, mas ambos se conheceram em uma das classes anteriores. Observa-se esse tipo de relação particularmente nos meninos fóbicos escolares, embora seja mais habitual na menina. A

significação dessa relação de amizade deve ser buscada do lado da ligação com um genitor do mesmo sexo, e testemunha uma tentativa esboçada de rompimento da ligação edipiana direta, apoiando-se na ligação edipiana indireta. Trata-se da questão da relação homossexual passiva com o genitor do mesmo sexo que, para P. Blos, representa um momento essencial na elaboração da adolescência e do rompimento da ligação edipiana. Infelizmente, para o adolescente fóbico escolar, a ligação edipiana indireta com o genitor do mesmo sexo não lhe proporciona a força e as possibilidades identificatórias necessárias: para o menino, o pai é fracassado, ausente, depressivo, para a menina a mãe é fóbica e o pai geralmente alimenta os temores fóbicos de sua mulher. O adolescente não tem outra solução a não ser um acréscimo de submissão passiva que lhe permita ao mesmo tempo encontrar uma saída identificatória e preservar fantasmaticamente seus objetos edipianos. Porém, a dinâmica de uma tal relação feita de submissão passiva é particularmente perigosa dentro do grupo de iguais, pois ela inscreve o adolescente em uma posição de homossexualidade passiva e o coloca automaticamente em situação de bode expiatório do grupo.

Na idade em que o adolescente mais necessita disso, sua participação no grupo de iguais geralmente é difícil, o que o empurra de volta para o seio da família e trava seus desejos de separação.

Dinâmica familiar. – A psicopatologia individual que acabamos de descrever quase sempre é reforçada pelas particularidades da organização familiar. Mais ainda do que para a criança pequena, no caso de adolescentes fóbicos escolares as imagens parentais são bastante contrastantes.

Os pais geralmente são pessoas seja ausentes ou inacessíveis, seja fracassados em seu papel e função. Nota-se também uma grande frequência de afastamento do pai por divórcio, separação dos pais ou por motivos diversos (por exemplo, pai ausente de forma irregular e prolongada por razões profissionais). Quando presentes, eles são geralmente desvalorizados pela mãe, doentes crônicos, inválidos. Com muita frequência eles sofrem de ansiedade crônica e têm traços neuróticos notáveis, em particular depressivos. Em 62 casos de fobia escolar na adolescência,

essas fraquezas físicas (ausência, doença, etc.) ou psíquicas são observadas em 70% deles (Gal e Marcelli). O adolescente menino não encontra em seu pai possibilidades identificatórias suficientemente sólidas e positivas de modo a poder utilizar essa relação edipiana indireta para contrabalançar o domínio da relação materna e tentar livrar-se dela.

As mães também apresentam particularidades. Berg destaca a frequência de mães que são elas próprias fóbicas. De nossa parte, encontramos muitos perfis de mães com uma ansiedade excessiva e/ou traços de personalidade abertamente neuróticos. A ligação de hiperdependência precoce mãe/filho é habitual, mas nem sempre é possível saber quem iniciou essa ligação. Desse ponto de vista, a expressão “neurose mútua” proposta já em 1956 por Estes e Haylett para descrever a ligação ansiosa mãe/filho parece muito pertinente. A ligação mãe fóbica-filho fóbico, na qual mãe e filho inscrevem-se em uma relação identificatória demasiado direta, não mediada por um pai fracassado na função, parece freqüente. Existe muitas vezes um estado depressivo mais ou menos crônico nas mães de adolescentes que têm uma fobia escolar. Nessas condições, o desejo de autonomia suscita um sentimento de culpabilidade no adolescente, sentimento tanto maior na medida em que ele se considera, e às vezes é designado pelo conjunto da família, como um apoio terapêutico necessário à mãe. Essa constelação familiar é muito freqüente e explica o reforço dos conflitos habituais na adolescência e sua progressiva fixação.

Pesquisas familiares ascendentes: diante dessas constatações clínicas, foram realizados estudos epidemiológicos com o objetivo particular de distinguir a patologia ansiosa e a patologia depressiva familiar.

Em relação às famílias testemunhas comparadas, Bernstein e colaboradores (1990) constatam um aumento significativo na frequência de transtornos de humor ou de transtornos ansiosos e de humor nos ascendentes em primeiro e em segundo grau da criança e do adolescente com uma fobia escolar. Porém, não há diferenças significativas entre os ascendentes dos dois grupos apenas para os transtornos ansiosos.

Last e colaboradores (1987) compararam 48 crianças que apresentavam um transtorno de “angústia de separação” (com ou sem recusa ansiosa da escola) e 19 crianças com diagnóstico de “fobia escolar”, assim como suas mães. O perfil das mães parece muito diferente nessas duas populações, com uma frequência particularmente elevada de transtorno de humor (86%) nas mães de crianças com angústia de separação, enquanto que os transtornos ansiosos são igualmente freqüentes nos dois casos. Parece claro que a angústia de separação patológica não pode explicar por si só a constituição da fobia escolar.

A partir das observações acerca da dinâmica familiar e das hipóteses psicopatológicas individuais, propomos a seguinte **síntese**: a fobia escolar do adolescente encontra sua origem inicialmente na ligação infantil de interdependência mãe/filho; em seguida, ela se constitui em torno de fracassos nos processos de identificação com o genitor do mesmo sexo, de um lado, e da incapacidade da figura paterna de se interpor na ligação primária mãe/filho, de outro; finalmente, ela se atualiza sob o efeito da dupla imposição, de um lado, das exigências de pensar na escola e, de outro, dos conflitos de fidelidade com o grupo de iguais.

Por sua complexidade, a fobia escolar representa um modelo de emergências patológicas próprias à adolescência onde estão envolvidos:

- o eixo narcísico genético pela ligação de hiperdependência precoce mãe/filho;
- o eixo narcísico atual da adolescência pelos fracassos da ligação identificatória com o genitor do mesmo sexo;
- o eixo edipiano reatualizado na adolescência e que se torna em parte inoperante pelo fracasso da instância paterna que deveria servir de apoio ao rompimento da ligação primária;
- o eixo do Ideal do ego e de sua elaboração pelos investimentos sublimatórios do pensamento vivido aqui como uma ameaça;
- o eixo das relações sociais com a habitual função de ideal de transição que geralmente é proporcionado pelos iguais e que neste caso empurram o adolescente de volta para o refúgio familiar.

A fobia escolar na adolescência não traduz uma organização neurótica simples, mas explica a diversidade relativa das organizações psicopa-

tológicas subjacentes que foram responsabilizadas. Contudo, ela trava e contraria os processos de desenvolvimento normais explicando seu prognóstico social geralmente reservado.

Cuidado terapêutico e evolução. – O tratamento dos adolescentes fóbicos escolares é difícil, complexo, necessariamente multifocal e em geral frustrante. As interrupções terapêuticas são freqüentes seja porque a hipótese de uma separação (internato, instituição terapêutica) não é tolerada pelo adolescente ou por seus pais, seja porque a ausência de modificações comportamentais leva os pais a desistir.

A demanda terapêutica normalmente restringe-se aos sintomas, quer se trate da própria fobia escolar ou de transtornos do comportamento associados. A abordagem familiar logo é percebida como uma ameaça para o frágil equilíbrio familiar.

Em muitos casos, a dimensão depressiva é o eixo psicopatológico sobre o qual é possível agir quando as manifestações depressivas são perceptíveis. Antes de qualquer decisão de indicação terapêutica de longo prazo, são indispensáveis as consultas de avaliação (ver Capítulo 3, p. 58), assim como uma boa percepção das alianças terapêuticas (ver o item “A aliança terapêutica”, no Capítulo 22).

Uma psicoterapia individual **associada** a reorganizações do quadro de vida (internato terapêutico) representa provavelmente a melhor possibilidade de mudança. Alguns propuseram uma terapia cognitivo-comportamental centrada nos sintomas fóbicos e a prescrição de antidepressores ou de moléculas eficazes no “ataque de pânico”. Há apenas estudos abertos para avaliar esta eficácia. À luz de nossa experiência, essas prescrições (em particular os antidepressivos) podem ter o interesse de superar em parte a inércia e o retraimento depressivo e de autorizar o estabelecimento do quadro terapêutico mencionado acima. Contudo, não é excepcional que a melhora da depressão sirva de justificativa para suspender rapidamente qualquer outra demanda terapêutica.

A evolução. – É preciso distinguir a adaptação escolar e social propriamente dita e o prognóstico em termos de funcionamento psíquico (prognóstico ligado às possibilidades terapêuticas).

– **Prognóstico escolar e posteriormente social.** A retomada da escolaridade é mais rara no adolescente do que na criança. Os retornos às aulas oscilam entre 40% e 60%, resultados que dependem da duração da catamnese. Esses retornos às aulas seriam tanto mais freqüentes quando menor é a criança, especialmente quando se trata de meninos. Em uma série pessoal referente unicamente a adolescentes (11-19 anos) (Gal e Marcelli: 62 casos de fobia escolar na adolescência), 40% retornaram às aulas nos seis meses seguintes à primeira consulta, e para 20% de casos suplementares o recuo era insuficiente para avaliar a evolução em termos de retorno à sala de aula; finalmente, 40% não tinham retornado às aulas mesmo depois de muitos anos. Em termos epidemiológicos, os fatores de retorno “possível” às aulas a nosso ver são os seguintes: ser um menino, preferencialmente um pré-adolescente (11/13 anos), filho único ou do meio (conseqüentemente, não o último da fratria), ter tido uma experiência de separação na infância, não ter sentido dificuldade quando da entrada no maternal e na seqüência da escolaridade. Os fatores de “resistência” ao retorno à escola são inversos: ser uma menina, adolescente (16 anos e mais), última de uma fratria de dois ou mais, não ter vivido separações na infância, ter sentido dificuldades de separação na escola maternal ou no ensino fundamental.

Em certos casos, mesmo não retornando à escola, o adolescente prossegue os estudos conforme sua idade por correspondência (Centre National d’Enseignement à Distance). Na maioria das vezes, assiste-se a um desinvestimento escolar e a uma situação de marginalização progressiva.

De fato, em um número bastante significativo de casos, destacam-se evoluções dominadas pela marginalização social, ou mesmo pela delinquência (Lebovici e Le Nestour, 1977).

– **Prognóstico psiquiátrico.** Essas evoluções sociais desfavoráveis indicadas acima trazem, segundo os mesmos autores, evoluções no sentido de condutas perversas, psicopáticas ou no sentido da manutenção do retraimento, do isolamento. A estruturação progressiva em forma de um estado-limite seria bem freqüente. Contudo, certos autores (Berg, Jackson) consideram que o prognóstico de fobia escolar é rela-

tivamente bom, dado que a metade dos sujeitos estaria livre de complicações psiquiátricas posteriores, enquanto que a outra metade sofreria apenas de transtornos psiquiátricos qualificados de menores, e apenas 5% dos pacientes teriam de ser hospitalizados posteriormente.

A ruptura escolar ocorre em duas circunstâncias diferentes. Pode se tratar de um desejo manifestado brutalmente pelo adolescente, não precedido de elementos claramente alarmantes. A gravidade desse desejo reside na convicção expressada: o adolescente parece de fato estar firmemente decidido a interromper seus estudos, e expõe toda uma série de razões cuja lógica às vezes é difícil de penetrar. Esse aspecto lógico, brutal, rígido dá a aparência de uma reação de dimensão paranóica, cuja construção é possível compreender de um ponto de vista psicopatológico. De fato, uma depressão subjacente é sempre um motor dessa reação. Aliás, isso pode ocorrer na sequência ou preceder um estado depressivo despercebido ou aparente. O acesso à dimensão depressiva dessa reação representa a possibilidade de se livrar dela.

Além disso, a ruptura escolar inscreve-se no prolongamento de um declínio escolar ao qual se associa um absenteísmo cada vez mais importante, e às vezes mesmo fugas do meio familiar. Aqui, o risco é o de uma escalada para formas mais graves, com uma sucessão de passagens ao ato, o aparecimento de uma desocupação, de uma passividade. A vulnerabilidade aos encontros casuais representa um fator de risco não desprezível. A dimensão interativa entre a ruptura escolar e as outras condutas, de um lado, e o ambiente familiar e social, de outro, adquire toda sua importância. Já não estamos mais, como no caso anterior, em uma situação de polarização de conflitos intrapsíquicos em um campo determinado, mas muito mais em um modo de funcionamento onde essa ruptura escolar se articula com outros elementos que a reforçam. A articulação torna-se então bastante organizada para que a ruptura se realize realmente e definitivamente.

Problemas psicopatológicos e dificuldades escolares. – Sem estabelecer uma equivalência simplista entre dificuldades escolares e dificuldades psicopatológicas, a grande maioria das

patologias mentais tem uma repercussão sobre a qualidade da escolaridade, chegando até ao fracasso escolar completo. Inversamente, todas as pesquisas epidemiológicas recentes mostram a existência de uma ligação entre o fracasso na escola, uma escolaridade em cursos de curta duração e, posteriormente, a desescolarização e outros problemas, em particular comportamentais (confusão, consumo de produto, acidente...: pesquisa INSERM U 169, 1988). Os jovens desescolarizados ou desempregados acumulam os sinais e as condutas de risco, incluídas as manifestações sintomáticas da série depressiva, em particular tentativa de suicídio (ver Capítulo 10 – “As tentativas de suicídio”).

O investimento do trabalho escolar e do pensamento, na adolescência, deve se desligar dos investimentos pulsionais diretos e sofrer um trabalho de “dessexualização” e de sublimação secundária. Quanto maiores são os conflitos psíquicos, maior é a sexualização do pensamento: a atividade do pensamento é sentida como uma “atividade” culpável, pois está muito próxima dos desejos edipianos proibidos. Assim, essa “sexualização” do pensamento está na origem de uma inibição de pensar ou, nos casos mais graves, de um processo de ataque ao pensamento de tipo psicótico.

Nas organizações de prevalência neurótica, os processos de inibição predominam (ver item “A inibição”): isto é facilmente constatável nos casos de neurose obsessiva grave na adolescência. A neurose de fracasso geralmente começa nessa idade com repetidos fracassos escolares.

Nas patologias-limite, o mecanismo de clivagem pode preservar por um tempo os processos de pensamento. Observam-se inclusive superinvestimentos defensivos, como na anorexia mental (ver item “A anorexia mental”, no Capítulo 6). Mas esse investimento caracteriza-se muitas vezes pela rigidez e pela impossibilidade do sujeito de utilizar de maneira socialmente pertinente seu saber (resultado da clivagem). Em outros termos, o adolescente raramente tem acesso ao nível socioprofissional que poderia ser atingido pela qualidade de seus estudos.

Nas patologias psicóticas, os próprios processos de pensamento são atacados, particularmente mediante a negação, a onipotência e a clivagem. Os sinais clínicos são sinais de deterioração: os transtornos da escolaridade serão os primeiros sinais de um estado esquizofrênico

iniciando, como também a consequência de um estado psicótico agudo cujo modo de evolução, no que se refere às capacidades de escolarização, será sempre progressivo. Nesse último caso, o entrave à capacidade de atenção, o “parasitismo” pelos processos primários e a invasão do pensamento por um conteúdo arcaico e angustiante estão diretamente ligados à organização psicótica da personalidade.

DA ESCOLA AO TRABALHO

A passagem da vida familiar e escolar à vida profissional é uma etapa importante e muitas vezes difícil na vida de numerosos indivíduos. O acesso a um emprego profissional marca o acesso à independência financeira, que é o critério adotado pelos sociólogos para pontuar o final da adolescência. Deixar a escola, o colégio ou a universidade para entrar no mundo do trabalho assume uma significação sobre-determinada em nossas sociedades ocidentais complexas. Não é possível em algumas linhas examinar essa complexidade em todos os seus aspectos, econômico, cultural, sociológico, psicológico familiar e individual, psicopatológico, etc. Contudo, em um período de expansão econômica, a chegada de jovens àquilo que é chamado de “mercado de trabalho” não coloca muitos problemas, pois a expansão assegura por si mesma a criação necessária de novos postos de trabalho; nesses períodos de expansão, a incapacidade de um jovem de encontrar trabalho decorre antes de tudo de seu próprio desajustamento (seja pessoal ou familiar). Em contrapartida, quanto mais a sociedade atravessa um período de estagnação, ou mesmo de regressão econômica, menos empregos são criados, mais a liberação de postos de trabalho depende da saída de adultos próximos da aposentadoria, e mais os jovens são penalizados em sua busca de emprego; nos períodos de recessão econômica, a incapacidade de um jovem de conseguir trabalho tem todas as chances de decorrer antes de tudo de desajuste social.

Contudo, quer os motivos que levaram ao fracasso na busca do primeiro emprego sejam de origem individual, quer sejam, ao contrário, de origem econômica, de todo modo as con-

seqüências sobre o equilíbrio afetivo, sobre as esperanças e as expectativas do adolescente podem ser idênticas: sentimento de fracasso, de rejeição por parte da sociedade, impressão de inutilidade do tempo gasto na formação escolar, risco de marginalização social... Para o próprio adolescente, a procura e a ocupação de um emprego concretizam em geral uma série de aspirações mais ou menos realistas, mas cuja realização representa, em um primeiro momento, uma compensação tranqüilizadora e estimulante para a imagem social que ele deseja adquirir ou confirmar. Inversamente, o fracasso na busca do emprego é sentido quase sempre como um fracasso em sua própria imagem social.

Mas não existem apenas os problemas inerentes à dificuldade de encontrar o primeiro emprego. Alguns autores descreveram igualmente as dificuldades encontradas pelos adolescentes e os jovens adultos de se adaptar ao mundo do trabalho, cujas características diferem sensivelmente do mundo da escola. Em outros termos, esta é uma questão muitas vezes levantada e longamente debatida: será que o adolescente está bem-preparado para o mundo do trabalho? As respostas aqui também são múltiplas, conforme se priorize o contexto cultural, o problema pedagógico, o contexto familiar, o sistema de motivação individual, etc.

De maneira geral, todos os trabalhos que tratam deste problema fazem duas constatações:

- a importância numérica do desemprego dos jovens;
- a preparação precária para o trabalho desses mesmos jovens.

No que diz respeito à importância do desemprego, é preciso levar em conta o prolongamento crescente da escolaridade na faixa etária de 16-25 anos. Assim, entre 1983 e 1993, a percentagem dos que prosseguem os estudos nessa faixa etária passou de 30 para 44,4%, enquanto a percentagem dos que trabalham passa de 45 para 35,9% (dos quais 13,4% em contrato temporário ou em substituição). Os jovens de 16 a 25 anos desempregados são igualmente menos numerosos em valor absoluto, porém mais numerosos em percentagem (em relação àqueles que têm um emprego). Em 1993, 9,4% de todos os jovens de 16 a 25 anos de idade estavam desempregados (estudo INSEE, n° 323, 1993, *Le*

Monde, 21 juin 1994), 2,3% estão em aprendizagem e 5,3% recebem alguma ajuda.

Quanto à preparação para o trabalho, todas as pesquisas realizadas com jovens, seja nos primeiros anos de sua escolaridade, seja no início de seu emprego, traduzem a insatisfação destes últimos em relação aos serviços de orientação, de aconselhamento, etc. No conjunto, a percentagem de jovens que recorrem a esses serviços é sempre baixa e aqueles que recorrem declaram ter obtido apenas informações pouco úteis, tanto para encontrar um emprego quanto sobre a própria natureza desse emprego. Por meio dessa insatisfação, pode-se denunciar naturalmente uma carência de serviços públicos ou uma certa ignorância das pessoas encarregadas de informar os jovens sobre a realidade do mundo do trabalho, mas pode haver também uma linha divisória muito importante entre a vida na escola, de um lado, e a vida no trabalho, de outro. Sem dúvida, essa ruptura pode se atenuar com a evolução da sociedade. A mudança de emprego torna-se cada vez mais freqüente: a alternância entre períodos de pleno emprego, períodos intermitentes de formação ou de procura de emprego e períodos de emprego parcial ou ocasional é cada vez mais freqüente. Nessas condições, é possível que o acesso ao trabalho não seja mais portador da forte significação simbólica que lhe era atribuída até então. Contudo, em nossa época, esse acesso ao trabalho ainda constitui um momento crucial que pode ser vivido pelo adolescente como um momento de ruptura, e não como uma passagem preparada e progressiva. Essa vivência da ruptura é tanto maior na medida em que o jovem não adquiriu a formação profissional necessária.

Após essas explicações indispensáveis, cujo objetivo é mostrar a multiplicidade de fatores que intervêm nesse momento particular que representa a passagem da escola ao trabalho, vamos nos centrar de forma privilegiada, se não exclusiva, nos determinantes individuais e familiares. Nossa preocupação, de fato, está voltada para o indivíduo e seu equilíbrio interno, ainda que não ignoremos a importância do contexto social.

É evidente que a obtenção de um emprego representa apenas o último elo de uma longa cadeia, em que o problema da vocação, a escolha de um trabalho, o desejo de ascensão social, a identificação com uma imagem social, etc.

intervêm de maneiras diversas. I. Marcus propõe utilizar o conceito de linha de desenvolvimento de A. Freud, considerando que o acesso ao trabalho leva em conta ao mesmo tempo o problema da vocação, com as implicações tanto no nível do ideal do ego quanto de instâncias superegóicas, e o do "conceito de si" (*self-concept*). Trata-se de uma transição progressiva em que múltiplos pontos de vista, psicológicos, psiquiátricos, sociológicos, devem ser examinados. Essa transição exigiria de oito a dez anos, começando por volta dos 10 a 12 anos para terminar por volta dos 20. Ginzberg (citado por Marcus) distingue três períodos: 1) um período de fantasia entre 10-12 anos, que é uma fase de exploração de si mesmo, de seus próprios desejos, sem que a criança leve em conta a realidade; 2) um período de experiências, que vai da puberdade (12-13 anos) até meados da adolescência (16 anos), período em que o pré-adolescente começa a levar em consideração suas próprias capacidades e interesses, em particular nas diversas matérias escolares, passando progressivamente do mero prazer e interesse suscitados por uma matéria a uma avaliação cada vez mais realista de suas próprias capacidades ou competências em um âmbito particular, para estabelecer pouco a pouco os primeiros compromissos; 3) um período realista, que vai de meados da adolescência à idade adulta: esse período termina, segundo Ginzberg, com uma escolha profissional precisa. Para Marcus, essa escolha de um trabalho representa também um compromisso entre as pressões do superego originárias das exigências ou desejos parentais e a busca de satisfazer o ideal do ego.

Esse autor distingue ainda o ideal do ego verídico, que leva em conta a realidade e não impõe ao indivíduo uma pressão irrealista, e o pseudo-ideal do ego, cujas exigências são grandiosas, irrealistas, jamais satisfeitas, fazendo com que o indivíduo não obtenha nenhuma satisfação de sua imagem de jovem adulto no trabalho. Um tal pseudo-ideal corre o risco de abrir caminho a uma insatisfação crônica, a uma inadaptação crescente e a uma depressão narcísica.

Nessa passagem da escola ao trabalho, McFarlane encontra diferenças entre meninos e meninas. No conjunto, as meninas obtêm um trabalho menos diretamente ligado ao nível atingido ao final de seus estudos do que os me-

ninos, e elas conservam esse primeiro emprego até que o casamento e/ou uma gravidez o interrompam. Os meninos trocam mais facilmente de emprego e têm períodos mais frequentes de desemprego. Mas é possível que o peso de fatores ambientais seja mais importante do que o peso dos fatores individuais nessas diferenças em função do sexo.

Por outro lado, o sistema de motivação individual depende em grande parte do ambiente familiar. Rousselet assinala a importância da orientação parental, como se pôde verificar através dos resultados de uma pesquisa: os adolescentes que se adaptam mal ao mundo do trabalho carecem de interesse e de motivação, tinham em geral pais que também mostravam pouco interesse pelos estudos ou pela escolha profissional de seus filhos. Os adolescentes jovens trabalhadores expressavam freqüentemente uma certa amargura de não terem sido orientados ou aconselhados por seus pais em sua escolha. Além disso, muitos pais, seja porque eles próprios sofreram fortes pressões por parte de seus pais, seja porque se sentem culpados por desejar alguma coisa para seu filho, têm a tendência a se omitir de formular uma escolha profissional para o seu adolescente. Quando se pergunta aos pais de um adolescente: "que profissão vocês gostariam que seu filho/filha tivesse mais tarde?", a resposta quase constante é: "para mim é indiferente, não tem importância, ele que faça o que quiser, o importante é que ele/ela seja feliz". Sem dúvida, essa resposta contém uma parte defensiva, diante do temor de passar por um pai autoritário, que impõe uma escolha; mas essa defesa em si mesma mostra como a expressão de um desejo dos pais para o adolescente não é mais natural. Freqüentemente, essa resposta parental testemunha uma profunda incerteza, na melhor das hipóteses, e uma indiferença, na pior, em face da escolha profissional do adolescente. Talvez isso seja mais comum nas classes médias do setor terciário, classes que romperam com sua antiga origem social (camponesa, operária, etc.), mas que não tiveram acesso a um *status* social satisfatório e gratificante.

Finalmente, a formação escolar situa-se na intersecção entre o sistema de motivação individual, a qualidade do ambiente familiar e o contexto sociocultural. Não voltaremos, neste último item, a todas as causas inerentes ao fracasso e às dificuldades escolares em sentido

amplo. Diremos simplesmente aqui que se observa uma espiral de reforço negativo no que se refere à passagem ao mundo do trabalho: os adolescentes em situação de fracasso e de rejeição escolar idealizam fortemente o momento em que, finalmente, vão poder trabalhar, na esperança de livrar-se desse sentimento de fracasso. Porém, como eles não estão absolutamente preparados para uma tal inserção profissional, eles só encontrarão recusa ou propostas de emprego sentidas como desvalorizadas e desvalorizadoras. Além disso, esses jovens em situação de ruptura escolar são muito mais novos (entre 16 e 19 anos) do que aqueles que concluíram sua formação escolar, e conseqüentemente estão às voltas com dificuldades psicoafetivas da adolescência. Assim, tudo concorre para fazer dessa passagem um fracasso suplementar. Inversamente, a manutenção prolongada no sistema escolar ou universitário não deixa de colocar problemas difíceis de dependência social e financeira para numerosos estudantes, ao mesmo tempo em que os poupa de um confronto realista com as exigências da vida profissional. Certos adolescentes encontram na escolaridade interminável uma escapatória para suas dificuldades (cf. itens relativos às dificuldades escolares, no Capítulo 17).

As múltiplas relações entre o contexto socioeconômico, a qualidade da formação escolar e as competências pessoais, o interesse demonstrado pelos pais na escolha de um ofício para o seu filho e, finalmente, a motivação individual são esquematizados no quadro da página seguinte. Nesse quadro, podemos distinguir algumas grandes categorias em função desses diversos critérios. Vamos enumerar brevemente os quatro grupos mais típicos: o *grupo 1*, onde se encontram os adolescentes que se beneficiam ao mesmo tempo de uma boa formação escolar e pré-profissional e da escolha de uma vocação: a passagem da escola ao trabalho em geral é fácil, a não ser em um contexto socioeconômico muito desfavorável. No *grupo 2*, encontram-se os adolescentes que têm uma formação escolar e/ou profissional satisfatória, mas que não têm nenhum desejo pessoal, mostram indiferença em relação ao trabalho e falta de motivação. Esse grupo compreende, entre outros, os problemas de psicopatologia individual, como a depressão na adolescência. Ao *grupo 3* pertencem os adolescentes que têm uma forte motivação para incorporar-se ao mundo do

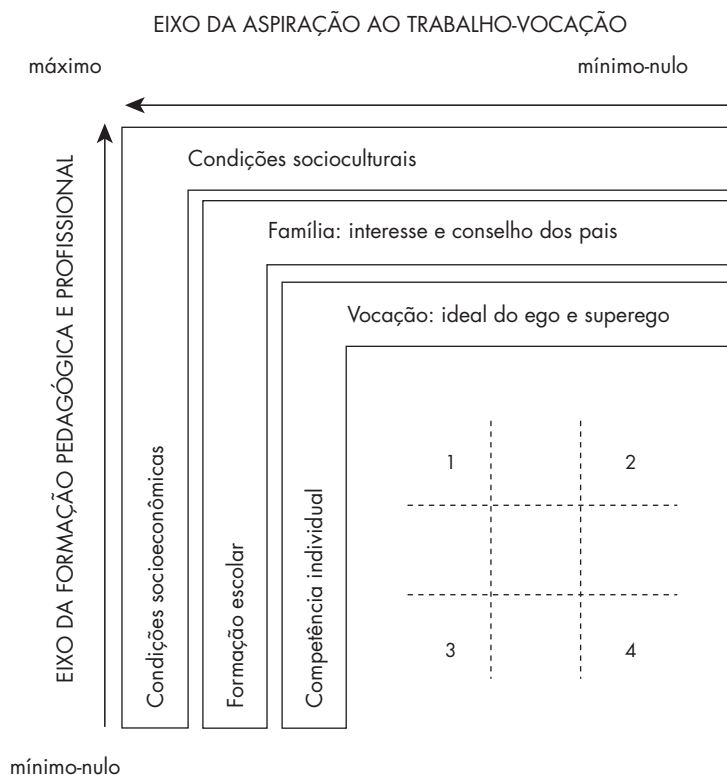
trabalho, mas que não puderam adquirir uma formação satisfatória, seja em razão de carências do sistema educacional, seja por razões mais específicas. A título de exemplo, os adolescentes de família migrante ou os adolescentes oriundos de um meio social rude podem pertencer a esse grupo. É evidente que esses adolescentes dependem extremamente da qualidade das condições econômicas presentes. O grupo 4, finalmente, associa a falta de motivação ou motivações totalmente irrealistas e uma preparação escolar e profissional precária. Independentemente das condições econômicas, os adolescentes desse grupo geralmente apresentam enormes dificuldades de se incorporar ao mundo do trabalho. Poderiam fazer parte desse grupo os adolescentes psicopatas (cf. Capítulo 13) e marginais que, ou recusam o trabalho, ou expressam escolhas irrealistas. Evidentemente, existem todos os intermediários entre os quatro grupos, mas esse esquema tem o mérito de ilustrar o peso relativo das variáveis mais importantes.

Em face da situação individual, o clínico é confrontado com dois grandes tipos de pro-

blema em que a passagem da escola ao trabalho parece desempenhar um papel importante, se não determinante: 1) de um lado, encontram-se adolescentes que manifestam dificuldades de completar seus estudos, ou de sair do sistema escolar e universitário; 2) de outro lado, o clínico é confrontado com os adolescentes que interromperam precocemente seus estudos.

A Dificuldade de Encerrar os Estudos

Na maioria dos casos, trata-se de adolescentes que até então tiveram uma escolaridade satisfatória, e às vezes inclusive brilhante. Foram bons alunos, eventualmente ingressaram no ensino superior. Quando estão prestes a concluir seus estudos, eles são tomados de uma inquietação que não é na verdade fobia dos exames, porque normalmente eles têm condições de passar, ou, pelo menos, não sentem a angústia fóbica característica. Porém, eles fazem uma série de considerações que acabam



convergindo na necessidade de complementar sua formação em um setor particular, de enriquecer seus conhecimentos em um campo paralelo ou até mesmo de iniciar um outro curso. Para além dessas racionalizações, esses jovens adultos manifestam com frequência temores quanto à sua capacidade de enfrentar o mundo profissional, temores que refletem exigências elevadas, em primeiro lugar do superego e em segundo lugar dos pais. Uma tal incapacidade de assumir um estatuto social ou profissional pode resultar também de uma neurose de fracasso ou de uma depressão de inferioridade (cf. item “A depressão de inferioridade”, no Capítulo 9). Nos casos mais graves, uma tal hesitação pode refletir a incapacidade do adolescente de investir por sua própria conta uma atividade profissional, mostrando que, até então, os estudos representavam apenas uma submissão superficial a um desejo sentido como externo, o desejo dos pais. Desmoronamentos psíquicos graves, em particular episódios psicóticos agudos, podem ocorrer então no momento em que os estudos normalmente devem ser encerrados, ou nos primeiros meses de atividade profissional. Observa-se isto particularmente em jovens adultos que atravessaram sua adolescência sem conflito aparente, que não tiveram de enfrentar dificuldades psicoafetivas habituais. Poderíamos retomar aqui os conceitos de “adolescência abortada” ou de “adolescência abreviada” de P. Blos, ou ainda falar de “adolescência branca”. Finalmente em outros casos, o prolongamento dos estudos pode materializar e simbolizar a necessidade de manter uma ligação de dependência infantil entre o adolescente e sua família, necessidade que pode se situar tanto do lado do adolescente quanto do lado dos pais (cf. Capítulo 16 – “O adolescente e sua família”).

A Interrupção Precoce dos Estudos

A partir da questão da interrupção precoce dos estudos, coloca-se o vasto problema do fracasso escolar e de suas múltiplas determinantes, familiares, institucionais (papel da escola), culturais, etc. De fato, constata-se com muita frequência uma estreita ligação entre dificulda-

des inerentes à própria psicopatologia do adolescente, à carência familiar, a uma pedagogia precária e, finalmente, a uma origem sociocultural muito desfavorecida.

É evidente que em um período de estagnação ou de regressão econômica, os jovens que desembarcam no mercado de trabalho nessas condições acumulam todos os riscos de fracasso e de rejeição. Assim, em um trabalho em que comparam um grupo de jovens que deixaram a escola e que têm emprego e um grupo de jovens sem emprego, Donovan e Oddy constatarem que os jovens sem emprego apresentam com mais frequência traços depressivos e ansiosos e uma baixa auto-estima do que os que conseguiram emprego. Existe, portanto, o risco de se desencadear uma espiral de fracasso, do fracasso-rejeição escolar ao fracasso-rejeição profissional, chegando ao fracasso social mais ou menos generalizado. Contudo, a interrupção precoce dos estudos não é acompanhada sistematicamente de um fracasso no início da vida profissional. Em certos casos, o jovem adolescente desestimulado pelas abstrações escolares que recebeu, procura uma atividade prática concreta que lhe proporcione gratificações mais imediatas e mais facilmente perceptíveis. Certos adolescentes poderão inclusive retomar os estudos após um período profissional transitório em uma perspectiva prática e com um grau de motivação superior. Não se pode subestimar o interesse que um adolescente pode ter por esses empregos, encontrando neles uma inserção social que lhe permita escapar à espiral do fracasso, adquirir uma autonomia de vida em relação aos seus pais ou, pelo menos, colaborar no orçamento da família. A interrupção precoce dos estudos não deve ser vista como um fracasso profissional inelutável; às vezes é inclusive prejudicial querer manter em um sistema escolar clássico um adolescente que parece recusá-lo inteiramente, ao mesmo tempo em que demonstra uma motivação realista e intensa para um trabalho específico. Porém, durante um longo período, e mesmo por toda vida, o indivíduo deveria dispor de maiores facilidades para retomar o ciclo de ensino, seja qual for o nível, passando assim ora do trabalho à escola, ora da escola ao trabalho, o que teria o mérito de atenuar essa ruptura entre dois mundos quase sempre estranhos um ao outro.

REFERÊNCIAS

- ARNSTEIN R.L. : The student, the family, the university and transition to adulthood. *Adol. Psychiat.*, 1980, 8, 160-172.
- BERG I., BUTLER A., HALL G. : The outcome of adolescent school phobic. *Brit. J. Psychiat.*, 1976, 128, 80-85.
- BERG I., JACKSON A. : Teenage school refusers grow up : a follow-up study of 168 subjects, ten years on average after in-patient treatment. *Brit. J. Psychiat.*, 1985, 147, 366-370.
- BERSTEIN G.A., GARFINKEL B.D. : Pedigrees, functioning and psychopathology in families of school phobic children. *Am. J. Psychiatry*, 1988, 145, 1, 70-74.
- BERNSTEIN G.A., SVINGEN PH, GARFINKEL B.D. : School phobia: patterns of family functioning. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 1990, 29, 1, 24-30.
- BERNSTEIN G.A., GARFINKEL B.D., BORCHARDT C.M. : Comparative studies of pharmacotherapy for school refusal. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 1990, 29, 5, 773-781.
- BIRRAUX A. : L'élaboration phobique. *Adolescence*, 1990, tome 8, n° 1, 9, 24.
- BRACONNIER A. : L'enfant au CES et au lycée. *Rev. Prat.*, 1980, 30, 43, 2835-2843.
- DESCOMBES J.P. Relation entre intérêts, aptitudes et notes scolaires chez 129 gymnasiens lausannois. *Rev. Suisse Psychol.*, 1975, 34, 1, 32-40.
- DONOVAN A., ODDY M. : Psychological aspects of unemployment; an investigation into the emotional and social adjustment of school leavers. *J. Adol.*, 1982, 5, 15-20.
- DUGAS M., GUERLOT C. : Les phobies scolaires : étude clinique et psychopathologique. *Psychiat. Enf.*, 1977, 20, 2, 307-382.
- ESTES H.R., HAYLETT CH., JOHNSON A.M. : Separation Anxiety. *Am. J. Psychotherap.*, 1956, 10, 682-695.
- FLAVIGNY C. : La phobie dite scolaire. *Adolescence*, 1990, tome 7, n° 2, 2543.
- FINN A. : Échec ou réussite scolaire : approche clinique au travers de l'expérience spontanée des adolescents et de leurs parents. *Rev. Psych. Appliquée*, 1979, 29, 1, 1-8.
- FLAVIGNY H. : De la notion de psychopathic. *Rev. Neuropsychiat. Infant.*, 1977, 25, 19-75.
- FNEPE (Groupe de Sèvres) : *L'adolescence et nous. L'adolescence des adultes*. Document réalisé par N. PRIEUR. FNEPE, Paris, 1977.
- GAL J.M. : *Déchirures : 62 phobies scolaires. Contribution clinique et psychopathologique à l'étude des phobies scolaires du grand enfant et de l'adolescent*. Thèse de Médecine, Poitiers, 1993.
- GETZELS J.W., JACKSON P.W. : *The highly intelligent and the highly creative adolescent Scientific Creativity : its recognitions and development*. John Wiley and Sons Inc., NY, 1963.
- GIBELLO B. : Dysharmonie cognitive. *Rev. Neuropsychiat. Infant.*, 1976, 24, 9, 439-452.
- GITTELMAN-KLEIN R., KLEIN D.F., OAKS G. : Controlled imipramine treatment of school phobia. *Arch. Gen. Psychiat.*, 1971, vol. 25, 204-207.
- GITTELMAN-KLEIN R., KLEIN D.F. : School phobia : diagnostic consideration in the light of imipramine effects. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 1973, vol. 156, n° 3, 199-215.
- GUILFORD J.P., CHRISTENSEN P.R. : *A factor analytic study of verbal fluency*. Report of the psychological laboratory university of Southern California, 1956, n° 17.
- HERSOV L. : Le refus d'aller à l'école. Une vue d'ensemble. In: CHILAND C., YOUNG J.G., *Le refus de l'école, un aperçu transculturel*, Coll. Fil Rouge, PUF, Paris, 1991, 13-45.
- JEAMMET P. : Apport de la psychopathologie à une compréhension des difficultés scolaires de l'adolescence. *Sauvegarde de l'Enfance*, 1979, 34, 2, 460-468.
- KASHANI J.H., ORVASCHEL H. : A community study of anxiety in children and adolescents. *Am. J. Psychiatry*, 1990, 147, 313-318.
- KOISUMI E. : Le problème de la non-assiduité à l'école tel que le voient les services de psychologie scolaire. In: CHILAND C., YOUNG J.G., *Le refus de l'école, un aperçu transculturel*. Collect. Fil Rouge, PUF, Paris, 1984, 129-139.
- LAST C.G., FRANCIS G., HERSEN M., KAZDIN A.E., STRAUSS C.C. : Separation anxiety and school phobia : a comparison using DSM-III criteria. *Am. J. Psychiatry*, 1987, 144, 5, 653-657.
- LAST C.G., STRAUSS C.C. : School refusal in anxiety-disordered children and adolescents. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 1990, 29, 1, 31-35.
- LEPAGE M., CCHABRIAS et coll. : Que pensent les jeunes scolaires de leur avenir humain et professionnel? *Sauvegarde de l'Enfance*, 1979, 34, 2, 122-210.
- «Les lycéens» : *Le monde de l'éducation*. Octobre 1981.
- MAITLAND-EDWARDS J., McMULLEN T., WELBERS G., WOOLTUUIS T. : Transition from education to working life : pointers from the European Communities action programme. *J. Adol.*, 1981, 4, 27-45.
- MALE P. : *Psychothérapie de l'adolescent*. PUF, Paris, 1962.

- MARCELLI D. : *Manuscrit sur les phobies scolaires*, Communication orale, Rennes, 1992.
- MARCELLI D., GAL J.M. : *À propos de 62 cas de phobie scolaire*. À publier.
- MARCUS I.M. : Transition from school to work. *American Handbook of Psychiatry*, second edition, vol. 2, 306-315, Basic Books Inc., New York, 1974.
- McFARLANE B.A. : The socialisation of boys and girls at school and work: Canadian Study. In: *Adolescence Psychosocial Perspectives* (G. CAPLAN, S. LEBOVICI, Éd.). Basic Books Inc., New York, 1969, 174-180.
- QUERE J. : À propos du traitement institutionnel des phobies scolaires graves. *Neuropsychiatrie de l'Enfance*, 1984, 32, 12, 611-622.
- ROUSSELET J. : The perception by adolescents of the role of parents in guidance and job choice. In: *Adolescence Psychosocial Perspectives* (G. CAPLAN, S. LEBOVICI, Éd.). Basic Books Inc., New York, 1969, 165-173.
- SPERLING M. : School phobia : classification dynamic and treatment. *Psycho. Analytic S. of Child*, 1967, 22, 375-401 (trad. rev. Franç. Psych. 1972, 36, 265-286).
- SUZUKI : Le refus d'aller à l'école vu à travers la thérapie familiale. In : CHILAND C., YOUNG J.G., *Le refus de l'école, un aperçu transgénérationnel*. Collect. Fil Rouge, PUF, Paris, 1991.
- VINCENT G. : *Le peuple lycéen*. Gallimard, Paris, 1974.

○ Adolescente e o Mundo Médico

ADOLESCÊNCIA E ATRASO PUBERTÁRIO¹

Nesse período em que a sexualidade e os problemas sexuais são amplamente expostos à luz do dia e já não são objeto de tabu, os adolescentes em atraso em seu desenvolvimento natural tornaram-se ainda mais vulneráveis psicologicamente. A dificuldade decorre de que o desenvolvimento pubertário pode ser retardado de inúmeras maneiras, e de que nem sempre é possível um diagnóstico definitivo, mesmo mediante exames sofisticados. A própria natureza se encarrega de dar a resposta depois de algum tempo.

A frequência do atraso pubertário é estimada em 2,3% dos adolescentes. No conjunto, os meninos consultam mais do que as meninas, talvez em razão de fatores sociais. Em alguns casos, o atraso pubertário parece intrincado com uma recusa de crescer, de ter a menstruação ou de assumir uma sexualidade adulta, recusa que, no entanto, pode ser apenas a consequência do atraso

pubertário e mascarar a perturbação do adolescente. Uma abordagem psicoterápica é desejável então, mas ela não deve ser sistemática.

Quanto ao diagnóstico somático, não há dificuldade no caso de *deficit* primitivo das gônadas, o que é chamado de hipogonadismo hipergonadotrópico, em razão do descontrole das gonadotropinas pela ausência de retrocontrole gonádico.

No Sexo Feminino

Entre as causas constitucionais trata-se antes de tudo de disgenesias gonádicas. Elas se dividem em dois grupos. O primeiro grupo se manifesta por uma insuficiência sexual isolada (disgenesias gonádicas puras). O diagnóstico é feito pela elevação das gonadotrofinas e pela ausência de qualquer desenvolvimento gonádico, que é confirmada por ecografia pélvica. O cariótipo 46 XX pode estar de acordo com o fenótipo: trata-se então de uma afecção ligada a uma hereditariedade recessiva. Em outros casos, o cariótipo pode ser 46 XY. O tratamento é substituído por estroprogestativos.

O segundo grupo é constituído por disgenesias gonádicas não puras, pois estão associadas

¹ Capítulo escrito em colaboração com J. E TOUBLANC, professor adjunto de pediatria, hospital Saint-Vincent-de-Paul, Paris.

a uma baixa estatura como também a dismorfias, que podem ser mais ou menos importantes e a uma anomalia do cariótipo habitualmente 45 X, ou 46 X com uma anomalia estrutural de um dos X (essas anomalias sendo homogêneas ou associadas em mosaico). O problema psicopatológico é particular, pois supõe fazer com que essas meninas aceitem sua esterilidade, que é definitiva, e uma baixa estatura, para a qual as esperanças atuais fundadas na utilização do hormônio de crescimento talvez não se mantenham a longo prazo, sendo a estatura média classicamente de 142 cm. A ausência pubertária é o único elemento sobre o qual se é potencialmente ativo. Essas adolescentes foram descritas como imaturas, sensíveis, passivas. Elas são vulneráveis e podem apresentar descompensações diversas (depressivas entre outras). Elas devem ser ajudadas quando o diagnóstico lhes é revelado e também quando é preciso convencê-las da necessidade de protelar ao máximo antes de iniciar o tratamento substitutivo feminizante a fim de manter sua esperança de estatura. De fato, essa busca de transformação da silhueta é para elas a única maneira de se distinguir de crianças bem mais jovens com sua mesma idade estatutal (altura média atingida em uma determinada idade).

Ao lado dessas afecções das gônadas, existem causas adquiridas: radioterapia pélvica e/ou cirurgia em caso de doenças malignas, doenças auto-imunes; ou causas congênitas: bloqueio supra-renalgonádico, déficit em 17- hidroxíase, galactosemia.

No Caso dos Meninos

As causas gonádicas primitivas são muito mais raras do que na menina. Encontram-se as conseqüências de certas doenças malignas que acarretaram castrações cirúrgicas ou radioterápicas ou ainda o resultado de certas patologias (torção, hérnia, etc.). Em contrapartida, a “ausência” congênita de testículos, ou anorquidia, e a síndrome de testículos rudimentares são raras.

Um caso muito particular é o da *síndrome de Klinefelter*, que não realiza uma ausência de puberdade, mas sim uma puberdade inacabada nos adolescentes portadores de um cromossomo X suplementar (47 XXY). Esses adolescentes são

descritos como frágeis, dependentes, imaturos, com dificuldades de construção do Ego. Eles têm dificuldades de controlar suas pulsões, o que explica sua inadaptação social, às vezes com passagem ao ato. Suas possibilidades operacionais são dispersadas com um melhor desempenho no plano verbal. Suas mães, em média mais velhas, geralmente são hiperprotetoras e ansiosas, o que pode ser a causa ou a conseqüência da fragilidade ou da dependência de seus filhos.

Nos Dois Sexos

Os atrasos pubertários secundários. – Trata-se de um atraso completo do desenvolvimento (estatura, idade óssea, puberdade) que atinge crianças acometidas de doenças viscerais graves: nefropatias glomerulares e tubulares, doença digestiva e hepática, endocrinopatia, anemia crônica, hemossiderose, asma severa, insuficiência respiratória, cardiopatias, etc. Esses casos provavelmente eram comuns no século XX (infantilismo), mas sua freqüência está diminuindo. Os problemas terapêuticos da insuficiência pubertária estão ligados ao tratamento da doença causal. O desenvolvimento psicológico e eventualmente psicopatológico é a conseqüência ao mesmo tempo da repercussão da doença crônica (ver o próximo item) e, acessoriamente, da impuberdade.

O verdadeiro problema dos atrasos pubertários consiste em distinguir entre o atraso simples do desenvolvimento pubertário e a insuficiência gonadotrópica. Essa distinção é importante, pois o segundo requer um tratamento, enquanto que o primeiro “cura” por si só. Pode se tratar de uma afecção única, cuja causa subjacente seria uma insuficiência gonadotrópica temporária no atraso simples, e definitiva na segunda variedade.

O atraso simples da adolescência é uma afecção familiar em 50% dos casos, pois pelo menos um dos genitores também teve uma puberdade atrasada. Observa-se uma interrupção global do desenvolvimento: atraso estatural, atraso pubertário, atraso ósseo e, evidentemente, dificuldades afetivas diversas, às vezes com

supercompensações escolares (utilização unívoca da energia intelectual ao invés da dispersão de interesse nos pré-adolescentes da mesma idade). O diagnóstico repousa essencialmente em uma correlação entre suas taxas hormonais e suas idades ósseas, taxas comparáveis às de crianças normais, sobretudo nos meninos. Os exames sofisticados de estimulação hipofisária (LHRH) ou gonádica no menino (HCG) não são passíveis de interpretação a não ser em caso de respostas fortes, pois as respostas intermediárias (nível de crianças impúberes normais) não são suficientes para ter um valor preditivo. Em todos os casos-limite, apenas a evolução espontânea permitirá esclarecer. A utilização de fracas doses de andrógenos favorece a maturação geral e encurta o prazo de espera. Sabemos como é difícil convencer essas crianças que desejam uma transformação a aceitar esse período de espera suplementar. Contudo, o futuro desses adolescentes, cujo desenvolvimento fisiológico é atrasado, costuma ser favorável.

As insuficiências gonadotrópicas são de duas formas: forma com anosmia (síndrome de De Morsier-Kallmann) e formas sem anosmia. Essas duas formas parecem genéticas, sem distinção genética entre os dois aspectos, mas com vários tipos de transmissão possíveis: dominância autossômica ou ligada ao sexo, recessivo autossômico ou ligado ao sexo. O desenvolvimento somático e ósseo não foi interrompido pela impuberdade, a idade óssea ultrapassou o marco fatídico do início da puberdade, a estatura é subnormal, enquanto que o desenvolvimento genital é insuficiente, pelo menos no menino: micropênis (25%), testículos de volume insuficiente; a criptorquidia é encontrada em dois terços dos casos.

Os dados biológicos mostram taxas reduzidas de esteróides sexuais para a idade óssea, informação que é prioritária em relação aos exames funcionais, visto que estes devem ter respostas nulas ou muito fracas para ser significativas. Respostas intermediárias podem induzir ao erro. O estudo psicológico desses casos revela uma imaturidade psicológica que, no caso do menino, é acompanhada de uma tendência à passividade, e às vezes à obesidade. Em todos esses hipogonadismos descrevem-se desvios sexuais: travestismo, transexualismo, homosse-

xualismo, pedofilia, chegando em certos casos a atividades associadas diversas. Porém, as ligações de causa e efeito entre as duas séries sintomáticas, de um lado orgânicas e de outro comportamentais, não são unívocas.

A ADOLESCÊNCIA DA CRIANÇA DOENTE

Introdução

A adolescência perturba o equilíbrio estabelecido progressivamente entre a doença crônica, o pediatra, os pais (sobretudo a mãe) e a criança doente.

Em uma criança, a doença crônica respeita e inclusive amplifica as necessidades psicológicas que intervêm no seu desenvolvimento afetivo. Assim, ela reforça a ligação de dependência e a ligação de cuidado que, ambos, caracterizam as relações entre a criança e seus pais. A doença crônica instaura um vínculo de proximidade privilegiado, vínculo que, de resto, cria problemas para a fratria. Não se trata de ignorar o sofrimento e as restrições ligadas à doença, mas é preciso reconhecer também que na criança, no que diz respeito ao desenvolvimento psicoafetivo, essa doença crônica respeita as exigências desenvolvimentais. É por essa razão, provavelmente, que as crianças doentes crônicas muitas vezes demonstram um grande equilíbrio afetivo, e mesmo um real florescimento psicológico.

Em contrapartida, na adolescência, a doença crônica vem na contramão das exigências desenvolvimentais:

- o adolescente deve se apropriar de um corpo que até então era “propriedade” da mãe e do médico. Ele deve investir esse corpo com suas fraquezas reconhecendo-as como suas;
- a autonomização da família é obstaculizada ao mesmo tempo pelos entraves reais que a doença crônica às vezes impõe e, mais ainda, pela força do vínculo de cuidado e de dependência estabelecido na primeira infância;
- a descoberta do mundo, as condutas de experimentações e de explorações também são limitadas pelo fato de as relações sociais ex-

trafamíliares terem ficado restritas durante a infância, sendo mais ou menos invadidas pelo mundo médico.

A passagem da adolescência é sempre um momento difícil para a pessoa que sofre de uma doença crônica, pois essa passagem é acompanhada de uma profunda alteração nas relações entre:

- o sujeito e sua doença crônica;
- o adolescente e seus pais, com a “doença” como pano de fundo;
- o “doente” e o médico.

A diversidade das doenças crônicas.

– Numerosos estudos mostraram a ausência de correlação entre uma doença particular e a expressão de um perfil de personalidade ou de um estado psicopatológico definido. Todos os trabalhos sobre um número suficiente de indivíduos doentes crônicos mostram que, no plano de traços de personalidade e de diversas patologias mentais, eles se distribuem mais ou menos da mesma maneira que a população em geral. Por isso, é importante reconhecer que a presença de uma doença crônica não pode por si só impor ao funcionamento psíquico restrições tais que culminem em um perfil psicológico ou psicopatológico monomorfo.

Contudo, algumas doenças, por suas características, podem facilitar ou reforçar a expressão de um traço comportamental, por exemplo, um comportamento com toda aparência de obsessivo no diabético insulínico dependente (sem que se constate, no entanto, uma personalidade obsessiva).

Diante da grande diversidade das doenças crônicas, pode parecer arbitrário agrupar situações clínicas tão diferentes, onde é preciso levar em conta:

- doenças respeitando a integridade física (diabete insulínico dependente) e doenças que se manifestam por malformações ou deficiências físicas (espinha bífida);
- doenças em que um problema motor aparece logo de início (amiotrofia espinhal infantil) e doenças em que o problema é evolutivo e crescente (distrofia muscular de Duchenne);
- doenças cujos sintomas estão sempre presentes (mucoviscidose), ou se manifestam

em intervalo ou crise (asma), acesso (artrite infantil), ou recaída (síndrome nefrótica), etc;

- doenças em que o prognóstico vital é envolvido (miopatia de Duchenne, mucoviscidose), enquanto que para outras se trata sobretudo de um prognóstico funcional;
- doenças que travam o crescimento (insuficiência renal) ou que o respeitam (epilepsia);
- doenças de caráter assintomático e não doloroso e doenças com acessos dolorosos (hemofilia, artrite crônica, etc.).

A estas diferenças ligadas à gravidade, à natureza das doenças, seria preciso acrescentar as diferenças ligadas aos tratamentos, às restrições que eles impõem: regimes, estilo de vida, obrigações e proibições diversas...

Em face desta diversidade, o desafio em termos psicológicos é relativamente unívoco: como o adolescente pode incorporar a imagem de um corpo lesado em um investimento narcísico que não seja igualmente prejudicado por uma imagem de si e/ou uma auto-estima “lesada”: essa é a contradição fundamental com que se depara o adolescente portador de uma doença crônica.

Contudo, se esse desafio psicodinâmico é comum a todos os adolescentes, é fundamental insistir que a patologia crônica não provoca uma patologia mental particular e que não existe correlação entre um perfil de personalidade preciso e um tipo de doença.

Graças aos progressos da medicina as crianças doentes crônicas vivem mais tempo. Segundo Gortmacher e colaboradores (1984), 85% das crianças nascidas com uma anomalia congênita chegam à idade adulta. Portanto, encontram-se cada vez mais crianças doentes crônicas que chegam à adolescência e a ultrapassam. A doença de Duchenne, desse ponto de vista, é um exemplo caricatural. Mas, por outro lado, não é raro que os adolescentes doentes crônicos acumulem vários problemas de saúde, como mostra a pesquisa de Newacheck (1991). Esse acúmulo de problemas parece ser correlato a uma limitação de atividades e a transtornos associados do comportamento (conflitos com os iguais, isolamento social, etc.).

Doenças graves que ocorrem na adolescência. – A situação do adolescente portador de uma doença crônica é muito diferente da

situação do adolescente que até então gozava de boa saúde e que nessa idade é acometido por uma doença grave. De fato, os desafios psicodinâmicos enunciados no próximo item não são os mesmos. No plano clínico, o comportamento que se observa com mais frequência é uma atitude de regressão afetiva às vezes intensa, em que o adolescente pode voltar a ter comportamentos de uma criança pequena. No plano psicodinâmico, a vivência da culpabilidade parece tanto mais intensa na medida em que a eclosão da doença é concomitante ao processo pubertário ou aos movimentos afetivos de individuação-separação. Não é raro que o adolescente sinta sua doença como a “punição” às novas emergências pulsionais. Na sequência deste capítulo, abordaremos unicamente a situação da criança doente crônica que se torna adolescente.

Os Desafios Psicodinâmicos

Impacto da doença crônica na puberdade e no crescimento. – Antes de abordar a repercussão psicológica e psicopatológica da doença crônica no adolescente, é importante não perder de vista as interações somáticas entre essa doença e o processo pubertário (Rosen, 1991; Alvin, 1994). Nessa idade, o impacto da doença crônica se soma às manifestações somáticas inerentes à própria doença. De fato, certas doenças crônicas provocam:

- um atraso pubertário às vezes muito importante;
- um atraso do crescimento que pode ser superior a vários desvios-padrão.

Mas o processo pubertário ou o impulso do crescimento também pode ter um impacto sobre a doença provocando:

- um desequilíbrio em razão de novos fatores fisiológicos, particularmente hormonais, desequilíbrio que se manifesta por uma instabilidade transitória e por novas complicações (diabete insulino dependente, doenças autoimunes, etc.);
- um agravamento de certos sintomas, particularmente ósseos, o que ocorre sob o efeito do impulso do crescimento: acentuação de uma deformidade óssea (escoliose), de uma assimetria de crescimento, etc.

De um ponto de vista psicológico, estes fatos podem reforçar a vivência negativa do indivíduo em face de sua doença:

- em uma idade em que a pressão dos iguais é importante, a doença crônica acentua a defasagem em relação à média (atraso pubertário, baixa estatura), defasagem que era menos importante, menos perceptiva, e mesmo protetora no tempo da infância;
- a doença crônica realiza um verdadeiro “ataque ao processo pubertário”, podendo com isso reforçar a atitude de rejeição agressiva pelo adolescente ou, inversamente, acentuar o entrave a todo desejo de autonomia e de individuação, não deixando outra saída a não ser a regressão.

O peso desses efeitos somáticos sobre a puberdade e o crescimento soma-se aos sintomas da doença crônica que a criança já conhecia e com os quais já estava habituada. Esses efeitos negativos podem se contrapor temporariamente às esperanças alimentadas pela criança e seus pais (cuidar-se bem para facilitar o futuro, preservar o crescimento, etc.), acentuando o movimento de decepção, de desilusão e mesmo de depressão (ver abaixo). No plano cognitivo, eles também explicam em parte o apego a crenças mágicas ou arcaicas convivendo com conhecimentos racionais (ver abaixo).

Doença crônica e individuação: o desafio da autonomia. – É evidente que a presença de uma doença crônica em uma criança reforça as ligações de dependência entre a criança e seus pais, de um lado, e a criança, os pais e a equipe médica, de outro. Essas ligações reforçadas podem constituir entraves aos processos da adolescência. A natureza desses entraves dependerá em grande parte da maneira como a doença crônica durante a infância foi integrada às interações e às fantasias dos pais. Dependerá também da maneira como os pais e a criança tiverem elaborado ou não a conflituosidade inerente a essa situação. É o caso particularmente do sentimento de culpabilidade sempre presente nos pais que têm um filho sofrendo uma doença crônica grave. Essa culpabilidade, em que se misturam sentimento de injustiça, vivência agressiva ou mesmo mortífera, desejo de reparação, sentimento de falta, etc., raramente é objeto de um trabalho

de elaboração psicodinâmica, na medida em que muitas vezes se transforma em uma aliança reparadora com o corpo médico para “cuidar bem” da criança (ver *Enfance et psychopathologie: “L’enfant et la maladie chronique”*).

Vínculos genitor(es)-adolescente. – As pesquisas epidemiológicas constatarem a proximidade freqüente entre o adolescente e sua mãe e as atitudes superprotetoras ou de controle excessivo por parte dos pais.

Normalmente, existe uma ligação privilegiada de dependência e de cuidado entre o adolescente e sua mãe, que pode dar margem a benefícios secundários importantes, em geral de natureza regressiva; os cuidados exigidos pela doença constituem, evidentemente, a ocasião de uma proximidade corporal maior, que pode chegar a uma quase delegação pela criança e depois pelo adolescente de seu corpo aos pais, em parte ou totalmente.

Nas famílias funcionais, a ligação reforçada entre a criança doente e o(s) genitor(es) não se desenvolve em detrimento das ligações entre os genitores e a fratria ou das ligações conjugais; contudo, não é raro que a ligação privilegiada mãe-filho doente modifique a qualidade de outras ligações familiares, o que explica a freqüência de conflitos, embora aparentemente não exista maior incidência de divórcio (Sabbeth e Leventhal, 1988), e de dificuldades diversas na fratria. Assim, quando existe uma ligação mãe-filho particularmente intensa e, sobretudo, de caráter exclusivo a ponto de causar perturbações nas outras ligações familiares, a probabilidade de uma situação de forte conflito em torno dessa ligação na adolescência é muito grande. A ligação de dependência é marcada então por uma ambivalência agressiva-ansiosa importante. Essa dependência ambivalente e agressiva-ansiosa é ilustrada de modo caricatural por certos comportamentos de não-observância do adolescente que, mediante essa conduta, expressa às vezes diretamente sua agressividade e sua cólera em relação ao genitor. Ao mesmo tempo, a mãe aumenta o controle, a vigilância, a solicitude inquieta sobre a vida cotidiana do adolescente em razão de sua ansiedade que é justificada e ampliada precisamente pela não-observância.

Este distanciamento na ligação pais-adolescente doente requer, portanto, o duplo movimen-

to de rompimento da ligação edipiana como para qualquer outro adolescente (ver Capítulo 2 – “O segundo processo de separação-individação”), mas a isso se acrescenta ainda: do lado do adolescente, a necessidade de renunciar ao privilégio da ligação de cuidado regressivo e aos benefícios que ela tenha podido ocasionar; do lado dos pais, sobretudo da mãe, a capacidade de aceitar uma postura de autonomia e às vezes de risco em uma criança mais “frágil” que as outras, sem que isso leve a um aumento da ansiedade propícia ao reforço sub-reptício da ligação em outros setores da vida social (por exemplo: fingir deixar que o adolescente diabético se cuide sozinho, mas verificar se ele cuidou bem de “seu açúcar”, inscrevê-lo automaticamente na colônia de férias de jovens diabéticos...). Isso provoca às vezes um verdadeiro estado ansioso ou depressivo no pai ou na mãe.

Vínculos adolescentes-iguais. – Certos estudos não vêem diferença no plano das relações sociais e de amizade entre adolescente doente e grupo-controle, enquanto que outros estudos relatam resultados opostos (Zirinsky, 1993). Os adolescentes doentes crônicos aparecem geralmente isolados, com menos atividades sociais, culturais, de lazer. Pode-se pensar que essas ligações mais fortes de dependência familiar travam o estabelecimento dessas ligações sociais. Por outro lado, os efeitos da doença sobre a puberdade e o crescimento acentuam ainda mais a defasagem entre o adolescente e seus iguais, aumentando tanto o distanciamento ou a rejeição (pelos iguais) quanto a reação de retraimento (pelo próprio adolescente doente).

Por essa razão, o adolescente doente crônico corre o risco de não encontrar a ancoragem indispensável nas relações com os iguais para desencadear o movimento de distanciamento pais-adolescente. Essa dificuldade é tanto maior quanto mais importantes forem as deficiências físicas e motoras. Às vezes, apenas o meio médico ou o encontro com outros adolescentes portadores de patologias idênticas poderá proporcionar essa diversificação relacional necessária. Inversamente, quando a deficiência é mínima ou a doença não apresenta sinal manifesto, o adolescente recusa qualquer contato com iguais portadores de doenças idênticas ou similares, mas, ao mesmo tempo, em suas relações com amigos não-doentes crônicos, ele experimenta a

sensação de ser “diferente dos outros”. É preciso observar que, habitualmente, em suas relações com os iguais, o adolescente doente privilegia a relação com um ou dois amigos em detrimento da relação com o grupo ou o bando.

Seja como for, a capacidade de estabelecer relações satisfatórias com os iguais parece representar um fator importante de autonomização social, o que é evidente, mas, sobretudo, de melhoria da observância (Litt, 1994)

Ligação adolescente-médico-equipe médica. – A modificação das relações deve ser realizada também do lado médico. Com a criança doente, o interlocutor habitual do pediatra é a mãe, sendo a criança objeto dos cuidados maternos. No plano psicodinâmico, isso significa que a criança não está na posição de sujeito.

O adolescente deve se tornar o sujeito de seus cuidados, posição de subjetivação que implica a passagem de uma certa passividade à conquista de uma necessária atividade. O médico também deve se dirigir *primeiro* ao adolescente, e depois ao genitor. Essa reversão de perspectiva não é fácil para o pediatra, habituado há longos anos a um diálogo privilegiado com a mãe, mesmo que jamais se esquecesse de se dirigir em seguida diretamente ao seu “pequeno paciente”... Não apenas ele deve reconhecer o adolescente como sujeito, como também deve abandonar uma posição de autoridade parental anexa: para a criança doente, o médico sempre tem um papel de autoridade parental de tipo paterno à qual é necessário, desejável e bom submeter-se.

É o papel que o adolescente vai contestar: concebe-se então que atitudes do tipo “paternalismo benevolente” arrisquem de aumentar as condutas de oposição, de não-observância ou, ao contrário, de submissão.

Toda essa dinâmica é concentrada no delicado problema da mudança de médico, passagem do pediatra ao médico de adulto, passagem necessária, mas às vezes difícil ou impossível (em razão do doente? de seus pais? do pediatra?).

Doença crônica e narcisismo. – “Aceitar” a doença significa, para o adolescente, investir de libido um corpo “fraco” sem que por isso a base narcísica da pessoa esteja doente.

Na adolescência, os remanejos dos investimentos narcísicos, de um lado, e o ideal do ego,

de outro, constituem um dos eixos essenciais do trabalho psíquico (ver item “O narcisismo”, no Capítulo 1). As condutas de apropriação de seu corpo e os afetos ligados à auto-estima são seus traços comportamentais e psicodinâmicos.

Se, para todo adolescente, a apropriação do corpo se realiza em detrimento dos pais e, sobretudo, da mãe, não é difícil entender que no adolescente doente crônico essa apropriação seja mais difícil e conflituosa.

A qualidade do narcisismo (secundária) depende da natureza e do equilíbrio dos investimentos agressivos e libidinais na própria pessoa. Na infância, esses investimentos provêm da própria criança, mas também dos pais. A presença da doença pode ter modificado profundamente a natureza desses investimentos parentais, dominados por afetos de cólera ou de ódio ligados à culpabilidade e depois transformados em uma necessidade de prestar cuidados, que pode se tornar compulsiva. A parte doente do corpo da criança é então receptáculo de um investimento pulsional odioso (é preciso cuidar desta parte doente; ou, em outras palavras: é preciso fazê-la desaparecer; ou, em outras: é preciso suprimi-la). Mesmo quando os pais conseguiram superar e elaborar esse primeiro momento de cólera e de revolta, manifestações afetivas conscientes da pulsão agressiva recalcada, os cuidados dedicados ao corpo da criança podem focalizar os investimentos de amor, e a criança desenvolve o sentimento inconsciente de ser amada unicamente por obra e graça de sua doença.

É essa parte doente que o adolescente deve integrar em uma imagem de si unificada, em que os investimentos libidinais tenham condições de neutralizar o peso dos investimentos agressivos para chegar a um equilíbrio narcísico satisfatório.

Quando o “corpo doente” é investido de uma carga agressiva de ódio muito grande, o adolescente, para preservar um mínimo de investimento narcísico positivo da imagem de si, não terá outra solução a não ser clivar, de um lado, uma imagem de si idealizada (perfeita mais inacessível) e, de outro, uma imagem de si desvalorizada, vil e que é melhor ignorar ou, na pior das hipóteses, suprimir. Essa clivagem se traduz clinicamente pelas freqüentes perturbações na “auto-estima”. Os devaneios e as fantasias sobre a morte e os temores ligados ao tratamento que às vezes se expressam no quadro

de uma psicoterapia testemunham a dificuldade de integrar essa parte doente e voluntariamente clivada do corpo em uma representação de si unificada e suficientemente sólida para garantir o sentimento de continuidade narcísica.

Para que o investimento narcísico seja relativamente preservado, os investimentos afetivos parentais devem ser dirigidos à criança tal como ela é, e não como ela deveria ser. Winnicott, ao descrever a situação da criança portadora de uma sindatilia, mostrou claramente “essa necessidade que ela sentia de ser amada tal como tinha vindo ao mundo, isto é, antes da intervenção cirúrgica, antes de se iniciar o processo de transformação e de melhoria de seu estado” (Winnicott, 1971). Amada tal como ela é, a criança se sente confortada posteriormente em um sentimento de normalidade narcísica, enquanto que uma criança que foi amada não como ela era, mas como deveria ser, preservará por muito tempo o sentimento de um narcisismo falho. Este tipo de investimento parental não é específico da situação de uma criança que apresenta uma patologia, em particular malformação, mas, evidentemente, uma tal patologia reforça a frequência possível deste investimento idealizador narcísico e defensivo: a criança é investida pelo que ela deveria ser, isto é, uma criança saudável que pudesse reparar o sentimento de culpabilidade parental, e não a criança tal como ela é, com sua doença e suas imperfeições, uma criança que pudesse se sentir amada e aceita, inclusive em suas imperfeições e em sua diferença! Essa falha narcísica, que marca a defasagem entre o objeto ideal que ela deveria ser e a sua realidade, traduz-se de forma muito direta por uma auto-estima precária. Isso mostra a importância do apoio parental e do trabalho sobre a culpabilidade e o luto que todo genitor confrontado com a doença grave e crônica de uma criança deveria realizar, no interesse desta última, e isso desde a primeira infância, quando a patologia se revela nessa idade.

Ao lado dos investimentos narcísicos da infância, a própria natureza da doença parece condicionar seu grau de aceitação, e a repercussão sobre a imagem de si. De fato, quanto mais grave é a doença crônica, quanto mais ela provoca uma deficiência importante ou deformações maiores, mais ela parece ser aceita e integrada à imagem de si sem provocar uma baixa da auto-estima à altura da patologia constatada. Inversamente, uma doença que causa apenas um embaraço mí-

nimo, que não provoca nenhuma deformação ou deixa apenas uma marca muito discreta, pode ser vivida em forma de grande desvalorização pela vergonha, levando a uma importante baixa da auto-estima. S. Freud se referiu a propósito das relações fraternas, ao “narcisismo das pequenas diferenças”, que talvez reencontremos aqui por meio destas constatações aparentemente paradoxais: quanto maior é a defasagem em relação à norma, quanto mais o reconhecimento do estado patológico é incontornável, quanto mais a “comparação” com a normalidade é inadequada, mais a aceitação desse estado é facilitada. Inversamente, quanto mais reduzida é a defasagem entre a norma e o estado patológico, mais essa defasagem é fonte de sofrimento, pois a comparação com a normalidade se torna pertinente ou suscita uma incessante e esgotante competição ansiosa com o adolescente “normal”. Assim, as doenças crônicas que provocam menos prejuízo, deficiência, malformação, geralmente são aquelas que mais suscitam esse sentimento de desvalorização e de rejeição. Essa diferença nem sempre é compreendida pelas equipes de cuidados somáticos e essa incompreensão pode amplificar as condutas de rejeição do adolescente.

Doença crônica e sexualidade. – Todo adolescente vive em seu corpo e em seu psiquismo um movimento de sexualização temporariamente invasivo. O adolescente doente não escapa a esse movimento e “sexualiza” sua doença; as indagações e, sobretudo, as crenças e as fantasias relacionadas à repercussão da patologia crônica sobre a normalidade sexual são seu traço consciente.

Obviamente, as situações clínicas são muito diferentes: assim, a sexualidade de um adolescente com espinha bífida é bastante afetada. Inversamente, outras doenças crônicas não modificam em nada a função sexual. Contudo, para o adolescente, qualquer que seja o tipo de doença, as questões sobre a “normalidade de sua sexualidade” geralmente estão em primeiro plano. Sem dúvida, esta questão é comum a todos os adolescentes, mas ela é reforçada pela presença da doença: o temor ou a convicção de ter uma sexualidade lesada e de não poder ter filhos é freqüente, se não constante.

Certos adolescentes desenvolvem condutas de retraimento e de evitamento de toda forma de sexualidade, incluída qualquer prática mas-

turbatória; esse evitamento traduz geralmente uma fantasia de castração ligada à doença e integra-se então a uma imagem de si e a um narcisismo “amputados”.

Outros adolescentes adotam comportamentos ou de reassuramento ou de provocação para verificar a integridade de seu órgão ou para afirmar sua potência sexual (sexualidade caótica e tumultuada, vários parceiros, gravidez).

Subjacente a esses comportamentos, a identidade sexual é o que está em jogo em uma dinâmica de conflito entre essa identidade afirmada e o reconhecimento da doença. Para certos adolescentes, é como se às vezes a identidade sexual só pudesse se afirmar negando a realidade da doença, ou vice-versa.

A essa possível vivência de castração, o adolescente deve integrar igualmente o comportamento passivo/ativo inerente a toda definição da identidade sexual. Também aqui, a doença crônica interfere pela exacerbação da componente submissão-passividade. O adolescente, talvez mais o menino do que a menina, recusa essa submissão-passividade vivida como um equivalente de submissão homossexual e às vezes deseja se afirmar em uma atividade cuja primeira expressão é a rejeição (da doença, dos cuidados, do médico, etc.). Em alguns casos, a expressão dessa atividade necessária para a integração de uma identidade sexual assumida (e não imposta) pode entrar em conflito com cuidados que impõem um estado de relativa submissão.

Doença crônica e conhecimento. – Os adolescentes doentes crônicos freqüentemente se mantêm em um nível escolar inferior ao que seu QI lhes permitiria atingir (Garrison, 1989). O absentismo escolar imposto pela doença não explica esse fracasso relativo. Além disso, as crianças e adolescentes doentes em geral desenvolvem o sentimento de que são incapazes, de que não podem realizar suas ambições quando as têm. De fato, a projeção no futuro muitas vezes é deformada, com uma falta de representação social futura.

A avaliação cognitiva dos adolescentes doentes crônicos revela, no entanto, níveis normais, e mesmo superiores (desde que não se incluam as doenças que se associam a uma deficiência mental). Contudo, ao lado desse

funcionamento cognitivo satisfatório, muitas vezes coexiste um setor de caráter regressivo ou arcaico. Isto é caricatural na compreensão que o adolescente tem de sua doença. Se em grande parte dos casos existe um conhecimento “fisiológico” aparentemente satisfatório, ele pode desenvolver crenças de aspecto mágico sobre a causa, a transmissão, a evolução, etc. Em outros casos, embora o adolescente apresente uma escolaridade satisfatória, e mesmo muito boa, ele mantém uma explicação de caráter muito infantil e arcaico no que se refere à sua doença.

As explorações do funcionamento cognitivo, em termos não de nível global, mas de perfil (provas piagetianas), geralmente revelam sua heterogeneidade.

Essas constatações testemunham a dificuldade para o adolescente de integrar em seu conhecimento, no sentido mais amplo, isto é, no investimento de seu narcisismo, a realidade da doença. O relativo fracasso escolar e o sentimento de incapacidade se explicam com alguma facilidade pela vivência de “castração” e de “impotência”. Os efeitos de desconhecimento, apesar de uma inteligência normal, estão a serviço dos meios de defesa, como a denegação ou a clivagem, a fim de preservar uma imagem de si satisfatória, ao mesmo tempo em que enquistada em um setor fechado de sua psique uma crença arcaica.

Às vezes, a busca de uma explicação para a doença sustenta um superinvestimento cognitivo importante: certos adolescentes doentes crônicos querem “saber tudo”, verdadeira bulimia do saber que, de forma sutil, mantém um setor clivado e ignorado: o da doença. Talvez esta seja uma das razões que explica o fato de que, mesmo em caso de um desempenho escolar brilhante, o adolescente não parece capaz de se projetar em um futuro profissional e social coerente com esse desempenho.

Clínica Psicopatológica

Todas as pesquisas mostraram que não existe uma ligação unívoca entre uma patologia orgânica e um tipo particular de perfil psíquico. Os pacientes que sofrem de uma doença crônica, do mesmo modo que a população em geral, são suscetíveis de apresentar todas as formas de

estruturas mentais e, conseqüentemente, as diversas patologias mentais que são sua expressão: transtornos neuróticos diversos, transtornos de personalidade, transtornos psicóticos, etc. Não existem mais pacientes estado-limite, psicóticos e *a fortiori* esquizofrênicos entre os adolescentes doentes crônicos do que na população em geral. Em segundo lugar, convém também evitar um reducionismo simplista, atribuindo sistematicamente à patologia crônica ou à deficiência a origem de todas as dificuldades, desvios e patologias psíquicas observadas nesse sujeito jovem. Seria de algum modo reduzir o sujeito à sua doença, do que, aliás, alguns adolescentes se queixam repetidamente (“as pessoas não se preocupam comigo, mas com a minha doença...”). Um adolescente doente crônico também tem “o direito” de apresentar dificuldades de ordem psicoafetiva que não estejam diretamente ligadas à sua patologia orgânica!

Não é menos verdade que uma doença crônica pode ser considerada igualmente como um fator de risco de sofrimento psíquico e, portanto, de expressão desse sofrimento mediante uma semiologia de caráter ansioso, depressivo ou de uma ampliação da dimensão de conflito com o círculo próximo. A adolescência, de um lado, e a doença crônica e a deficiência, de outro, são fatores de instabilidade psíquica e somática suscetíveis de reforçar seus efeitos de descompensação. Assim, a título de exemplo, o crescimento pubertário constitui um fator potencial de agravamento de uma escoliose, num período em que o adolescente ou a adolescente se mostra facilmente menos observante, com o risco de um reforço recíproco desses dois fatores. O mesmo ocorre para a diabetes insulino dependente, que apresenta uma fase transitória de resistência relativa à insulina durante o período pubertário, ao mesmo tempo em que o jovem adolescente suporta cada vez menos as restrições do tratamento: contata-se assim, tanto em um caso como no outro, que não se deve atribuir sistematicamente a uma observância imperfeita aquilo que talvez implique uma descompensação ou um agravamento ligado a fatores orgânicos. Compreende-se também que o quadro familiar preserve uma importância muito grande, ainda que nessa idade o jovem reivindique sua “independência”. O limite da adolescência torna-se assim uma etapa difícil de ultrapassar para o próprio jovem e difícil de ser pensada para os

seus pais. Já destacamos a intensidade da ligação que comumente une um dos genitores, em geral a mãe, ao seu filho doente.

O adolescente, assim como seus pais, tem de enfrentar às vezes o “luto da cura”. É possível, de fato, que durante toda a infância se tenha alimentado sub-repticiamente a esperança de uma cura; esta esperança constituiu habitualmente o recurso secreto da observância terapêutica: eu me cuido, dizia a criança, nós cuidamos dela, diziam os pais, com a crença secreta de que esses cuidados adequados poderiam curá-lo e acabar com sua doença “mais tarde”. Mas a adolescência é a idade em que o sujeito e seus pais terão de se confrontar com a ilusão dessa cura. Esse luto pode se tornar ainda mais difícil quando a doença repercute no crescimento pubertário. Essa distância entre a projeção de um futuro ideal e a penosa realidade presente associa-se ao sofrimento psíquico. Isto pode explicar em parte a dificuldade dos adolescentes doentes crônicos (assim como de seus pais) de se projetar no futuro: é bastante comum constatar que os adolescentes doentes crônicos não chegam a concluir seus estudos e conseguir um trabalho à altura de seus estudos, ou mesmo de seus diplomas, e isto independentemente dos obstáculos materiais à sua inserção profissional.

Em suma, “aceitar” a doença implica, para o adolescente, investir de libido um corpo mau ou enfraquecido, sem que com isso sua própria base narcísica esteja “doente” (ver acima). Compreende-se a violência de um tal paradoxo! Além disso, se para qualquer adolescente a apropriação do corpo se realiza às expensas dos pais, principalmente da mãe, compreende-se também que no adolescente doente essa apropriação possa ser mais difícil e mais conflituosa. O mecanismo de clivagem pode representar então um recurso protetor, ao separar, de um lado, uma imagem de si idealizada mas inacessível, e de outro, uma imagem de si desvalorizada que é melhor ignorar ou, na pior das hipóteses, suprimir.

Para finalizar estas observações gerais, descreveremos sucessivamente o evitamento da adolescência, a clínica da não-observância, os transtornos ansiosos, os transtornos depressivos e as condutas de ruptura.

Clínica da adolescência evitada/suprimida. – Algumas crianças parecem incapazes de

se engajar em uma problemática adolescente. Elas se mantêm em uma atitude de submissão passiva e de obediência exemplar, tanto aos pais quanto ao médico.

Este comportamento pode ser facilitado e amplificado por um atraso de crescimento e de puberdade que, em certas situações extremas, culmina nestes indivíduos “bonsai” descritos por V. Courtecuisse: a doença parece ser a única filiação e a única história possíveis, indivíduos sem uma idade que não seja sua idade civil, “estranhos em um corpo estranho”.

Em outros casos, a família, principalmente a mãe, parece incapaz de deixar que seu filho assuma a necessária autonomia, e mantém um estado de vigilância e de grande dependência. Às vezes, de forma mais sutil, o pai ou a mãe dá a entender os sacrifícios feitos para cuidar da criança, esperando dela, na entrada da adolescência, um reconhecimento e uma submissão persistentes. Em outras famílias, o peso de uma angústia invasiva não deixa nem aos pais, nem ao adolescente, o menor espaço de diferenciação e *a fortiori* a menor possibilidade de correr riscos. O traço clínico desta adolescência bloqueada, abortada ou suprimida é observado com frequência nos casos dos investimentos sublimatórios, em particular escolares: ora o fracasso escolar aparece na adolescência ou se amplifica apesar de uma inteligência “normal”. Ora o superinvestimento escolar confina o adolescente em uma interminável continuidade dos estudos cuja finalidade só pode ser entendida como uma defesa (manutenção de um estatuto infantil e deslocamento para objetos externos de conhecimento de um saber interior rejeitado).

No plano dos cuidados exigidos pela doença, esta situação pode parecer benéfica, mas ela testemunha uma real “amputação” do funcionamento psíquico (onde predomina geralmente uma espécie de imaturidade/puerilidade): de uma certa maneira, a doença triunfou sobre o sujeito em uma alienação definitiva ao seu estatuto de “doente”.

Clínica da “não-observância”. – Em matéria de doença crônica, a não-observância é uma constatação freqüente, se não habitual, ou mesmo necessária, na adolescência.

A observância refere-se a âmbitos muito variáveis (ver item “Observância na adolescen-

cia”, no Capítulo 22), e a clínica da não-observância é diversificada. Esta última é função das doenças envolvidas, mas ela se caracteriza geralmente por:

- ausências inusuais nas consultas (ao passo que antes a pontualidade era a regra na criança);
- “esquecimentos” ligados ao controle da doença (esquecimento do controle no diabético, de dosagens ou de urinas no insuficiente renal, etc.);
- sinais clínicos não usuais, variados, aparentemente incompreensíveis ou discordantes;
- interrupções prolongadas de acompanhamento;
- episódios de descompensação culminando em hospitalizações de urgência (sabendo, no entanto, que tais episódios podem ocorrer mesmo com uma observância correta).

Essa clínica da não-observância, que começa a ser conhecida pelos pediatras, representa, em suas formas menores, uma tentativa de escapar à realidade da doença, tentativa desajeitada, sem dúvida, mas que geralmente inaugura o movimento de adolescência. Desse ponto de vista, poderíamos considerar que uma tal atitude faz parte da saúde desenvolvimental.

Contudo, a escalada nas condutas de não-observância (ruptura do acompanhamento, manipulação grave dos resultados, comportamento objetivamente perigoso, etc.) testemunha não mais um desejo de escapar, mas uma necessidade de negar a realidade da doença para preservar o narcisismo e a auto-estima. Na pior das hipóteses, os comportamentos de não-observância podem ser o equivalente de verdadeiros ataques ao próprio corpo, testemunhando o processo de violência e de ódio dirigido contra a parte doente do corpo, inscrevendo-se em uma problemática de depressividade (ver os itens seguintes).

Os transtornos ansiosos. – As taxas de transtornos emocionais, em particular ansiosos, seriam de mais de 20% entre adolescentes acometidos de uma doença crônica (Eiser, 1990; Lavigne e Faier-Routman, 1992; Krener e Harris, 1998). Essa taxa deve ser comparada com os 8% observados em média na população geral (ver Capítulo 14). Em compensação,

não existe particularidade na descrição destes transtornos ansiosos, e eles são encontrados em suas diversas manifestações: ansiedade crônica mais freqüente que ataque de pânico, conduta de evitamento fóbico, manifestação da série obsessiva, podendo chegar até aos transtornos obsessivos compulsivos (TOC). Certas patologias foram designadas com mais precisão: asma, epilepsia, diabete insulínica, sem que os estudos epidemiológicos em amostragens suficientemente relevantes possam validar essas percepções clínicas. Essas manifestações ansiosas costumam preceder uma descompensação depressiva e, nesse sentido, é justificável identificá-las para estabelecer, se possível, um apoio psicológico já nessa etapa.

Os transtornos depressivos. – Será que a existência de uma doença crônica aumenta o risco de ocorrência de uma depressão? Inversamente, será que a depressão é suscetível de modificar o curso da doença crônica ou sua expressão? Certas doenças crônicas não teriam um potencial depressógeno próprio a elas? E, do mesmo modo, a depressão não aumentaria o risco de ser acometido por certas patologias somáticas que teriam uma ligação de causalidade, e não simplesmente de ocorrência, com a depressão? Essas duas últimas perguntas tocam em problemas fundamentais, como é o caso, por exemplo, das doenças auto-imunes ou das patologias endócrinas. Não abordaremos essas questões complexas que ultrapassam o âmbito da adolescência e que dizem respeito mais ao adulto.

Vamos nos ater às duas primeiras perguntas: a ligação entre patologia orgânica e depressão em um ou outro sentido, sem prejudicar qualquer causalidade. Entre outros, Lewinsohn (1996) evidenciou uma ligação entre a depressão e certos problemas somáticos em uma população de 1.507 adolescentes escolarizados. Aparentemente, a presença de uma doença e, sobretudo, de uma deficiência, é um fator de risco de aparecimento de um episódio depressivo maior, o que não é o caso para um acidente. Isto parece tanto mais verdade quando se trata de doenças crônicas com uma deficiência motora: as taxas de transtornos afetivos e de adaptação teriam um aumento de 20 a 50% aproximadamente em relação à população de referência de crianças e adolescentes livres de

doença (Nolan e Pless, 1986). Em uma pesquisa com 11.699 crianças e adolescentes de 4 a 17 anos, Gortmaker e colaboradores (1990) mostram ainda uma forte correlação entre transtornos afetivos ou transtornos de conduta, de um lado, e, de outro, a precocidade da patologia somática, o fato de ser um menino, de viver em uma família monoparental e de baixo nível econômico. Em seu estudo sobre os adolescentes acometidos de doença de Crohn ou de retocolite-úlcero-hemorrágica, Siat e colaboradores (1992) descrevem-nos da seguinte maneira: “Os pacientes dificilmente fazem projetos de futuro, e isto pode ser explicado por seu perfil ansioso, ou mesmo depressivo. Eles são tímidos, depressivos, apagados, submetidos ao desígnio materno. Tristes, eles se descrevem como meticolosos, sérios...”

Inversamente, a depressão é também um fator de risco para a evolução de uma doença ou de uma deficiência. Isto já era conhecido no adulto: as doenças crônicas dolorosas ou invalidantes podem estar na origem da depressão, e a depressão pode modificar ou ampliar a expressão sintomática, sendo acompanhada de queixas somáticas (cefaléias, dores torácicas ou dores reumáticas, em particular). A presença de uma depressão pode constituir um elemento de gravidade relativa: assim, a asma é mais grave nas crianças e nos adolescentes que apresentam um estado depressivo (Mrazek et al., 1985, in: Krener-Knapp e Harris, 1998).

Semiologia

A semiologia das manifestações depressivas apresentaria particularidades? Assim como para qualquer adolescente, a queixa depressiva raramente é expressada como tal de maneira direta (ver Capítulo 9). Mas, além disso, a depressão em geral se manifesta por sinais indiretos: queixas somáticas recrudescentes, nova intolerância aos sintomas habituais da doença, irritabilidade crescente em face dos exames ou explorações que têm de ser feitos, recusa de cuidado ou de observância, expressada diretamente ou, mais ainda, mascarada por trás de uma aparente submissão. Inversamente, pode-se observar uma submissão total e uma nova passividade em um paciente que até então se envolvia de forma ativa em uma relação com a equipe médica, etc. Os sintomas depressivos geralmente

são “mascarados”, mas não é raro que eles estejam presentes, quando se tem o cuidado de pesquisá-los: transtorno do sono, desinvestimento, perda de interesse, dúvida invasiva quanto à pertinência do tratamento, questão existencial sobre o sentido da vida e da morte, pensamentos suicidas, etc.

Relação Médico-Paciente

Em compensação, às vezes é difícil para o doente expressar seu sofrimento e suas idéias depressivas ao médico que o trata habitualmente, como se temesse, com essa confissão, ou trair sua confiança ou provocar uma reação inadequada do médico. A confissão da reação depressiva em resposta a uma situação médica difícil que do doente atravessa, aparece muitas vezes como o equivalente de um questionamento da relação médico-paciente e um questionamento da aliança terapêutica. Essa é uma das razões pelas quais a depressão freqüentemente é “mascarada”.

Observações Psicopatológicas

Portanto, as ligações entre depressão e patologia orgânica são complexas. Como o adolescente pode integrar um corpo lesado em um investimento de sua pessoa que não seja igualmente prejudicado, através de uma imagem de si ou de uma auto-estima que não seja ela própria “lesada”? Em outras palavras; como um adolescente com o corpo lesado pode se identificar em um narcisismo intacto e preservado? Essa é a contradição fundamental enfrentada pelo adolescente que sofre de uma doença crônica. A auto-estima normalmente é alterada, com sentimentos de desvalorização, falta de confiança em si, sentimentos de incapacidade, etc. (Offer et al., 1984). O eixo narcísico está diretamente envolvido aqui, talvez em maior medida quanto a doença causa na superfície apenas “pequenas diferenças” com a norma (ver acima). Assim, “aceitar” sua doença implica, para o adolescente, uma espécie de paradoxo doloroso que consiste em aceitar no interior de si uma parte falha que não “contamine” com isso a totalidade da imagem de si! Além disso, se para qualquer adolescente a apropriação do corpo se faz às expensas dos pais, principalmente da mãe, compreende-se que no adolescente doente essa apropriação

possa ser mais difícil e mais conflituosa, o que explica o recurso à clivagem que mantém, lado a lado, uma imagem idealizada mas inacessível e uma imagem desvalorizada e bem real: encontra-se aqui, em parte, a origem da depressão.

A clínica da ruptura: tentativa de suicídio, transtornos do comportamento, falta grave de observância. – Embora pouco numerosos, certos adolescentes doentes crônicos apresentam condutas de ruptura importante em vários setores de sua vida: TS, ruptura escolar, familiar, transtorno grave do comportamento, sexualidade não protegida, gravidez, conduta delinqüente, etc.

No que se refere à associação entre TS e doença crônica, os dados são esparsos e, ao contrário do caso da depressão, não existem pesquisas prospectivas que permitam responder com todo rigor. Encontramos algumas publicações, mas elas raramente vão além de um ou dois casos particulares. Para certos autores, a tentativa de suicídio seria particularmente freqüente. Assim, no recrutamento de um serviço médico para adolescentes (Alvin, 1993), 10% das tentativas de suicídios hospitalizadas referem-se a adolescentes doentes crônicos e, inversamente, 9,6% dos adolescentes doentes crônicos (sobretudo no caso das seguintes patologias: asma, obesidade, diabete, epilepsia) têm antecedentes de tentativa de suicídio.

A título de exemplo, pode ser mencionado o caso de sujeitos diabéticos insulínos dependentes que se aplicam uma dose potencialmente letal de insulina. Trata-se de uma situação quase experimental, pois o produto letal é ao mesmo tempo o produto terapêutico indispensável. Desde 1985, encontramos cerca de quinze publicações. Na quase totalidade dos casos, trata-se de adultos, e apenas uma publicação, datada de 1988 (Kaminer e Robbins, 1988), refere-se a dois casos de meninas adolescentes insulínos dependentes que se aplicaram fortes doses de insulina; em sua conclusão, os autores se perguntam se esse tipo de comportamento de caráter suicida não é mais freqüente, mas evidentemente eles não têm a resposta.

Gesto quase sempre impulsivo, a tentativa de suicídio raramente é integrada em uma semiologia claramente depressiva. O desejo de morrer é enunciado com menos freqüência que a necessidade de acabar com a situação, de su-

primir um corpo defeituoso que entrava o indivíduo. A tentativa de suicídio é aqui o próprio símbolo do ataque ao corpo e da clínica da ruptura onde se pode encontrar igualmente:

- uma não-observância repetida, em particular nos tratamentos indispensáveis, com interrupção súbita desse tratamento pondo a vida em perigo, quase equivalente suicida;
- comportamento de fuga;
- tumultos, condutas delinqüentes;
- condutas toxicomaníacas;
- sexualidade caótica, não protegida, condutas de risco repetidas;
- gravidezes precoces, situação que aparece na menina como um equivalente dos riscos corridos pelo menino e que, além disso, testemunha o questionamento sempre muito intenso sobre a capacidade de ter filhos;
- ruptura escolar total;
- conflito com os pais, fuga do domicílio familiar.

Ainda que o adolescente não acumule todas essas condutas, ele geralmente apresenta várias delas. Verdadeira desorganização somato-psíquica inscrita em um estado-limite, confronta-se aqui com um processo de ataque violento ao corpo, visto como o responsável por todos os sofrimentos e do quadro de vida do adolescente, de sua família, do corpo médico, do ambiente, etc.

Esses estados, embora sejam raros, têm o interesse de mostrar a violência dos afetos de ódio sempre em ação, e em que a parte doente do corpo é tomada como alvo desse ódio. Em outros casos, a fantasia em ação parece ser a de uma onipotência afirmada, de um corpo invulnerável, cuja imperfeição é negada. Os riscos e condutas perigosas são tanto mais importantes quanto maior é a necessidade de afirmação. Essa onipotência é, evidentemente, o contra-investimento defensivo de uma vivência interior de desvalorização, de vulnerabilidade-fragilidade, e decorre de uma incapacidade ou de uma recusa em realizar qualquer trabalho de luto, recorrendo à crença em uma cura mágica que restitui ao adolescente sua onipotência infantil e sua capacidade de controlar seu ambiente.

Contexto familiar. – Uma sensação intensa de abandono pode ser a causa desta incapacidade:

as condutas de ruptura são constatadas com tanto mais frequência quanto o contexto familiar não foi continente no que se refere aos cuidados assim como à angústia mobilizada pela doença crônica. Essas observações mostram incidentalmente a dificuldade de tratamento terapêutico desses sujeitos. De fato, estas pessoas têm nas mãos objetivamente o controle de sua vida: basta parar de se tratar para pôr sua vida em perigo. Uma coisa é poder dar um fim à sua vida recusando-se ou esquecendo de se tratar, outra coisa é adotar um comportamento diretamente suicida com as consequências que isto comporta. Na medida em que ele se abstém de se tratar, pondo sua vida em perigo, o sujeito evidentemente tem em suas mãos um “poder” que pode utilizar para fazer com que os outros se curvem, isto é, as pessoas próximas, seus médicos, seu psicoterapeuta, etc. Assim, o sujeito doente crônico recupera uma paradoxal onipotência da qual ele pode usar e abusar para não se engajar, como todo adolescente deve fazer, em um trabalho de renúncia, sempre doloroso e, nesse caso específico, mais doloroso ainda.

Abordagem Terapêutica

Ele é necessariamente plurifocal, envolvendo uma equipe de cuidados em que se reúnem pediatra, especialistas diversos, enfermeira(o), técnico particular (dietetista, cinesioterapeuta, reeducador, etc.), psicólogo, psiquiatra. Esse tratamento multifocal implica uma divisão clara e precisa de papéis, não apenas em termos de medicina somática, mas também em termos de apoio psicológico, o que significa a necessidade de encontros, de sínteses regulares em torno de cada caso clínico. O programa terapêutico deve envolver o adolescente e os pais, com objetivos específicos para cada um.

Esse tratamento multifocal permite a cada técnico/participante manter a “distância adequada” do adolescente, evitando a excessiva proximidade com atitudes de sedução, ou, ao contrário, comportamentos de autoritarismo ou de rejeição quando o adolescente recusa “submeter-se”.

De maneira geral, o **médico somático** aparece como a “garantia da saúde”, alertando para a realidade e a necessidade de cuidados. Ele estabelece uma aliança com a parte saudável

do indivíduo. **A(o) enfermeira(o)** intervém como um terceiro mediador, compreensivo e conselheiro, em uma relação de caráter maternal levemente exagerado, procurando com sua atitude de compreensão empática desenvolver o discernimento ativo do adolescente em face de sua doença e dos cuidados que ela requer. **O paramédico** (dietetista, cinesioterapeuta, etc.) defende a imagem de um corpo a preservar e propõe um “plano de cuidados” em que o adolescente deve ter sua parcela de escolha e de iniciativa. **O psicoterapeuta** (psiquiatra, psicólogo) torna-se a “garantia do sujeito”, à escuta da cólera, do desespero, da violência e de momentos depressivos que provêm da parte saudável do paciente. Por sua escuta empática, ele autoriza a expressão de afetos negativos de sofrimento, de angústia, de ódio, primeiro tempo necessário antes de poder ligá-los aos afetos mais modulados de amor e de esperança, única saída para dar um sentido àquilo que é sempre vivido inicialmente como “insensato”.

Os pais, por sua vez, geralmente necessitam de um apoio tanto individual como do casal, seja para aceitar sua destituição parcial da função de auxiliar de cuidados, que os havia mobilizado eficazmente durante a infância, seja para realizar seu próprio trabalho de luto ligado a essa perda relativa e às decepções decorrentes dela, a fim de recuperar, se possível, investimentos que não sejam mais focalizados apenas na criança doente. Esse desligamento relativo é tanto mais difícil para os pais na medida em que eles vêem seu adolescente assumir mais riscos e fazer o contrário daquilo que eles sabem ser benéfico para o seu cuidado. É indispensável, portanto, propor um apoio ativo, realizado ou pelo médico ou por um terapeuta, diferente do que trata do adolescente.

Naturalmente, nem sempre é possível oferecer esse leque de tratamentos em um serviço com pessoal reduzido. Contudo, é sempre possível constituir **uma rede de atendimento**, agrupando profissionais motivados e competentes, que, além disso, permita ao adolescente encontrar espaços de circulação entre um e outro. A base de uma tal rede são as reuniões de equipe regulares de síntese, verdadeiro agrupamento simbólico dos diversos fragmentos do adolescente, em que os participantes podem entender melhor os conflitos intrapsíquicos e o sentido dos eventuais movimentos de revolta.

O lugar do psiquiatra é muito importante aqui para ajudar os diversos cuidadores (pediatra, enfermeiros, etc.) a tomar consciência de sua contra-atitude em face do adolescente e de suas exigências, a esclarecer a natureza das ligações afetivas que se estabeleceram e o sentido dos diversos comportamentos muitas vezes desconcertantes do adolescente.

No plano psicoterápico, o tratamento desses pacientes requer, do nosso ponto de vista, um trabalho em estreita ligação com a equipe médica somática, para que se tenha um bom conhecimento dos desafios e dos movimentos de aliança ou de oposição entre o adolescente e os diversos cuidadores. Evidentemente, a manutenção da confidencialidade sobre os conflitos psíquicos é primordial. Mas a integração do psicoterapeuta com o conjunto da equipe de atendimento reduz a tendência à clivagem psique-soma, à negação da doença, com o risco de instalar uma relação de caráter idealizado, porém irreal, entre o “psi” e o adolescente. É preciso destacar que quando predominam as condutas de ruptura, aumentam as dificuldades para o psicoterapeuta: de fato, em relação ao adolescente em boa saúde psíquica, o adolescente doente crônico possui objetivamente uma “onipotência”, a de pôr em jogo sua vida sem fazer nada, simplesmente se abstendo (dos cuidados). Essa onipotência em negativo obriga os adultos a agir, e o adolescente tira disso um evidente poder de manipulação. Essa projeção de angústia e o benefício secundário ligados à negação e à onipotência podem representar entraves importantes ao processo de interiorização e de mentalização.

Já assinalamos a ausência de correlação entre uma doença e um perfil psicológico particular. Essa é a razão pela qual não nos parece adequado propor uma “lista” de situações clínicas (o adolescente insulino dependente, o adolescente hemofílico, o adolescente insuficiente renal, o adolescente asmático..., etc.). Em matéria de doença crônica, a experiência de qualquer clínico psiquiatra ou psicólogo geralmente se centra em uma patologia particular, em razão das condições de exercício como estagiário em um serviço pediátrico especializado. Será que existem especificidades psicológicas próprias a cada doença? Alguns dizem que sim, outros refutam diante da diversidade de atitudes psicológicas que encontram em pacientes com a mes-

ma doença. Sem dúvida, certas particularidades podem focalizar uma problemática específica. Vale citar, por exemplo:

- a espera de um transplante de órgão visto como possibilidade de cura com a impaciência e a angústia ligadas a essa espera (transplante de rim, de fígado, de coração-pulmão, etc.);
- a perda da marcha no adolescente acometido de uma miopatia de Duchenne com o comprometimento progressivo da função respiratória e o prazo fatal que ela implica;
- a contaminação de uma criança hemofílica pelo vírus HIV com a ambigüidade que isso implica na ligação com o médico.

Todo clínico, no acompanhamento de seu paciente, descobrirá pouco a pouco essas especificidades às vezes dramáticas, às vezes mais felizes, mas que em geral estão em segundo plano, atrás dos desafios psicodinâmicos mais gerais que foram descritos anteriormente.

ADOLESCÊNCIA E DEFICIÊNCIA MENTAL

O adolescente deficiente mental sente e percebe as mesmas pulsões que seu contemporâneo não deficitário no momento da puberdade. Na mesma época, o despertar da sexualidade e o desejo de emancipação, ainda que sejam irrealizáveis em razão da deficiência, acarretam cortejos de pulsões, de buscas do outro sexo, cuja expressão é bastante evidente: ela não passa pelos mesmos jogos eróticos habituais a essa idade, e pode assumir um caráter compulsivo. Esse desejo pode aparecer tardiamente no adolescente deficitário profundo, mas nem por isso deixa de existir.

A Deficiência Mental Isolada

Ela coloca problemas particulares, como ilustra a Trissomia 21 ou Mongolismo. Em particular, os Trissômicos 21, para os quais a doença está ligada à idade avançada da mãe, chegam ao período da adolescência quando da aposentadoria dos pais. Existe um problema de inser-

ção social e, ao mesmo tempo, um problema de comportamento sexual. No que se refere à puberdade, ela se realiza normalmente, mas suscita problemas diferentes conforme os sexos. As meninas correm o risco de sofrer abusos sexuais, o que levanta a questão dos meios contraceptivos: é impossível fazê-las tomar “pílula” de forma contínua, o que é obrigatório; os dispositivos intra-uterinos não parecem ser utilizáveis; nessas pacientes pode-se recorrer à ligadura de trompa, que é sempre recomendada quando as crianças são portadoras de uma Trissomia 21 por translocação. Para essas adolescentes, o risco teórico e confirmado de ter filhos normais é de 50%. De todo modo, as adolescentes e jovens adultas Trissômicas 21 que são mães têm grandes problemas de relacionamento com seu filho, o que exige um quadro educativo adaptado a este o mais cedo possível, tal como uma colocação familiar especializada.

Os meninos são definitivamente estéreis: sua atividade é essencialmente auto-erótica, sua afetividade é infantil; eles não manifestam interesse por um tipo preciso de parceiro.

Nesses deficientes, a adolescência é uma fonte de problemas relacionais, sobretudo quando se associa a dismorfias. A adolescência é o momento em que as dismorfias costumam acentuar-se, o que, somado às bruscas mudanças de humor e à atividade desordenada ligada às pulsões, pode levar a uma atitude de retraimento por parte de terceiros, isolando-os e fazendo-os sofrer. Isto é compensado pela atitude superprotetora habitual dos pais, que dificilmente percebem os sofrimentos e os conflitos de seus filhos. Eles compreendem mal esses períodos de brusca descompensação, que são também apelos desesperados.

A educação especializada deveria ser relativamente flexível nesse período: não interferir excessivamente na intimidade, no desejo de autonomia de identificação sexual, mas também saber estar presente para ajudar nas aflições, nas insuficiências limitantes mentais ou motoras, orientar a escolha. De fato, a ausência de experiências, de referências morais, seu caráter maleável e impressionável fazem com que os adolescentes ou pré-adolescentes possam ser levados às atividades eróticas sem grande constrangimento. Finalmente, a educação deve aplacar o desespero dos pais, que é duplo: o de-

sespero físico em que os pais idosos não conseguem acompanhar seus filhos até o fim, e desespero moral, pois ao morrerem deixarão atrás de si esse filho que representa um fardo, e que no entanto foi objeto de toda sua dedicação.

A Deficiência Mental Profunda

O que significa a passagem da infância à idade adulta para sujeitos cuja autonomia motriz, intelectual e relacional é entravada desde o início da vida? A entrada na sociedade e no mundo do trabalho em geral só se coloca em termos de mudança de instituição ou de novas modalidades de assistência: a separação do meio familiar já ocorreu há vários anos ou, ao contrário, ela se torna necessária repentinamente, em razão de uma impossibilidade física e material objetivada concretamente por aspectos somáticos ou comportamentais que ultrapassam o limiar de tolerância do ambiente familiar. De fato, o estado somático e comportamental da criança é que, em última análise, parece ter maior influência na forma como se desenvolve a adolescência. S. Tomkiewicz (1982) propõe distinguir diversas situações:

Os grabatários ou polideficientes. – O estado somático dessas crianças é predominante nas dificuldades que elas encontram e que seu círculo próximo encontra. A passagem à adolescência manifesta-se antes de tudo por um ganho de peso, pelo aparecimento de sinais pubertários, pelo agravamento da deformação, em particular da coluna vertebral e dos quadris. Mas mesmo nesse mundo aparentemente uniforme, as crianças apresentam nuances entre elas. De fato, é possível distinguir três tipos de crianças:

– Aquelas que não apresentam nenhum contato afetivo aparente. Elas não reagem nem à voz nem ao sorriso. “Algumas nunca pedem para comer e morreriam de fome se não recebessem alimento, mas nem isso constitui para elas um momento privilegiado da relação. A maioria morre na adolescência ou, de todo modo, antes dos 18 anos.”

– Aquelas que mesmo sem linguagem, sem motricidade, sabem manifestar sua fome, seu

desejo e mesmo os sentimentos mais nuançados. Contudo, sua relação é indiferenciada, seja quem for a pessoa que cuide delas. Na adolescência, seus pais ou os membros da equipe de atendimento que as conhecem bem aceitam sem grandes dificuldades a internação ou a mudança de instituição.

– Aquelas que mesmo mudas manifestam sua existência pela qualidade da expressão de seu olhar, pela modulação do contato e principalmente pela ligação privilegiada que estabelecem com uma ou várias pessoas que cuidam delas. Na adolescência, essa relação geralmente se intensifica, e a ruptura, às vezes necessária, é um drama.

Para o conjunto dessas crianças, a adolescência é dominada por modificações somáticas cuja repercussão física situa-se essencialmente no reforço ou na ruptura de uma ligação profundamente afetiva quando ela existe. Já a puberdade e a sexualidade decorrente são quase que “camufladas por detrás do silêncio, da piedade ou do gracejo, manifestações de uma angústia profunda do adulto em face dessas crianças púberes”. Ainda há muito a fazer nesse campo para ajudar os adolescentes e, sobretudo, seu círculo familiar ou educativo, a fim de que a pulsão sexual possa ter um sentido, por mais reduzido que seja, e não ser relegada à categoria de uma “animalidade” proibida.

Os deficientes profundos. – Esse segundo grupo compreende “as crianças que eram chamadas de retardados profundos, isto é, privados de linguagem, com ou sem dismorfias, com ou sem transtornos neurológicos adicionais, com uma vida relacional modesta, mas sem transtornos afetivos e sem muita angústia visível”. Durante a adolescência, associa-se ao estado somático o peso das contra-attitudes dos adultos em relação a esses sujeitos que vão ou reforçar suas atitudes estereotipadas ou emitir alguns desejos expressados de formas mais ou menos desajeitadas no registro da individualização, sob a forma de “fugas” ou de cóleras, e no registro sexual sob a forma de masturbações ou de carícias homo ou heterossexuais.

Os psicóticos deficitários profundos. – Esse terceiro grupo é constituído pelos estados

psicóticos precoces, autismo infantil, psicose da primeira infância, cuja evolução deficitária continua sendo, apesar das diversas terapias realizadas, ou das medidas educativas propostas, uma eventualidade freqüente. A adolescência é marcada pela “perda da aparência infantil”, pela decepção do círculo próximo resultante da ausência de progresso, pela emergência de comportamentos auto-hetero-agressivos, pela puberdade e pela sexualidade, cuja realização é possível em manifestações eventuais difíceis de suportar pelos adultos: masturbações incontroláveis, relações sexuais em que são sadicamente explorados por adolescentes ou por adultos perversos ou psicóticos não deficitários. Essas realizações sexuais se apóiam de fato em uma ausência de dife-

renciação sexual intrapsíquica, que se observa claramente nos casos em que é possível prosseguir uma psicoterapia por um longo tempo durante a adolescência e o início da idade adulta desses pacientes.

A adolescência dos deficientes mentais profundos se manifesta, portanto, mais por modificações somato-psíquicas, cuja repercussão comportamental suscita contra-attitudes diferentes conforme a gravidade do estado deficitário, do que pelos elementos intrapsíquicos do processo de adolescência, tal como o descrevemos em seu desenvolvimento e em seus avatares ao longo de toda esta obra. Contudo, a adolescência desses sujeitos não é idêntica para todos, e nem é sentida ou vivida da mesma maneira pelo círculo familiar ou médico.

REFERÊNCIAS

- AJURIAGUERRA J. DE : *Manuel de psychiatrie infantile*. Masson, Paris, 2^e éd., 1977.
- ALVIN P. : Suicidal adolescents : lessons to be learned from early intervention. *J. Paediatr Child Health*, 1993, 29 (suppl. 1) : 20-24.
- ALVIN P., REY C. : *Filles, garçons et pathologies somatiques chroniques à l'adolescence*. Colloque Adolescents Adolescents : Psychopathologie Différentielle. À publier.
- COURTECUISE V. : Les adolescents et la maladie chronique. Symptômes et besoins. *Journées parisiennes de pédiatrie*. Flammarion éd., Paris, 1985, I Vol.
- CRAMER B., FEIHL F., PALACIO-ESPASA F. : Le diabète juvénile, maladie difficile à vivre et à penser. *Psychiat. Enf.*, 1979, XXII, 1.
- EISER C. Psychological effects of chronic disease. *J. Child Psychol. Psychiatr.* 1990, 31, 85-98.
- EISER C. : *The psychological of childhood illness*. Springer Verlag éd., New York, 1985, I Vol.
- GARRISON W.T., MCQUISTON S. : *Chronic illness during childhood and adolescence. Psychological aspects*. Sage Publications Inc., 1989, I Vol.
- GORTMACHER S., SAPPENFIELD W. : Chronic childhood disorders: Prevalence and impact. *Pediatr. Clin. North Am.*, 1984, 31, 3-18.
- GORTMAKER S.L., WALKER D.K., WEITZMAN M., SOBEL M. : Chronic conditions, socioeconomic risks, and behavioral problems in children and adolescents. *Pediatrics*, 1990, 85, 267-276.
- JOB J.C., CHAUSSAIN J.L., TOUBLANC J.E. : Exploration des retards pubertaires. *Ann. Endocrinol.* (Paris), 1982, 43, 453.
- KAMINER Y., ROBBINS D.R. : Attempted suicide by insulin overdose in insulin-dependent diabetic adolescents. *Pediatrics*, 1988, 81, 4, 526-528.
- KRENER-KNAPP P., HARRIS E.S. : Consultation-liaison in child psychiatry : a review of the past 10 years. Part I : clinical findings. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 1998, 37, 1, 17-25.
- LAVIGNE J.V., FAIER-ROUTMAN J. : Psychological adjustment to pédiatric physical disorders : a meta-analytic review. *J. Pediatr. Psychol.* 1992, 17, 133-157.
- LAVOIE J.L. : Adolescence et maladies chroniques. In : *Médecine de l'adolescence*, Wilkins J. éd, Hôpital Sainte-Justine éd., Montréal, 1985, 320-346.
- LEWINSOHN P.M., SEELEY J.R., HIBBARD J. et coll. : Cross-sectional and prospective relationships between physical morbidity and depression in older adolescents. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 1996, 35, 9, 1120-1129.
- LITT I.F., LUSKEY W.R. : Satisfaction with health care. *J. of Ado. Health Care*, 1984, 5, 196-200.
- MZAREK D.A. : Disturbed emotional development of severely asthmatic preschool children. *J. Child Psychol Psychiatry*, 1985, 26, 81-94.
- NEWACHECK P.W. : Prevalence and impact of chronic illness among adolescents. *Am. J. Dis. Child*, 1991, 145, 1367-1373.

- NOLAN T., PLESS I.B. : Emotional correlates and consequences of birth defects. *J. Pediatr*, 1986, 109, 201-216.
- Numéro spécial : Le corps souffrant. *Adolescence*, 1985, 3, 2, 177-420.
- OFFER D., OSTROV E., HOWARD K.I. : Body image, self perception and chronic illness in adolescence. In : Blum R.W., *Chronic illness and disabilities in childhood and adolescence*, Grune and Stratton, New-York, 1984, 59-73.
- ROSEN D.S. : Pubertal growth and sexual maturation for adolescents with chronic illness or disability. *Pediatrician*, 1991, 18, 105-120.
- RYAN C., MOROW L. : Self esteem in diabetic adolescents : relationship between age at onset and gender. *J. of Consulting and Clinical Psychology*, 1986, 54, 730-73 1.
- SABBETH B.F., LEVENTHAL J.M. : Marital adjustment to chronic childhood illness : a critique of the literature. *Pediatrics*, 1986, 73, 762-768.
- SIAT B., MORAU A., VIDAILHET C. et coll. : Maladie de Crohn et rectocolite ulcéro-hémorragique de l'adolescent, corrélations psychopathologiques. À propos de l'étude de 14 cas. *Neuropsychiatrie de l'Enfance*, 1992, 40, 8-9, 459-466.
- TOMKIEWICZ S. : L'adolescence des déficients mentaux profonds. *Psychologie*, 1982, 147, 35-41.
- TUBIANA-RUFI N., ANDRONIKOF-SANGLADE A. : Diabète à l'adolescence. EMC, *Instantanés Médicaux*, 1992, 2, 33-35.
- WINNICOTT D.W. : *La consultation thérapeutique de l'enfant*. Gallimard éd., Paris, 1971, 1 vol.
- ZIRINSKY L. : The psychological impact of illness in adolescence. In: *Medecine in adolescence*. Edward Arnold, London, 1993, 1 vol., 25-34.

○ Adolescente e sua Inserção Social

Na primeira parte deste livro, examinamos o problema da abordagem sociológica e, com isso, o estudo do peso das estruturas sociais na existência, na duração e nos modos de expressão da adolescência. Neste capítulo, trataremos de algumas situações particulares: o desemprego, o adolescente migrante, a marginalidade, a delinquência. Restringimo-nos propositalmente a esses quatro âmbitos, que nos parecem trazer à luz as possíveis interações conflituosas entre o processo da adolescência e o ambiente social. Não queremos propor uma revisão exaustiva do tema, nem resumir todas as relações entre o adolescente e as estruturas sociais.

O DESEMPREGO

Como mostramos no capítulo consagrado aos modelos de compreensão (*cf.* Capítulo 13), o desemprego constitui uma das preocupações mais importantes no discurso atual dos jovens. Os especialistas da saúde pública partilham inteiramente essa preocupação. O professor Harvey Brenner, da Escola John Hopkins de Saúde Pública, apresentou em 1994 um relatório elaborado a pedido do Comitê Econômico do Congresso norte-americano, no qual previa

que “os efeitos da recessão e do desemprego inaugurarão uma fase prolongada de aumento da morbidade, da mortalidade e dos problemas sociais em certos grupos da população”. Entre esses grupos, o dos jovens (em particular nas minorias) situa-se no primeiro plano. Um ponto essencial das descobertas desse pesquisador é que os efeitos “negativos” sobre a saúde física e psicológica só ocorrem três a cinco anos após o nível extremo da recessão (1981-1982 para os Estados Unidos), e que são necessários 10 anos para que todos os impactos sejam sentidos (apud *Quotidien du Médecin*, 19 septembre 1984). Para os clínicos como nós, essas constatações são inquietantes e confirmam nosso sentimento de que o desemprego acentua a crise ou os conflitos do processo de adolescência: a sensação de inutilidade, os movimentos de revolta, a perda de auto-estima e a impressão de vazio ligada ao fato de que não há ação a empreender se vêm em ressonância com a dificuldade de ingressar no mundo do trabalho e conseguir emprego. Nos adolescentes mais frágeis, isto é, aqueles para os quais investir positivamente uma atividade profissional constitui acima de qualquer exigência um problema, a dificuldade de conseguir um emprego vem como um anteparo a qualquer providência nesse sentido. Embora o desemprego não seja em si mesmo o

responsável pela marginalização dos adolescentes, ele acentua as dificuldades experimentadas pelos jovens de se inserir na sociedade.

O ADOLESCENTE MIGRANTE

Falar do adolescente de famílias migrantes deveria implicar examinar previamente os diversos pontos de vista que permitem compreender a situação do migrante em seu conjunto: ponto de vista cultural, social, econômico... Não é nossa intenção retomar esses diversos dados neste breve item. É evidente também que a adolescência do indivíduo migrante segue-se a uma longa experiência durante a infância, na qual a condição de migrante já terá determinado arranjos particulares: assim, o fracasso escolar do adolescente migrante geralmente sucede ao da criança, apenas reforçando a espiral do fracasso (cf. item “Adolescente e escola”, no Capítulo 17). Assim, no período da adolescência, as situações são múltiplas, complexas e variáveis. Há grandes diferenças entre o adolescente que deixou seu país de origem por volta dos 11 ou 12 anos, ou até mais, para se instalar na França com sua família, e o adolescente oriundo de uma família migrante, mas que vive no país de imigração desde muito cedo, ou que nasceu ali. No primeiro caso, o adolescente será confrontado, assim como seus pais, com as dificuldades lingüísticas e com a perda externa das referências socioculturais de sua infância, mas conservará a identidade cultural interna de sua primeira infância; já no segundo caso, embora a aprendizagem da língua não costume colocar maiores problemas, o adolescente é confrontado com a ausência interna de uma identidade cultural estável e com todos os conflitos decorrentes do biculturalismo.

De maneira mais geral, a adolescência, período vulnerável, representa um momento particularmente difícil para o indivíduo migrante, pois os fatores de risco inerentes à situação de migrante, a um *status* socioeconômico quase sempre precário e à própria adolescência têm efeitos cumulativos.

Não vamos nos reportar às condições que conduzem à migração, nem à vivência particular dos adultos (sentimentos de desvalorização, vivência paranóica, vivência depressiva), nem às dificuldades próprias do filho de migrante

(cf. Capítulo “L'enfant migrant”, in: *Enfance et psychopathologie*. O leitor encontrará igualmente nesse capítulo generalidades estatísticas). Apenas destacaremos, seguindo diversos autores, a importância no plano fenomenológico dos problemas de espaço, de tempo e de identidade (Serrano):

- O espaço vivido do migrante é um espaço amputado, marcado por uma experiência de perda, de encolhimento do campo potencial, com um duplo mecanismo de idealização do espaço perdido (a aldeia natal, a casa que vão construir lá) e de projeção persecutória no espaço presente (vivência de hostilidade ou mesmo de racismo, projeção de dificuldades sobre as novas condições socioculturais).

- O tempo vivido é dominado pelo estado de suspensão do tempo presente, tempo fora do tempo, entre parênteses, situado entre o tempo do passado marcado pela nostalgia, pelas saudades e às vezes mesmo pela culpabilidade (por ter deixado uma parte da família, por exemplo) e, de outro lado, o tempo do futuro marcado pela idealização do retorno. Esse tempo suspenso provoca, segundo Serrano, “uma certa paralisia da construção individual e social do sujeito”;

- A identidade, finalmente, na qual estão envolvidas as raízes familiares e culturais, mas também o reconhecimento de si a partir de sua própria imagem social e aquela que os outros nos retornam. Essa dialética corre o risco de se organizar em torno da falta, vivida tanto pelo próprio indivíduo quanto por meio da falta suposta que numerosos autóctones lhe retornam.

Vivência de perda, processo de idealização, projeção paranóide, incerteza identitária, contingências na “construção individual e social”, todas essas dificuldades entram em ressonância com a própria problemática da adolescência e podem bloquear ou desviar seu desenvolvimento.

Freqüência e Especificidade dos Transtornos

A freqüência das dificuldades psicopatológicas do adolescente migrante é vista de formas distintas, mas é importante comparar popula-

ções de nível socioeconômico idêntico. Com esse pressuposto, a frequência de manifestações psicopatológicas seria idêntica na população de autóctones e nos migrantes com o mesmo nível econômico. Contudo, quando se incluem nas manifestações desviantes as dificuldades de adaptação social, muitos autores verificam uma percentagem elevada de adolescentes migrantes em situação de fracasso escolar ou de marginalização social, percentagem que traduz as contingências da integração sociocultural. Convém explicitar que todos os estudos estatísticos mostram claramente que as cifras tendem a se aproximar progressivamente daquelas referentes à população autóctone quanto mais antiga é a migração.

É preciso abordar igualmente o problema da especificidade dos transtornos, que pode ser colocado de duas maneiras: 1) existe uma patologia psíquica particular ao adolescente migrante? existe uma patologia específica em função de um grupo particular de migrante? Poucos trabalhos abordaram esses pontos unicamente com relação ao adolescente. Para Beauchesne e Esposito, na criança e no adolescente, o fracasso escolar e os transtornos do comportamento geralmente têm a mesma frequência em uma população autóctone de nível socioeconômico idêntico. Em compensação, eles revelam uma maior percentagem, por um lado, de queixas centradas no corpo (à imagem da patologia observada também no adulto migrante) e, por outro lado, casos considerados como inclassificáveis (1,7% dos casos nos autóctones, 11,2% nos transplantados), o que testemunha em parte tanto a inadequação das categorias nosográficas utilizadas, quanto o mal-estar e da hesitação do pesquisador em face de um paciente migrante.

Certos autores mostraram particularidades entre uma população de migrantes e outra. É evidente que existem enormes diferenças entre essas diversas populações. Assim, na França, mais da metade dos adolescentes migrantes é originária de países de cultura islâmica, outros provêm de países de cultura latina e, mais recentemente, há ainda uma parcela oriunda de culturas do Extremo Oriente. Alguns atribuem tal ou qual tipo de dificuldade a tal traço cultural, mas não vamos analisar detalhadamente essas variáveis. Simplesmente mencionaremos a título de exemplo a frequência de queixas hipocôndricas na população magrebina (Bénadiba,

Charles-Nicolas), a importância de transtornos de personalidade nos meninos e transtornos depressivos nas meninas na população de origem judaica da África do Norte, a frequência de depressões e de problemas de pseudo-debilidade nos adolescentes antilhanos (Beauchesne e Esposito).

Estudo Clínico

Neste estudo clínico, distinguiremos para fins didáticos duas ordens de transtornos: 1) os transtornos ligados às dificuldades provocadas pelas relações entre duas culturas: aprendizagem da língua, fracasso escolar, transtorno do comportamento; 2) os transtornos ligados às dificuldades internas: hipocondria, depressão, busca de identidade.

Os transtornos ligados às dificuldades externas ou aos problemas de adaptação. – São os transtornos mais manifestos aqueles em que a pressão do ambiente é mais forte e para os quais a resposta terapêutica é antes de tudo coletiva, social.

Vamos apenas mencionar as dificuldades encontradas pelo pré-adolescente ou adolescente que chega ao país de imigração sem conhecer sua língua. Por maiores que sejam as dificuldades iniciais, elas costumam ser facilmente superadas. A criação de “classes de nivelamento lingüístico” permite a esses jovens aprender francês durante um ano antes de mergulhar no ciclo escolar regular. Infelizmente, essas classes ainda são bastante raras.

O *fracasso escolar* constitui provavelmente a maior dificuldade sobre a qual se debruçam educadores, professores, sociólogos, etc. Todas as cifras denunciam unanimemente a dimensão do fracasso escolar no adolescente migrante. Enquanto nas séries iniciais do ensino fundamental encontram-se 10,3% de crianças migrantes, nas séries finais não há mais de 6,6%, e no ensino médio são apenas 2,7%. Mas, em compensação, encontram-se 14,1% no ensino especial (cifras do ano 1980-1981, *Le Monde*, 2 de julho de 1982). Pode-se considerar que 50% dos filhos de migrantes são colocados em classes com programa mais fraco desde a entrada

na 5ª série, enquanto que para os autóctones essa proporção é de 10%. Ao concluir o ensino fundamental (final da 8ª série), apenas 25% dos adolescentes originários de famílias migrantes seguem um ciclo longo (curso profissionalizante ou até a Universidade), contra 45% dos autóctones. A análise desse fracasso é complexa, pois todos os fatores de fracasso se associam e se reforçam: dificuldades lingüísticas, nível socioeconômico baixo, sistema pedagógico frequentemente inadequado, reforço do fracasso pelo processo de segregação, etc. O resultado é quase sempre uma interrupção prematura da escolaridade seguida por dificuldades de ingressar no mundo do trabalho (cf. p. 330: “Da escola ao trabalho”).

Os *transtornos do comportamento e a delinquência* constituem a segunda vertente de problemas de adaptação. Existiria uma sobrecriminalidade de menores estrangeiros (segundo A. de Carvalho-Lahalle, os menores estrangeiros representariam 35,5% dos menores que cometem delitos), com uma sobrerepresentação principalmente para a criminalidade violenta (20% de roubo com violência para os portugueses, norte-africanos, contra 9,2% para os franceses). Em compensação, constata-se menos roubos de automóveis (ver o estudo clínico dessas condutas no Capítulo 5 “O problema do agir e da passagem ao ato”). Algumas explicações foram sugeridas, em particular pelos sociólogos, a partir dos trabalhos de Durkheim. De fato, esse autor propôs o conceito de “anomia”, no qual intervém a noção de aculturação brusca e de mudança súbita de valores sociais: nessas situações, o indivíduo se torna menos capaz de estabelecer uma hierarquia de prioridades entre os diferentes papéis que deve desempenhar; os critérios para se conformar às obrigações deste ou daquele papel social tornam-se mais fluidos e incertos, o não-respeito a essas obrigações e leis sociais não apresenta o mesmo valor de transgressão, pois a norma não é definida com o mesmo rigor quanto para o indivíduo autóctone. Outras hipóteses foram levantadas, como a do “conflito de cultura” ou ainda do perfil particular aos indivíduos migrantes que mesmo em sua cultura de origem são indivíduos mais inovadores, menos respeitadores das tradições do que os que permanecem no país. Quaisquer que sejam as explicações, as condutas delinquentes de adolescentes migrantes podem servir para

alimentar uma reação de rejeição e de racismo por parte da população local, e para amplificar o fracasso da inserção social.

Os transtornos ligados às dificuldades internas. – Os problemas de identidade individual e cultural estão no centro das dificuldades encontradas pelo adolescente migrante: em particular, aquele que vive desde muito pequeno em um país de imigração. O biculturalismo sempre passou despercebido, mascarado pelos problemas de adaptação escolar, mas a busca da identidade própria a cada adolescente coloca no primeiro plano o confronto dessas duas culturas: o freqüente distanciamento do país de origem e o fracionamento habitual do modo de vida, tradicional no círculo familiar, impregnado da cultura francesa no trabalho, na escola, com o grupo de amigos, reforçam os processos de clivagem e de idealização tão presentes nessa idade. Encontram-se todos os níveis intermediários entre a desvalorização total da cultura de origem e uma idealização da cultura de acolhimento e, inversamente, a idealização da cultura de origem e rejeição da cultura de acolhimento. Além disso, esses movimentos são variáveis na mesma família, entre um adolescente e outro da fratria, ou se sucedem ao longo das gerações: é muito comum encontrar dificuldades externas de adaptação da primeira geração de migrantes, uma forte integração da segunda geração, que adota os novos modelos culturais ao preço do abandono de seus próprios modelos, e a busca nostálgica e freqüentemente idealizada de valores culturais originais pela terceira geração (Giovacchini). Constatase assim ora uma rejeição, ora uma busca intensa de identificação, seja com a cultura de origem, seja com a cultura de acolhimento. Essa busca é ilustrada de forma caricatural pela mudança de nome por certos adolescentes, que transformam “Ali” em “Alain” ou “Kamel” em “Camille”... A identidade cultural também pode ser totalmente clivada, com a adesão aos novos modelos em certos setores e o forte apego ao modelo tradicional em outros. Isso pode ser constatado em particular nos primogênitos das fratrias que reivindicam um modo de vida análogo ao dos autóctones e contestam os modelos parentais, ao mesmo tempo em que continuam exercendo diante dos caçulas (sobretudo quando são meninas) o papel cultural tradicional atribuído ao

mais velho da fratria. Além disso, a escolha do namorado (ou da namorada) ou do parceiro sexual confronta os adolescentes com uma dificuldade suplementar: a nacionalidade do parceiro escolhido geralmente ilustra o lugar respectivo das duas culturas, representando ou um meio de se integrar na cultura de acolhimento, ou o meio de conservar suas raízes culturais. Essa escolha pode suscitar conflitos agudos com os pais ou com um membro da fratria. No plano sintomático, essas incertezas identificatórias, essas perdas nos valores culturais originais se traduzem de diversas maneiras. Citaremos brevemente:

— *As manifestações hipocondríacas*: elas são bastante freqüentes, e mais características, segundo alguns autores, de culturas da África do Norte ou da África Negra. Ligadas às dificuldades de se expressar de forma adequada na cultura de origem, elas traduzem seja o recolhimento defensivo naquilo que continua sendo a última possessão do indivíduo migrante, seu corpo, seja um meio cultural privilegiado de expressão de conflitos. Diferenças morfológicas (cabelos crespos) ou de cor da pele podem acentuar as preocupações com o corpo, tão freqüentes na adolescência. Observa-se igualmente aqui uma focalização em tal ou qual parte do corpo dos diversos conflitos inerentes às relações entre duas culturas (cf. itens “A hipocondria” e “As dismorfofobias”, no Capítulo 6). No máximo, constata-se episódios hipocondríacos agudos (Ebtinger e Sichel).

— *Os estados depressivos* podem ser observados em relação direta com os sentimentos de perda de identidade, com o vazio ou com a vivência de desvalorização e de inferioridade (depressão de inferioridade). Esses estados depressivos não apresentam particularidade semiológica. Ressalte-se que é muito comum encontrar uma problemática depressiva subjacente às condutas delinquentes ou desviantes (fugas), mas isso não é particular ao adolescente migrante. Finalmente, a percentagem de adolescentes migrantes é bastante elevada entre os adolescentes suicidas (cf. Capítulo 5).

Para explicar essa vivência depressiva, Beauchesne e Esposito ressaltam a tripla perda que a migração impõe ao adolescente: perda do espaço geográfico tradicional, perda relativa ou pelo menos mudança no espaço corporal e, fi-

nalmente, perda do espaço semiótico, isto é, da chamada língua materna. De fato, não é raro encontrar adolescentes filhos de pais estrangeiros, em particular norte-africanos, adolescentes nascidos na França e que ignoram a língua materna, sendo duplamente estrangeiros, no país de imigração, mas também em seu próprio país de origem. Além dessas múltiplas vivências de perda, Giovacchini observa também que, mesmo quando o adolescente quer se integrar à cultura de acolhimento, ele pode alimentar sentimentos de culpa em face de seu desejo de abandonar as tradições familiares, o que pode ser visto como um abandono dos pais, que tiveram de empreender uma viagem difícil, viver em condições materiais geralmente precárias e trabalhar duramente para dar o necessário a seus filhos, ao mesmo tempo procurando manter suas tradições culturais de origem.

— *Os acessos delirantes* agudos, embora não pareçam mais freqüentes nos adolescentes migrantes do que nos autóctones, colocam em primeiro plano uma problemática de identidade, às vezes com passagens ao ato delirantes, como a perda ou a destruição de documentos de identidade, uma construção genealógica delirante, etc.

A MARGINALIDADE

Já se foi o tempo em que se dedicavam colóquios inteiros à definição da marginalidade, dos marginais e da “margem”. A referência à marginalidade situa-se incontestavelmente em um dimensionamento do lugar de um indivíduo ou de um grupo de indivíduos em relação ao conjunto da sociedade na qual ele vive. A marginalidade implica uma representação muito mais espacial do que temporal. É possível imaginar que na história das sociedades exista uma sequer sem marginais? Por outro lado, a importância dos marginais não deixa o sistema social indiferente, mas leva à implementação de meios de controle social mais ou menos institucionalizados. Em nossas sociedades modernas, instaura-se uma dinâmica constante entre a homeostasia social e os marginais. Isso implica que os marginais de ontem tornam-se em parte os integrados de amanhã. Em compensação, na escala de uma geração ou mesmo de uma vida,

a marginalidade continuará sendo para certos indivíduos ou grupos de indivíduos uma das características de sua existência. Assim, a marginalidade constitui um fator e um testemunho da vulnerabilidade de certos adolescentes. De um ponto de vista epidemiológico, certos tipos de marginalidade representam um fator de risco cuja dimensão ainda não foi determinada.

A adolescência é um período privilegiado para a expressão da marginalidade. O fato de pertencer a uma mesma faixa etária coloca os adolescentes em uma posição social de espera, na qual eles são mantidos a distância dos locais de poder, de expressão e de ação. Em contrapartida, o desejo, a tradição, a obrigação de escapar ao poder, aos controles e às proposições do mundo dos adultos não seriam características da adolescência? Podemos distinguir assim, *grosso modo*, três tipos de marginalidade.

A Marginalidade por Engajamento

O adolescente se estabelece e se define como portador de uma ideologia de marginalidade. Mesmo que essa ideologia esteja centrada em um combate contra qualquer poder, em particular qualquer poder social ou familiar no sentido clássico do termo, ela requer igualmente, de forma sutil, a elaboração de atitudes, de condutas e de regras precisas, que permitam ao adolescente representar esse “contra-poder”. Por esse motivo, essa marginalidade por engajamento materializa-se pela adesão a um grupo ou a um movimento, cuja unidade e a identidade são definidas com rigor e proclamadas abertamente. O movimento *hippie* é um exemplo marcante desse tipo de marginalidade. Do ponto de vista do adolescente, o grupo lhe oferece fontes identificatórias, modelos de existência em que a marginalidade tem um significado fundamental. Essa adesão aos valores de um grupo em contradição com os do seu ambiente social ou familiar dá ao indivíduo o sentimento de ser autocriado, auto-engendrado, reforçando assim a ilusão de sua onipotência. Esse grupo assegura ao adolescente uma sustentação narcísica e representa às vezes a etapa necessária para a eventual integração social posterior. Resta saber como o adolescente poderá se desligar pouco a pouco do grupo, individualizar-se, e depois organizar seu

novo espaço de vida pessoal. Para alguns, o preço a pagar pode ser marcado por uma renúncia e, mais ainda, por uma renegação da ideologia marginal. Isso representa um verdadeiro trabalho psíquico. Para outros, esse trabalho de desligamento parece insuperável, culminando assim em uma submissão ou em uma redução das capacidades pessoais de adaptação a um modo de vida em que a conflituosidade e a ambivalência são abandonadas em proveito da renúncia. A marginalidade por engajamento se tornará uma marginalidade por resignação ou por uma marginalização ligada diretamente às dificuldades psicopatológicas individuais. Mas é preciso saber que essa marginalidade por engajamento pode significar para alguns adolescentes o último recurso para conservar uma identidade e capacidades identificatórias ainda preservadas antes do desmoronamento psicótico final.

A Marginalidade por Tradição

Nesse caso, não é tanto o adolescente, e sim seu grupo familiar que é marginal. Certas minorias étnicas e/ou socioculturais, como os ciganos, inscrevem-se nesse grupo de marginalidade. O grupo familiar existe enquanto poder e força de persuasão. Ao mesmo tempo, ele é incumbido de transmitir uma tradição à qual se reporta. Transmite uma história, uma cultura, uma crença, leis, uma linguagem, com tanto mais vigor e convicção quanto mais antiga é a marginalização familiar. O poder familiar é marginal em relação ao conjunto da sociedade, mas serve também de refúgio a uma tradição, e se afirma tanto mais quanto esta é ameaçada. Ele passa por uma estrutura complexa, hierarquizada, com seus clãs, seus chefes e seus protocolos. No seio da família marginal ampliada, o adolescente é destinado a um lugar preciso, perfeitamente integrado nessa marginalidade cultural (Braconnier e Sibertion-Blanc, 1981).

A Marginalidade por Resignação

A marginalidade por resignação pode se referir ao adolescente enquanto indivíduo, mas nos leva a evocar aqui, sobretudo, o imenso

problema das famílias marginalizadas às quais pode pertencer um adolescente. Pensamos particularmente nas famílias do “quarto mundo”, para as quais, na maioria dos casos, o ambiente não foi escolhido, mas imposto por restrições econômicas. As ligações com a estrutura social se estabelecem sob a forma de dependência ou de lealdade. Desacreditado pelos inúmeros fracassos que as intervenções institucionais significaram para ele, o quadro familiar é desinvestido como quadro protetor confiável, garantia da segurança, da identidade, de limites e de ideais. Um efeito de retorno pode ser observado: a reconstituição da identidade só se estabelecerá por uma coalizão contra o mundo exterior, ao mesmo tempo invejado, idealizado, e fonte de ódio, de perseguição real ou potencial.

A Marginalização

Esses três modos de marginalidade devem ser distinguidos da marginalização de certos pacientes cuja inserção social se torna cada vez mais precária em razão de seus transtornos mentais. Seu isolamento no interior de qualquer grupo é o sinal patente e distintivo de outros tipos de marginalidade citados anteriormente. Certos pacientes que apresentam um estado-limite, ou mesmo um estado psicótico, podem sofrer esse processo de marginalização em nome de seus transtornos psicopatológicos.

A DELINQUÊNCIA

Para o conjunto dos países ocidentais, o grupo de 13 a 18 anos representa de 10 a 15% das pessoas envolvidas na criminalidade. Essa percentagem aumenta a cada ano. Por isso, todos os países e todos os especialistas da juventude se preocupam com esse problema, diante do qual se sentem em parte impotentes em razão da multiplicidade de perspectivas na qual a delinquência ou o comportamento anti-social pode ser apreendido. De fato, é difícil conciliar as abordagens sem privilegiar, voluntariamente ou involuntariamente, um modo de compreensão ou de ação em detrimento de outros. Enumeraremos brevemente os princi-

pais pontos de vista encontrados na literatura sobre esse tema.

Os Pontos de Vista Sociológicos

Classicamente, quatro fatores são geralmente estudados: a ecologia (posição social, papel, *status*), o efeito do grupo ou do bando, as influências institucionais e as configurações familiares. Diante da incidência elevada da delinquência, estudos já antigos mostraram a frequência de certas características ecológicas, como a vida em um centro urbano, a deterioração material e arquitetural do ambiente, a pobreza da população. Para o grupo ou o bando, remetemos o leitor ao capítulo consagrado a esse tema (*cf.* Capítulo 1). No que se refere às influências institucionais, foram estudadas principalmente as instituições escolares ou educativas por seu papel na facilitação ou na prevenção da delinquência; o sistema escolar, na uniformidade de seu ensino, na incapacidade de ensinar a ler o conjunto da população, em sua falta de preocupação educativa no sentido amplo, foi condenado, às vezes de forma exagerada. Do mesmo modo, no nível dos fatores institucionais, a exibição da violência na mídia tem sido cada vez mais criticada, desempenhando assim o papel de bode expiatório na explicação, geralmente simplista, do agravamento de atos delinquentes de crianças e de adolescentes. Finalmente, a configuração familiar também foi mencionada, em particular a falta de autoridade parental, sobretudo paterna, e certos tipos de perda ou de abandono parental.

Os Fatores de Personalidade e os Aspectos Psiquiátricos

Também nesse caso, vários fatores foram citados, priorizando-se, naturalmente, noções de impulsividade, de perda de controle e de baixa auto-estima. As classificações que distinguem os sociopatas com comportamentos anti-sociais e agressivos, de um lado, e os delinquentes nos quais atos anti-sociais são interpretados como uma formação sintomática neurótica da culpabilidade, de outro lado, são sempre questionadas, embora elas explicitem incontestavelmente

te “modos delinqüenciais” cuja diferença não escapa à pessoa. De resto, não se deve esquecer nessa enumeração os atos delituosos de certos psicóticos que se inscrevem geralmente no quadro de um esforço de reorganização em torno de uma conduta e de uma auto-imagem, em busca de coerência e de um papel social. De fato, encontramos aqui, em grande parte, as discussões referentes à psicopatia (cf. Capítulo 13). Seja como for, é preciso reconhecer que a aborda-

gem psicopatológica da delinquência ainda é problemática. Contudo, nestes últimos anos, um melhor conhecimento do funcionamento das personalidades *borderline* e das personalidades narcísicas (cf. Capítulo 12) possibilitou uma melhor apreensão dos mecanismos psicopatológicos que se situam entre a neurose e a psicose, e que são observáveis em um número significativo de sujeitos que usualmente se considera como delinqüentes.

REFERÊNCIAS

- BEAUCHESNE H., ESPOSITO J. : *Enfants de migrants*. PUF, Coll. Nodule, Paris, 1981, 1 vol.
- BANADIBA M. : Les adolescents maghrébins en France : aspect psychologique. *Neuropsychiat. Enf.*, 1979, 27, 9, 395-399.
- BRACONNIER A., SISERTIN-BLANC D. : Le non-pouvoir dans les familles marginales. *Dialogues*, 1981, 73, 31-37.
- CARVALHO-LAHALLE A. DE : La déviance chez les mineurs fils d'immigrants. *Rééducation*. 1976, 281, 25-45.
- CHARLES-NICOLAS A., TOUZEAU D. : Hypochondrie et transculture. *Psychol. Med.*, 1981, 13, 5, 783-786.
- GIOVACCHINI P.L. : Socio-cultural factors, life-style and adolescent psychopathology. *Adol. Psychiat.*, 1980, 8, 65-70.
- LEROY C. : Psychopathologie liée aux milieux urbains. *Encycl. Med. Chir. Psychiatrie*, 1981, 37881, A 10, 10-16.
- MALMQUIST C.P. : *Handbook of adolescence, psychopathology, antisocial development psychotherapy*. Jason Aronson Inc., New York, 1978, 1 vol.
- Numéro spécial : Enfants de migrants. *Rev. Neuropsychiat. Infant.*, 1971, 25, 8-9.
- POLLAK O. : Perspective on family life and social change. *Adol. Psychiat.*, 1980, 8, 79-84.
- RODRIGUEZ-TOME H. : Recherches sur la peur et l'angoisse à l'adolescence. *Bull. Psychologie*, 1979-1980, 33, 345, 603-611.
- SERRANO J.A. : Familial et familial: an carrefour d'une errance. *Neuropsychiat. Enf.*, 1980, 26, 9, 417-425.

O Adolescente e o Direito: Algumas Situações Médico-Legais

A primeira e a segunda partes deste capítulo foram redigidas por um magistrado, juíza da infância.¹ Em uma delimitação estrita, este texto poderia ser considerado como não pertencente ao campo da psicopatologia do adolescente. Contudo, ele contém uma soma importante de informações acerca do direito da adolescência, informações que, pelo que conhecemos, não se costuma encontrar organizadas de forma tão facilmente apreensível. Por outro lado, o leitor não desconhece a importância e a relativa frequência das relações entre o adolescente e a justiça. Esses motivos nos levaram a incluir este capítulo de informações sobre as relações entre o adolescente e o direito nesta síntese.

Em todas as civilizações, a criança teve um lugar à parte, mas o *status* do adolescente conheceu historicamente sortes diversas. Assim, em certas épocas, considerava-se que as crianças, qualquer que fosse sua idade, deviam ser privadas de direitos. Como exemplos, mencionam-se tradicionalmente o direito romano com seu “despotismo familiar” (ainda que tenha sido relativamente amenizado ao longo dos anos) e o Direito Antigo, no qual o direito

pertence sempre ao pai, que pode inclusive deserdar totalmente seu filho. Em contrapartida, a Revolução tentou atenuar esse poder paterno em nome da democracia, chegando inclusive a criar tribunais de família.

Embora hoje o *status* do menor na França seja um *status* de inferioridade, o estudo da evolução dos textos jurídicos e das decisões dos tribunais mostra que vem se desenvolvendo a idéia de uma capacidade progressiva tanto na família quanto na sociedade, que, no entanto, ainda não permite uma codificação. Direito à proteção e tratamento pessoal devem ser sempre conciliados com a autoridade parental, em função da idade da criança, mas é preciso admitir que, desde o século XIX, o Estado passa a ter uma participação cada vez maior, por um conjunto de medidas de ajuda e de controle, na orientação da vida da criança.

O ADOLESCENTE E SUA FAMÍLIA

A lei de 4 de junho de 1970 substituiu a autoridade parental pelo poder parental definido pelo Código Civil, e modificou a economia das relações parentais em dois aspectos:

¹ Monique CHADEVILLE-PRIGENT, juíza da infância, Tribunal da Infância de Créteil.

- o direito absoluto foi substituído por uma autoridade, um conjunto de poderes e de deveres no interesse da criança;
- a autoridade já não pertence apenas ao pai, mas deve ser exercida em comum acordo e em igualdade por ambos os genitores.

Paralelamente, uma série de disposições criou um esboço de direito dos menores, sobretudo dos adolescentes.

A Autoridade Parental

Essa noção fundamental, quando se trata da responsabilidade sobre uma criança, deve ser examinada sob dois aspectos:

- quem é o titular da autoridade parental?
- qual é o conteúdo dessa autoridade parental?

Atribuição da autoridade parental. – As regras de atribuição diferem segundo a natureza da filiação da criança:

Para o filho legítimo, durante o casamento, o pai e a mãe exercem em comum a autoridade parental.

Com o divórcio ou a separação de corpos, a autoridade parental pode ser exercida:

- pelo genitor que tem a guarda da criança, sendo que o outro genitor, salvo motivo grave, tem direito de visita, de hospedagem e de vigiância, e deve ser informado, conseqüentemente, das escolhas importantes relativas à vida da criança;
- por ambos os genitores em comum, mas nesse caso o juiz para assuntos matrimoniais indica o genitor com o qual a criança deve morar.

A decisão judiciária relativa a esse exercício é sempre provisória, na medida em que um dos genitores poderá posteriormente solicitar a modificação da repartição inicial.

Se um dos genitores morre, a autoridade parental é automaticamente atribuída ao genitor sobrevivente. Contudo, o tribunal que havia estatuído em último lugar sobre as modalidades de exercício da autoridade parental sempre

pode ser acionado pela família ou pelo ministério público a fim de designar um terceiro como guardião da criança.

Se os dois genitores morrem, deverá ser aberta uma tutela pelo juiz de instância (juiz de tutelas).

Para o filho natural, tudo depende dos conhecimentos do qual ele foi objeto:

- se ele foi reconhecido por apenas um dos genitores, é este que exerce a autoridade parental;
- se ele foi reconhecido por seus dois genitores, a data de seu nascimento é determinante:
 - se ele nasceu antes de 1º de janeiro de 1971, aquele que o reconheceu em primeiro lugar exerce a autoridade parental;
 - se ele nasceu depois de 1º de janeiro de 1971, é a mãe que a exerce (mesmo que ela tenha reconhecido o filho em segundo lugar).

Contudo, a autoridade parental pode ser exercida em comum por ambos os genitores, desde que eles façam uma declaração conjunta diante do juiz de instância. Desde a lei de 22 de julho de 1987, os contenciosos desse exercício da autoridade parental são da competência do juiz para assuntos matrimoniais e não do tribunal de grande instância.

NOTA. – É preciso esclarecer que, desde a reforma da lei de 4 de junho de 1970, as regras de atribuição do nome e da autoridade parental do filho natural não são mais as mesmas: a criança receberá o nome daquele que a reconheceu primeiro, ainda que ele não exerça a autoridade parental.

Para o filho adotado, quer se trate de adoção simples ou plena, o adotante exerce totalmente a autoridade parental, enquanto os pais de sangue não conservam nenhum direito. Se o adotante é o cônjuge do pai ou da mãe do adotado, ele partilha com seu cônjuge a autoridade parental, mas esse último conserva o exercício a título principal.

O conteúdo da autoridade parental. – O artigo 371-2 do Código Civil dispõe que “a au-

toridade parental pertence ao pai e à mãe para proteger o filho em sua saúde, em sua segurança, em sua moralidade”. Os pais têm também direitos e deveres:

No plano pessoal

— A GUARDA E A VIGILÂNCIA DO FILHO. — O direito de escolher o domicílio do filho, de vigiar suas relações, implica para eles a possibilidade de serem acionados como responsáveis civilmente ou no plano penal. Portanto, o genitor guardião deve intervir por todos os atos importantes da vida do filho, notadamente no campo jurídico (casamento, respeito dos direitos de sua pessoa, etc.) e no campo médico (tratamento, intervenção cirúrgica, etc.), mas seu poder não é absoluto.

— A EDUCAÇÃO DO FILHO, tendo como corolário a obrigação de escolaridade até os 16 anos e a obrigação de manutenção mesmo após a maioridade.

No plano patrimonial. — A criança sendo considerada como incapaz, a gestão de seu patrimônio é assegurada por um representante legal:

— A ADMINISTRAÇÃO LEGAL. — Se a autoridade parental é exercida em comum pelos dois genitores, estes são os administradores legais. Nos outros casos, a administração legal pertence ao genitor que exerce a autoridade parental. Quando a autoridade parental é exercida apenas por um dos genitores, essa administração é realizada sob o controle do juiz de tutelas. Quando os dois genitores são falecidos, ou no caso de uma incapacidade, organiza-se uma tutela.

— O USUFRUTO LEGAL. — Esse administrador recebe os rendimentos dos bens da criança (mas não as vantagens de seu trabalho) e destina-os prioritariamente à satisfação das necessidades desta.

Esse usufruto legal cessa quando o adolescente completa 16 anos, em relação à autoridade parental ou o usufruto.

O fim da autoridade parental. — A partir da lei de 5 de julho de 1973, aos 18 anos já se é capaz de todos os atos da vida civil, e a autoridade parental cessa. Mas existem derrogações e rearranjos:

As derrogações:

— A EMANCIPAÇÃO. — Ela pode ocorrer de pleno direito pelo casamento, qualquer que seja a idade do filho, ou por decisão judiciária a partir dos 16 anos por solicitação do pai e da mãe, ou de um dos dois, ou do conselho de família, “se houver motivos justos”.

O juiz de tutelas avalia a oportunidade da solicitação que lhe é feita, e ouve principalmente o genitor não guardião ou não solicitante, assim como o menor.

Se o adolescente é objeto de uma medida de assistência educativa, o juiz da infância terá de autorizar essa emancipação.

O adolescente emancipado é capaz como um maior, e seus pais não são mais civilmente responsáveis por ele de pleno direito. Contudo, ele não pode se casar, ser adotado ou tornar-se comerciante. Trata-se, portanto, apenas de uma etapa para a plena capacidade.

— A DELEGAÇÃO DA AUTORIDADE PARENTAL. — Esse procedimento judiciário tem como objetivo transferir, totalmente ou em parte, as prerrogativas da autoridade parental (salvo o direito de consentir na adoção) a uma outra pessoa — um membro da família ou um terceiro — ou ao serviço de Assistência Social à Infância.

Aplicável ao menor de 16 anos, ela pode resultar de um acordo entre as pessoas envolvidas ou ser a consequência do desinteresse dos pais durante mais de um ano. Ela jamais é definitiva, e os pais podem solicitar a restituição justificando novas circunstâncias.

— A PERDA DA AUTORIDADE PARENTAL. — Essa sanção pode ser pronunciada contra os pais:

— por uma jurisdição penal quando eles são condenados como autores, co-autores ou cúmplices de um crime ou de um delito cometido contra a pessoa de seu filho ou por seu filho;

— por uma jurisdição civil, por maus-tratos, exemplos perniciosos de embriaguez habitual, de má conduta notória ou de delinquência, porque eles manifestamente põem em risco a saúde, a segurança ou a moralidade da criança por falta de cuidados ou por falta de orientação, ou ainda porque eles se abstêm voluntariamente durante 2 anos de exercer os direitos e os deveres que lhes atribui uma medida de assistência educativa.

Essa decisão pode referir-se, assim como a delegação de autoridade parental, à totalidade ou parte dos atributos da autoridade parental, e abranger todos os filhos menores já nascidos no momento do julgamento ou apenas alguns deles. Salvo no caso da criança ser oferecida para adoção, a restituição dos direitos pode ser solicitada no caso de novas circunstâncias ao tribunal de grande instância no mínimo um ano após o julgamento inicial.

Os rearranjos para a idade adulta. – Duas possibilidades foram previstas pelo legislador para atenuar os inconvenientes de uma passagem brutal à idade adulta:

- para as crianças cuja alteração das faculdades mentais ou físicas requer a organização de uma tutela (isto é, de uma representação contínua nos atos da vida civil) ou de uma curadoria (isto é, de uma assistência ou de um controle para certos atos), o procedimento poderá ser adotado diante do juiz de tutelar último ano da minoridade;

- para os jovens maiores de 18 a 21 anos que têm dificuldades de inserção social, uma medida de proteção (ação educativa em meio aberto ou abrigo em uma instituição) pode ser organizada seja pela Ajuda Social à Infância, seja pelo juiz da infância, por solicitação deles próprios. Essa intervenção, geralmente em continuidade com a ação empreendida ao longo da minoridade, pode ser interrompida a qualquer momento, por iniciativa do interessado, mas também da administração ou do juiz.

Adolescência e Autonomia

A autonomia que a lei e os usos reconhecem ao adolescente pode ser examinada segundo o mesmo esquema que a autoridade parental, ao mesmo tempo no plano pessoal e no plano patrimonial.

No plano pessoal. – Devem ser distinguidas três categorias de decisão:

- aquelas que necessitam o consentimento do filho;

- aquelas para as quais é necessário o acordo ou a adesão dos pais;
- aquelas que o filho pode tomar sozinho;

e seu estudo mostra como o legislador compôs com o princípio da autoridade parental, principalmente a partir da adolescência, para os atos pessoais mais importantes.

O poder compartilhado. – Ele existe para as decisões que tocam à própria pessoa do filho.

- O CASAMENTO. – Os esposos devem ter uma idade mínima, presumindo-se a aptidão fisiológica. Essa idade legal da puberdade foi fixada em 15 anos para as meninas e em 18 anos para os meninos. Abaixo dessa idade, é preciso obter uma licença do procurador da República.

Para sua validade, além dessa condição, é necessário o consentimento daqueles que exercem a autoridade parental e também do menor.

- O NOME DO FILHO NATURAL. – Na hipótese de uma filiação estabelecida em segundo lugar em relação ao pai, o filho natural com mais de 15 anos deve consentir pessoalmente na substituição do nome de seu pai ao de sua mãe quando os dois genitores fazem uma declaração conjunta diante do juiz de tutelas.

- A ADOÇÃO. – O consentimento do menor à adoção é exigido a partir do momento em que ele atinge a idade de 15 anos. Mas, enquanto a adoção simples é possível qualquer que seja a idade do adotado, a adoção plena só admitida além dessa idade se:

- ele tiver sido acolhido anteriormente por pessoas que não preenchiam as condições legais para adotá-lo;

- ele já for objeto de uma adoção simples.

- A INTERRUPÇÃO VOLUNTÁRIA DA GRAVIDEZ (IVG). – Também nesse caso, é necessário o consentimento do titular da autoridade parental, mas também da menor.

Se o titular da autoridade parental recusa a intervenção, comprometendo a saúde ou o equilíbrio desta, o decreto de 14 de janeiro de 1974 prevê a possibilidade de acionar o procurador da República junto ao tribunal de grande instância a fim de organizar uma medida de assistência educativa.

— A RETIRADA DE ÓRGÃO. – Nos termos da lei de 22 de dezembro de 1976, o menor, seja qual for sua idade, pode recusar uma retirada de órgão de seu próprio corpo. Portanto, é necessário seu consentimento, se ele puder dá-lo, e o do titular da autoridade paterna.

O poder controlado. – Em certos âmbitos, a lei previu que o menor pode agir sozinho, cabendo aos pais concordar ou manifestar sua oposição.

— A NACIONALIDADE E O AFRANCESAMENTO. – A partir dos 16 anos, o adolescente de nacionalidade estrangeira pode, sob certas condições, reivindicar a nacionalidade francesa ou pedir o afrançamento de seu nome, com a autorização daquele ou daqueles que exercem a autoridade parental sobre ele.

— A FILIAÇÃO A UM SINDICATO. – O adolescente com mais de 16 anos pode filiar-se a um sindicato, salvo oposição de seus pais ou de seu tutor, mas não pode em nenhuma hipótese participar de sua direção ou de sua administração.

— O EXÉRCITO. – Aos 17 anos, com a concordância de seu representante legal, um menino pode pedir seu alistamento no exército e uma menina pode cumprir o serviço nacional.

O menino pode também, por si só, pedir para ser convocado para cumprir suas obrigações militares e, se for o caso, solicitar o estatuto de opositor de consciência, a partir do dia 30 de setembro do ano em que ele completará 18 anos. Seu representante legal tem a faculdade de se opor a isso até quinze dias após a notificação do pedido pela autoridade militar.

O poder absoluto. – Embora o legislador nem sempre fixe a condição de idade para os atos que o menor pode realizar sozinho, é preciso considerar que todos necessitam de uma certa maturidade:

— A CONTRACEPÇÃO. – Os centros de planejamento ou de educação familiar conveniados estão autorizados a fornecer gratuitamente medicamentos, produtos ou objetos contraceptivos sob prescrição médica aos menores que desejam manter o sigilo.

— O RECONHECIMENTO DE UM FILHO NATURAL. – Um menor, seja qual for sua idade, pode reconhecer seu filho.

— A RENÚNCIA À NACIONALIDADE FRANCESA. – Se um dos genitores é nascido na França, o filho nascido na França tem nacionalidade francesa.

Se não é nascido na França, ele tem a faculdade de renunciar à sua nacionalidade francesa até 6 meses antes de sua maioridade.

Se ele é nascido na França de pais estrangeiros não nascidos ali, ele tem uma faculdade de opção, que deve exercer por declaração diante do juiz de instância ou do cônsul, se ele residir há pelo menos 5 anos na França:

- seja para renunciar à nacionalidade francesa no ano que precede a maioridade;
- seja para reclamar a nacionalidade francesa antes da maioridade.

— AS AÇÕES NA JUSTIÇA. – Em certas circunstâncias, a criança pode acionar a justiça, intervir em um procedimento e de defender:

– A *ação de investigação de paternidade natural*: essa ação cabe apenas ao filho e, durante sua minoridade, apenas sua mãe, mesmo que seja menor, está qualificada para exercê-la.

– A *ação para fins de subsídios*: o filho natural, cuja filiação não é legalmente estabelecida, pode reclamar subsídios àquele ou àqueles que tiveram relações sexuais com sua mãe durante o período legal de concepção. Essa ação pode ser exercida durante sua minoridade por sua mãe, mesmo menor.

– A *ação de embargo das oposições ao casamento*: certas pessoas podem opor-se à celebração do casamento, mas os futuros esposos, mesmo sendo menores, têm a capacidade de solicitar ao tribunal de grande instância que embargue essas oposições.

– O *divórcio ou a separação de corpos dos pais*: quando o filho tem menos de 13 anos, ele não pode ser ouvido, a não ser que sua audição pareça necessária e não comporte inconveniente para ele; quando ele tem mais de 13 anos, sua audição não pode ser descartada, a não ser por uma decisão que tenha uma motivação especial.

– A *assistência educativa*: caso sua saúde, sua segurança, sua moralidade ou as condições de sua educação sejam gravemente comprometidas, o próprio menor pode solicitar ao juiz da infância a instauração de uma medida de assistência educativa a fim de assegurar sua proteção. Existe

a possibilidade de pedir a qualquer momento a modificação ou a supressão da medida tomada. Mas, seja ou não o requerente, ele deve ser ouvido pelo juiz da infância, a menos que sua idade ou suas condições de saúde não o permitam.

Durante esse procedimento, ele é comunicado do direito que lhe cabe de ser assistido por um advogado, “sempre que seu interesse exigir”.

Se ele tem mais de 16 anos, as disposições da decisão tomada são notificadas pessoalmente (a menos que seu estado não o permita) e, como toda parte na instância, ele tem a possibilidade de apelar.

— *A jurisdição penal*: o menor delinqüente deve ser assistido por um advogado escolhido ou designado de ofício para todos os atos do procedimento. Ele tem o direito de apelar de qualquer decisão pronunciada contra ele.

Decorrido um ano da execução de uma decisão que o afasta de sua família, ele próprio poderá formular um pedido de entrega ou de restituição de guarda. Ele poderá igualmente, quando expirar um prazo de 3 anos a contar da decisão do juiz da infância ou do tribunal da infância, solicitar a supressão da folha corrida da ficha correspondente a essa decisão.

No plano patrimonial. — O sistema da apresentação legal conhece, pela lei e pelos usos, algumas exceções:

Os atos autorizados pela lei. — O legislador proporcionou alguns meios para o adolescente autonomizar-se e participar progressivamente da gestão de seu patrimônio:

— *A CADERNETA DE POUPANÇA.* — A qualquer idade, é possível abrir uma caderneta de poupança e fazer depósitos nela, mas é preciso completar 16 anos para fazer retiradas de dinheiro sem a intervenção do representante legal.

— *OS ATOS DE DISPOSIÇÃO A TÍTULO GRATUITO.* — A partir dos 16 anos, o adolescente pode dispor por testamento da metade dos bens dos quais ele poderia dispor integralmente se fosse maior, salvo em relação ao tutor (a não ser que se trate de seu descendente), enquanto a prestação da contas definitiva da tutela não for concluída.

— *A PARTICIPAÇÃO NA GESTÃO DE SEUS BENS.* — Para a salvaguarda de seus bens, a criança tem a capacidade de realizar atos conservatórios. A partir dos 16 anos, ela pode requerer a convocação do conselho de família e assisti-lo, e o juiz de tutelas pode decidir remeter-lhe uma prestação de contas da tutela.

— *A REPRESENTAÇÃO DE UM TERCEIRO.* — Uma criança pode ser mandatária de uma outra pessoa, mas sua responsabilidade é limitada nesse caso (ela pode, por exemplo, representar seus pais).

Os atos autorizados pelo uso. — Não existe uma lista limitativa desses atos, e a jurisprudência é rara: são aqueles da vida cotidiana que a criança realiza sozinha em função de sua idade e de seu discernimento (comprar roupas, discos, etc.)

Consequências Dessa Autonomia

Elas intervêm em dois níveis:

Sua responsabilidade civil. — Responsável penalmente a partir dos 13 anos, a criança pode ser responsável também civilmente, seja porque cometeu uma falta, seja porque é o guardião de uma coisa ou de um objeto, em função de sua maturidade psicológica.

Se os pais chegam a se exonerar de sua responsabilidade provando que não cometeram nenhuma falha de vigilância ou de educação, o adolescente pode ser reconhecido como pessoalmente responsável. A jurisprudência aqui é abundante.

A sanção de atos passados. — O ato cometido pelo menor desprovido de discernimento é nulo.

O mesmo não ocorre para os atos importantes cometidos pelo representante legal sem as autorizações necessárias (conselho de família ou juiz de tutelas) e *a fortiori* apenas pelo menor.

Para esses atos correntes, o Código civil prevê que a simples convenção economicamente desvantajosa para o menor é nula: trata-se da sanção por exploração da inexperiência.

O ADOLESCENTE E A SOCIEDADE

Ao lado da família, o Estado também pode intervir na vida do adolescente por um conjunto de medidas de ajuda, de proteção e de controle.

O Adolescente e o Direito à Proteção

Nossa legislação social fundamenta-se na manutenção da criança na família sempre que possível, e a intervenção do Estado se manifesta seja por órgãos administrativos (prevenção ou comissões especializadas), seja pela via judiciária.

A Prevenção

A prevenção global. – O decreto de 7 de janeiro de 1959 encarregou as diretorias de assuntos sanitários e sociais (DASS) a exercer, sob a autoridade do conselho geral, uma ação social preventiva junto a famílias cujas condições de existência ameaçam pôr em perigo a saúde, a segurança ou a moralidade de seus filhos.

Assim, os DASS podem estabelecer todos os meios e criar todos os serviços suscetíveis de ajudar as famílias em dificuldade. Esses serviços são essencialmente:

- o serviço social de setor;
- os serviços de ação educativa em meio aberto, nos quais um trabalhador social (educador, assistente social, psicólogo...) estabelece com um menor e seu círculo próximo uma relação de ajuda educativa visando resolver um conflito ou uma dificuldade;
- os serviços unificados da infância, oriundos de convenções, que organizam uma divisão de atribuições e uma repartição territorial entre vários serviços sociais;
- a saúde escolar;
- a higiene mental de setor que substitui, na adolescência, a equipe de psiquiatria infanto-juvenil.

A intervenção desses diferentes serviços subentende a concordância dos pais e um mínimo de cooperação.

Os DASS também podem proporcionar a essas famílias uma ajuda material oferecendo auxílio especial para crianças socorridas ou o acolhimento de crianças em seus serviços em abrigo temporário (por exemplo, em internatos na adolescência).

A prevenção especializada: os clubes e equipes de prevenção. – Trata-se de organismos que, implantados em um meio em que os fenômenos de inadaptação social são particularmente desenvolvidos, têm como objeto conduzir uma ação educativa no sentido de facilitar uma melhor inserção social dos jovens por meios específicos, que supõem principalmente sua livre adesão.

Uma portaria de 4 de julho de 1972 especificou as condições de sua aprovação pelo comissário da República e as modalidades de ajudas financeiras concedidas a título de despesas do serviço da ajuda social à infância.

O respeito ao anonimato dos jovens que os frequentam é obrigatório: não há, por exemplo, uma decisão de intervenção administrativa ou judiciária.

Na origem, esse tipo de estrutura se destinava a ações na rua, nos clubes ou de uma forma mais “maleável” para os adolescentes de 16 a 20 anos, mas hoje se observa uma tendência à intervenção desde a pré-adolescência.

As comissões especializadas. – O texto de base nessa matéria é a lei de orientação em favor de pessoas deficientes de 20 de junho de 1975.

O objetivo é permitir aos deficientes conseguir o máximo de autonomia de que eles são capazes. A responsabilidade assumida aqui pelo Estado tem como meta também reparar uma desigualdade de direitos e de oportunidades.

Duas comissões foram implantadas para esse efeito:

A Comissão Departamental de Educação Especial (CDES). Essa comissão departamental tem três atribuições:

- o encaminhamento para estabelecimentos especializados (IME, IMPRO, IMP, etc.);
- a atribuição de auxílio para educação especial se o adolescente tem menos de 20 anos

e apresenta uma certa taxa de incapacidade permanente: 80% ou entre 50 e 80% se ele se beneficia de uma internação em um estabelecimento de educação especial ou de cuidados em domicílio a título dessa educação especial, cujos custos são assumidos integralmente pelo seguro médico, o Estado ou a ajuda social;

- a atribuição de um complemento – uma terceira pessoa, por exemplo – para os adolescentes com uma incapacidade de pelo menos 80%, acarretando custos suplementares.

Para as regras de funcionamento, ver *Enfance et psychopathologie*.

A Comissão Técnica de Orientação e de Reclassificação Profissional (COTOREP):

- COMPOSIÇÃO. – Um conselheiro geral assim como um suplente da assembléia da qual ele faz parte e 19 membros (assim como seus suplentes) nomeados pelo comissário da República por 3 anos renováveis, entre os quais especialmente:

- pessoas propostas pelo diretor departamental do trabalho e da mão-de-obra e pelo diretor do trabalho, chefe do serviço regional de leis sociais em agricultura (entre os quais pelo menos um médico do trabalho e um representante da agência nacional de emprego);

- pessoas propostas pelo diretor departamental de assuntos sanitários e sociais (entre os quais pelo menos um médico);

- uma pessoa proposta pelo chefe do serviço departamental da agência nacional de anti-gos combatentes e vítimas da guerra;

- um médico conselheiro de organismos de seguridade social;

- representantes de organismos de seguro-doença e organismos prestadores de serviços familiares;

- pessoas escolhidas por indicação conjunta do diretor departamental do trabalho e da mão-de-obra, do diretor departamental de assuntos sanitários e sociais entre as pessoas apresentadas pelos organismos gestores dos centros de reeducação profissional, das oficinas protegidas e dos centros de ajuda para o trabalho do departamento;

- pessoas escolhidas entre aquelas apresentadas pelas associações representativas dos trabalhadores deficientes, etc.

O presidente é designado anualmente, seja pelo comissário da República entre os membros da comissão, seja a seu pedido pelo presidente do tribunal de grande instância, alçada em que a Comissão tem seu assento, entre os magistrados desse tribunal.

- PAPEL. – Essa comissão tem dois tipos de atribuição:

- a orientação do trabalhador deficiente seja para uma colocação imediata em um emprego no meio normal de trabalho compatível com suas aptidões, seja para a realização de um estágio de readaptação, de reeducação ou de formação profissional, seja para uma oficina protegida ou para um centro de distribuição de trabalho em domicílio ou, se for o caso, para um centro de ajuda para o trabalho (CAT). Para os adolescentes com mais de 16 anos, a orientação para centros de ajuda para o trabalho é adotada após parecer da CDES;

- a avaliação da taxa de invalidez da pessoa deficiente e, se esta é igual ou superior a 80% ou se sua deficiência torna impossível conseguir um emprego, a atribuição de um auxílio aos adultos deficientes e eventualmente o auxílio compensatório (para uma terceira pessoa) e o auxílio-moradia.

Esses serviços substituem o auxílio para educação especial e o auxílio compensatório da CDES, desde que a pessoa deficiente tenha mais de 20 anos em princípio. O auxílio para adultos deficientes é limitado por um teto de recursos.

- FUNCIONAMENTO. – Essa comissão pode ser acionada:

- pelo próprio adolescente;

- pelas pessoas que têm a responsabilidade de fato ou que são seus representantes legais;

- pelo diretor departamental do trabalho e da mão-de-obra;

- pela agência nacional para o emprego com a anuência do deficiente quando ele registra sua solicitação de emprego;

- pelo organismo de seguro-doença interessado;

- pelo organismo incumbido do pagamento de um auxílio a título de deficiência;

- pela autoridade responsável por todo centro, estabelecimento ou serviço médico ou social interessado.

Essa comissão departamental dispõe, assim como a CDES:

- de um secretariado permanente;
- de uma equipe técnica encarregada da instrução de casos submetidos à comissão compreendendo: um médico do trabalho, uma assistente social, um pesquisador de campo da ANPE, um médico conselheiro de regimes de seguridade social, um médico da DASS, um médico do setor de psiquiatria, um psicólogo, etc;

Essa equipe técnica mantém contato:

- com toda equipe que deve conhecer a pessoa deficiente;
- por intermédio de um de seus médicos, com o médico que o trata ou com o serviço médico que conhece o deficiente;
- e, por um de seus membros, com a pessoa deficiente.

Em seguida ela apresenta um relatório à comissão.

— DIREITOS DO DEFICIENTE. – A pessoa deficiente e seu representante legal ou a pessoa que tem o encargo de fato são convocadas à seção durante a qual a comissão examina o pedido feito há pelo menos 10 dias. Eles podem ser assistidos por uma pessoa de sua escolha.

As decisões que se adotam são motivadas e notificadas pelo secretariado à pessoa deficiente e ao seu representante legal, assim como aos organismos responsáveis. Elas são limitadas no tempo (cinco anos no máximo).

No prazo de um mês, pode ser constituído um recurso perante a comissão ou as jurisdições do contencioso técnico da Seguridade Social contra as decisões, tendo como efeito designar os estabelecimentos ou serviços que devem acolher o deficiente ou conceder-lhe os diversos auxílios.

O adolescente e a justiça. – No direito francês, há duas abordagens da proteção dos menores:

A assistência educativa – O decreto de 23 de dezembro de 1958 e a Lei de 4 de junho de 1970 introduziram a idéia de um controle do cuidado que os pais dedicam à sua missão de

proteção da criança, mas também de uma ajuda específica nessa missão, especialmente em face de dificuldades que podem encontrar durante a adolescência.

É em aval à missão de prevenção confiada às direções de assuntos sanitários e sociais que se situa o papel da autoridade judiciária: o juiz da infância intervém quando a saúde, a segurança, a moralidade de um menor não emancipado estão em perigo ou quando as condições de sua educação são gravemente comprometidas.

— INTERPELAÇÃO. – Esse juiz pode ser interpelado pelos pais (em conjunto ou separadamente), pela pessoa ou serviço a que a criança é confiada, pelo próprio menor, pelo procurador da República. Ele pode acionar a si próprio automaticamente.

Os médicos, cirurgiões, etc., estão dispensados do segredo profissional quando informam as autoridades judiciárias de serviços ou de um perigo envolvendo um menor.

— AÇÃO. – Em um grande número de casos, previamente a qualquer ação, é necessário estabelecer medidas de informação sob a forma de levantamento social, de consultas.

Sempre que possível, o menor deve ser mantido em seu meio atual, mas o juiz pode designar uma pessoa ou um serviço qualificado, dando-lhe o mandato de oferecer ajuda e conselho à família para que supere as dificuldades materiais e morais que encontra (esta será uma medida de educação em meio aberto, EMO).

Se for necessário retirar a criança de seu meio, o juiz da infância pode decidir confiá-lo:

- ao genitor que não tinha o exercício da autoridade parental ou com o qual o adolescente não tinha residência;
- a um outro membro da família ou a um terceiro digno de confiança;
- a um internato ou a um lar, a um serviço de colocação familiar dependente da ajuda social à infância ou do ministério da Justiça ou habilitados por estes.

— PROCEDIMENTO. – O juiz competente é o do domicílio ou da residência habitual dos pais, do guardião da criança ou, a título provisório, do lugar onde a criança foi encontrada. Fora os

casos de urgência, o juiz ouve os pais, o adolescente, se este estiver em condições, e qualquer pessoa cuja audição lhe pareça útil, e adota as medidas provisórias que considera necessárias. Uma decisão sobre o conteúdo deve intervir em um prazo de seis meses a contar da data das medidas provisórias, sem o que, os pais, tutor ou guardião têm o direito à restituição da criança institucionalizada. Além disso, todas as medidas educativas devem ser revistas no prazo de dois anos. A cada fase do procedimento (para confirmar, modificar ou relatar uma medida), os interessados são ouvidos novamente e têm direito à assistência de um advogado. Qualquer que seja a medida adotada, o juiz deve procurar obter a adesão da família, mas ele pode ignorar uma oposição. Qualquer decisão é suscetível de apelo até 15 dias após sua notificação.

Quando um menor é objeto de um procedimento de assistência educativa, os pais conservam a autoridade parental e exercem todos os seus atributos que não são inconciliáveis com a medida adotada.

O juiz da infância fixa as modalidades do direito de visita e de hospedagem dos pais, mas se o interesse da criança ou do adolescente exigir, ele pode suspende-lo temporariamente.

O direito penal – Nosso Código assegura uma proteção particular ao menor vítima em três tipos de situação:

— A FALTA DE CUIDADO OU AS SEVÍCIAS. – Assim, reprime-se com uma severidade particular o abandono em um lugar solitário ou não, a privação de alimentos ou de cuidados que comprometa sua saúde, as violências e as vias de fato. Contudo, depois dos 15 anos, o adolescente é protegido nas mesmas condições que os adultos contra os golpes, ferimentos e violências leves.

— O SEQUESTRO. – A lei sanciona a retirada ou o sequestro de um menor do lugar onde ele foi institucionalizado por aqueles que têm autoridade sobre ele, levando em conta, na escala das penas previstas a violência, a idade do menor ou o pedido de resgate.

— OS COSTUMES. – As penas são igualmente agravadas pelas violações e atentados ao pudor cometidos contra a pessoa de uma criança com menos de 15 anos, o atentado ao pudor cometido por um ascendente ou por uma pessoa

com autoridade, um funcionário ou ministro de culto, o proxenetismo, o atentado aos costumes que estimule, favoreça ou facilite a devassidão.

Há outras disposições repressivas esparsas, particularmente no Código de venda de bebidas, no Código do trabalho, etc.

A Proteção da Sociedade

As sociedades estão sempre divididas entre o desejo de incluir e o de excluir aqueles que não correspondem às normas da maioria. Ajudar e eliminar são assim os dois verbos utilizados alternadamente para os adolescentes delinquentes e perigosos.

A delinquência. – No direito francês, os elementos constitutivos das infrações são os mesmos para os menores e para os maiores, mas o decreto de 2 de fevereiro de 1945 introduziu um privilégio de jurisdições e regras diferentes para os três momentos da fase judiciária.

Constatação e processo da infração – Se a infração constatada pelos serviços de polícia é uma contravenção simples de uma das quatro primeiras classes (contravenção ao Código de trânsito, por exemplo), o procedimento é o mesmo que para os maiores: estabelecimento de um processo verbal e eventualmente pagamento de uma multa por selo-multa.

Para as infrações mais graves, o processo verbal inicial dá lugar a um levantamento que é transmitido ao procurador da República.

Esse magistrado da ordem judiciária poderá decidir:

- ou classificar o caso se a culpabilidade do menor não é suficientemente estabelecida ou se considera inoportuno abrir um processo;
- ou processar o menor diante da jurisdição penal.

Nessa última hipótese ele apelará:

- seja ao juiz de instrução se a infração cometida for um crime ou um delito grave ou complexo;
- seja ao juiz da infância.

NOTA. — O procurador da República pode impor aos adolescentes que fizeram uso ilícito de drogas que se submetam a uma cura de desintoxicação ou que se coloquem sob vigilância médica. Assim, não haverá processo contra aqueles que tenham concordado com o tratamento médico e seguido até o fim (cf. item “A toxicomania”, no Capítulo 14).

A instrução — Nessa fase do procedimento, o juiz de instrução e o juiz da infância constituem um dossiê reunindo todos os elementos referentes à infração, à personalidade do menor e ao seu ambiente familiar. Eles procedem a toda audição que considerem útil. Podem determinar alguns exames (médico, psicológico, psiquiátrico, etc.). Quando essas pesquisas são concluídas, os poderes desses dois magistrados diferem, pois apenas o juiz da infância tem o poder de instruir e de julgar.

O juiz de instrução ordena, portanto, o encaminhamento do caso:

- seja ao juiz da infância quando a infração é considerada menos relevante;
- seja ao tribunal da infância quando se trata de uma infração importante e obrigatoriamente quando se trata de um crime cometido por um menor de 16 anos;
- seja ao tribunal do júri de menores quando se trata de um crime cometido por um menor de 16 a 18 anos.

O juiz da infância pode, por sua vez:

- seja julgar o menor sozinho em seu gabinete;
- seja encaminhar o caso ao tribunal da infância.

— **A DETENÇÃO PROVISÓRIA NA INSTRUÇÃO.** — Quando um menor é condenado, o decreto de 2 de fevereiro de 1945 prevê que o magistrado instrutor pode colocá-lo em detenção provisória quando não se pode tomar nenhuma medida educativa.

As regras dessa detenção provisória são as mesmas que para os maiores em caso de crime (possibilidade de ser estendida até o julgamento) e de delitos cometidos pelos adolescentes com mais de 16 anos (seis meses no máximo). Para os delitos cometidos por menores de 13

a 16 anos, ela é limitada a 10 dias e deve ter como objetivo o estabelecimento de uma solução educativa.

As medidas educativas possíveis nessa fase são:

- a internação em um estabelecimento público ou privado habilitado pelo ministério da Justiça;
- a liberdade vigiada provisória: o menor é então acompanhado e ajudado por um educador ou por um serviço educativo que presta contas da evolução do jovem ao magistrado que o designou.

O julgamento — a jurisdição competente pode ser:

— O TRIBUNAL DE POLÍCIA, para as contravenções das quatro primeiras classes: o juiz de instância pode pronunciar uma advertência ou uma multa segundo a idade do menor e eventualmente apelar ao juiz da infância para uma medida educativa.

— O JUIZ DA INFÂNCIA NA CÂMARA DO CONSELHO. — O juiz da infância pode pronunciar sozinho apenas as seguintes medidas:

- o encaminhamento aos pais, tutor ou guardião ou a uma pessoa digna de confiança, associada ou não a uma medida de liberdade vigiada, que não pode exceder o tempo restante até a maioridade;
- a advertência.

Assim, ele julgará apenas as contravenções da 5ª classe e os delitos de pouca gravidade.

— O TRIBUNAL PARA A INFÂNCIA. — Essa jurisdição é presidida pelo juiz da infância assistido por dois assessores não pertencentes à magistratura, mas nomeados pelo ministério da Justiça em função do interesse que eles dedicam aos problemas da juventude.

Se a culpabilidade do menor é definida, o tribunal deve antes de tudo procurar a medida educativa apropriada às suas dificuldades:

- o encaminhamento à família ou a uma pessoa digna de confiança eventualmente associado a uma medida de liberdade vigiada (até seus 18 anos no máximo);

- a medida de proteção judiciária, isto é, de ajuda educativa para o adolescente com mais de 16 anos no momento dos fatos, por um prazo máximo de cinco anos;
- a medida de colocação em um estabelecimento público ou privado habilitado.

Contudo, se ele considera que a infração cometida é grave, tendo em vista a personalidade do menor com mais de 13 anos, ele pode pronunciar uma condenação penal (multa ou prisão com ou sem sursis). As penas em que incorre são em princípio inferiores à metade das que são previstas no Código Penal, mas essa desculpa atenuante da minoridade pode ser descartada para o adolescente com mais de 16 anos. É preciso tratar separadamente a pena do trabalho de interesse geral, à qual o adolescente também pode ser condenado em um limite de 120 horas.

— O TRIBUNAL DE JÚRI DE MENORES. — Composto por três magistrados (dos quais dois juízes da infância) e nove jurados civis sorteados em listas eleitorais, ele julga os crimes cometidos pelos adolescentes com mais de 16 anos no momento dos fatos.

O problema da responsabilidade penal dos dementes – De acordo com o artigo 64 do Código Penal, “não existe nem crime nem delito quando o acusado encontra-se em estado de demência no momento da ação”. Os redatores do Código de 1810, retomando a concepção do direito romano, inspiraram-se nos trabalhos de Pinel e de Esquirol que consideram a loucura como uma doença alienante do espírito e exclusiva do discernimento e da liberdade de decisão. O conceito de demência deve ser entendido aqui no sentido popular de alienação mental, qualquer que seja ela.

Para aquele que cometeu uma infração dominado por um tal estado, o procedimento penal conclui pela impronúncia ou pela absolvição. Quando está detido, é posto em liberdade, e a autoridade administrativa pode adotar uma medida de internação se ele for perigoso para a segurança pública.

Em outros casos, a circular ministerial Chaumie de 12 de dezembro de 1905 convidou especialistas em psiquiatria a investigar em que medida as doenças mentais podem ter “uma responsabilidade atenuada”.

A folha-corrida. – Apenas o boletim n° 1 (que é comunicado apenas às autoridades judiciárias) menciona todas as decisões tomadas no plano penal em relação ao menor.

A internação. – Os textos fundamentais são:

- a Lei de 30 de junho de 1838 que colocou o princípio segundo o qual todo doente mental pode permanecer em sua família com a condição de que esta possa tomar as medidas apropriadas para assegurar seu tratamento, garantir a ordem pública e a segurança das pessoas;
- o decreto de 10 de setembro de 1956 sobre as modificações institucionais;
- a Lei de 3 de janeiro de 1968 que afirma a independência entre o tratamento médico e o regime aplicável aos interesses civis do doente, especialmente para a proteção de seu patrimônio.

Os artigos L. 326 e seguintes do Código da saúde pública prevêem duas possibilidades de internação, segundo se trate de um doente inofensivo ou perigoso, qualquer que seja sua idade.

A internação voluntária, que é realizada mediante solicitação escrita e assinada de um dos genitores ou de um amigo do doente. É necessário um certificado médico que constate o estado mental, os sintomas da pessoa a internar e a necessidade de um tratamento.

A internação automática ou administrativa, que é ordenada pelo comissário da República, ou pelo delegado de polícia de Paris, e em caso de urgência pelo prefeito da comuna (ou pelo comissário de polícia em Paris) para todo doente cujo estado de alienação seja causa de perturbação da ordem pública, de perigo para ele mesmo e para a segurança das pessoas.

As garantias durante a internação residem em uma vigilância médica particular, administrativa e um controle judiciário.

Para uma criança menor, um parecer com as declarações dos médicos é encaminhado ao procurador da República. A saída só pode ser requisitada pelo pai e pela mãe (salvo exceção ou de delegação de autoridade parental) ou pelo tutor. Em caso de dissentimento entre os pais, o

tribunal de grande instância se pronunciará. Se existe divórcio ou separação, apenas o titular da guarda pode requerer a saída.

SITUAÇÕES MÉDICO-LEGAIS

Incesto e Abuso Sexual

Abordaremos neste item exclusivamente o problema do incesto e do abuso sexual no período da adolescência. No que se refere à definição, à avaliação da frequência e à situação da criança, pedimos ao leitor que se reporte a *Enfance et psychopathologie* (p. 543).

E ainda, vamos nos centrar na dimensão psicológica e psicopatológica (para a dimensão somática e jurídica, ver: *Gynécologie médico-chirurgicale de l'enfant et de l'adolescente*, capítulo: "Sérvices sexuels", Doin éd., 1993).

No conjunto de menores envolvidos em problemas de incesto ou de abuso sexual, cerca de 50% referem-se a adolescentes. Contudo, as situações são bem diferentes, dependendo se:

- o abuso sexual começou na infância e parou; prossegue na adolescência; prolonga-se no período da puberdade (12-13 anos); começa após a instalação da puberdade (15-16 anos);
- o abuso sexual é cometido por uma pessoa próxima conhecida da vítima ou por um estranho;
- o abuso sexual é único (agressão sexual) ou se repete (incesto).

Além disso, na adolescência, o próprio adolescente pode ser o agressor sexual.

Epidemiologia e características gerais. – Segundo Wilkins e colaboradores (1985), 10% das adolescentes reconhecem ter sofrido "uma forma de abuso sexual"; 63% das adolescentes declaram ter sofrido uma penetração vaginal, 21% carícias e 16% contam histórias imprecisas. Em 60% dos casos, utilizou-se a força e a ameaça. Para Rouyer e Girodette (1993), uma menina a cada oito e um menino a cada dez são vítimas de abuso sexual antes dos 18 anos. Esses autores advertem, no entanto, para a existência de uma definição às vezes muito extensa do

termo "abuso sexual", como também para a prudência necessária na manipulação dessas cifras.

No Reino Unido, na faixa etária de 16-21 anos, 18% das mulheres e 7% dos homens relatam uma história de "abuso sexual" em sentido amplo (Kelly et al., 1991).

Enquanto as adolescentes chegam a revelar as agressões sexuais de que são vítimas, é raro que os meninos, na adolescência, consigam revelar essas mesmas agressões: o peso da vergonha, reforçado por um temor sobre a identidade sexual (temor do próprio adolescente ou projetado nos outros: medo de ser tratado como homossexual) impõe o silêncio ao adolescente. Muitas vezes, esses fatos são desvendados quando o próprio adolescente se torna autor de agressões sexuais, ou se entrega à prostituição homossexual (ver p. 381). Na sequência deste item, falaremos unicamente das meninas.

O **incesto** é o mais frequente dos abusos sexuais, **incesto pai-filha ou padrasto-filha**. É comum descrever, de um lado, o incesto "sedução", que se realiza em um contexto de relativa doçura e ternura, e o "incesto imposto", no qual domina o clima de violência. Tanto em um caso como no outro, vítima e agressor logo ficam atados pelo peso do segredo, do qual a adolescente terá muito mais dificuldades de se desligar. Recentemente, a atenção foi voltada para as distorções das interações familiares quando existe uma situação de incesto. Assim, para Rouyer e Girodette (1993), "essas famílias têm características comuns:

- os mesmos dramas se reproduzem geralmente por várias gerações;
- existe uma disfunção familiar importante;
- a criança não é reconhecida como sujeito".

Além das condições habitualmente descritas (ausência regular da mãe, alcoolismo do pai, etc.), certas circunstâncias parecem favorecer a ocorrência de "abusos sexuais intrafamiliares", em particular quando existe a necessidade de aproximação pais-adolescente: assim, a pesquisa epidemiológica de Suris e colaboradores (1994) sobre os adolescentes portadores de doenças crônicas mostra que os antecedentes de abuso sexual eram duas vezes mais frequentes nas meninas doentes crônicas do que nas meninas da população de referência, e sete vezes mais fre-

qüentes nos meninos doentes crônicos do que nos meninos da população de referência.

No caso de **agressões sexuais extra-familiares**, é comum que a adolescente inicialmente se cale sobre a agressão, em particular se ela é cometida por amigos ou quase-amigos (violação ou agressão sexual durante uma noitada, uma saída noturna, etc.). Ainda que, evidentemente, a dinâmica e a problemática familiar não estejam envolvidas da mesma maneira que na situação do incesto, em troca, a relação da adolescente com seu próprio corpo e sua sexualidade pode apresentar dificuldades análogas (ver abaixo).

Principais Manifestações Clínicas

A revelação. – Se, em geral, as crianças se calam sobre a relação incestuosa a que foram submetidas, as adolescentes a revelam mais facilmente, ainda que também possam se calar. Elas contam normalmente a um adulto próximo da família ou a uma amiga da sua idade, às vezes à sua mãe, mas isto é mais difícil quando já tentaram lhe contar na infância e essas revelações não foram “ouvidas”. Os motivos dessa revelação podem ser o temor de uma gravidez, a necessidade de proteger uma irmã menor, o desejo de ter relações sexuais com um namorado, a pressão ou o apoio do namorado, a descoberta de que essa relação incestuosa não é “normal”, ao contrário do que costuma sustentar o adulto agressor.

Embora essa revelação por si seja uma conduta positiva, não é raro que muitas vezes ela coloque a adolescente na posição de “acusada” (ser a causadora de transtornos, ser responsável pelas ameaças sociais que agora pairam sobre a família, etc.) e acentua secundariamente o peso da culpa. Assim, essas adolescentes que “transgrediram” a lei opaca do silêncio necessitam de um apoio empático, ou mesmo de uma psicoterapia.

A expressão deslocada do sofrimento. – Certas condutas ruidosas que aparecem de forma súbita na adolescência podem constituir a revelação indireta de relações incestuosas. Mencionemos as **tentativas de suicídio**, as **fugas**, as **condutas anoréxicas** ou a anorexia mental típica, os **consumos de produtos** (álcool), as **condutas toxicomaníacas**. Quando essas condutas sobrevêm concomitantemente com a

transformação pubertária e não se encontram os indicadores de riscos habituais, é preciso considerar a eventualidade de sevícias sexuais, em particular de incesto.

Manifestações sexuais inapropriadas podem igualmente constituir um revelador indireto: **condutas sexuais caóticas** (eventualmente associadas a fugas), prostituição. Às vezes, a ocorrência de uma **gravidez** pode “revelar” a relação incestuosa, sem que o genitor seja necessariamente o autor do incesto. Porém, é comum que a adolescente guarde segredo do nome do genitor (ver item “Gravidez na adolescência”).

A expressão psíquica do sofrimento. – Essas manifestações são muito frequentes:

- transtornos do sono com dificuldades de dormir, pesadelos;
- transtornos ansiosos e fóbicos (medo de sair na rua, medo de ficar sozinha em casa, etc.);
- transtornos da série depressiva, desvalorização, sentimento de culpabilidade, de indignidade, idéia de morte, etc.;
- transtornos de investimento sublimatório marcados pelo fracasso escolar. Contudo, certas adolescentes utilizam o investimento escolar como uma possibilidade de fuga do meio familiar (escolha de uma orientação que implique um internato).

As manifestações sintomáticas a distância. – Ao contrário do que se costuma dizer, os transtornos psicológicos a distância não são raros, ainda que seja difícil dispor de avaliação precisa nesse campo. Mencionemos em particular:

- a dificuldade de se envolver em uma relação afetiva de confiança, com um sentimento de desvalorização, de vingança;
- as dificuldades na sexualidade posterior com frigidez, dispareunia, anorgasmia;
- a dificuldade de assumir uma função parental satisfatória; assim, certas mães manifestam um temor invasivo pelas relações entre sua filha e seu cônjuge;
- o envolvimento na prostituição seria uma eventualidade não excepcional, e para certos autores, três quartos das mulheres prostituídas teriam antecedentes de abusos sexuais intra ou extrafamiliares (citado por Ferrari et al., 1994).

Em certos casos, observam-se patologias psiquiátricas patentes: depressão grave ou patologia limite, e mais raramente patologia psicótica.

Abordagens psicodinâmicas. – Uma ligação vergonhosa e secreta mantém atados a adolescente e o autor das sevícias sexuais. Se esse autor é o pai ou o sogro, essa ligação geralmente se organiza desde a infância e marca uma profunda ambivalência de elaboração de imagens parentais interiorizadas. A emergência pubertária modificará radicalmente a natureza dessas relações, pois agora elas assumem um sentido novo, em razão da maturidade sexual, mas também da excitação pubertária que invade tanto o corpo como o psiquismo da adolescente. Essa excitação vem romper a relativa proteção assegurada pela imaturidade e pelo possível refúgio na ternura entre a criança e o adulto da primeira infância.

No plano consciente, a adolescente é invadida por uma confusão de sentimentos e de afetos que amplificam a habitual incerteza sobre a vivência interna própria a essa idade. Essa confusão de afetos pode entravar os processos de pensamento realizando uma inibição grave ou uma pseudodebilidade. O trabalho de rompimento da ligação com o objeto edipiano direto ou indireto provoca normalmente oscilações de afetos e de representação entre a idealização e a desvalorização: a realidade das relações incestuosas geralmente acentua essa clivagem entre vivências e representações extremas. Assim, a adolescente experimenta momentos de cólera e de ódio, e depois de culpabilidade e de solicitude, proíbe-se de sentir ternura e amor, pois essas sensações aumentam sua culpabilidade. Esse sentimento de culpabilidade é constante em adolescentes vítimas de relações incestuosas. E é ainda amplificado pelo despertar pulsional pubertário e a excitação que o acompanha. De fato, se o corpo da menina até então fora submetido à relação incestuosa em uma atitude de relativa passividade, é comum que a conjunção da puberdade e da relação incestuosa desperte uma sensação de excitação: assim, o corpo toma o psiquismo como refém suscitando agora um afeto de ódio dirigido contra si mesmo.

No plano pré-consciente, essa nova excitação é objeto de um intenso trabalho psicodinâmico de recalque-negação ou de clivagem a fim

de manter fora do campo da consciência essa sensação intolerável. Quando predominam os mecanismos de recalque-negação, a problemática da culpabilidade, da inibição ou da depressão coloca-se em primeiro plano. A adolescente declara “querer esquecer”, chegando até mesmo a afirmar que não aconteceu nada (atitude que, naturalmente, costuma ter a aprovação familiar). Quando predomina o mecanismo de clivagem, a excitação é deslocada para outras cenas em um registro comportamental (impulsividade, transtorno do comportamento, domínio anoréxico) ou suscita passagens ao ato, cujo modelo continua sendo a tentativa de suicídio. Em outros casos, a adolescente procura dominar ou afastar esta excitação sentida como suja e vergonhosa através de uma sexualidade agida, também considerada como suja e vergonhosa: sexualidade caótica, parceiros sexuais múltiplos, prostituição. Contudo, o corpo é sempre o objeto do ódio e dos ataques, às vezes com um ódio focalizado em uma parte do corpo, tal como os seios ou o conjunto da sexualidade. Esse ódio do corpo e dos sinais da puberdade é ainda maior quando a relação incestuosa sobrevém justamente no período da puberdade. A adolescente considera então que seu corpo é o culpado que deve ser atacado e punido. A situação é mais ou menos a mesma quando a adolescente é vítima de uma agressão sexual: ela tem a tendência a sentir seu corpo como o responsável pelo acontecimento traumático, mesmo que, nesse contexto, seja mais fácil dirigir sua cólera ao agressor externo.

Assim, clivagem e passagem ao ato são reforçadas na situação de abuso sexual, o que explica a frequência de transtornos comportamentais observados.

No plano inconsciente, o que é mantido no âmbito do ignorado são as possíveis moções libidinais tingidas de prazer que podem ter emergido fugazmente durante a relação incestuosa. A adolescente experimenta sempre uma mistura de cólera, de vergonha e de ódio por essa sensação afetiva que um dia a surpreende completamente durante o período pubertário. Não é raro que a sintomatologia patente apareça no decurso dessa sensação afetiva fugaz. Posteriormente, no “a posteriori”, toda sensação de prazer pode ser sentida como uma coisa impossível e culposa, impedindo uma eventual modulação do estado de excitação e sua elaboração psíqui-

ca. Os transtornos da sexualidade são freqüentes nas mulheres que, no passado, sofreram abusos sexuais, em particular uma relação incestuosa.

Abordagem terapêutica. – Numerosos profissionais estão envolvidos no “tratamento” de vítimas de agressões sexuais e de incesto: trabalhadores sociais, serviços de polícia, juízes da infância e seus colaboradores, médicos somáticos (ginecologistas, pediatras), psiquiatras... Hoje já se admite que o “tratamento” não pode se limitar a uma ação isolada, seja social (por exemplo: internar a menor), jurídica ou médica. Uma intervenção combinada é idealmente necessária. Abordaremos aqui apenas o papel do psiquiatra ou psicólogo confrontado com as agressões sexuais contra a adolescente

Recordemos que o artigo 378, 4ª alínea do Código Penal, libera o médico de sua obrigação do segredo profissional quando ele tem conhecimento, no exercício de suas funções, de sevícias ou de privações contra a pessoa de menores. Além disso, o artigo 44 do Código de Deontologia Médica estabelece que “o médico deve ser defensor da criança doente, quando julga que o interesse da saúde desta é mal compreendido ou mal-atendido pelas pessoas próximas”. Finalmente, o médico pode ser processado por não-assistência à pessoa em perigo, no âmbito do artigo 62, alínea 2 do Código Penal, se, tendo conhecimento de fatos de sevícias ou privações contra menores, não agir para proteger a criança ou o adolescente.

A revelação ao psiquiatra. – O psiquiatra, ou o psicólogo, raramente é o primeiro a ser interpelado e informado. Contudo, ele pode estar presente no quadro de consultas de avaliação ou de uma relação de atendimento por uma outra razão (TS, anorexia, etc.). Vale esclarecer que os artigos de lei mencionados acima não obrigam a revelar imediatamente uma história de agressão sexual. Por isso, a revelação de tais fatos pela adolescente durante a consulta de avaliação ou de psicoterapia impõe ao médico a necessidade de informar o menor sobre a gravidade desses fatos, sobre a necessidade de colocá-lo sob proteção o mais rápido possível para que eles não se repitam, sobre a necessidade de apoiá-lo ativamente para que ele os leve ao conhecimento de pessoas responsáveis (juiz de in-

fância, em particular), ou mesmo de lhe propor um acompanhamento junto a essas pessoas.

O objetivo do psiquiatra será não acrescentar ao traumatismo inicial um traumatismo secundário, seja pela ausência de resposta (acentuando assim a desconfiança da adolescente em relação à passividade dos adultos, que ela pode sentir como uma quase cumplicidade), seja pela impulsividade da resposta (acentuando a dimensão de passagem ao ato e correndo o risco de submeter a adolescente ao traumatismo de uma revelação que ela não está pronta para assumir). O ideal é apoiar a adolescente para que ela possa adotar uma postura ativa, primeiro de autoproteção, e depois, caso seja necessário, de revelação do segredo, se estiver pronta para enfrentar os conflitos inevitáveis (Alvin, 1994). Essa passagem da passividade sofrida à atividade refletida é a única capaz de permitir à adolescente tornar-se sujeito de sua história, por mais dolorosa que ela seja, e não simplesmente objeto de desejo, de interesses ou de uma ideologia de outro. Assim, é preciso distinguir a necessária e protetora confidencialidade da entrevista, seja do peso dos segredos que seriam transferencialmente confiados a um adulto percebido imediatamente como um cúmplice silencioso, seja de uma ausência de limite com uma revelação intempestiva impedindo qualquer espaço protegido de palavra e de troca afetiva.

Insistiremos no fato de que as declarações falsas são raras, para não dizer excepcionais, em particular em caso de abuso sexual intrafamiliar. Elas só existem em situações de conflitos familiares patentes, em particular após o divórcio quando existe um forte conflito entre os pais sobre o direito de guarda e de habitação. Na imensa maioria dos casos, as adolescentes merecem crédito quando relatam fatos precisos.

No plano prático, a separação do meio familiar, sobretudo quando ela é aceita e assumida pela adolescente, geralmente é benéfica. Às vezes, ela não consegue tomar essa decisão, seja em razão de uma vivência e/ou da angústia do abandono, seja para proteger os irmãos mais novos ou os demais membros da família. Nesses casos, a intervenção dos serviços judiciais é indispensável.

A proposição de tratamento psicológico para a adolescente. Uma psicoterapia de apoio,

compreensiva e empática, pode ser necessária para ajudar a adolescente, em primeiro lugar, a se expressar e, em seguida, a perceber a confusão de seus sentimentos, a expor sua vivência de culpabilidade e de vergonha, a expressar seus afetos de cólera, de ódio, seus temores presentes e futuros. Eventualmente, esse apoio empático pode ser oferecido por um trabalhador social, desde que ele seja formado para esse tipo de trabalho.

Quanto à terapia de inspiração analítica, sua iniciação imediata no decorrer dos fatos nem sempre é possível ou desejável, na medida em que muitas adolescentes se protegem ativamente por mecanismos de negação e de clivagem, e podem desenvolver uma hostilidade temporária em relação ao seu mundo intrapsíquico, pelas razões mencionadas no item anterior. Deve-se permitir ao adolescente reconstituir um quadro de vida satisfatório e protetor, deixar a família reestruturar-se pouco a pouco antes de conseguir abordar, em um segundo tempo, essas zonas de sofrimentos e de conflito psíquico.

O tratamento familiar. – Cada vez mais, evidencia-se a importância de propor aos pais um tratamento que envolva a todos, na medida em que as distorções das interações familiares são quase constantes e as relações conjugais geralmente estão muito deterioradas. Contudo, uma tal abordagem implica um reconhecimento dos fatos pelo autor das sevícias sexuais, o que está longe de ser o caso mais freqüente: o autor dos fatos geralmente se obstina em uma negação inquebrantável, ou mesmo em uma acusação contra a adolescente.

O Adolescente Agressor Sexual

O adolescente pode ser ele próprio o autor de agressões sexuais contra um menor ou contra um adulto. Segundo M. Jacob (2000), entre 20 e 30% das violências sexuais contra mulheres adultas e entre 40 e 50% das violências sexuais (no sentido amplo, segundo os autores norte-americanos) contra crianças são cometidas por menores. Em 95% dos casos, trata-se de meninos. Na França, os menores re-

presentam 18% dos indivíduos processados por assédio sexual e outras agressões sexuais (Tricart, 1998). Em uma população de agressores sexuais presos, um terço deles apresentou comportamentos delituosos, mas não-judiciados, dos quais a metade era da mesma natureza que o delito posterior; na metade destes casos (atos delituosos não-judiciados), os comportamentos apareceram na adolescência e em um sexto dos casos na infância (Ciavaldini, 1997). Na mesma pesquisa, Ciavaldini encontra ainda 35% de antecedentes de abuso sexual nos agressores sexuais (adultos), mas nenhum antecedente de abuso sexual no grupo de delinquentes agressores não sexuais.

A vítima geralmente é uma menina mais nova conhecida do agressor: vizinha, filha de amigos dos pais, etc. Quando o próprio agressor foi vítima de abuso sexual em sua infância, a vítima normalmente é um menino. Finalmente, quando a vítima é uma adolescente de idade próxima ou idêntica ou ainda uma adulta, a agressão sexual é cometida em grupo, na maioria das vezes, seja por ocasião de uma “festa”, geralmente com consumo de álcool, haxixe, *ecstasy* e outros produtos, seja em um contexto de assédio a uma vítima vista como fraca, incapaz de se defender e atraída/forçada a um lugar afastado (adega, vão da escada, o pátio de trás, etc.).

A avaliação psicopatológica mostra claramente perfis distintos: ora predominam os traços de impulsividade, a passagem ao ato, as condutas delinquentes em um contexto de psicopatia, ora encontram-se traços de perversidade de tipo sádico. Esses elementos de personalidade são tanto mais freqüentes na medida em que a agressão sexual é cometida de forma isolada. De fato, no caso de violação coletiva, os traços de personalidade dos jovens parecem menos notórios, do mesmo modo que os problemas familiares.

Quanto ao incesto irmão-irmã, assim como o incesto pai-filha, descreve-se às vezes uma relação incestuosa em um clima de apoio afetivo ou mesmo de uma relativa ternura, mas quase sempre é uma relação em clima de violência e de coerção. A família geralmente se caracteriza por sua extrema rigidez, pela pobreza da relação social externa à família, por uma dimensão de descaso dos filhos, em particular no plano afetivo. As duas crianças, tanto o agressor como a

vítima, devem ser consideradas em situação de perigo e receber medidas terapêuticas.

Ambiente familiar e social. – Os jovens agressores sexuais geralmente são oriundos de famílias perturbadas. A infância foi marcada por incoerências educativas (pai severo, às vezes violento, mãe tolerante e permissiva em excesso), uma grande insegurança e instabilidade (internações, hospitalizações, abandono ou, mais ainda, descaso dos pais desde cedo). Com os iguais, esses adolescentes têm grandes dificuldades de manter relações estáveis e duradouras (Jacob, 2000). As relações interpessoais são descritas como pouco satisfatórias, os conflitos com os iguais são frequentes.

Tratamento. – Ele é considerado particularmente difícil. De fato, esses adolescentes (e em geral também seus pais) raramente se consultam de forma voluntária. A maior parte dos tratamentos é iniciada graças a uma intervenção judiciária. Portanto, é preciso haver desde o início do tratamento uma clara divisão de responsabilidades e de objetivos entre a equipe terapêutica, representantes da justiça e o próprio adolescente. O nível de elaboração de conflitos e da passagem ao ato sexual ainda é rudimentar, para não dizer inexistente. A projeção, inclusive sobre a vítima, que normalmente é vista como quase responsável pela dimensão de excitação da qual a acusa o jovem agressor, muitas vezes impede qualquer movimento de interiorização e de elaboração da culpabilidade. Entretanto, seria perigoso generalizar demais, pois também se encontram jovens agressores capazes de se envolver sinceramente em um trabalho psicoterápico frutífero. Em todo caso, uma abordagem em um grupo pequeno é muito preconizada, sobretudo nos Estados Unidos. Pelo que sabemos, esse tipo de tratamento é pouco desenvolvido na França.

A Prostituição de Menores

A prostituição heterossexual. – Ela afeta quase que exclusivamente as meninas. Salvo raras exceções, trata-se de um problema socioeconômico, e não psicopatológico, pelo menos

no que se refere à entrada na prostituição, particularmente em certos países do terceiro mundo. É evidente também que as consequências psicológicas podem ser graves, conduzindo a comportamentos que comprometem a saúde mental (desmoronamento depressivo, TS, consumo de álcool ou de droga).

Ainda que seja necessário um apoio psicológico para ajudar uma jovem mulher a abandonar essa prisão, o tratamento “de fundo” é antes de tudo político, social e econômico.

São raros os casos em que a prostituição responde a um estado psicopatológico particular, e o mais frequente é a obtenção de dinheiro para se abastecer de drogas junto aos jovens toxicômanos. Contudo, esse comportamento que em geral acompanha uma toxicomania confirmada e fixada começa por volta de 20-25 anos, e não na adolescência propriamente dita. É mais raro para a adolescente que a prostituição se inscreva em um contexto psicótico. Ela corresponde então ou a uma espécie de ataque do corpo e da sexualidade considerada como “responsável” pelo desmoronamento psíquico ou a uma falta de limite corporal. Em alguns casos, a adolescente foi submetida no passado a relações sexuais incestuosas: a prostituição é uma maneira de atacar ao mesmo tempo seu corpo e a ligação incestuosa.

A prostituição homossexual. – Ela afeta quase que exclusivamente os meninos. Embora se trate algumas vezes, segundo Lebovici e Kreisler, de um modo de entrada na psicose ou, mais raramente, de uma conduta de luta contra a ansiedade crônica, na grande maioria dos casos os meninos que se entregam à homossexualidade venal apresentam traços de carências afetivas e de abandono (Gauthier-Hamon e Teboul, 1988; Markos et al., 1994): eles sofreram múltiplas separações, viveram em famílias conflituosas e dissociadas, viveram ou sofreram relações de violência intrafamiliar e muitas vezes também de abusos sexuais cometidos por um genitor ou por alguém próximo. A carência paterna é frequente. Esses meninos apresentam traços depressivos geralmente importantes, consomem álcool ou droga com certa regularidade, encontram-se em situação de fracasso ou de ruptura escolar. As fugas são antecedentes comuns. A busca afetiva é habitual.

No plano social, os meninos prostituídos são oriundos, na maioria dos casos, de meios carentes, mas isto não é uma constante, em particular para alguns que se prostituem ocasionalmente com um projeto financeiro definido. Contudo, eles geralmente são desinseridos no plano social, escolar e às vezes relacional.

Os ganhos obtidos com o exercício venal da sexualidade quase sempre são dilapidados, ou dados.

A maioria dos autores nota que a orientação sexual desses adolescentes nem sempre conduz à homossexualidade exclusiva, ainda que esta pareça ser uma evolução freqüente.

Em seu conjunto, as observações anteriores mostram que esses adolescentes geralmente são incapazes de adquirir e de manter atitudes coerentes de proteção contra as doenças sexualmente transmitidas e a AIDS, o que explica a alta incidência dessas patologias.

A análise psicopatológica. – Ela mostra organizações de tipo perverso psicopático ou “limite”, que muitas vezes resultam de uma problemática depressiva não superada. Em certos casos, chegou-se a mencionar uma patologia psicótica.

Gauthier-Hamon e Teboul (1988) analisam a relação entre o pedófilo e o menor. Do lado dos pedófilos, eles apresentam um passado bastante semelhante: biografia mo-

vimentada em que as rupturas, as ausências, os desaparecimentos e as perdas se acumulam. As mães geralmente têm um perfil de pessoas inacessíveis ou de rejeição, os pais são ausentes ou violentos quando estão por perto. O voyeurismo é um elemento freqüente de sua história. Eles costumam relatar uma iniciação sexual precoce por um adulto. O pedófilo sempre prioriza a relação “pedagógica” com o menino e a relação de ternura que estabelece. Evidentemente, o confronto das duas “histórias”, a do pedófilo e a do menor, mostra a importância da relação narcísica, verdadeira imagem especular entre um e outro. Ele também explica o papel de escoramento que essa relação parece proporcionar tanto a um como ao outro. De uma certa maneira, o ato de felação, muito mais freqüente que o ato de sodomia, inscreve-se nessa relação dominada pela fantasia de uma “mãe nutriz dotada de um seio-pênis gratificante”.

A abordagem terapêutica desses menores é extremamente difícil, na medida em que eles não procuram tratamento e em que o adulto pedófilo os dissuade disso, acenando com vantagens materiais. Uma abordagem puramente judiciária também parece levar ao fracasso. Apenas uma ação combinada, educativa, institucional, judiciária e psicoterápica pode ajudar o menor a renunciar a essa prática e às vantagens materiais que ela proporciona.

REFERÊNCIAS

- ALVIN P., LEVY-LEBLOND E. : L'inceste : le secret des secrets. *Nervure*, 1994, 7, 2, 16-24.
- CIAVALDINI A. : Résultats généraux de l'étude française sur les «agresseurs sexuels», *Psy. Fr.*, 1997, 4, 7-2 1.
- FERRARI P. : Enfant victime d'abus sexuel. In : *Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent*. Flammarion éd., Paris, 1993, 1 vol., 279-282.
- FRAPPIER J.Y., GAGNE R., LALONDE S. : Les agressions sexuelles envers les adolescentes. In: *Médecine de l'adolescence*. J. Wilkins éd., Hôpital Sainte-Justine éd., Montréal, 1985, 1 vol.
- GABEL M. : *Les enfants victimes d'abus sexuel*. PUF éd., Paris, 1992.
- GAUTHIER-HAMON C., TEBOUL R. : *Entre père et fils. La prostitution homosexuelle des garçons*. PUF, Paris, 1988, 1 vol.
- GLASER D. : Sexual abuse. In : *Medecine in adolescence*. Ch. Brook, E. Arnold ed., London, 1993, 1 vol., chap. 19, 232-242.
- JACBO M. : L'adolescent agresseur sexuel. In : *Médecine de l'Adolescent*, Alvin P., Marcelli D. Masson, Paris, 2000, 261-264.
- LEWIN F., PETROFF E. : Sévices sexuels chez l'enfant et l'adolescente. In: *Gynécologie médico-chirurgicale de l'enfant et de l'adolescente*, Salomon Y., Thibaud E., Rappaport R., Doin éd., Paris, 1993, 1 vol, chap. 7, 135-148.

MARKOS A.R., WADE A.H., WALZMAN M. : The adolescent male prostitute and sexually transmitted diseases, HIV and AIDS. *J. of Adolescence*, 1994, 17, 123-130.

ROUYER M., GIRODET D. : Abus sexuel. In: *L'enfant maltraité*, STRAUSS P., MANCIAUX M., FLEURUS éd., Paris, 1993, chap. 7, 233-262.

SURIS J.C., RESNICK M.D., BLUM R.W. : Sexuality and sexual behavior among youth with chronic illness : a comparison among those with visible and non visible conditions. *Pediatrics*, 1994, sous presse.

TRICARD N. : Protection des mineurs. *Adolescence*, 1998, 16, 1, 219-222.

QUINTA PARTE

A TERAPÊUTICA

Prevenção e Acolhimento

A PREVENÇÃO NA ADOLESCÊNCIA

Todas as pesquisas epidemiológicas sobre a população adolescente evidenciam a frequência de manifestações sintomáticas, seja de expressão somática (cefaléia, fadiga, queixas hipocondríacas diversas, transtornos do sono, das condutas alimentares, etc.), afetivas (tristeza, crise de choro, idéias de morte, etc.), comportamentais (retraimento, impulsividade, fuga, etc.), de vertente social (roubo, delinquência ou ruptura escolar, consumo de produto, etc.). A entrevista com um adolescente revela com muita frequência sinais de ansiedade, de “mal-estar”, de percepção negativa de si e de sua família...

Tais constatações podem levar a dois tipos de excesso, ambos igualmente nefastos. De um lado, esse acúmulo de “problemas” pode levar a uma atitude passiva de temporização e de abrandamento: é a “crise da adolescência”, basta ter paciência e deixar o tempo correr! Sabe-se que, embora uma tal posição incontestavelmente se justifique em um grande número de casos, ela também pode aprisionar certos adolescentes em atitudes, sistemas de pensamento e defesas psíquicas cada vez mais patológicos e cada vez mais rígidos. De fato, como mostra normalmente a experiência clínica, quando

o indivíduo fracassa no “trabalho psíquico da adolescência”, isto é, essencialmente no trabalho de integração psíquica da nova maturidade sexual do corpo e das modificações relacionais com os outros provocadas por essa transformação, esse fracasso traz sérias consequências para o equilíbrio psíquico do futuro adulto. O aprisionamento duradouro em sistemas de pensamentos e de representações psíquicas patológicas é muito comum.

Em contrapartida, intervir ao primeiro sinal de dificuldade em um adolescente, desenvolver estratégias de cuidados importantes para condutas menores (um declínio escolar logo transformado em certeza de fracasso e conduzindo a uma psicoterapia, uma embriaguez ou um “baseado” fumado levando à qualificação de alcoolista, de toxicômano, e conduzindo a uma consulta especializada, etc.) apresenta riscos evidente. Em primeiro lugar, o risco econômico: nós não temos recursos e certamente jamais teremos para “tratar” todas as manifestações de sofrimento expressadas por todo indivíduo e em particular por todo adolescente. Mas, o que é mais grave ainda, buscar tratamento para manifestações que podem ser transitórias e propor como resposta fortes estratégias de tratamento pode aumentar a angústia do adolescente e ter um efeito paradoxal de “designação”, ou mes-

mo de estigmatização, empurrando-o em uma estratégia de provocação ou de identificação negativa.

Assim, o caminho entre o risco de fazer demais e o risco de fazer de menos é muito estreito, limites opostos entre os quais deve situar-se a “prevenção” na adolescência.

Definição da Prevenção

A prevenção designa o conjunto de medidas ou de ações voltadas ao indivíduo ou ao seu ambiente, suscetíveis de impedir o aparecimento de um estado patológico posterior ou de reduzir sua intensidade e suas conseqüências. Distingue-se classicamente:

- **a prevenção primária:** ação no nível do ambiente e/ou do indivíduo para impedir o aparecimento de transtornos;
- **a prevenção secundária:** detecção o mais precocemente possível de transtornos incipientes a fim de evitar sua estruturação em forma patológica, e ação sobre o indivíduo ou seu ambiente para eliminar ou atenuar esses transtornos;
- **a prevenção terciária:** ação no nível dos transtornos estabelecidos para evitar a constituição de seqüelas, o agravamento ou a aparição de complicações secundárias, ou a instalação em uma patologia fixada e crônica.

A noção de prevenção está estreitamente ligada à de risco, definido como “a probabilidade de que um acontecimento venha a ocorrer, isto é, de que um indivíduo venha a adoecer ou morrer, durante um determinado período” (Salmi, 1993). Concebe-se que a ação de prevenção será tanto mais fácil de circunscrever na medida em que o risco seja claramente identificado e a “doença” apresente traços característicos facilmente diferenciáveis da “normalidade”.

Desse ponto de vista, a noção de saúde mental em geral e a de saúde mental do adolescente em particular são plenas de ambigüidades. Embora seja relativamente fácil correlacionar o risco a uma conduta particular, é mais aleatório, para não dizer errôneo, correlacionar uma conduta a um estado psíquico preciso (problema da polissemia de toda conduta humana), e mais ainda a um estado psicopatológico

co presente ou futuro. Isto é tanto mais importante na medida em que, em matéria de saúde mental, há uma tendência a confundir “risco”, “conduta de risco”, “risco assumido”, sendo que esses diversos níveis são todos qualificados negativamente. Voltaremos a este ponto a propósito das noções de indivíduo de risco e de grupo de risco.

Por outro lado, a existência de um “sintoma” ou de um “problema” na adolescência não implica, longe disso, a instalação na patologia. Como para certos períodos da infância, alguns consideram inclusive que a ausência de qualquer dificuldade transitória poderia representar o “sintoma” de uma adolescência impossível. Uma prevenção primária no plano da saúde mental é provavelmente ilusória. Mas, com toda certeza, é preciso desenvolver a prevenção secundária em resposta a “dificuldades” já presentes.

Prevenção Específica-Prevenção Global

Em face das condutas desviantes ou de risco no adulto, é comum responder por uma estratégia de **prevenção específica**. Assim, realizam-se campanhas de luta contra o alcoolismo (no volante, no trabalho, em casa), a toxicomania, os acidentes de trânsito, a velocidade, as doenças sexualmente transmissíveis, a aids, etc.

Essas ações são bem conhecidas: elas dispõem de recursos específicos (crédito, linha orçamentária específica, etc.), de estruturas identificadas (agência, liga de luta contra, associação, etc.). Elas se dirigem a uma população circunscrita, em lugares determinados. São objeto de estudos e de pesquisas sociológicas, epidemiológicas, financeiras (custo-benefício), retrospectivas e prospectivas, que dão informações valiosas e às vezes resultados probatórios (mas nem sempre).

Será que essa prevenção dirigida é eficaz quando se trata de adolescentes? Em várias passagens desta obra, tivemos a oportunidade de mostrar que, nessa idade, os sintomas são pouco específicos, que nunca existe uma correlação estreita entre uma conduta e uma patologia particular, que se deveria evitar as qualificações que possam levar a confundir uma conduta isolada e o estado da pessoa (um ladrão, um delinqüente, um toxicômano, um trãsfuga, etc.). Isso é

tanto mais verdadeiro quanto mais jovem é o adolescente.

Na interação com seu interlocutor e com seu ambiente, o adolescente adere inteiramente, de corpo e alma, poderíamos dizer. Essa adesão subentende tanto a saúde mental quanto os estados de desvio. O adolescente responde à solicitação de meu mundo psíquico interno e de seu ambiente sem uma seleção prévia e misturando “os gêneros”: assim, ele pode expressar uma dificuldade interna por um declínio ou uma recusa escolar, ou ainda por pensamentos sobre a morte, por uma susceptibilidade e uma agressividade não habituais; inversamente, no quadro de uma adolescência “normal”, ele pode fumar e beber para estar em contato com seus amigos, investir-se na música ou no esporte e descuidar da escolaridade...

As pesquisas epidemiológicas sobre as populações de adolescentes (ver Capítulo 4) mostram claramente a multiplicidade e o entrelaçamento de condutas desviantes: seu acúmulo e sua diversidade representam os indicadores mais apropriados de sofrimento psíquico e de risco de organização psicopatológica.

Por essas razões, parece-nos que somente uma **prevenção global** que leve em conta o conjunto de “dificuldades do adolescente” tem sentido. Na seqüência deste capítulo, quando tratamos da prevenção, o que está em jogo é a **prevenção secundária global**. Devemos advertir, no entanto, que embora esse conceito seja admitido na teoria, nem sempre é fácil pô-lo em prática, já que as fontes de recursos financeiros para a prevenção são dirigidas: cada agência, cada liga, cada associação tende a reservar (cioamente) seus créditos para seus “alvos”.

O Adolescente em Seu Contexto

Uma prevenção global só tem sentido se o indivíduo for situado ao seu contexto em relação ao tempo e ao espaço. As ligações com a infância são evidentes: a prevenção deve começar já na infância. Desse ponto de vista, seria desejável conhecer melhor certos critérios de risco para dirigir melhor a prevenção: por exemplo, a existência de transtornos do sono importantes e duradouros na primeira infância e na infância representa um fator de risco considerável para

a ocorrência de “problemas múltiplos” na adolescência.

As ligações com o ambiente também são evidentes. A prevenção deve levar em conta o universo familiar, sociocultural, mas também escolar, relacional (os amigos) do adolescente. A análise a partir da consideração das características sociais, culturais e econômicas do “bairro” onde o adolescente é criado representa geralmente a primeira fase de uma verdadeira política de prevenção na adolescência.

Obviamente, a prevenção primária não é da alçada do clínico. Mas diz respeito a ele (pelos efeitos positivos ou negativos que ele tem condições de perceber nos indivíduos). Além disso, ele representa, entre outros, um dos intervenientes junto a adolescentes em dificuldades. Já a prevenção secundária, seja ou não dirigida, é correlata à definição de condutas de risco e de grupos de risco.

POR UMA DETECÇÃO DOS RISCOS?

Uma ação de prevenção repousa necessariamente em uma definição do risco. Se a definição em termos epidemiológicos e estatísticos parece simples, a realidade clínica é mais complexa. De fato, é preciso distinguir:

- **o risco imediato:** o acidente esportivo ou o acidente de trânsito;
- **o risco diferido:** o câncer do pulmão no fumante;
- **o risco somático:** a aids em caso de relação sexual contagiosa;
- **o risco psicopatológico:** a dependência após uso de produto...

É necessário igualmente especificar a natureza do risco:

- aumento da morbidade e/ou mortalidade;
- aumento da prevalência de um traço particular comprometendo a adaptação social (por exemplo, conduta de desescolarização e sua ligação com a probabilidade de desemprego);
- aumento da incidência de um estado identificado como psicopatológico (consumo excessivo de diversos produtos conduzindo a várias dependências);

– correlação com o aparecimento de uma patologia mental posterior (ocorrência mais freqüente de depressão e de outro estado patológico nos sujeitos que fizeram uma tentativa de suicídio).

Para o clínico e no âmbito psicopatológico, a dificuldade reside no perigo de uma correlação apressada demais entre uma conduta exteriorizada e um suposto estado psicológico desviante. É importante distinguir, em particular, os riscos em termos de adaptação social e aqueles que afetam a saúde mental, ainda que muitas vezes eles se sobreponham (por exemplo, uma má adaptação social geralmente é acompanhada de uma má saúde mental, sem prejudicar o que é causa, consequência ou interação amplificadora). Uma grande vigilância é necessária para não confundir esses dois âmbitos.

Inversamente, não se pode deixar de denunciar um desconhecimento freqüente: aquele que é inerente às condutas de retraimento, de inibição, de desinteresse. Essas condutas no vazio, em negativo, permanecem por muito tempo despercebidas, ignoradas das pesquisas e dos levantamentos, ou desconhecidas pelos adultos, ainda que, não raramente, elas pareçam anteceder o surgimento de estados psicopatológicos patentes (depressão grave, estado psicótico, etc.). Essas condutas “em negativo”, pelas mesmas razões que as condutas “ruidosas”, deveriam ser inscritas entre os “fatores de risco”, e merecer maior atenção dos adultos no contato com adolescentes.

As Condutas de Risco

Pode-se considerar que não existe adolescência sem correr risco; aliás, certos autores assinalam que “os comportamentos de risco geralmente causam prazer” (Beroud e Menetrey, 1993). Entretanto, ainda que se deva reconhecer o papel positivo de correr risco na sociedade, é preciso também identificar em certos indivíduos um “estilo de vida” no qual correr risco parece ser o principal componente. Assim, convém opor a conduta de riscos como busca de limites e aquela que se inscreve em uma busca de excesso.

A conduta de riscos como busca de limites. – O adolescente está em busca de experiência e/ou de limites. Há inúmeros comportamentos que se inscrevem nessa lógica. Entre a população de adolescentes, a primeira resposta nas diversas pesquisas de motivação sobre uma atitude particular costuma ser: “para fazer uma experiência”. Desse ponto de vista, condutas de risco e ritos iniciáticos não são estranhos uns aos outros. Do mesmo modo, a busca de limites é um componente essencial da “crise de adolescência” em sua relação com o social (ver p. 42). Trata-se, para o adolescente, de uma maneira de se testar, de se conhecer, de “aprender” códigos sociais. Também aqui, a semelhança com os ritos iniciáticos é evidente. Contudo, no caso dos ritos iniciáticos, o risco, quando existe, nunca é buscado por si mesmo: é um componente de uma conduta cuja significação simbólica o transcende. Uma vez cumprido o rito iniciático, a atitude de risco não se repete. A morte nunca se coloca como um desafio ou como o extremo da atitude de risco. Ao contrário, no rito iniciático, a atitude de risco marca a “entrada na vida adulta”, inscrevendo-se, portanto, em uma lógica de vida e de esperança (Baudry, 1991). Assim, convém não fazer analogias apressadas, pois há uma grande diferença entre os ritos iniciáticos e as atitudes de riscos como busca de excesso, caracterizadas justamente pela escalada e pela repetição.

A conduta de riscos como busca de excesso. – O risco aqui tem um sentido diferente: escoramento de uma excitação que ameaça o sujeito de transbordamento, luta contra uma vivência de vazio e de tédio, busca de sensações, projeção da angústia ou do mal-estar no exterior, etc.

As diversas pesquisas epidemiológicas mostram que certos jovens se inscrevem em um “estilo de vida” feito de excesso: utilizar meios de transporte pouco seguros sem respeitar as regras (excesso de velocidade, não utilização de capacete, sobrecarga de passageiros, etc.), beber até a embriaguez, ouvir música em uma altura ameaçadora para o ouvido, ter relações sexuais múltiplas sem proteção, ficar na boate até altas horas, roubar objetos seguidamente, etc. Nessa população, a principal motivação não é mais fazer uma experiência, mas “ir até o fundo”,

“buscar o barato”, verdadeira clínica do excesso. Entre 5% e 10% dos adolescentes situam-se nessa lógica, o que representa uma percentagem importante da população.

Pode-se considerar que “a conduta ordálica” (Charles-Nicolas, 1984) corresponde a esse modelo: necessidade e busca de regeneração, a conduta ordálica consiste em recorrer a uma força extrema e absoluta para decidir abandonar um comportamento de risco, em que o desafio, se não explícito, pelo menos implícito, é a morte. Essa busca de excesso é acompanhada de uma busca constante de sensação, e produz um processo inevitável de repetição e de escalada. Encontramo-nos aqui diante da problemática da dependência e das adições. Nesse âmbito, a escala de busca de sensações (Zuckerman, tradução francesa: Carton et al., 1990) reconhecida, validada em francês, é um instrumento de avaliação útil que permite, em uma dimensão da personalidade, encontrar esses elementos (ver Capítulos 8 e 9).

Essa busca de excesso e de sensação inscreve-se em uma perspectiva transnosográfica, como mostram os exemplos da anorexia mental ou da bulimia: tanto em um caso como no outro, o que se busca é sempre o excesso, com uma constante transgressão de limite. É por isso que essas patologias chegaram a ser comparadas com condutas aditivas (ver Capítulo 6)

Os Grupos de Risco

Todas as pesquisas epidemiológicas mostram regularmente o papel de certos fatores: a grande pobreza socioeconômica, a desorganização social (em particular desemprego prolongado dos pais), a patologia mental dos pais (em particular depressão e tentativa de suicídio), a ausência duradoura ou o desaparecimento do pai, o desentendimento familiar crônico e a violência, etc.

Esses fatores parecem ter um peso tanto maior na medida em que o adolescente apresenta uma patologia de vertente exteriorizada ou agida. Contudo, eles são encontrados também para estados como a depressão.

No capítulo sobre epidemiologia das condutas, propusemos, a partir dos trabalhos de Choquet e colaboradores, uma descrição de

diversos grupos de risco dentro da população “adolescentes em geral” (ver Capítulo 4).

Não vamos insistir no perigo de designação e, sobretudo, de estigmatização individual e social inerente à definição desses “grupos de risco”. Essa definição só tem sentido se permitir melhorar a qualidade das ações de prevenção e se conduzir a uma reflexão sobre a política de atenção a ser adotada, em particular no que diz respeito ao acesso desses grupos aos locais de escuta e/ou de tratamento.

Recordemos brevemente que se pode distinguir, de um ponto de vista epidemiológico:

- um grupo de adolescentes “**sem problemas aparentes**”, que representa cerca de 25% dos jovens entre 16 e 18 anos;
- um grupo “**com problemas múltiplos**”: 10% dos adolescentes entre 16 e 18 anos;
- um grupo “**intermediário**”: 65% dos adolescentes entre 16 e 18 anos.

Pode-se reportar à Segunda Parte para a descrição desses grupos.

Quando Se Preocupar

Quer se trate de condutas de risco ou de grupos de risco, os “pisca-piscas” de riscos não são tanto qualitativos (este ou aquele tipo de conduta), mas sim quantitativos. Assim, deve-se levar em consideração:

- **a repetição** de uma conduta (vários acidentes de trânsito implicando fraturas ou lesões graves, comportamentos bulímicos repetidos, tumultos repetidos, absenteísmo escolar frequente, bebedeiras em várias ocasiões, etc.);
- **a duração** de uma mesma conduta durante um período de mais de três meses, ou até de seis meses e mais;
- **o acúmulo** de manifestações de sofrimento e/ou de desvio com o aparecimento de novas condutas associadas às anteriores;
- **as circunstâncias de vida** negativas tanto para o próprio adolescente quanto para o seu ambiente familiar (mudança de casa, doença ou acidente dos pais, desemprego, etc.).

Quando as condutas sintomáticas se repetem, perduram, associam-se entre elas e a cir-

cunståncias de vida negativas, é, na maioria das vezes, uma ilusão acreditar que “o tempo é o melhor remédio”, que basta esperar. Ao contrário, pode-se temer ou uma fixação em um tipo de dificuldades cuja repetição pode ter um efeito de designação para o adolescente, levando a uma patologia comportamental fixada (um “toxicômano”, uma “bulímica”, um “delinqüente”, etc.), ou um agravamento progressivo com um risco de descompensação em um estado psicopatológico patente (depressão grave, estado-limite, descompensação psicótica, etc.). Tanto em um caso como no outro, o processo de adolescência pode ser entravado, bloqueado ou “abortado”, isto é, interrompido em uma espécie de adultização de superfície abrindo-se às patologias do caráter.

Assim, é importante saber identificar essas condutas de risco. Para isso, pode ser interessante dispor de grades de análise sintomática que permitam uma avaliação quantitativa e temporal das dificuldades. Essa metodologia permite igualmente sensibilizar os adultos para os contatos com adolescentes em dificuldades e ajudá-los a distinguir melhor entre aqueles para os quais parece suficiente uma atitude de escuta empática e aqueles para os quais é preciso propor rapidamente uma estratégia de tratamento mais substancial.

ESCUTA E ACOLHIMENTO

Identificar os riscos (grupos ou condutas) só tem sentido se for seguido de uma resposta. A partir dos três grupos definidos anteriormente, com todas as reservas e precauções que uma tal esquematização implica, poderíamos fazer as seguintes proposições no que se refere à prevenção:

– O grupo “sem problema aparente” representa os adolescentes para os quais a prevenção não se justifica a não ser como informação. A análise discriminativa e evolutiva mostra que os adolescentes desse grupo são sensíveis ao acúmulo de circunstância de vida (ver p. 58): é uma informação sobre a higiene mental em geral que pode ser útil tanto a eles como à sua família. A informação sobre os riscos pela mídia provavelmente é útil, mas é muito difícil mensurar seus efeitos exatos.

– O grupo “intermediário” testemunha a vulnerabilidade natural do adolescente. Embora a informação também seja desejável, ela provavelmente não é suficiente. Para esses adolescentes, sem considerá-los como “potencialmente doentes ou desviantes” (não se trata evidentemente de aplicar esses qualitativos a 65% dos adolescentes de uma faixa etária!), é importante oferecer-lhes uma possibilidade de escuta e de encontro o mais dirigida possível. As equipes de adultos-substitutos, os pontos de escuta e de acolhimentos são, sem dúvida, um meio de prevenção e de cuidados primários desejáveis, deixando ao adolescente a iniciativa de procurar o adulto.

– O grupo “com problemas múltiplos” parece já envolvido em um processo de “pré-ruptura”. Para esses adolescentes, a prevenção geral ou dirigida é quase sempre ilusória, ineficaz ou mesmo nociva, por seus efeitos possíveis de incitação. A título de exemplo, os adolescentes que consomem drogas têm, em média, mais relações heterossexuais e homossexuais que seus iguais da mesma idade. Eles se sentem mais comprometidos com a AIDS e têm uma informação igual ou superior aos seus iguais sobre esse tema. Mas, lamentavelmente, eles duvidam mais da eficácia das modalidades de prevenção e utilizam menos o preservativo (Choquet, 1989). Essa dúvida, o risco que isso implica, a aparente contradição entre a informação reconhecida e o comportamento efetivo constituem o indício de um traço psicopatológico em curso de estruturação (pode-se considerar que se trata tipicamente de um ataque inconsciente ao corpo).

Para esses adolescentes inscritos no excesso (ver p. 356), parece necessária uma estratégia ativa, pois na maioria das vezes eles não pedem nada; na pior das hipóteses, começam por recusar qualquer forma de ajuda. A simples informação não basta mais; a prevenção “passiva” (esperar que o adolescente se manifeste ou que peça alguma coisa) é ilusória; trata-se aqui de “ir em direção” ao adolescente em uma atitude que se situa no limite da escuta e do tratamento.

Adultos Substitutos e Locais de Escuta

Todas as pesquisas mostram a dificuldade para um grande número de adolescentes de ter

acesso aos locais de consulta e de tratamento. Essa dificuldade é tanto maior na medida em que os adolescentes têm problemas múltiplos e vivem em um ambiente familiar e social de riscos. De forma mais lapidar: quanto mais eles estão doentes, menos consultam. Isso é um pouco menos verdadeiro quando o quadro familiar e social é de qualidade, mas mesmo nesse caso não é raro constatar um período longo (que pode chegar até 12-18 meses) entre o início dos sintomas ou os sinais de sofrimento, e a primeira consulta.

Por todas essas razões, parece necessário criar uma rede intermediária entre os adolescentes em seus locais de vida habituais, de um lado, e os locais de consulta tradicionais, de outro. Isso significa que o psiquiatra e o psicólogo deverão trabalhar em harmonia, em colaboração com uma equipe multidisciplinar constituída de adultos capazes de uma escuta discriminante, fundada não em uma subjetividade ansiosa, mas em uma capacidade de análise das manifestações de sofrimento do adolescente.

Poderíamos definir teoricamente o papel desses “adultos-substitutos” da seguinte maneira: 1) a escuta dos adolescentes pertencentes ao grupo “intermediário” e a tentativa de identificar aqueles cujos fatores de risco ou cujo sofrimento já expressado fazem temer um agravamento; 2) escuta “ativa” de adolescentes do grupo “com problemas múltiplos”, propondo-lhes um encontro suscetível de estabelecer um contato inicial que permita, em um segundo momento, o acesso ao tratamento.

Quem são esses adultos-substitutos?

No quadro da psiquiatria pública ou para-pública (associações diversas), eles fazem parte da equipe de tratamento de intersector ou de sector: enfermeiros psiquiátricos, educadores especializados, enfermeiros(as) de estabelecimentos escolares, trabalhadores sociais diversos [assistente social...]. Eles podem oferecer “plantões de escuta” nos diversos lugares, primeiramente escolas e colégios de ensino longo e profissional, os locais de formação profissional, os internatos escolares ou outros, as casas de bairro, as casas de jovens, os centros de informação e de orientação, etc.

Em certas áreas carentes ou de risco, esse procedimento ativo repousa quase sempre na motivação, no envolvimento e na habilidade de adultos pertencentes a pequenas estruturas

associativas. Ele pode chegar até mesmo a propor, por exemplo, um lugar de escuta em forma de “ônibus” estacionado em um local privilegiado (experiência Espace Vie Adolescence em Saint-Denis, Ile de France). Contudo, nesses bairros de subúrbio muito carentes, se o lugar condiciona a possibilidade de acesso a esses adolescentes em dificuldade, o trabalho de escuta deve consistir antes de tudo em restabelecer ligações em indivíduos inscritos em uma escalada de **negação** (dos sintomas, mas também do sofrimento, de sua identidade, de sua história), de **desafio** (da sociedade sentida como de rejeição, desqualificadora e desqualificada, etc.), de **delito** (último reconhecimento social “em negativo”) (Abboub).

Adultos em contato com adolescentes (professores, pessoal administrativo de escolas e colégios, pessoal municipal, treinadores esportivos, pessoal de serviços de polícia, etc.) podem igualmente ser sensibilizados e depois formados para esse tipo de escuta, em particular para os adolescentes do grupo “intermediário”.

A experiência cotidiana mostra que, em face das dificuldades dos adolescentes, muitos adultos se mostram às vezes indiferentes, mas na maioria dos casos ansiosos e desamparados. Essa reação agrava o mal-estar dos adolescentes e pode convencê-los de que não podem esperar nada dos adultos: interação de desconfiança e de rejeição potencial podendo abrir para uma escalada de provocações recíprocas. Do nosso ponto de vista, a informação dos adultos e a formação daqueles que se sentem motivados e interessados proporcionam as bases necessárias para uma escuta mais serena e confiante. Em geral, vários adultos com essa formação constituem “uma equipe de adultos-substitutos”, que se reúnem regularmente sob a supervisão de um consultante (psicólogo, educador, formador dessa equipe) para compartilhar as situações identificadas de adolescentes em dificuldade e definir uma “conduta a adotar”. Pessoas e lugares de escuta diversificados são assim facilmente acessíveis aos adolescentes, e constituem intermediários valiosos entre a escuta não específica e os lugares de cuidados especializados.

Para responder às expectativas e à solicitação dos adolescentes, esses lugares de escuta devem ser bem individualizados (horários, sala ou consultório precisos), de preferência com uma pequena distância dos horários escolares

(geralmente entre 12h e 14h ou no fim da tarde, no início da noite nos internatos), claramente diferenciados da relação hierárquica ou pedagógica habitual, portanto com um adulto que não esteja diretamente envolvido na escolaridade, na disciplina, na vigilância, etc., ainda que nem sempre seja fácil reunir todas essas condições.

A participação dos pais: embora esses lugares de escuta se dirijam antes de tudo aos adolescentes, a participação e o papel dos pais jamais podem ser ignorados. Quando um adolescente apresenta “problemas”, principalmente se são múltiplos, é do interesse e do dever do adulto-substituto solicitar rapidamente um encontro com os pais. Embora alguns adolescentes se mostrem hostis a isso inicialmente, a maioria deles aceita a idéia desse encontro. O próximo passo será então suscitar o interesse dos pais para esse procedimento. Sabe-se que a presença dos pais em uma primeira consulta aumenta a probabilidade de um acompanhamento posterior.

Acolhimento e Consulta

Os lugares de consulta situam-se no exterior das estruturas de tratamento, próximos de onde o indivíduo vive e circula.

Os lugares de acolhimento e de consulta geralmente são integrados a uma rede de tratamento, mesmo que estejam fora do hospital (centro médico-psicológico: CMP, centro de crise, CATTP, unidade noturna, etc.). Eles implicam por parte do adolescente e/ou da família uma postura ativa.

O acolhimento é um plantão oferecido por um médico ou um psicólogo ou, na maioria das vezes, por um enfermeiro ou por um trabalhador social com dias e horários fixos, mas que normalmente atendem sem hora marcada, pelo menos no primeiro contato. O acolhimento às vezes é precedido de um contato telefônico; o centro de acolhimento pode ser isolado e “banalizado” (apartamento, casa no bairro) ou integrado a um local de tratamento identificado como tal. Os plantões são oferecidos de preferência sempre pelas mesmas pessoas conforme o

dia e a hora, pessoas que estão em contato com os diversos adultos-substitutos.

A consulta inscreve-se inicialmente em uma dinâmica diferente. Ela é marcada por seu técnico: encontro previamente marcado com uma pessoa identificada em um lugar cuja função de tratamento é explicitada. Mesmo que seja possível e útil receber “em urgência” adolescentes e seu(s) genitor(es), a marcação prévia de um encontro representa uma mobilização de investimento e uma avaliação das capacidades de se inscrever em uma dinâmica de tratamento.

Quer se trate de acolhimento ou de consultas, é preferível uma rede de cuidados que ofereça múltiplas possibilidades, sobretudo em cidades médias ou grandes: CMP, lugar de acolhimento banalizado, consultas hospitalares, consultas do hospital-dia, consultas de urgência, etc.

As diversas pesquisas realizadas mostram que os adolescentes recebidos nesses lugares são encaminhados por outros médicos (pediatras, generalistas), psiquiatras, “adultos-substitutos” (trabalhadores sociais, pessoal escolar ou educativo), mas também que eles chegam ali às vezes por sua própria iniciativa ou da família.

Na pesquisa de Renard e colaboradores (1992), o contato é único em 41% dos casos (em 18% dos casos por recusa de uma próxima, em outros em razão de uma reorientação). Quando há uma continuidade, ela é:

- mais freqüente nos adolescentes mais velhos (16-20 anos) do que nos jovens adolescentes (12-15 anos);
- mais freqüente nos adolescentes acompanhados desde o início pelos pais ou por um deles do que nos que consultam sozinhos ou com um terceiro. Em compensação, a natureza do contato anterior não parece ser um fator discriminante (salvo quando o adolescente já era acompanhado por um psiquiatra).

A entrevista com o adolescente (ver descrição na p. 58) é simultaneamente um momento de avaliação e um momento terapêutico. É o momento preliminar a todas as decisões de orientação ou de tratamento a longo prazo. Geralmente se inscreve naquilo que se poderia chamar de uma “psicoterapia breve”, tal como descreveremos no próximo capítulo.

REFERÊNCIAS

- ABBOUB K. : Le toxicomane maghrébin. Sujet ou objet? *Transition*, 1987, 24-25.
- BAUDRY P. : *Le corps extreme : approche sociologique des conduites à risque*. L'Harmattan éd., Paris, 1991, 1 vol.
- BEROUD G., MENETREY A.C. : Les paradoxes du plaisir. In : *Adolescence et risque*. Syros éd., Paris, 1993, 237-245.
- BRACONNIER A. : L'ubiquité de la consultation. *Neuropsych. Enf. Ado.*, 1992, 40, 11-12, 606-608.
- CARTON S., LACOUR C., JOUVENT R., WIDLOCHER D. : Le concept de recherche de sensations. *Psychiat. et Psychobiol.*, 1990, 5, 39-44.
- CHARLES-NICOLAS A. : À propos des conduites ordaliques, *Topique*, 1984, 35-36, 207-229.
- CHOQUET M., LEDOUX S. : *Les drogues illicites parmi les 11-20 ans et les attitudes face au sida*, Rapport INSERM, Paris, 1989, 1 vol.
- MARCELLI D. : Entretien avec l'adolescent et son évaluation. Éditions Techniques, Paris, EMC *Psychiatrie*, 1991, 372, 13 A 10, 1-9.
- RENARD C.L., TORO P. : L'accueil des adolescents dans un dispositif psychiatrique parisien. *Neuropsych. Enf. Ado.*, 1992, 40, 11-12, 622-632.
- TURSZ A., SOUTEYRAND Y., SALMI R. : *Adolescence et risque*. Syros éd., Paris, 1993, 1 vol.

A Consulta Terapêutica

AS ENTREVISTAS DE AVALIAÇÃO-CONSULTAS TERAPÊUTICAS

Para Winnicott, a consulta terapêutica, por ocasião dos primeiros encontros, é a possibilidade de estabelecer um clima favorável, que permita um “encontro e uma troca relacional” entre o adulto e a criança, de modo que esta última possa expressar suas dificuldades: “é mais ou menos como se, por seus desenhos, a criança caminhasse ao meu lado e, até certo ponto, participasse da descrição do caso”. Winnicott constata que esse trabalho de explicação e de esclarecimento sustentado por uma troca relacional e afetiva com o adulto em uma disposição de empatia fundamental tem em si mesmo uma virtude terapêutica.

Contudo, Winnicott traça também os limites a essas consultas terapêuticas. De fato, para que elas sejam terapêuticas, é preciso:

- um pré-investimento e uma motivação dos pais na consulta e na pessoa do consultante;
- que a criança não encontre “uma família anormal ou uma situação social anormal” (assinalado por Winnicott);
- que o sintoma apresentado pela criança não seja sobredeterminado.

Com um adolescente, a consulta terapêutica responde à mesma lógica e conhece os mesmos limites que muitas vezes se omite de explicitar.

Essas consultas terapêuticas constituem parte integrante das entrevistas de avaliação com o adolescente e sua família, tal como foram descritas no Capítulo 3 (p. 58). De fato, a finalidade da entrevista clínica é dupla, e é preciso ter sempre em mente essa concomitância de objetivos. Em primeiro lugar, trata-se de um objetivo de avaliação nos diversos âmbitos da clínica psiquiátrica do adolescente (semiológico, nosográfico, psicopatológico, psicodinâmico, individual, interindividual familiar, etc.). Trata-se também de um objetivo terapêutico: em razão da revelação, do enunciado, das tentativas de esclarecimento, das diversas dificuldades e sintomas, as entrevistas podem ter um efeito terapêutico seguro. Limitar-se a uma coleta de informações, sem formular em contrapartida diversas proposições terapêuticas, pode representar para o adolescente e seu círculo próximo uma intromissão intolerável e estéril. As entrevistas com o adolescente devem ter sempre esta dupla função: avaliação, de um lado, projeto terapêutico, de outro.

A interação que se desenvolve durante a entrevista é um instrumento desse duplo proce-

dimento. A particularidade da entrevista com o adolescente é que essa interação adolescente-consultante, desde o início do encontro, faz parte de um investimento de caráter transferencial imediato e intenso. De antemão, o adolescente “atribui” ao consultante um estatuto, julgamentos e uma função que dependem estreitamente de suas próprias relações com suas imagens parentais e da maneira com ele integra o curso atual do processo de adolescência.

A importância e o imediatismo desse “investimento” apresentam um inconveniente e uma vantagem. O inconveniente é que ele pode obscurecer e tornar mais difícil a avaliação: salvo algumas exceções, o adolescente não tende espontaneamente a reconhecer que seus sintomas e seu sofrimento são pessoais. Em geral, ele atribui sua origem e sua manutenção a fatores externos: pais, professores, colegas, sociedade... Não é raro que ele tome a pessoa do consultante como um “representante” desses pretensos fatores externos; o consultante torna-se então “a causa” transferida das dificuldades do adolescente. Assim, certas condutas do adolescente podem surgir como manobras de sua parte para fazer com que o clínico reaja e para inscrevê-lo em um papel parental e/ou social específico. Na pior das hipóteses, o adolescente pode “reagir” às consultas por uma aparente e paradoxal exacerbação das condutas mais patológicas, o que pode levar o consultante a uma escalada de ações terapêuticas cada vez mais pesadas ou coercitivas.

Entretanto, esse encontro geralmente constitui para o adolescente a primeira oportunidade que lhe é dada de falar de seu mundo interior, de seus afetos, de suas emoções, de seus pensamentos, sonhos ou devaneios, sem ser julgado segundo padrões morais ou éticos, sem logo ser enquadrado em uma relação de autoridade tipo pai-filho. O consultante representa quase sempre o primeiro adulto que ele encontra que não é nem um membro de sua família, nem uma figura de autoridade (professor, educador, etc.). De uma certa maneira, o primeiro trabalho do consultante consiste em uma espécie de “aprendizagem” da nova relação, aprendizagem do procedimento reflexivo, da necessidade de esclarecimento, de enunciação, de delimitação das dificuldades e, ao mesmo tempo, do reconhecimento de sua origem intrapsíquica e não apenas relacional.

Nessas condições, a importância e o imediatismo desse investimento apresentam também uma vantagem, pois ele constitui um instrumento terapêutico valioso.

De fato, essa nova relação pode provocar em pouco tempo uma emergência de afetos até então desconhecidos, fugidios ou recalcados, uma mobilização rápida e intensa dos investimentos pulsionais e dos contra-investimentos defensivos. Isso explica, nos casos mais felizes, as melhorias ou mesmo o desaparecimento rápido das dificuldades após algumas entrevistas. É nesse sentido que as “entrevistas de avaliação” podem ser terapêuticas. P. Mâle referiu-se à “experiência emocional corretiva” para descrever esses encontros.

Elas também podem ser terapêuticas no âmbito das interações familiares quando a presença do consultante introduz um terceiro mediador no enfrentamento pais-adolescente ou modifica “alianças” que tinham a tendência a se cristalizar (“pai” em oposição a “adolescente-mãe” ou vice-versa: mãe em oposição a adolescente-pai). O consultante, por suas perguntas ou seu interesse na história (anamnese, mas também história da criança, do casal parental, da família) reintroduz a dimensão do tempo em um conflito que na maioria das vezes restringe-se ao instante.

De fato, a lembrança da primeira infância, a busca de sintomas ou simplesmente de condutas habituais, de traços de caráter da criança pequena, apresenta o duplo interesse de introduzir a dimensão do tempo e da história e de permitir ao adolescente entender uma parte de seu passado; muitas vezes isso ocorre pela primeira vez. O relato de acontecimentos traumáticos, como separação, doença ou hospitalização, e das reações da criança pequena pode ter um efeito catártico no adolescente e em seus pais. Os momentos de separação na infância, a maneira como eles foram geridos pela família e sua repercussão no desenvolvimento da criança constituem um bom modelo anamnésico que permite antever a qualidade do “trabalho de separação” que o adolescente viverá.

Mais especificamente, é interessante recordar com os pais, na presença do adolescente, o que os motivou a escolher seu nome, seu desejo da criança antes do nascimento e às vezes inclusive a forma como se conheceram. Também nesse caso, essas rememorações, quando elas

são possíveis, introduzem a dimensão do tempo, relativizam a intensidade atual das dificuldades, desempenham um papel catártico deslocando as linhas de conflito, abrindo novos espaços de curiosidade e de interesse, pondo para fora uma parte do recalque, etc.

Finalmente, a existência ou não de um tratamento “psicológico ou psicanalítico” anterior, cuja frequência é cada vez maior, representa muitas vezes, seja pela lembrança que ativa, seja por seu esquecimento, um indicador preditivo, ou pelo menos característico, da relação do sujeito e de seu círculo próximo com o “psicológico”.

Este procedimento, que decorre do que se poderia chamar de uma “avaliação empática”, tem, por si mesmo, uma força terapêutica segura, desde que se cumpram as pré-condições: pré-investimento do consultante pelo adolescente e por seus pais, ausência de interações patológicas rígidas e de situação social muito degradada, ausência de uma sobredeterminação sintomática demasiado grave.

O Esclarecimento da Demanda

O quadro dessas entrevistas de avaliação-consultas terapêuticas, como já definimos, com uma série de três a seis entrevistas, das quais pelo menos duas com o adolescente e seus pais (Marcelli, 1991), apresenta assim o interesse de uma avaliação da dinâmica individual e familiar, permitindo assegurar melhor as bases das proposições terapêuticas posteriores. É muito comum que o consultante alimente o sentimento de que entre a demanda do adolescente e/ou dos pais e sua eventual proposição de cuidados, existe uma distância considerável, e essa distância não vai se “resolver” por encantamento. Assim como se diz em um certo jargão: “é preciso que a demanda evolua”. O trabalho epidemiológico de Dazord e colaboradores (1993) confirma, aliás, esse sentimento subjetivo do consultante. Esta pesquisa parece mostrar que uma decisão terapêutica excessivamente rápida, já na primeira consulta, tende a levar ao abandono ou ao fracasso com mais frequência do que uma decisão tomada depois de um tempo de expectativa e de latência:

a principal hipótese que emerge desses resultados diz respeito à importância que

poderia ter sobre a evolução posterior do tratamento aquilo que é proposto ao final da primeira entrevista. Um acordo apressado demais poderia não ser acompanhado de uma evolução favorável. É possível que, ao contrário, um tempo de espera, em que se possa elaborar a demanda e construir uma verdadeira ligação terapêutica, seja o elemento mais importante a levar em conta.

É interessante que um procedimento epidemiológico chegue a essa constatação, muito próxima da impressão dos clínicos.

Obviamente, a espera não é procrastinação e não tem em si uma virtude terapêutica. Trata-se de uma espera “ativa”, feita de uma série de consultas próximas (a cada 15 dias-3 semanas, mais frequentes em caso de patologia de dimensão aguda ou crítica), durante as quais o consultante desenvolve essa ação de esclarecimento, de diferenciação de funcionamentos psíquicos, de perspectiva histórica, etc. Mas essa espera permite também avaliar a tolerância do adolescente e de seus pais em face da relativa frustração, julgar as possibilidades de aliança terapêutica ou, ao contrário, o aparecimento de resistências, apreciar a capacidade de perseverar na demanda e no procedimento ou, ao contrário, a tendência a parar logo (seja porque houve uma ligeira distensão ou melhora, seja, ao contrário, porque o primeiro encontro “não serviu para nada”: ver p. 61, A sequência das entrevistas). Examinaremos o problema da aliança terapêutica no próximo item.

Quadro Formal e Gestão das Consultas

De um ponto de vista técnico, trata-se sempre de encontros face-a-face, às vezes relativamente longos (60 minutos) para que se estabeleça um clima de confiança e para que o período inicial de resistência e de conformismo relacional possa ser superado. Uma questão específica deve ser esclarecida: ela diz respeito à **gestão das consultas**, sobretudo quando se trata de encontros intermitentes. Convém deixar que o adolescente marque ele próprio as consultas “a pedido” ou, ao contrário, é preferível propor-lhe, ou mesmo impor-lhe, uma consulta? A técnica das consultas a pedido foi muito preconizada; a nosso ver, ela deveria ser reservada apenas aos adolescentes que apresentam dificuldades

menores, que desenvolveram um interesse por seu mundo psíquico interno, que estabeleceram com o terapeuta uma relação de confiança sem qualquer tipo de sedução edipiana ou de submissão infantil. Nessas condições, pode-se deixar o adolescente livre para avaliar a ajuda potencial que ele espera da entrevista e do terapeuta. Evidentemente, esses casos são pouco numerosos e traduzem dificuldades mínimas. Na maioria dos casos, a situação é diferente. De fato, deixar o adolescente livre para retomar o contato geralmente representa um risco para ele, mais do que uma vantagem. Em primeiro lugar, a passividade do adolescente, passividade que costuma ser tanto maior na medida em que a doença é um obstáculo importante; em segundo lugar, o adolescente às vezes recebe o excesso de excitação pulsional que sente estando livre para marcar a consulta, e teme que sua demanda seja entendida como uma submissão a essa excitação pulsional e, conseqüentemente, como uma submissão ao terapeuta; por último, e esta última eventualidade é freqüente, o adolescente alimenta o sentimento de que o terapeuta o abandonou, que se desinteressou dele e de seu mundo psíquico interno não lhe concedendo uma consulta precisa. Por todas essas razões, as entrevistas “a pedido”, ao contrário de certos discursos que veiculam os clichês habituais sobre a necessidade de “se cuidar”, “de expressar sua demanda”, etc., não devem constituir a regra geral. Do mesmo modo, no caso de ausência em uma consulta, quando não se trata de uma psicoterapia formalizada e regrada em que a ausência assume um significado diretamente transferencial, deixar o adolescente livre para recontatar o terapeuta apresenta os mesmos riscos, aos quais se acrescenta um sentimento de culpabilidade às vezes não superável. Em nossa experiência, a proposição de uma nova consulta enviando uma carta ao adolescente sempre foi bem recebida e vista por ele como uma marca de interesse e de atenção. Assim, é necessário muitas vezes “impor” essa consulta ao adolescente, mas temos de definir brevemente o que queremos dizer com “impor”. Naturalmente, não estamos falando aqui de uma pressão material concreta que obrigaria o adolescente a vir à consulta. Em contrapartida, isso quer dizer que explicitamos claramente para o adolescente nossa preocupação com seu mundo psíquico e com seus conflitos internos, nossa convicção de que podemos ajudá-lo e de

que essa ajuda é essencial, nosso desejo de não deixá-lo se degradar ou mergulhar em condutas cada vez mais patológicas. Formulado em outros termos, impor essa consulta representa muitas vezes o primeiro limite, a primeira demarcação que o terapeuta coloca no espaço geralmente caótico e conflituoso do adolescente.

A Distância Relacional

Todavia, se uma atitude “ativa” é necessária, esta deve estar sempre a serviço do esclarecimento, e mesmo da explicação (parece necessário explicar por que lhe fazemos certas perguntas), e deve evitar dois perigos: o da sedução e a crença na magia.

Para qualquer adolescente, ser ouvido com atenção, ter o sentimento de ser finalmente compreendido, não ser contestado diretamente nas opiniões emitidas certamente despertará um interesse, imediatamente sentido como uma ameaça de sedução. O adolescente pode ter um sentimento de atração, que logo constituirá para ele uma ameaça narcísica potencial: a efração narcísica está à altura da avidez objetal.

A emergência desse sentimento de sedução geralmente amplifica as condutas sintomáticas, exacerba as defesas e pode conduzir a uma ruptura com o consultante, justamente para controlá-lo.

A crença na magia atribui ao consultante e ao procedimento clínico uma onipotência na qual o adolescente às vezes é tentado a se refugiar no início, mas que exacerbará rapidamente os componentes mais patológicos da personalidade (passividade/submissão artificial ou, ao contrário, rebelião intempestiva, etc.), e tornará mais difícil o processo terapêutico.

Assim, essas consultas devem procurar estabelecer a “boa distância” entre o adolescente e o consultante a partir da qual esse trabalho de reflexão-introspecção em presença de um outro se torna possível. Essa avaliação permite igualmente ter a medida da motivação para uma eventual psicoterapia a longo prazo.

Entendemos como motivação um conjunto de três variáveis que nos parecem indispensáveis para que um adolescente se comprometa duradouramente em um tratamento psicoterápico e *a fortiori* analítico, qualquer que seja o diagnósti-

co colocado em termos estruturais ou nosográficos. Essas três variáveis são as seguintes:

- Uma curiosidade suficiente em relação ao mundo psíquico interno. De fato, certos adolescentes demonstram um interesse por seus pensamentos, seus devaneios, seus sonhos, desejam compreender o porquê de seus pensamentos e de seus estados afetivos. Outros, ao contrário, estão permanentemente em busca de um objeto, de uma causa externa, em uma atitude, se não projetiva, pelo menos exteriorizante, que os impede de dar qualquer atenção ao seu mundo representacional interno.

- Uma ansiedade e um mal-estar capazes de fazer o adolescente sofrer e um reconhecimento dessa ansiedade e desse mal-estar como coisas suas. Esse mal-estar difuso e esse sofrimento devem manter-se num certo nível de moderação para não precipitar o adolescente em um estado de desmoronamento; porém, devem existir e persistir pelo menos no início do tratamento. Esse mal-estar representa a melhor das motivações para aderir a um procedimento psicoterápico.

- Uma fadiga diante da percepção de que os acontecimentos se repetem, de que “isso sempre recomeça”. Essa percepção iniciante da compulsão de repetição também representa um dos fatores de motivação essencial para aderir à psicoterapia.

Evidentemente, é raro que essas três variáveis estejam presentes já nas primeiras entrevistas. Poderíamos dizer que o objetivo terapêutico destas é justamente o de levar esses fatores de incitação à consciência do adolescente quando o terapeuta considera que será necessária uma psicoterapia. Em particular, é o papel e a meta da estratégia de esclarecimento, de delimitação dos funcionamentos psíquicos e da insistência na interiorização desses objetivos.

O Término dos Encontros: A Proposição Terapêutica

O término dessas avaliações-consultas deve ser pontuado por uma entrevista em que o clínico participa ao adolescente e aos pais suas constatações, seu parecer e as proposições tera-

pêuticas apropriadas. Na verdade, é muito comum instaurar um quadro de dimensão psicoterápica sem que em nenhum momento se tenha formulado uma indicação clara. Se para alguns casos isso pode ser positivo, evitando reações de recusa imediata, na maioria das vezes os adolescentes acabam por interromper os encontros com a sensação de terem sido enganados, manipulados, empurrados contra sua vontade para um tratamento e para uma relação que eles não desejavam.

Assim, é necessário pontuar esses cinco ou seis encontros por um “balanço”. A informação deve ser dada ao adolescente em termos tão claros e precisos quanto possível, sem complacência e sem omitir as dificuldades, insistindo ao máximo na dimensão endopsíquica e naquilo que se pôde perceber das zonas de sofrimento ou de mal-estar do adolescente. Os transtornos manifestos da conduta serão relacionados a essas dificuldades internas, focalizando o eixo psicopatológico que parece predominante. É claro que isso é enunciado como sendo a opinião do clínico, formulada em função de sua experiência e daquilo que o adolescente em questão lhe mostrou. A angústia em seus diversos aspectos, a luta contra uma ligação de dependência que o adolescente quer manter recalcada ou clivada, os momentos depressivos, o ódio ou a violência contra o corpo ou uma de suas partes, as fantasias sexuais inquietantes ou excitantes demais, os sonhos ou os pesadelos e suas relações com a vida consciente serão pontos sobre os quais o clínico insistirá: o objetivo é romper a explicação habitual dos atos do adolescente em termos puramente reacionais ao seu círculo próximo. Quando o ambiente (família, ambiente social, etc.) é excessivamente patológico ou desorganizado para permitir ao adolescente realizar um tal trabalho, a necessidade de um rearranjo concreto (hospitalização, lar, internato, etc.) deve ser claramente enunciada como sendo a condição prévia, sem formular um julgamento moral sobre esse ambiente.

Portanto, as proposições terapêuticas são formuladas com seus objetivos, seu quadro, suas modalidades. Durante essas consultas, os esclarecimentos ou interpretações pontuais costumam ter um efeito mobilizador: isso pode constituir um exemplo esclarecedor do que será o trabalho psicológico proposto; o mesmo se aplica aos efeitos de um tratamento medica-

mentoso. Deve-se estabelecer uma clara distinção entre esses dois tipos de tratamentos caso se julgue necessário realizá-los conjuntamente (psicoterapia e tratamento quimioterápico), especificando seus quadros respectivos por meio de uma terapia bi ou plurifocal (médico, psicoterapeuta, trabalhador social, etc.).

O consultante expõe ao adolescente o que ele dirá aos pais e o que ele considera como sendo o problema pessoal que diz respeito apenas ao próprio adolescente (para facilitar o rompimento da ligação quase sempre patológica com “objetos” parentais). Quanto aos pais, ele também dará seu parecer sobre o aspecto patológico ou não das condutas em questão, associando-as mais à vivência afetiva responsável (angústia, depressão, ansiedade, mal-estar, etc.). Nessas informações, é preciso evitar dois obstáculos. Por um lado, é inútil e inclusive nefasto reforçar a explicação “reacional” das dificuldades do adolescente: se ele é assim (ou faz assim) é porque vocês (ou ainda: os professores, a sociedade, o bando de amigos, etc.) são como são. Por outro lado, é necessário preservar a intimidade do adolescente no que se refere às suas fantasias, às suas angústias secretas, à sua violência irada, ao seu desejo de passividade, etc.

Essa maneira de definir o quadro dessas “consultas preliminares” oferece várias vantagens:

- No primeiro ou no segundo encontro, propõe-se um objetivo claro ao adolescente que não lhe dê a sensação de ser “engolido” em uma relação sem fim, fantasia freqüente no início do procedimento de consulta. O adolescente tem a sensação justificada de que ele domina a situação e de que poderá interromper a relação ao final da avaliação. De certa forma, ele fica mais livre para investir essas entrevistas do que se fosse invadido pelo temor “de que isso não vai acabar mais”. Em todos os locais de consultas especializadas para adolescentes, constata-se com freqüência o grande número de primeiras entrevistas sem continuidade. Parece-nos que, com essa técnica de avaliação, as primeiras entrevistas sem continuidade são menos numerosas. Em nossa experiência pessoal, certamente há algumas interrupções logo após a primeira ou a segunda entrevista, mas não são os casos mais freqüentes (cerca de 10 a 15% dos pacientes). A grande maioria dos adolescentes prossegue a investigação até o final.

- Essas entrevistas funcionam como verdadeiras “psicoterapias breves” quando as dificuldades dos adolescentes são mínimas; quando elas estão ligadas essencialmente à atualidade do processo de adolescência; quando elas não traduzem transtornos sobredeterminados que se situem em níveis psicopatológicos diferentes. Ao final dos encontros, as dificuldades terão desaparecido ou se atenuado sob o efeito da tomada de consciência ou graças a alguns rearranjos realizados. Diante desses fatos, o consultante pode propor ao mesmo tempo um diagnóstico de “normalidade” e o fim do tratamento. Essa estratégia evita qualquer designação patológica, ao mesmo tempo em que produz um efeito terapêutico seguro (30 a 40% das avaliações concluem dessa maneira).

- Quando é preciso propor um tratamento, essas entrevistas terão proporcionado tempo e meios ao consultante para avaliar os diversos parâmetros, como já se disse anteriormente, mas também terão permitido ao adolescente (e a seus pais) “aprender” que benefício se pode tirar desses encontros e que tipo de trabalho pode ser realizado para abordar, aprofundar, compreender, circunscrever, canalizar, solucionar as dificuldades em questão. Essa aprendizagem de uma nova relação nos parece um dado essencial. Para o conjunto dos adolescentes que consultam, a metade (40 a 50%) receberá a indicação de tratamentos diversos, que serão aceitos por metade deles (20 a 25%). Restam, portanto, entre 20 e 25% de adolescentes que, segundo o consultante, têm necessidade de um tratamento, qualquer que seja, mas que eles próprios e/ou seus pais recusam. Para estes, podem ser considerados diversos compromissos, arranjos ou, na pior das hipóteses, uma solução impositiva.

A ALIANÇA TERAPÊUTICA CONSULTANTE-ADOLESCENTE- GENITOR

Definiremos a aliança terapêutica ou a aliança no tratamento como a possibilidade de que o terapeuta, o adolescente e o(s) genitor(es) concordem quanto ao reconhecimento de um problema e de sua natureza e quanto aos meios necessários para empreender sua resolução ou,

pelo menos, para tentar empreendê-la. Evidentemente, esse reconhecimento e esse acordo sobre os meios a empregar são objeto de uma ambivalência que testemunha inelutáveis resistências inconscientes de uns e de outros. Contudo, existe em geral, em um ou outro membro da família, uma parte consciente desejosa de ver mudar o curso das coisas no sentido de uma melhoria ou, no mínimo, de uma minoração do sofrimento.

O conceito de aliança de trabalho não pertence à teoria psicanalítica. Ele foi desenvolvido no quadro da “psicologia do ego” dos autores anglo-saxões e traduzia uma identificação parcial e temporária do paciente com o analista, permitindo ao primeiro “trabalhar” sobre suas próprias resistências como faria o analista (Grenson, 1977).

Preferimos utilizar os termos aliança terapêutica ou aliança no tratamento para evitar a expressão aliança de trabalho, utilizada sobretudo no campo da psicanálise, e que caiu um pouco em desuso, embora se trate de um conceito muito interessante e útil.

No quadro das primeiras consultas, porém, a atenção do clínico deve estar voltada para essa aliança terapêutica, que requer certas condições para se desenvolver:

- O reconhecimento de que as dificuldades do adolescente são próprias a ele. As dificuldades traduzem sua confusão e não têm como intenção primeira agredir a pessoa dos pais.
- O reconhecimento de um sofrimento próprio a cada um, o adolescente, de um lado, o pai ou a mãe, ou ambos, do outro.
- A convicção de que as dificuldades podem ser atribuídas a um fator psicológico e que elas justificam um trabalho de reflexão sobre si mesmo e a família; elas implicam, portanto, falar de si.
- A aceitação de que será necessário um certo tempo até encontrar um melhor equilíbrio, mesmo que a esperança de um tratamento mágico persista sempre.

Obviamente, essas condições de uma aliança no tratamento não estão presentes desde a primeira entrevista, a não ser em alguns casos raros. A seqüência dos encontros tem como objetivo justamente procurar desenvolver essas alianças no tratamento entre as pessoas presentes nas consultas.

Deve-se avaliar o reconhecimento dos limites de si de cada pessoa, a importância dos processos projetivos, a aceitação de que todos possuem uma zona de segredo em relação aos outros, a capacidade de cada um de sentir uma empatia, por mínima que seja, pelo sofrimento dos outros (tanto no sentido pais-adolescente como no sentido adolescente-pais), a tolerância à frustração e a um mínimo de angústia.

Entendendo-se nesses termos a aliança no tratamento, e considerando-se os dois genitores e o adolescente, pode-se dizer de forma um pouco esquemática que:

- com apenas um ou nenhum aliado o terapeuta não pode fazer praticamente nada;
- com dois aliados, é possível em geral estabelecer um quadro terapêutico;
- com três aliados, será fácil pôr em prática o tratamento, e também eficaz, salvo em alguns casos de aliança de fachada.

Quem são os “aliados” do terapeuta?

Do Lado do Adolescente

Um adolescente pode procurar espontaneamente uma ajuda psicológica. Mas isso é raro. Tipicamente, trata-se de uma menina, mais na segunda parte da adolescência (16-18 anos), apresentando manifestações neuróticas de intensidade moderada, mas com uma grande ansiedade, cujos pais trabalham na área de ensino, médica ou psicológica, ou que tenham eles próprios realizado uma análise ou uma psicoterapia.

Regra geral, não apenas o adolescente não pede nada, como ele também se opõe à demanda de seus pais, pelo menos no início. É preciso assinalar um paradoxo da posição do consultante para a adolescência e com o adolescente: o encontro com um psiquiatra ou com um psicólogo clínico sempre mobiliza um temor ou uma fantasia onipresente em todo adolescente, tanto mais oculta quanto ele tema seus efeitos: trata-se do temor de ser anormal ou da fantasia de ser louco. No mínimo, o adolescente se pergunta se seus pensamentos, desejos, devaneios, sonhos “são normais ou anormais”. “Será que eu sou normal?” é uma pergunta que o adolescente se

faz com frequência. Ainda mais profundamente, o adolescente pode ser invadido pelo “medo de ser louco” ou até mesmo desenvolver a convicção “de ser realmente louco”; algumas das condutas mais desviantes podem constituir uma luta contra essa fantasia ou uma manobra paradoxal para confirmar e acabar com a dúvida. Nessas condições, o encontro com o psiquiatra pode ser visto como a confirmação dos temores ou, pelo menos, como o reforço da dúvida e do sofrimento ligado a ela. A atualização dessa fantasia diante do encontro atual explica por que as condutas mais patológicas se exacerbam justamente nesse momento.

É preciso considerar também que alguns comportamentos considerados patológicos pelas pessoas próximas, muitas vezes representam para o adolescente uma tentativa de lutar contra “sua loucura”: sua parte “sã” se rebela contra sua parte doente. É essa parte “sã” que, ao mesmo tempo, se expressa por condutas ruidosas e se opõe aos encontros com a loucura que o “psi” representa. Essa posição nos parece bastante específica, diferente do que se observa na criança, para quem o consultante logo se torna um aliado do lado da saúde psíquica, e no adulto, que deposita mais facilmente no consultante sua parte doente. Na adolescência – e isso é tanto mais verdade na medida em que o adolescente não está bem –, existe uma luta intensa e ativa entre os componentes do ego, as exigências pulsionais e os representantes edípiacos, pois o adolescente ainda não renunciou a evacuar sua parte patológica ou aceitou reconhecê-la como sua.

Contudo, o adolescente nem sempre recusa esse pedido de consulta por negar suas dificuldades e por projetar no consultante seu temor patológico. Essa recusa pode inscrever-se também na dinâmica do processo psíquico da adolescência em particular mediante uma atitude de oposição ou, inversamente, de identificação com um de seus genitores. A oposição geralmente testemunha escolhas antiedípicas e participa do movimento de desidealização parental. A identificação se faz habitualmente com o genitor que recusa a consulta e testemunha então um conflito parental patente ou latente.

Da parte do adolescente, portanto, a recusa em consultar é habitual. Mas isso não tem apenas uma significação intrapsíquica: a recusa inscreve-se igualmente em uma estratégia interativa sobretudo quando os pais ou um deles de-

sejam essa consulta. No campo das interações familiares, essa recusa do adolescente pode ter os seguintes objetivos:

- avaliar a capacidade dos pais de pedir ajuda e, sobretudo, de se abrir para o exterior;
- considerar a determinação dos pais no processo de tratamento;
- pôr à prova a coerência do casal parental;
- lutar contra um processo de designação patológica.

As duas primeiras possibilidades fazem parte daquilo que se pode chamar de normalidade: as duas outras se encontram principalmente nas famílias em que predominam as interações desviantes e/ou patológicas. Voltaremos a isto.

Quando os pais são os demandantes e essa demanda não é encoberta por uma grande ambigüidade, quando eles evitam designar de forma projetiva seu adolescente, quando eles incluem a si próprios na demanda e expressam um certo sofrimento, é raro que o adolescente, apesar de sua recusa inicial, não acabe aceitando ao menos passivamente a consulta. Os poucos casos de recusas persistentes talvez afetem um pouco mais os meninos do que as meninas, e traduzem sempre interações familiares muito patológicas.

Em compensação, quando o adolescente aceita o princípio das consultas, não é excepcional – ao contrário, é até bastante comum – que logo se torne um aliado real do consultante, pois ele vê nesse encontro a possibilidade de um diálogo, de um esclarecimento de suas dificuldades e muitas vezes de uma distensão sintomática bastante rápida (ver item anterior).

Do Lado dos Pais

Os pais às vezes não pedem nada, seja porque são ausentes, não existem, foram destituídos de seus direitos, etc. Essa é uma situação sempre difícil para um adolescente encaminhado por pressão dos educadores ou da família ampliada, na medida em que a demanda de consulta é particularmente ambígua, pois ela tem como motivo uma conduta ou um sintoma que lembra um pouco mais ou um pouco menos aqueles apresentados pelos pais ou por um deles.

Há os casos também em que, mesmo estando presentes, os pais só comparecem por uma pressão externa: escola, serviço educativo, juiz de menores, brigada de menores, etc. A sucessão de entrevistas permite então avaliar a motivação mínima ou a importância da pressão social. Nessas situações, é preciso recorrer em geral a um rearranjo do quadro de vida, pois frequentemente é impossível conseguir uma mobilização familiar suficiente para estabelecer um quadro terapêutico duradouro.

Inversamente, os dois genitores podem ser os demandantes. Na maioria dos casos, eles percebem a angústia ou o sofrimento de seu filho, e se dispõem a realizar um trabalho de reflexão. Qualquer que seja a gravidade da patologia, pode-se chegar a um acordo sobre a indicação terapêutica, e as consultas permitirão ao adolescente investir esse espaço de pensar, apoiando seu processo no pedido dos pais. Contudo, a aliança imediata com os pais pode ter para eles uma função de projeção, designando de forma patológica seu adolescente e enquistando nele a loucura das transações familiares. Essa situação é mais rara, mas inscreve-se quase sempre em um funcionamento de tipo psicótico predominante. Ela justifica então um período de abordagem familiar para delimitar os sintomas e os funcionamentos psíquicos individuais, pois a centração no adolescente geralmente conduz a um recrudescimento sintomático e a rupturas terapêuticas rápidas.

Mas o caso mais frequente é aquele em que a demanda e a aliança no tratamento envolvem apenas um dos genitores. Essa situação não é rara na criança, mas não tem as mesmas consequências, pois os jogos identificatórios aqui não estão muito próximos nem são muito urgentes. Evidentemente, essa não-congruência de demanda entre os pais toma sentidos diferentes. Se tivéssemos de estabelecer uma escala de gravidade, situaríamos nos níveis de menor gravidade o caso do genitor que delega a outro (em geral a mãe) a responsabilidade pelas crianças para se dedicar ao seu trabalho. Trata-se de uma situação banal que pode trazer a normalidade. Em um grau suplementar, o genitor pode tentar evitar ou fugir aos conflitos, em particular com o adolescente em uma dimensão fóbica, por exemplo. A um grau a mais de patologia, a não-congruência não traduz simplesmente a passividade de um dos

genitores, mas também uma conflituosidade parental subjacente, e o adulto não demandante pode ser designado pelo genitor demandante como o responsável, o faltoso, aquele de onde vem a patologia do adolescente; finalmente, o máximo da não-demanda de um dos genitores pode chegar até à recusa patente. A recusa de um dos genitores geralmente testemunha um temor de designação patológica, idêntica à do adolescente, e geralmente é acompanhada de uma coalizão transgeracional patológica.

De fato, a não-congruência de demanda entre os dois genitores deve ser relacionada com a demanda (ou a não-demanda) do adolescente. De forma um pouco artificial, podemos distinguir as seguintes configurações:

Genitor demandante-genitor passivo-adolescente indiferente. – Configuração não excepcional da banalidade familiar, a aparente indiferença ou passividade do adolescente é calcada em parte na do genitor; ao mesmo tempo, as condutas patológicas em questão (declínio escolar, conduta de oposição, sintoma neurótico, etc.) são o motor da mobilização familiar. A seqüência das entrevistas é particularmente útil para o desenvolvimento progressivo das alianças de tratamento e para a expressão diversificada das demandas de cada um. É nessa constelação que a avaliação pode servir também como consulta terapêutica ou como psicoterapia breve, porque ela permite uma mobilização, reorganizações de investimento, um redirecionamento pulsional, etc.

Genitor demandante-genitor recusante e/ou hostil-adolescente recusante e/ou hostil. – Essa situação geralmente traduz uma coalizão agressiva entre o adolescente e um de seus genitores contra o outro. O genitor demandante sofre, percebe as dificuldades do adolescente. Mas, qualquer que seja sua patologia, esse adolescente se apóia na atitude do genitor recusante, reforçando um processo de identificação geralmente patológico. É evidente que nessas famílias os processos projetivos se situam no primeiro plano, do mesmo modo que os efeitos de “designação patológica”. Contudo, quando o desentendimento parental é patente (pais separados ou divorciados), o adolescente encontra um espaço de pensamento e de autono-

mia maior do que quando o desentendimento parental é mascarado por uma ligação conjugal preservada na aparência. Nesse caso, obviamente, uma abordagem familiar é um prerequisite indispensável.

Genitor demandante-genitor recusante e/ou hostil-adolescente aquiescente e/ou demandante. – Esse tipo de situação requer uma avaliação cuidadosa, porque não é rara e pode recobrir dinâmicas familiares muito diversas, ou mesmo opostas. A aliança genitor-adolescente pode efetivamente testemunhar uma ligação de empatia entre eles e um reconhecimento mútuo das dificuldades do adolescente, sendo que a recusa do outro genitor não tem um papel ativo nessa ligação. Mas, às vezes, essa aliança genitor-adolescente pode testemunhar uma coalizão para designar o terceiro como responsável pela patologia e pelo sofrimento (mãe e filha consultam para relatar seu sofrimento, uma por ter um tal pai, a outra por ter um tal marido), ou ainda, e de forma mais sutil, para denunciar ao adolescente e por intermédio dele a parte patológica do outro genitor. Essa dinâmica é particularmente “perversa”, pois ela conduz a um duplo reforço de uma ligação edipiana patológica entre o genitor ausente e hostil e os sintomas do adolescente, de um lado, e a demanda “comum” do genitor e do adolescente, de outro (a mãe designa em seu filho um traço do pai identificado por ela como patológico, o que o filho confirma por suas condutas e sua demanda superficial). Neste último caso, a aparente aliança não deve iludir. Quando há um verdadeiro envolvimento terapêutico, é grande a possibilidade de vê-la ceder sob o impacto de mecanismos projetivos. Isso justifica a importância das proposições concretas de rearranjo do quadro de vida e a necessidade de um tratamento plurifocal se for indicada uma psicoterapia.

Essas observações levam a modular a fórmula proposta inicialmente: se com três aliados normalmente se consegue estabelecer um quadro terapêutico eficaz sem modificar o quadro de vida familiar, se com nenhum aliado poucas coisas são possíveis, com um ou dois aliados é indispensável uma avaliação da dinâmica familiar antes de propor um tratamento. Os arranjos do quadro de vida que põem em

jogo uma eventual separação (hospitalização, mas principalmente instituição terapêutica, internato) são muitas vezes necessários sobretudo em caso de aliança transgeracional patológica (ver item “As terapias familiares”, no Capítulo 23).

A OBSERVÂNCIA TERAPÊUTICA

Optamos pelo termo “observância”, oriundo do francês antigo e que certamente tinha uma conotação religiosa (ação de observar uma regra religiosa e, por extensão, todo tipo de lei), mas que, justamente por essa origem, traduz o respeito à regra proposta, em vez do termo anglo-saxão “*compliance*”, transposto tal qual, para significar o respeito a prescrições médicas, e longe do sentido específico francês.¹

A observância terapêutica deve ser distinguida da aliança terapêutica: sem dúvida, existe uma intersecção entre seus respectivos âmbitos, mas eles não se confundem.

Assim, pode-se imaginar um adolescente com o qual o consultante mantém uma boa aliança terapêutica, mas que, por diversas razões, em particular de dimensão neurótica, se mostra incapaz de respeitar as “prescrições”, sejam elas do registro interativo (falta à consulta), medicamentoso (não utilização de produtos prescritos ou consumo de um produto “proibido”) ou institucional.

Inversamente, existem situações em que o adolescente demonstra uma notável observância, mas em que não existe uma verdadeira aliança terapêutica; algumas pacientes anoréxicas pertencem a esse quadro.

A questão da observância terapêutica é bastante recente. Primeiramente, ela atraiu a atenção dos médicos somáticos, em particular no quadro de doenças crônicas (diabete insulino-dependente, insuficiência renal, etc.) ou de pres-

¹ Em pneumologia, a *compliance* traduz a elasticidade pulmonar, variação do volume pulmonar secundária à variação de pressão transpulmonar. [N. de T. Traduzido para o português, o termo inglês *compliance* significa concordância, aquiescência, complacência, adesão.].

crições de longo prazo (contraceptivos orais). A população adolescente logo foi designada nos textos anglo-saxões como “*not compliant*”.

Definição, Campo de Pertinência

A observância é definida como o grau de concordância entre o comportamento de um indivíduo em termos de medicação, de seguimento de regime, execução de mudança de estilo de vida e a prescrição clínica.

Antes de abordar a questão na adolescência, é importante esclarecer que:

- todos os estudos no adulto revelam taxas elevadas de não-observância em torno de 50%;
- em psiquiatria do adulto, a não-observância apresenta taxas idênticas (24 a 48% para os antidepressivos, 20 a 40% para o lítio), e mesmo superiores (61% de má observância nos tratamentos com neurolépticos em um período de dois anos) (Schmitt, 1992);
- em medicina somática, a questão da observância e da não-observância é um tema muitas vezes subversivo, diante do qual o médico se sente desamparado, ou mesmo julgado;
- os parâmetros que intervêm no nível de observância são muito numerosos, em função do:
 - tipo do âmbito em que a observância é avaliada: consulta médica, acompanhamento reeducativo, regime, limitações diversas, exploração, consultas, etc.,
 - tipo de tratamento: curativo, sintomático, preventivo, de duração breve ou prolongada, da importância dos efeitos secundários,
 - tipo de doença: aguda, crônica, aguda e prolongada, de evolução linear ou por surtos, com ou sem sintomas.

A esses parâmetros “externos”, é preciso acrescentar os parâmetros ligados ao próprio paciente (personalidade, idade, grau de autonomia, etc.), ao médico e à relação médico-paciente...

Finalmente, é preciso distinguir a não-observância da recusa: essa última é claramente expressada pelo sujeito (ou seus representantes: os pais).

Observância na Adolescência

Contudo, é preciso estabelecer uma diferença nítida entre a observância na criança e a observância na adolescência: é provável que essa comparação esteja na origem do fato de que a não-observância é considerada como importante na adolescência.

De fato, os pediatras foram os primeiros a voltar a atenção a esse problema nas crianças doentes crônicas ao chegar à adolescência. Enquanto a criança e os pais se mostravam geralmente dóceis, respeitosos, às vezes inclusive “superobservantes”, na adolescência dos pacientes, a doença crônica até então estabilizada e controlada, bruscamente se tornava instável, os parâmetros biológicos ficavam incompreensíveis, etc. Na literatura, os termos dissimulação, mentira, trapaça aparecem para “qualificar” o comportamento de adolescentes doentes crônicos em face de sua doença e dos cuidados que ela exigia.

Outro âmbito em que o adolescente adquire a “reputação” de não-observância é o das consultas. A ausência aos encontros é freqüente. Também nesse caso, essas ausências contrastavam fortemente com a presença regular da criança doente crônica no encontro com o pediatra. Além disso, os adolescentes não voltavam às consultas propostas após uma primeira entrevista, mesmo que nela tivessem concordado em comparecer a um próximo encontro. Assim, para Litt (1983), apenas 39% dos adolescentes suicidas compareciam a uma segunda consulta. Esse fato é bastante conhecido nos locais de consultas psiquiátricas, onde freqüentemente os adolescentes não retornam após o primeiro encontro.

Atualmente, a eventualidade da não-observância deve ser levada em conta e integrada à relação médico-paciente como uma componente natural do sujeito em face das “prescrições” médicas. Ela deve ser distinguida da aliança terapêutica. Isso é particularmente importante no caso do adolescente: uma boa “aliança terapêutica” adolescente-médico deveria possibilitar que se abordasse abertamente a possibilidade e as razões de um comportamento não-observante, sem pôr em perigo a continuidade da relação e sem atribuir-lhe a dimensão de uma pseudo-obediência de fachada. As conseqüências da não-observância são numerosas e podem levar a atitudes negativas ou a escaladas nocivas:

- ausência de melhora sintomática (que não é constante: também há melhoras apesar da não-observância);
- má avaliação da eficácia do tratamento;
- aumento das doses e adição de novas prescrições;
- multiplicação de análises e de exames complementares;
- hospitalização abusiva;
- erro nos resultados de dosagens, etc.;
- uma prescrição secundária com risco de escalada e de dependência;
- estoque de produtos com o risco de utilização impulsiva por parte do paciente (tentativa de suicídio).

Portanto, a não-observância é uma possibilidade a ser levada em conta pelo médico em suas prescrições, mas deve ser igualmente mencionada como uma eventualidade que pode ser discutida entre médico e adolescente. Isso é particularmente importante no quadro de tratamentos medicamentosos (quer se trate de doenças orgânicas ou psiquiátricas) e de regimes ou de higiene de vida.

No âmbito dos adolescentes doentes crônicos, ao lado das particularidades próprias a cada patologia, a observância parece estar ligada a certas variáveis individuais e familiares (Alvin, 1994):

- Ela é positivamente correlacionada com uma boa auto-estima e com o grau de autonomia social.
- Existe uma ligação positiva entre observância do adolescente e ansiedade dos pais quando esta ocorre em níveis médios. Em compensação, nos extremos (ausência total de ansiedade do pais, ou mesmo indiferença, ansiedade extrema com superproteção) a ligação é negativa.
- A observância é má quando a doença e/ou os sintomas são negados.
- A existência de transtornos comportamentais (fuga, roubo, tumulto, TS, etc.) geralmente é acompanhada de uma má observância.
- A patologia familiar (conflito, ruptura familiar, família caótica) reforça a não-observância no adolescente.
- Em contrapartida, não há nenhuma correlação entre o conhecimento da doença e o comportamento de observância: é ilusório achar que uma “explicação racional e científica” da

doença, de seus sintomas ou de eventuais complicações melhora a observância. Isso não significa que se deva deixar o adolescente na ignorância de sua doença.

Para Melhorar a Observância

Várias atitudes podem permitir uma melhora:

- Para as prescrições medicamentosas ou os regimes (doença crônica), todas as pesquisas mostram que o controle e a supervisão, previamente anunciados como tais ao paciente, melhoram o grau de observância.
- Se uma prescrição se mostra necessária, é preciso deixar um tempo à explicação; é indispensável obter a adesão do adolescente, de um lado, e de seus pais, de outro, quando se prescreve um tratamento ambulatorial (não se trata aqui de um tratamento prescrito durante a hospitalização).
- Para as consultas, parece essencial que o próprio adolescente seja envolvido. Assim, segundo Litt, a observância é de 66% quando é o próprio adolescente que marca a consulta, e de 34% quando a consulta é marcada por um terceiro. Trata-se aqui de adolescentes que concordam *a priori* em consultar; a recusa de um encontro é outra coisa (ver Capítulos 3 e 22), e não faz parte do âmbito da observância.
- Para os acompanhamentos posteriores, a técnica do “contrato”, inclusive para o período de observação, parece ser um quadro tranquilizador e aceitável para o adolescente (ver p. 58), suscetível de melhorar a taxa de acompanhamento.
- Do lado do médico, a não-observância não deve ser analisada sistematicamente nem como um questionamento de suas competências e de suas qualidades, nem como manobras de “manipulação” por parte do paciente. Diante de tal atitude, torna-se totalmente impossível falar da possível não-observância, ou só é possível em um contexto de interrupção terapêutica ou de rejeição.

Esse novo âmbito da observância terapêutica na adolescência é um parâmetro essencial a levar em conta na relação que se instaura ou que prossegue, e na natureza das diversas “prescrições” que o médico propõe ao adolescente.

REFERÊNCIAS

- ALVIN P. : Compliance thérapeutique de l'adolescent. *Pédiatrie Pratique*, 1994, 55, 8-11.
- DAZORD A., MANIFICAT S., GERIN P., BEYER H., PECHINE CH., GUILLAUD BATAILLE J.M. : Les difficultés de l'enfant : représentation de la famille et des soignants; intérêt d'une enquête. *Psychiat. Enj.*, 1993, 36, 1, 151-176.
- FRIEDMAN I.M., LITT I.F. : Adolescents' compliance with therapeutic regimens. *J. Ado. Health Care*, 1987, 8, 52-67.
- GREENSON R. : *Technique et pratique de la psychanalyse*. PUF, Paris, 1977, 1 Vol.
- LITT I.F. : Know thyself - adolescents' self - assessment of compliance behavior. *Pediatrics*, 1985, 75, 693-696.
- MALE P. : *Psychothérapie de l'adolescent*. Payot, Paris, 1980, 2^a éd., 1 Vol.
- MARCELLI D. : Entretien avec l'adolescent et son évaluation, Éditions Techniques. Paris, EMC Psych., 1991, 37, 213 A 10, 1-9.
- SCHMITT L., MORON P. : Observance du traitement en psychiatrie, Éditions Techniques. Paris, EMC Psych., 1992, 37, 860 A 60, 2 p.
- WINNICOTT D.W. : *La consultation thérapeutique de l'enfant*. Gallimard, Paris, 1971, 1 Vol.

As Escolhas Terapêuticas

A bordaremos de forma sucinta os diversos modos de aproximação terapêutica do adolescente. É difícil formalizar com rigor as indicações terapêuticas, pois elas dependem de um número relativamente grande de parâmetros, mas hoje aparece com certa nitidez uma tendência em torno de três pontos (Braconnier, 1999):

- a necessidade de uma aliança terapêutica com o sujeito;
- a necessidade de uma aliança terapêutica com seus pais;
- a atitude suficientemente ativa do terapeuta.

Sabemos agora, graças a várias pesquisas, que a aliança terapêutica representa um dos melhores fatores preditivos do resultado terapêutico (Braconnier, 2003).

Não é difícil perceber que essa aliança varia conforme o modelo de compreensão, seja de tipo psicanalítico, de tipo neurobiológico ou de tipo sistêmico familiar... Atualmente, muitos concordam sobre a necessidade de dispor e, se necessário, de articular o melhor possível esses modelos em uma concepção dita biopsicossocial. O trabalho do clínico, sobretudo em um período de avaliação, consiste em

descobrir, de um ponto de vista pragmático, o eixo ou os eixos de compreensão que lhe pareçam mais pertinentes para explicar as dificuldades psicopatológicas observadas, e depois para escolher uma estratégia terapêutica que dê conta delas.

O ADOLESCENTE E O PSICANALISTA

A prática psicanalítica com pacientes adolescentes não pode deixar de considerar as especificidades psíquicas dessa idade: o antagonismo entre investimentos objetivos e salvaguarda do narcisismo, a dificuldade de encontrar a boa distância relacional com os objetos de investimentos. Essas especificidades repercutem na prática psicanalítica que deve se organizar sempre em função da capacidade do adolescente de tolerar e de manter a reação terapêutica. Convém distinguir várias atitudes técnicas que podem aproximar um analista e um adolescente. “O trabalho terapêutico não pode mais se centrar apenas na realidade interna em função da qual se interpretaria a utilização feita da realidade externa. Ele passa por uma reorganização desta, de maneira a reforçar a capacidade de elabora-

ção do Ego e, secundariamente, o progressivo reconhecimento de sua realidade interna...” (Jeammet, 2002).

Entre as diferentes técnicas psicanalíticas (Braconnier, 1998), na adolescência, a clássica análise-tipo vem sendo amplamente substituída pela psicoterapia de inspiração psicanalítica e pelo psicodrama, que são as duas técnicas de longe mais utilizadas.

A Psicoterapia de Inspiração Psicanalítica (PIP)

A psicoterapia de inspiração psicanalítica pode ser definida como um sistema de comunicação que se estabelece em uma relação interpessoal graças a um certo tipo de trabalho. Este consiste em analisar essa relação e diz respeito ao funcionamento mental, isto é, ao conjunto das atitudes internas do sujeito (Widlöcher). Ele utiliza a sugestão, a ab-reação, a classificação e a interpretação, enquanto que a psicanálise-tipo utiliza apenas a interpretação (Wallerstein), ponto de vista, a nosso ver, excessivo.

A PIP distingue-se igualmente da “análise tipo” pela situação face-a-face, em que o paciente sempre pode manter uma ligação perceptiva direta com o terapeuta, pelo número de sessões (uma ou duas por semana) e por sua duração, que varia de alguns meses a um máximo de três anos. Além desse limite, é preciso rever a indicação da PIP (Schneider, 1976).

No conjunto, a “análise-tipo” analisa a transferência e a resistência remontando às raízes genéticas e dinâmicas, enquanto que a psicoterapia de inspiração psicanalítica reconhece a transferência e a resistência utilizando racionalmente esse reconhecimento para a terapia. Compreende-se melhor então que a psicoterapia de inspiração psicanalítica tenha objetivos precisos, mas evidentemente adaptados a cada adolescente:

- atenuar ou fazer desaparecer um ou vários sintomas;
- modificar certos setores da personalidade (por exemplo, tendência agressiva, repetição de relações de dependência ao círculo próximo, passividade, etc.) e da vida do sujeito;

– permitir ao adolescente coexistir minimamente com seus transtornos, sua angústia e seus outros afetos;

– diminuir a influência que eles poderiam ter sobre sua vida pessoal, familiar, escolar, profissional, social;

– no conjunto, responder mais diretamente que o tratamento ao desejo de melhorar.

A indicação da PIP, em relação às consultas terapêuticas, apóia-se no reconhecimento por parte do adolescente, de sua família e do próprio terapeuta, por um lado, da gravidade do que ocorreu ou ocorrerá e, por outro, da vulnerabilidade que suscita para o futuro uma patologia grave. As indicações de PIP não se apóiam tanto sobre as categorias nosográficas quanto sobre a capacidade do adolescente de tirar proveito dessa aproximação, isto é, de estabelecer uma relação e de realizar um certo trabalho ou, em outros termos, de desenvolver uma capacidade de se preocupar com seu mundo interno e de entrar em contato com a fonte de seus conflitos. Incontestavelmente, uma PIP geralmente se adapta melhor do que a psicanálise-tipo ao conjunto de transtornos psíquicos da adolescência, em particular pela utilização de uma transferência que, repetimos, não é tanto analisada quanto reconhecida. O aspecto mutável e às vezes muito caloroso da transferência estabelecida pelos adolescentes que lutam contra “ela” necessita ser prudente em seu manejo que se tornou possível e mais fácil por essa atitude de reconhecimento, mais que de análise. Além disso, a necessidade do adolescente de encontrar novos objetos e de fazer novas experiências reais ou imaginárias consegue se realizar nessa abordagem. O trabalho de verbalização de situações e de conflitos preenche o vazio às vezes sentido de forma insuportável nos silêncios da análise-tipo. Finalmente, insistiremos na possibilidade que o adolescente tem de estabelecer uma troca no nível do sensório pela relação estabelecida mediante o olhar do outro, “espécie de Ego auxiliar permanente” (Vaneck, 1978).

Assim, costuma-se recomendar a PIP nas organizações conflituosas em que predominam a compulsividade e os afetos depressivos, assim como nos casos em que uma psicanálise não é possível por razões materiais.

O Psicodrama Psicanalítico

O psicodrama psicanalítico normalmente é visto como uma técnica preferencial na adolescência.

Derivado da integração do modelo do tratamento psicanalítico e do psicodrama de Moreno, o psicodrama psicanalítico é particularmente interessante na adolescência. Ele oferece as condições da área transicional da primeira infância e do desenvolvimento na adolescência da articulação entre o interno e o externo pela mediação de “objetos transformacionais” (Bollas, 1978, Braconnier, 1986). Ele pode ou se organizar em torno de um grupo de pacientes associado a dois ou três psicanalistas, ou se dirigir a um único paciente em um grupo de quatro a seis terapeutas psicanalistas compreendendo um diretor de cena e co-terapeutas. De todo modo, propõe-se ao paciente sugerir uma idéia de cena que ele representará com um ou vários participantes. Essas modalidades implicam, evidentemente, um custo econômico em todos os sentidos do termo. Entretanto, além do seu interesse terapêutico, o psicodrama psicanalítico é um modo de formação interessante e dinâmico para os futuros terapeutas de adolescentes. Em relação às duas abordagens anteriores, o psicodrama encontra sua especificidade na pluralidade dos terapeutas e no agir por meio da encenação.

Jeammet considera o psicodrama psicanalítico como uma técnica que faz da organização do quadro não um prerequisite adquirido, mas justamente um dos objetivos da ação psicoterápica. De fato, “o psicodrama induz em suas regras técnicas parâmetros que vão no sentido de defesas habituais dos adolescentes: defesa pelo agir e adesão à realidade externa, recurso ao concreto, ao percepto e à sensação...”. Portanto, ele tem como objetivo pôr em cena essas defesas a fim de transformá-las em parâmetros fundamentais do quadro. Aqui, o fracasso do enunciado verbal das associações livres de pensamento pela inibição, o vazio do pensamento e a adesão ao real em detrimento da fantasia é desfeito.

Além disso, o corpo está constantemente presente: os movimentos, as posições, a naturalidade ou a perturbação constituem o pano de fundo para o discurso verbal. Melhor ainda, eles tecem um discurso corporal paralelo que

às vezes desmente o que a boca diz, e diz mais ou destaca uma palavra aparentemente banal, e com isso rompe com a monotonia. “O corpo do paciente se dirige ao olhar dos terapeutas e encontra seu corpo” (Basquin).

O psicodrama oferece igualmente uma possibilidade de figuração da atividade psíquica graças ao apoio na realidade externa representada pelos diferentes participantes. Finalmente, o grupo permite também evitar o impacto traumático para certos adolescentes de uma relação dual que aumenta a excitação pulsional, e condensa o conjunto de ameaças ligadas ao “objeto”. Ele fragmenta a transferência que será cristalizada e mediada pelo diretor de cena. A pluralidade dos encenadores permite, portanto, uma diferenciação das imagens, mas a presença de um diretor de cena assegura a coerência do conjunto e desempenha um papel organizador para o Ego do adolescente.

Do mesmo modo que para a “psicanálise-tipo” e a PIP, as indicações do psicodrama psicanalítico não se apóiam tanto em categorias nosográficas quanto na preocupação de re-lançar o funcionamento mental em situações em que ele parece curto-circuitado pelos afetos, invadido pela negação, pela clivagem ou pela colusão de imagens. Sem dúvida, essa abordagem é particularmente utilizável em transtornos psicóticos da adolescência ou quando a psicoterapia ou a psicanálise estão bloqueadas.

O Tratamento Psicanalítico

O desenvolvimento do tratamento psicanalítico com seus possíveis impactos levanta questões tanto metapsicológicas quanto técnicas. Os elementos em jogo são conhecidos: a revivescência simultânea de conflitos arcaicos, conflitos edipianos, conflitos atuais e o questionamento das bases narcísicas colocam o problema da natureza do processo transferencial que pode se desenvolver; a colusão entre os fatores internos e externos coloca o das resistências; finalmente, o psicanalista de adolescentes é confrontado com o peso do impulso biológico sobre a exacerbação dos conflitos e sobre o remanejamento das fantasias. Além disso, ele se encontra diante de um “modo de funcionamento psíquico passado e presente, não em si, mas

inserido em um conjunto espaço-temporal que integra, de um lado, as relações com o mundo (família, amigos, adultos, etc.) e, de outro lado, as dialéticas da urgência e da temporalização, da passagem ao ato e do projeto, da iniciação e da moratória...” (Cahn, 1980).

As reservas à psicanálise-padrão. – Os psicanalistas hostis à indicação de uma psicanálise-padrão ao adolescente apóiam-se em argumentos que podemos enumerar como segue:

– A regressão ligada ao quadro (posição deitada, várias seções por semana), ela própria conseqüência de objetivos da análise (induzir um movimento regressivo constituinte da neurose de transferência), é em si um risco no sujeito cujo ego é confrontado com a ativação pubertária e com o retorno do recalado (em particular, fantasias incestuosas e fantasias de onipotência), portanto fragilizado e ainda insuficientemente organizado de forma estável. O analista pode facilmente tornar-se um espião intrusivo, perseguidor e ameaçador à identidade.

– As posições narcísicas do adolescente favorecem de forma bastante fácil e rápida o sentimento de que o analista é um outro eu, cuja perda potencial constitui uma ameaça, particularmente emergente nos adolescentes depressivos em razão das particularidades e das identificações narcísicas que os caracterizam (cf. item “A adolescência: luto ou depressão”, no Capítulo 9).

– A tendência a agir e a necessidade de ancoragem na realidade externa ameaçam o quadro analítico, enquanto, ao contrário, eles se tornam parâmetros úteis no psicodrama.

– As resistências externas decorrentes do meio no qual o paciente vive (pais, grupos de iguais, meio escolar ou profissional) e, com isso, as transferências paralelas, às vezes maciças (estado ou decepção amorosa, relação homossexual latente), põem em xeque a psicanálise, pois ela se tornou dificilmente interpretável no e pelo processo transferencial.

O interesse da psicanálise-padrão, suas exigências. – Inversamente, certos psicanalistas aceitam a idéia de um tratamento psicanalítico no adolescente, sobretudo os mais velhos. Todos reconhecem, no entanto, que ela deve ser reservada a poucos, ainda que para alguns ela

continue sendo uma abordagem particularmente desejável: não se trata de adolescentes menos afetados na aparência, mas, ao contrário, daqueles para os quais a ajuda oferecida deve procurar reverter o processo patológico. Para esses psicanalistas, somente a reativação na transferência das fantasias nodais (Laufer) e a repetição das deficiências precoces do ambiente (*holding*-ambiente indo até a psicose de transferência) (Ladame) permitem atingir o nível fantasmático e o estágio arcaica em questão, único meio capaz de provocar um rearranjo posterior.

Diante das reservas feitas a propósito da dificuldade de estabelecer uma neurose de transferência na adolescência, esses psicanalistas respondem de duas maneiras: por um lado, eles reconhecem e aceitam a possibilidade de considerar movimentos que lembram mais uma psicose do que uma neurose de transferência; por outro lado, eles julgam que, com o adolescente, o modo de transferência desenvolvido não contém apenas elementos patológicos em termos históricos ou psicogenéticos, mas contém também, aqui e agora, a solução patológica que é utilizada inconscientemente para tentar resolver um conflito de desenvolvimento.

De todo modo, o estabelecimento de uma psicanálise impõe exigências iniciais, pré-requisitos para que se possa desenvolver um tal tratamento. Vamos distinguir três tipos:

As exigências ligadas às realidades externas. – A continuidade do tratamento por um longo período de tempo, e a um ritmo adequado (pelo menos três sessões por semana) requer um arranjo de base que nem sempre é fácil de se realizar. Contudo, esse planejamento é necessário à criação de condições para que o conjunto do processo patológico, em particular o que M. Laufer chama de “fenda”, seja revivido no seio da transferência: “o terapeuta e o adolescente terão assim tempo suficiente para compreender o sentido da rejeição do corpo sexuado e a necessidade de buscar as diferentes formas de destruir esse corpo de uma maneira ou de outra”. O analista terá tempo e procurará manter vivo o conflito a fim de interpretar ao adolescente como ele tenta atacar seu analista da mesma maneira que ataca seu corpo sexuado.

O pagamento das sessões por um terceiro, geralmente os pais, requer que se faça um

acordo com eles para esse acompanhamento de seu filho.

As exigências ligadas ao próprio adolescente. – A indicação de uma psicanálise-padrão também é um problema difícil. A possibilidade de o adolescente suportar um mínimo de recuo diante das dificuldades que enfrenta é uma exigência inicial (Kestemberg). Isso significa que o adolescente deve experimentar um sofrimento interno real, não ser demasiado projetivo, ter um Ego suficientemente sólido para recorrer a soluções vindas do interior; conseqüentemente, o adolescente deve sentir um firme desejo de se conhecer (Vaneck). Esse conjunto de exigências leva certos autores a só considerar um tratamento analítico no final da adolescência, mas, vale repetir, esse não é o caso de todos os psicanalistas.

As exigências do psicanalista. – As dificuldades já mencionadas lembram o que já foi dito a propósito do tratamento de pacientes “estados-limite” ou “narcísicos”. Hoje todos sabem que, para o tratamento desses pacientes, a personalidade real do terapeuta desempenha um papel muito mais importante do que no caso de um paciente neurótico. É preciso que ele admita ser um objeto parcial para o paciente *borderline*, assim como para o adolescente; sujeitar-se a ataques de ódio e ao movimento de onipotência por parte do paciente narcísico, assim como do adolescente. Somente a esse preço, a terapia poderá, com o tempo, como já foi demonstrado tantas vezes, em particular por O. Kernberg, evoluir para uma neurose de transferência passível de ser analisada. Finalmente, “a psicopatologia do adolescente doente não pode ser levada a sério se não formos capazes de levar a sério nossa própria adolescência e nosso passado” (Laufer). Esse “levar a sério” permite que o tratamento do adolescente doente não dê uma guinada e não se torne “a repetição daquilo que aprendemos, mais do que algo em que acreditamos”. Essa posição explica a importância que certos psicanalistas atribuem à avaliação e às exigências iniciais para um tal tratamento, e explica também as indicações da psicanálise: “transtornos graves mas não psicóticos, tal como uma fenda no desenvolvimento ou estado-limite”. Isso coloca, evidentemente, duas questões:

1) A da extensão das dificuldades externas ou internas que podem travar a organização do tratamento, mas também aqui citamos M. Laufer: “se um tal tratamento não é possível por qualquer razão que seja, acho que é preciso então que reexaminemos o objetivo do tratamento e que tenhamos consciência dos limites que podem ser inerentes aos nossos esforços para eliminar a patologia”.

2) A dos arranjos técnicos: as respostas dependem muito de cada situação para serem generalizadas, mas o principal risco reside na priorização dessas dificuldades de arranjo em nome de um melhor desenvolvimento do processo analítico, embora possa se tratar de uma contra-atitude por parte do psicanalista. Nisso reside toda a dificuldade.

A aliança terapêutica. – O papel do analista no desenvolvimento de uma aliança terapêutica é um ponto importante. Todos sabem da dificuldade de estabelecer essa aliança no tratamento analítico nessa idade. O Grupo de Pesquisa da Adolescência da Hampstead Clinic estudou particularmente essa questão. M. Laufer (1981) desenvolveu-a mais recentemente: “Para criar uma aliança terapêutica, o adolescente deve estar consciente do fato de que necessita de ajuda; ele deve ter o sentimento de que o analista pode lhe oferecer uma ajuda para os seus conflitos internos e que se trata de alguém com quem pode contar quando precisar de socorro nas situações importantes da vida real”. O psicanalista deve levar em conta particularmente duas atitudes para poder desenvolver essa aliança terapêutica na adolescência:

1) Proporcionar um mínimo de satisfação narcísica ao longo da análise, satisfação oferecida em pequenas doses e determinada pelas necessidades imediatas de identificação do paciente.

2) Oferecer a si próprio como objeto de identificação, encorajando o adolescente a adotar momentaneamente maneiras de ser que reflitam as do analista; esse último “pode ser um ego auxiliar, um ego ideal, uma consciência auxiliar, às vezes tudo isso ao mesmo tempo”. Isso não é contrário à análise clássica, mas é preciso aceitar e saber que o tratamento do adolescente requer adaptações temporárias.

Os diferentes tipos de transferência. – As discussões sobre as relações entre psicanálise e adolescência abordam também a possibilidade de se desenvolver uma transferência analisável.

Bem mais que uma transferência banal, o adolescente estabelecerá uma transferência “caótica” na busca de um objeto evocativo que responda ao mesmo tempo à segurança de uma relação de objeto reconhecível (ligada ao desenvolvimento anterior das relações de objeto infantis) e às necessárias transformações dessas relações de objeto em representações recém-elaboráveis (ligadas ao desenvolvimento atual do processo de “adultização”). Se a evocação é essencialmente regressiva (de um ponto de vista temporal), isto é, pertencente ao mundo da infância, ela só pode ser um apoio seguro, se for essencialmente progressiva, ela não pode ser ameaçadora (Braconnier, 1994). Assim, compreende-se melhor a variedade dos tipos de transferência encontrados geralmente nos tratamentos psicanalíticos de adolescentes em dificuldade.

O estabelecimento de uma transferência psicótica refere-se aos aspectos arcaicos que ressurtem nesse período do desenvolvimento: a explosão libidinal que invade perigosamente as fantasias e as pulsões incestuosas, a rejeição das identificações parentais e as inquietações relativas à identidade do sujeito, a angústia que concerne a coesão do indivíduo, a proximidade de todas as possibilidades e, em particular, a da realização genital reconduzindo à megalomania infantil com a qualidade de angústia que ela suscita, angústia de aniquilação e de despedaçamento. Na transferência psicótica, o analista depositário de objetos internos e o analista como pessoa real, distinta do paciente, são confundidos. O analista se torna totalmente o mundo interno do sujeito, e a diferença entre o analista “pessoa externa” e o analista “objeto” não pode ser trabalhada.

O estabelecimento de uma transferência narcísica pode ser compreendido se levarmos em conta movimentos de idealização do adolescente que introduzem no tratamento uma “transferência idealizante” sobre o *self*-objeto idealizado analista, e movimentos de onipotência em que o analista se torna o ídolo portador da projeção narcísica do adolescente introduzindo então no tratamento uma transferência no nível do *self* grandioso ou “transferência em espelho”. Essas transferências narcísticas manifestam-se como para as personalidades narcísi-

cas em análise, por raivas narcísicas, voltadas ora ao *self*-objeto analista, ora ao *self*-corporal, sob a forma de manifestações hipocondríacas ou condutas autodestrutivas.

Além disso, P Gutton descreveu a “transferência pubertária”, articulando-a ao conceito de “cena pubertária”. Essa cena pubertária confere ao adolescente, contrariamente à cena primitiva, um papel central que lhe permite acentuar a distinção entre objeto externo e objeto interno, e entre objeto incestuoso e objeto homoeorótico (Gutton, 1991). Uma outra maneira de conceber essa transferência pubertária poderia remeter ao que M. Laufer chamou de “fantasia masturbatória central”: o adolescente projeta o ódio de si mesmo e de seu corpo sobre o psicanalista. Este se torna então, fantasmaticamente, por efeito transferencial, o genitor perigoso.

Finalmente, a transferência neurótica que, por sua vez, evoca mais classicamente as modalidades amplamente descritas e reconhecidas nas análises-tipo de adultos neuróticos, transferência que une a neurose de transferência e a neurose infantil.

Esses quatro tipos de transferência, neurótica, psicótica, narcísica e pubertária, estarão presentes alternadamente: essa coexistência caracteriza em grande medida a psicanálise de adolescentes. Evidentemente, segundo a patologia predominante, uma prevalecerá sobre as outras: por exemplo, nos estados depressivos, a transferência narcísica; nos estados-limite, a transferência psicótica.

Aa consideração desses diferentes tipos de transferência, a possibilidade de analisá-las, o envolvimento que criam para o analista e o analisando serão determinantes para decidir por uma psicanálise. Elas explicam em grande parte as opiniões divergentes sobre o problema da “analisabilidade” na adolescência.

As armadilhas contra-transferenciais.

– Somos levados assim às noções de armadilhas contra-transferenciais a que se refere E. Kers-temberg, sendo as mais importantes:

- o investimento narcísico do terapeuta que pode ser gratificado, assim como pode ser atacado;
- a rivalidade entre os pais reais e o terapeuta, colocando-o na posição de melhor genitor;
- a negligência da realidade externa;

– e, evidentemente, os movimentos excessivamente sedutores, castradores, excessivamente paternais ou excessivamente invadidos por nossas possibilidades de rivalidade ou nossa necessidade profunda de querer reparar a qualquer custo.

Essas armadilhas não são específicas da psicanálise, mas elas aí têm um efeito particularmente negativo. Elas se encontram também nas diversas abordagens mencionadas a seguir.

Psicoterapia Psicanalítica de Relaxamento

Embora existam outros métodos de relaxamento, métodos com propósitos pedagógicos (Vittoz, Alexander, Jacobson) ou mais psicoterápicos (Schultz, Klotz e Jarreau, Sapir), para citar apenas os mais utilizados na França, examinaremos brevemente o interesse da psicoterapia psicanalítica de relaxamento na adolescência.

Seu objetivo é tratar de forma muito particular o corpo do adolescente e propor-lhe essencialmente não tanto aprender a relaxar, mas a ouvir e a sentir seu corpo. “Trata-se antes de tudo de uma relação em que se escolhe como lugar do encontro não o discurso do paciente, sua linguagem, suas fantasias, seus sonhos, mas a vivência corporal, os estados do próprio corpo, a sensação” (Roux).

A importância do tônus muscular foi evidenciada graças aos trabalhos de Ajuriaguerra a propósito da vida emocional e para a compreensão da vida afetiva. É incontestável que o adolescente costuma utilizar a tensão de seu corpo como um modo de defesa em face da angústia e dos conflitos ligados a ela. A necessidade de agir, de atividade física ou esportiva e seus valores catárticos nessa idade não precisam ser lembrados.

Os objetivos perseguidos pela psicoterapia psicanalítica de relaxamento são:

- “estabelecer um sentido para o que ocorre no corpo”;
- permitir o desenvolvimento de uma imagem interna tranqüilizadora;
- aumentar a função cognitiva do Ego;

– relibidinizar o corpo por sua reintrodução no campo da consciência;

– permitir a passagem de uma atividade corporal inconsciente de caráter auto-erótico (repetição, função defensiva da armadura caracterial) à elaboração de uma atividade de caráter narcísico (crescimento do Ego-prazer, melhor domínio pulsional) (Roux).

Vemos assim que o adolescente costuma tirar proveito dessa técnica, em particular quando suas condutas são centradas no corpo (cf. Capítulo 6, p. 124).

AS TERAPIAS FAMILIARES

A multiplicidade de referentes teóricos, a variabilidade do quadro técnico, a diversidade de modalidades práticas, tudo isso impõe falar, não de “terapia familiar” como uma abordagem terapêutica simples e unificada, mas sim de “terapias familiares”. Já alguns anos, sua prática é cada vez mais freqüente, e as publicações sobre esse tema cada vez mais numerosas.

Historicamente, as primeiras terapias familiares explicitadas como tais tinham como objeto famílias onde havia um jovem adulto ou adolescente esquizofrênico. De fato, as tentativas de tratar a psicose e, mais precisamente, a esquizofrenia de um sujeito jovem, mostraram como a estrutura familiar está envolvida na gênese dos transtornos do paciente; assim, o esforço terapêutico se deslocou do mero paciente para a totalidade do grupo familiar.

O conjunto desses métodos e dessas conceituações foi emergindo progressivamente, primeiro nos Estados Unidos nos anos de 1950, e depois se difundiu na Europa. De uma forma muito simplificada, e um pouco esquemática, podemos distinguir duas grandes correntes teóricas: 1) as terapias familiares que repousam nas teorias sistêmicas e nas teorias da comunicação; 2) as terapias familiares que se inspiram em concepções psicanalíticas.

No que diz respeito mais especificamente à adolescência, é evidente que esse período da vida representa uma ameaça potencial para a coesão do grupo familiar e para a manutenção do mito familiar que o organiza; essa constatação é tanto mais evidente se vemos a adolescência como

uma segunda fase de “separação-individuação”, culminando na autonomização, e depois na partida de um dos membros da família.

A prática da psicopatologia do adolescente torna evidente a importância das interações familiares, seja qual for o grau dessa patologia. O encontro com os pais, ou mesmo com o grupo familiar ampliado (fratria, avós) em geral se mostra necessário e benéfico. Já abordamos as relações entre o adolescente e o grupo familiar nos capítulos “O adolescente e sua família” e “A entrevista com o adolescente” no momento da fase de investigação. Pedimos ao leitor que se reporte a eles, dado que o presente capítulo limita-se estritamente à abordagem terapêutica.

As Terapias Familiares Sistêmicas

Esse quadro agrupa o conjunto de terapias cuja ação se centra não no indivíduo designado como doente pelo grupo familiar, mas no conjunto das interações que presidem as trocas entre os diversos membros desse grupo.

Essas terapias familiares inspiram-se amplamente em teorias sistêmicas (Bertalanffy, Brodey) que, por sua vez, encontram sua fonte nos conceitos da teoria cibernética. De fato, as noções de homeostasia, de retroação, de circuito regulador, de *feedback* positivo ou negativo são amplamente utilizadas. Nisso, elas diferem do quadro conceitual da psicanálise, que encontrava parte de suas fontes nas teorias energéticas termodinâmicas ou mecânicas.

As terapias familiares conheceram seus primeiros êxitos na abordagem do psicótico; de fato, foi necessário render-se rapidamente à evidência de que a terapia centrada apenas no doente tinha todas as chances de levar ao fracasso; em inúmeros casos, essa ruptura ocorria de maneira paradoxal exatamente no momento em que o paciente parecia melhorar. Um estudo atento do contexto familiar mostrou então que o paciente estava preso em uma rede de interação tal que a aparente doença do indivíduo parecia necessária à estabilidade do conjunto

Teoria dos sistemas. – Ela repousa em alguns princípios simples: 1) o princípio de homeostasia de um sistema: todas as forças tendem

a uma situação de equilíbrio. O nível de ansiedade global do sistema tende a crescer quando surge uma ameaça de deslocamento ou de desequilíbrio; 2) a necessidade de mudar os tipos de interação para encontrar um novo equilíbrio quando um dos membros do sistema muda: essa noção de mudança se opõe ao princípio de homeostasia e explica a resistência à mudança terapêutica. A função familiar do doente é, de fato, preservar essa homeostasia. Inversamente, o crescimento de uma criança implica por parte da família saudável uma capacidade de mudança em seus modos de interação, sobretudo nas fases críticas do desenvolvimento (nascimento, Édipo, adolescência, partida do adulto, etc.)

Elemento de compreensão essencial na abordagem sistêmica, o sistema familiar não se reduz à soma de suas partes: o sistema na sua totalidade é mais que a soma de suas partes, pois funciona em um nível diferente. A principal função do sistema é adaptativa: o próprio equilíbrio do sistema é mais importante que o equilíbrio dos elementos individuais que o compõem.

Teoria da comunicação. – A teoria da comunicação foi elaborada inicialmente por psiquiatras da universidade californiana de Palo Alto, muito impregnadas das teorias cibernéticas: estas lhes serviram de modelo com as noções de retroação positiva ou negativa, de circuito regulador, de sistema homeostático, etc.

De fato, de um modelo explicativo linear (modelo de termodinâmica do século XIX), os teóricos da comunicação passaram a um modelo circular, em que cada termo é determinado pelo anterior, mas também determina o seguinte que retroage sobre o primeiro, etc.

$A \rightarrow B \rightarrow C$

Figura 23.1 Modelo de interação linear.

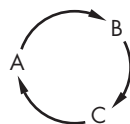


Figura 23.2 Modelo de interação circular.

As normas que regem as interações entre os membros do conjunto podem ser explícitas ou implícitas. Elas servem para estabelecer e estruturar os diferentes papéis, como também para decodificar as mensagens entre os diversos membros. As teorias da comunicação (Watzlawick, Selvini...) repousam em cinco princípios: 1) uma pessoa em situação de interação não pode deixar de se comunicar; recusar a se comunicar é apenas um tipo particular de comunicação. Todo comportamento tem valor de comunicação; 2) toda mensagem comporta dois canais distintos: um canal digital, que é a mensagem verbal; e um canal analógico, que é a mensagem não-verbal (mímica, gesticulação, postura, inflexão da voz, etc.). A parte da mensagem contida em um canal pode estar em harmonia com a outra contida no segundo canal, em desarmonia ou mesmo em contradição. A desarmonia e principalmente a contradição desses dois níveis definem a comunicação paradoxal ou em “*dupla mensagem*”; 3) a mensagem emitida não equivale à mensagem recebida: o receptor pode receber apenas uma parte da mensagem, ou utilizar um sistema de decodificação diferente do emissor. Em particular, o receptor pode ser especialmente sensível ao canal analógico (mímica, voz, etc.), enquanto que o emissor só tem consciência do canal digital (o próprio discurso); 4) comunicar sobre a comunicação (metacomunicação) só é possível quando o sistema é aberto. Essa abertura pode provir ou da capacidade de cada um dos membros de tomar a distância necessária, ou da introdução de um novo elemento incitante à metacomunicação (o terapeuta). Na falta dessa metacomunicação, o sistema se mantém fechado e reproduz indefinidamente o mesmo tipo de inserção; 5) existem dois grandes tipos de comunicação que respondem a dois tipos de relações: comunicação simétrica ou em espelho e comunicação de tipo complementaridade.

Este não é o lugar para descrever os principais tipos de comunicação normal e principalmente patológica (problema de pontuação, escalada simétrica, complementaridade rígida, sobretudo comunicação paradoxal, etc.), mas o trabalho do terapeuta sistêmico consiste antes de tudo em identificar esses tipos de comunicação. Feita essa identificação, é preciso escolher a melhor técnica para criar uma abertura no sistema: abertura dinâmica, quando os mem-

bros do sistema parecem conseguir chegar a um nível de metacomunicação; abertura coercitiva, quando o terapeuta é confrontado com um sistema tão rígido que ele fica limitado a adotar deliberadamente o mesmo sistema interativo patológico (é o exemplo da prescrição terapêutica paradoxal de M. Selvini).

Barreira generacional e mito familiar.

– Para além da observação dos modos de comunicação normais e patológicos, observação que ignora deliberadamente o conteúdo da “caixa preta” (que designa para os sistêmicos tudo aquilo que é intrapsíquico e, conseqüentemente, inacessível à observação), a atenção recente dos sistêmicos tende a se centrar em uma nova dimensão: a do mito familiar e a do papel respectivo das gerações (criança, genitor, avô). Assim, Rabreau assinala: “a crise familiar provocada por um adolescente põe em cena um drama com pelo menos sete personagens: um adolescente, dois genitores, quatro avós”. A maneira como as gerações se sucedem e se comunicam uma em relação à outra respeitando a barreira generacional ou, ao contrário, contornando-a, anulando-a, aumentando-a, é analisada com um rigor cada vez maior pelos sistêmicos. O “segredo” guardado de uma geração a outra foi estudado particularmente, e disso decorre a função de “delegação” (Stierlin): um indivíduo de uma geração se vê atribuído, à sua revelia, do papel e da função de um membro de uma geração anterior, membro mantido oculto. Em torno desses “segredos” e dessas relações transgeracionais, constroem-se os “mitos familiares”, mitos que podem encerrar cada indivíduo em um lugar inamovível e enrijecer o grupo familiar. Assim, nas famílias “disfuncionais”, Rabreau distingue: 1) as hiperestruturas verticais ou as ligações transgeracionais são quase exclusivas, impedindo o estabelecimento de ligações horizontais. Essas hiperestruturas obedecem em geral a leis que emanam de instâncias míticas dos avós e dos ancestrais. Aqui não há lugar para a “crise de adolescência”, e o processo de individualização resultante disso; 2) as estruturas familiares em que se constata um “embaralhamento familiar” (Minuchin): as fronteiras transgeracionais, ou mesmo interindividuais, são diluídas em proveito de uma ligação simbiótica. A

“pseudomutualidade” (Wyne) permite manter no sistema familiar todas as fontes de excitação, mascarar as divergências e manter uma aparência de uniformidade; 3) as triangulações rígidas, finalmente, são observadas quando dois indivíduos se unem contra o terceiro. Pode-se tratar, segundo Rabreau, de triangulação de perseguição quando, por exemplo, o casal parental necessita, para mascarar seu conflito conjugal, projetar em um de seus filhos as ameaças persecutórias (quando a criança se torna adolescente esse sistema que eventualmente pode ter chegado a assegurar uma homeostasia, ameaça então desmoronar diante da tentativa de autonomia da criança-adolescente, o que leva a reativar as manifestações patológicas dessa última). Em outros casos, constata-se coalizões transgeracionais mais ou menos rígidas com a “parentificação” da criança e depois do adolescente, coalizão estabelecida ou para lutar com o outro genitor, ou para apoiar o genitor mais enfraquecido (depressão materna, por exemplo).

Esse interesse dirigido às relações entre as gerações e às modalidades práticas que as regulam culmina, para certos autores, em atitudes terapêuticas muito concretas. Assim, certas terapias familiares começam pelo estabelecimento da árvore genealógica, permitindo que cada membro se situe. Do mesmo modo, às vezes é útil estender a terapia familiar a um grupo mais amplo que o núcleo reduzido adolescente-pais, convidando também a fratria ou os avós, quando um ou outro parece desempenhar um papel no “mito familiar”.

Modalidades práticas e indicações. – Não entraremos em detalhes dos diversos arranjos práticos propostos pelos autores: estes são muito numerosos e variáveis de uma teoria a outra. Indicaremos simplesmente alguns pontos importantes:

- É essencial, a partir do momento em que o princípio de uma terapia familiar foi aceito pela família, que o terapeuta sistêmico nunca encontre um indivíduo isoladamente, quaisquer que sejam as manobras que este realize para obrigá-lo a isso.

- A duração das sessões é sempre bastante longa. Com o grupo familiar, vários terapeutas estão presentes (dois ou até mais), geralmente assistidos por co-terapeutas ou observadores

(na mesma sala ou em uma sala vizinha por meio de um vidro sem aço ou uma instalação de vídeo). O ritmo oscila entre uma quinzena e um mês. A duração do tratamento é variável. Certos terapeutas estabelecem desde o início um número máximo de sessões ou, pelo menos, uma rediscussão regular da indicação (segundo o princípio do “contrato” muito utilizado nos países anglo-saxões).

- A condução das entrevistas exige da parte do terapeuta familiar uma formação adequada, que o tenha sensibilizado para as diversas modalidades de interações, e que seja capaz de controlar seus próprios canais de comunicação (digital e principalmente analógica). O terapeuta familiar deve ser ativo, isto é, intervir, eventualmente cortar a palavra e passando-a a um outro membro: permitir a dinâmica espontânea do grupo familiar significa permitir que perdure o sistema fechado de interações. Mesmo que essas interações sejam carregadas de significações simbólicas, estas não podem ser percebidas pelos membros do grupo presos ao agir da comunicação: o papel do terapeuta familiar consiste em permitir aos membros do grupo descobrir eles próprios o sentido simbólico dessas interações, distribuindo a comunicação de outra maneira. Para fazer isso, o terapeuta procura centrar suas intervenções no receptor da mensagem para conseguir que este último explicita seu próprio sistema de decodificação. As intervenções sobre o emissor (aquele que fala ou no qual a comunicação analógica predomina) podem de fato ter um efeito “selvagem” e ser sadicamente utilizadas em seguida pelos outros membros da família. Em geral, é preferível utilizar um incidente menor da vida cotidiana, em vez de uma discussão sem tema: a propósito desse incidente menor, o terapeuta tentará analisar o nível implícito de interações, oculto sob o nível explícito, e decodificar as relações de poder (como é hierarquizada a palavra no grupo, quem pontua as seqüências, etc.).

As indicações são bastante amplas e não têm critérios limitativos fora as restrições materiais. Há algumas indicações mais frequentes. Vale citar:

- as diversas formas de psicoses na adolescência (cf. item “Estudo clínico das psicoses na adolescência”, no Capítulo 11);

– a anorexia mental da adolescência: o papel das relações familiares parece essencial no desenvolvimento dessa afecção (cf. p. 140). M Selvini considera que se trata de uma indicação importante de terapias familiares.

As Psicoterapias Familiares de Inspiração Psicanalítica

A consideração das “resistência familiares” no tratamento psicanalítico de pacientes não é recente, pois já em 1916 Freud fazia referência a elas em *Introdução à Psicanálise*:

A maior parte dos insucessos desses primeiros anos deve ser atribuída menos à inexperiência do médico ou à escolha inadequada do objeto do que a circunstâncias externas desfavoráveis. Falamos até aqui apenas das resistências internas [...] Mas há também obstáculos externos: aqueles que decorrem do meio em que vive o doente, criados por seu círculo próximo, não têm nenhum interesse teórico, mas apresentam uma importância prática muito grande [...] Estamos armados contra as resistências internas que vêm do doente e que sabemos necessárias; mas, como nos defender contra essas resistências externas?

De fato, a dificuldade para o psicanalista é fundamental e de natureza epistemológica: como passar do registro intrapsíquico, interpessoal, campo de elaboração e de aplicação da psicanálise, para o registro interpessoal, campo de aplicação das terapias familiares? Utilizar os conceitos analíticos como tais, sem reflexão e reelaboração, é sempre um risco, como assinala Widlöcher:

O psicanalista, pela própria natureza do instrumento relacional no qual está envolvido, interessa-se pela realidade intrapsicológica, isto é, pelos desafios internos dos introjetos e das formações sistêmicas que nutrem essa realidade. Estudar as relações intrafamiliares não significaria buscar na realidade externa a garantia objetiva da realidade psicológica? (in: Boszormeny-Nagy e Framo)

Considerar esses modelos de interações familiares como equivalentes diretos de seqüências fantasmáticas intrapsíquicas, quer se trate de re-

lações de objetos introjetadas ou interiorizadas, representa uma confusão grave, que culmina em um “psicologismo” simplista e simplificador.

Assim, os psicanalistas, sobretudo quando trabalham com crianças e adolescentes, foram levados a propor novos modelos conceituais para a abordagem familiar. Contudo, ao contrário da abordagem sistêmica, aparentemente não se propõe uma conceituação ou uma elaboração teórica do conjunto.

No que se refere particularmente ao adolescente, os terapeutas familiares costumam se referir a partir do processo de separação-individuação à noção de identificação. O conceito de “delimitação” proposto por Schapiro é um exemplo disso. Assim, Ladamne considera que, nas famílias de adolescentes perturbados, os pais freqüentemente utilizam de forma excessiva os mecanismos de projeção e, sobretudo, de identificação projetiva. Essa utilização excessiva trava a constituição no adolescente de uma imagem de si autêntica e individual, impede a diferenciação entre o adolescente e seus pais e, no fim das contas, impede qualquer separação.

A. Eiguer, por sua vez, refere-se à teoria do “porta-voz”: o grupo familiar canaliza sua problemática em torno de um personagem que faz o papel de porta-voz e que pode sofrer dessa função. Doente ou não, o porta-voz é dotado de um narcisismo enfraquecido e frágil, o que o capacita para assumir a missão de proteger os outros. Concebe-se que o adolescente esteja preparado para esse papel em razão da fragilidade narcísica característica desse período da vida (cf. item “O narcisismo”, no Capítulo 1).

Para S. Lebovici, a ponte entre a prática analítica e a psicoterapia familiar existe através do estudo das interações precoces entre a mãe e seu bebê: “A importância das transações entre esses dois parceiros graças àquilo que chamamos de antecipações criadoras da mãe, levaram-me a considerar que o primeiro tipo de abordagem familiar é o da mãe com seu bebê [...] essas interações são ao mesmo tempo comportamentais e fantasmáticas”. A contribuição do analista consiste precisamente em tentar compreender como a organização fantasmática da mãe autoriza uma fluidez e uma adaptação satisfatórias de suas condutas às de seu bebê, e depois relacionar essa organização fantasmática individual ao *mito familiar* em que ela pode, ou não pode, ter lugar. Assim,

para Lebovici, “pode-se dizer que a fantasia dá origem à pessoa e que o mito familiar dá origem à relação familiar”. É no nível desse mito familiar coletivo que circulam as fantasias individuais. “Assim, pode-se esperar que o psicanalista que se ocupa da família será capaz de pôr em evidência a articulação mito-fantasia”, trabalhando “sobre uma genealogia, isto é, sobre a continuidade transgeracional de uma história que se alegoriza”.

Diversos tipos de mitos foram descritos (Stierlin) que superam a psicologia individual e asseguram a homeostasia familiar, muitas vezes à custa do equilíbrio psíquico individual:

- os mitos de harmonia, em que todos os membros se esforçam para re-escrever a história da família apresentando uma imagem de felicidade e de harmonia;
- os mitos de redenção ou de desculpa, em que um membro da família supostamente está na origem da infelicidade; ele deve então se designar como fonte das infelicidades e se redimir: ele se torna o bode expiatório;
- o mito da salvação, que é uma extensão do mito da redenção, em que a família pode ser salva por uma intervenção de uma pessoa poderosa e onipotente que trará de volta a felicidade à família.

Para concluir, pode-se dizer que esse problema do *mito familiar* representa para numerosos terapeutas de inspiração analítica o ponto de concordância e de convergência com os terapeutas sistêmicos, ainda que a maneira de abordar o mito seja bem diferente entre uma prática e outra.

Quanto às modalidades práticas referentes às terapias familiares de inspiração analítica, elas estão longe de ser codificadas ou mesmo simplesmente definidas como podem ser as modalidades práticas de terapias individuais. No conjunto, a maior parte dos autores retoma em seu proveito o quadro de terapias familiares sistêmicas (encontro do grupo familiar com recusa do encontro do indivíduo, sessões longas mas normalmente esparsas, presença de vários terapeutas com ou sem observador, utilização do vidro sem aço ou do gravador, intervenção voltada mais ao “receptor” do que ao “emissor”, necessidade de ser ativo na distribuição da palavra, etc.), ainda que a atenção se volte de

maneira mais clara sobre o conteúdo latente da comunicação (como perceber a partir deles os delineamentos do mito familiar) do que sobre sua expressão manifesta.

A presença de um adolescente em uma família constitui sempre um fator de revivescência e de reatualização da problemática familiar em seu conjunto: como as relações transgeracionais vão se estabelecer ou se estabelecer com esse indivíduo que está se tornando adulto? Como o grupo familiar se organiza em face da eventualidade da partida próxima de um de seus membros? Que lugar no mito familiar o adolescente escolherá ou será forçado a ocupar? Como a revivescência nos pais de sua adolescência e de sua “crise parental” entrará em ressonância com a “crise do adolescente”?... Essas diversas questões foram abordadas em parte no presente capítulo e em parte nos capítulos “A entrevista com o adolescente” e “O adolescente e sua família”. As questões levantadas dão conta da importância da abordagem familiar nesse período da vida e do papel crescente que ocupam as diversas terapias familiares em presença de um adolescente psiquicamente perturbado.

AS PSICOTERAPIAS DE GRUPO NA ADOLESCÊNCIA

Há muito tempo, a ligação privilegiada entre grupo e adolescência foi reconhecida, seja pela observação de grupos espontâneos ou pelo estudo de grupos institucionalizados. Esses trabalhos mostram como é necessário nessa idade poder se apoiar em um espaço mediador identificatório utilizado de forma transversal e não mais transgeracional.

Assim como para as terapias familiares, o plural é obrigatório tratando-se de terapias de grupo, tão numerosos e variados são os quadros teóricos, as modalidades práticas e os objetivos perseguidos. Entre o grupo aberto que acolhe adolescentes que o procuram, grupo com objetivo psicossociológico comandado por um ou dois trabalhadores sociais ou educadores, e o pequeno grupo de adolescentes

¹ Parte redigida em colaboração com J. B. Chapelier.

cuidadosamente preparados, que realizam uma terapia de longo prazo com um ou dois terapeutas analistas, é evidente que há grandes diferenças.

Entretanto, na adolescência, a prática do grupo terapêutico parece particularmente frutífera, e responde a uma necessidade, a uma capacidade eletiva dos pacientes dessa idade. Abordaremos brevemente neste capítulo apenas os grupos ditos “terapêuticos”. Existem outros grupos, chamados de grupos de reflexão, de encontro, etc., que podem eventualmente ter um valor terapêutico, mas cujo principal objetivo não se inscreve como tal. É o caso de grupos de adolescentes que funcionam muitas vezes em um local terapêutico: trata-se, por exemplo, de grupos de adolescentes hospitalizados, de grupos de adolescentes em instituições, lares ou em apartamento terapêutico. Esses grupos de destinam antes de tudo a compreender e melhorar as relações entre o indivíduo, a instituição, seu pessoal e os outros pacientes. O grupo é utilizado então como um substituto da terapia institucional, uma preparação ou um acompanhamento da psicoterapia individual. Esses grupos geralmente são abertos (isto é, participam dele os adolescentes presentes ou que o desejarem, mas seus membros não são necessariamente os mesmos de uma sessão a outra), com duração indeterminada (às vezes em estreita ligação com a vida institucional), coordenados por adultos que trabalham na instituição. Em muitos casos, esses grupos são indispensáveis para um trabalho institucional satisfatório com os adolescentes hospitalizados ou colocados em instituições.

Para todos esses grupos, quer se trate de grupos com objetivo psicossociológico (grupos de delinquentes, de marginais, etc.), de grupos em instituição ou de grupos abertos, um dos motores essenciais de sua ação é representado por sua função catártica no nível do afeto: descarga da tensão interna na presença de outros membros do grupo. Mas essa dimensão catártica põe em relevo uma das dificuldades de lidar com grupos de adolescentes: o risco do agir e de uma eventual descompensação psíquica. De fato, não se pode esquecer jamais que um grupo de adolescentes é sempre difícil de conduzir, como veremos, no quadro de psicoterapias de inspiração psicanalítica.

Os Grupos de Inspiração Psicanalítica

Alguns autores puderam demonstrar os interesses do grupo pelos adolescentes apoiando-se na teoria psicanalítica clássica. Outros foram mais longe, propondo correspondências estruturais entre o funcionamento dos grupos e o funcionamento psíquico na adolescência.

R. Brockbank resume bem os pontos da teoria psicanalítica nos quais é possível se apoiar, a saber:

- O deslocamento dos conflitos que o adolescente não consegue resolver com seus pais sobre os outros membros do grupo.

- A elaboração das relações com os objetos homo e heterossexuais fora dos objetos parentais que remetem à delicadíssima problemática edipiana.

- O remanejamento das identidades tanto individuais como grupais. De fato, a grupalidade na adolescência é uma grupalidade identitária, transitória, pois ela ajuda a transpor o sentimento de identidade da família para o grupo (e mais tarde do grupo para o objeto amoroso).

- A modificação dos ideais. De fato, o jovem se prevenirá da perda da idealização infantil procurando um substituto temporário, como a crença em uma ideologia, a idealização de um adulto, mas, sobretudo, “a relação com um grupo de iguais que assume então uma função de escoramento transitório do narcisismo e das identificações” (Marcelli et al., 1991). É tentador fazer a aproximação entre o Ideal do ego, cuja problemática é central na adolescência, e a função do Ideal do ego, que seria o cimento dos grupos, segundo Freud, que adverte, no entanto, como E. Jaques, que essa coletivização de uma parte do Ideal do ego se assemelha nos grupos à identificação projetiva. Nessa perspectiva teórica, D. Meltzer (1977) mostra que o adolescente costuma se servir de cada membro do grupo para projetar ali uma parte clivada dele mesmo. O grupo permite ao mesmo tempo a clivagem e a dispersão de partes clivadas de si, em cada membro do grupo (em geral a parte psicótica da personalidade), com o risco que a confusão de identidade em razão da identificação projetiva invada o grupo; mas esse mecanismo permite também uma reunificação dessas partes graças a essa regressão que o grupo experimenta como uma unidade.

Mas o adolescente tem ligações ainda mais estruturais com a vida dos grupos:

- A recusa da diferença e da história: R. Kaes (1973) mostrou claramente a similitude de mecanismos entre o que ele chama de fantasia de autoformação na adolescência, que induz a uma recusa da história e da geração, e que tem uma “função de defesa contra a cena primitiva, de ocultação do lugar do sujeito no desejo dos pais, de desconhecimento da vagina e do pênis, de proteção contra a angústia de castração” e as fantasias de autoformação e de partenogênese nos grupos.

- Diante de certos problemas da adolescência, como a inibição e a passagem ao ato, que visam o evitamento da vida psíquica (tanto no nível das fantasias como no das representações), o grupo cria um espaço de contenção do pensamento, provedor de fantasias.

Portanto, o grupo parece ser um meio bastante privilegiado para ajudar os adolescentes em seus momentos difíceis, mas ele apresenta, como veremos também, algumas dificuldades.

O dispositivo de grupos de inspiração psicanalítica. – Fazer a análise do grupo ou dos indivíduos no grupo continua sendo uma questão nem sempre fácil de resolver, mas é possível combinar essas duas abordagens em tempos diferentes. De fato, pode-se trabalhar inicialmente no nível do grupo para que ele se constitua como entidade estável. Em seguida, após períodos de indiferenciação, quando os membros do grupo reencontram uma identidade pessoal ao mesmo tempo reconhecendo seu vínculo ao grupo, a análise individual torna-se então acessível. A tarefa do grupo é o auxílio mútuo (cada um assume uma posição de co-terapeuta) utilizando as capacidades de identificação dos membros do grupo entre eles, assim como os efeitos de espelho (*mirroring*; M. Pines, 1982).

O grupo deve ser suficientemente grande para ser interpretado no nível grupal e suficientemente pequeno para permitir interpretações mais individuais em um segundo momento (portanto, 6-7 pacientes), e será fechado para elaborar os processos grupais.

As sessões são regulares no tempo, no lugar e no horário, seguindo as regras do tratamento psicanalítico para poder interpretar aqui e ago-

ra as diferentes transferências (verticais e horizontais). O espaço fechado imaginário deve ser desmembrado das realidades sociais (o que implica a abstinência, a descrição e uma certa restituição). Nesses grupos e nessa idade, a diferenciação fora-dentro deve ser mantida com muita determinação.

- A regra principal é a da livre associação para deixar que emergja uma organização grupal a partir de uma certa regressão e da vida fantasmática dos participantes.

- É preferível que o grupo seja coordenado por um único terapeuta (que se situa assim fora de uma realidade do casal parental), para analisar melhor a contra-transferência.

- As interpretações são feitas sobre a vivência e as emoções grupais em um primeiro momento (transferência do grupo para o terapeuta e dos membros para o grupo). Em um segundo momento, as interpretações visam mais a vivência individual dentro do grupo (transferência dos indivíduos sobre o grupo, sobre o terapeuta e sobre os outros membros do grupo).

A dinâmica dos grupos de inspiração psicanalítica. – Alguns processos são comuns a todos os grupos terapêuticos orientados segundo esse dispositivo (crianças, adolescentes e mesmo adultos).

O período inicial é muito angustiante, pois o grupo é perpassado por fantasias arcaicas de vazio, de fragmentação e de perseguição difusa. É o momento em que, diante dessas regressões, as inquietudes são maiores. Os adolescentes têm medo, por exemplo, de “ficar loucos”, mas o que os preocupa, sobretudo, é que o risco de indiferenciação não seja contido por um envelope suficientemente sólido. Nesse período, eles imaginam que os conflitos internos poderiam culminar em um esfacelamento do grupo, e põem à prova tanto a contenção física (eles falam alto, mudam de lugar...) quanto as capacidades de contenção do terapeuta. *Em um grupo, por exemplo, eles imitam uns aos outros, e depois a angústia se torna paroxística quando se aborda a noção de perda de tempo, que lembra sobre a morte dos pais; após associações sobre a sexualidade, o grupo é comparado a um sonho acordado (ou um pesadelo), onde o sol vai explodir, destruir a terra e queimar todos os homens.* Em outros grupos,

pode ocorrer de os adolescentes se fecharem em um silêncio prolongado, mas cujo benefício secundário é o enfrentamento do terapeuta (que é posto à prova). Nesses períodos, há sempre a temer as passagens ao ato, mais individuais do que grupais, quando a regressão é excessivamente rápida e o psicoterapeuta não consegue a contenção necessária suficiente.

Observa-se em seguida um período difícil, em que o clima fica pesado e tenso: os membros do grupo tentam expulsar os “maus objetos” ou, mais exatamente, o que é sentido como causador do mau funcionamento. São tanto os maus objetos, no sentido kleiniano do termo, quanto os desejos recalcados (besteiras, lembranças sujas, a sexualidade, a homossexualidade, etc.). A partir desse momento, os participantes se põem em busca de um portador para esses maus pensamentos. No início, os membros do grupo procuram um bode expiatório entre eles... Isso perdura até que o próprio terapeuta se torna o bode expiatório. De imediato, ele é excluído do grupo: é o momento em que os adolescentes deixam o terapeuta sozinho. Logo ele se torna lugar de projeção de tudo o que os incomoda. Geralmente é designado como lixo, descarga ou até esgoto. Quando o terapeuta aceita, portanto, essa função, constata-se que o grupo passa a funcionar com um nível de angústia bem menor e que ele ganha mais coesão. O terapeuta está ao mesmo tempo fora e dentro do grupo. A designação de um bode expiatório só não é estável quando, por uma razão ou por outra, o terapeuta não assume essa função.

O grupo entra então em uma fase nova, em que todos os membros são associados à unidade grupal. O grupo se torna lugar de restauração narcísica em um movimento de idealização das relações interindividuais, cada membro e o grupo em seu conjunto são investidos como extensões do ego. Em um momento de ilusão, todos os membros do grupo negarão qualquer diferença, tanto no nível dos sexos quanto das gerações. Em um espaço livre de conflito, assiste-se assim a uma regressão para uma fantasia grupal onipotente que remete à megalomania narcísica. Esse movimento lembra bastante aquilo que D. Anzieu (1984) chama de “ilusão grupal”: o grupo mergulha então em um clima bastante alegre e exuberante. É preciso assinalar que, nesse momento, o objeto libidinal (principal) passa a ser o grupo, e não mais o psicoterapeu-

ta. O lugar do terapeuta fica difícil de sustentar, pois ele é naturalmente tentado a manter esse clima, visto que, até esse momento, ele tinha sido totalmente excluído do grupo e tinha sofrido de todos os ataques.

Restauração narcísica e do Ideal do ego são, sem dúvida, os dois elementos que fazem pensar em “grupo” na adolescência ou, pelo menos, que explicam o interesse e mesmo a necessidade de grupos de iguais como família substituta ou como mediador identificatório. Essa visão é, de uma certa maneira, evidente para os grupos naturais (do bando aos grupos de amigos, passando por todas as formas de atividade em comunidade); o que vemos lá, em primeiro lugar, é a exclusão do adulto (em geral); um funcionamento idealizado e/ou maníaco, que remete à ilusão grupal, esse momento importante que descrevemos como agindo sob o domínio da onipotência narcísica. Os grupos de adolescentes, para funcionar em toda quietude e a longo prazo na ilusão grupal, devem excluir o adulto, a menos que este ajude a sustentar essa posição (educadores companheiros ou adultos que propõem uma atividade valorizadora e idealizada pelos adolescentes e pelo adulto).

Os grupos terapêuticos de inspiração analítica têm um outro objetivo que não o de preservar no grupo a ilusão grupal, pois o que é terapêutico é, ao contrário, abandonar a ilusão grupal, que confronta com a castração e com a necessidade de assumir uma certa depressão, único acesso a uma problemática edipiana que conduz, segundo a expressão de D. Anzieu (1984), do grupo fraternal ao grupo associativo. Essa concepção corresponderia praticamente a uma “saída” da adolescência, permitindo encontrar uma identidade individual e ao mesmo tempo aceitando a identidade grupal (social) e reorganizando as identificações edipianas.

Do ponto de vista grupal, o projeto do terapeuta, num primeiro momento, se choca com o projeto dos adolescentes. Alguns fracassos de grupos de jovens adolescentes estão ligados a essa dificuldade, pois quando a segurança narcísica do adolescente é ameaçada, a relação de confiança necessária ao estabelecimento da aliança terapêutica é questionada.

Em todos os grupos, o adulto é interrogado ou interpelado sobre sua idade, sobre seu envelhecimento, sobre sua decadência física e sobre sua morte. O grupo de adolescentes insiste en-

tão nessas evocações que o conduzem com muita rapidez a um processo de luto, e na maioria das vezes se constata um retorno ao período de onipotência da ilusão grupal.

A necessidade de continuar a funcionar em torno da ilusão grupal se deve, portanto, ao evitamento da problemática depressiva, graças ao afastamento dos objetos internos perseguidores, mas também à mortalidade que confronta com a diferença de gerações.

Modalidade e organização do dispositivo.

– Essa oposição entre os objetivos da psicoterapia de grupo e as razões que fazem com que um adolescente procure um grupo explica, sem dúvida, o número muito restrito de relatórios de grupo de inspiração psicanalítica na adolescência. Por outro lado, justifica certas técnicas empregadas pelos terapeutas para levar a bom termo as terapias de grupo.

Trata-se, em primeiro lugar, das posições preconizadas pelos autores anglo-saxões. Em geral, estes aconselham o terapeuta a ocupar uma posição central no grupo e a se apresentar como uma imagem identificatória idealizada. Eles procuram minimizar os efeitos de grupo, a análise permanece centrada no indivíduo, e quase todos recomendam que o terapeuta seja ativo, que apresente uma imagem idealizadora e mostre uma certa firmeza (Schaefer, 1982, Cramer Azima, Richemond, 1989). O terapeuta deve ser simultaneamente psicanalista, isto é, manter-se atento aos processos inconscientes que se desenvolvem no grupo, ao mesmo tempo em que é confrontado com a necessidade de impedir as passagens ao ato (dentro e fora do grupo) por uma atividade intensa visando manter o *setting* terapêutico.

Outras organizações técnicas coerentes são possíveis:

- seja utilizar uma técnica ideologizante e defensiva em relação à depressão, como o psicodrama ou os grupos com atividades valorizadoras (Anzieu, 1979);
- seja se apoiar nos efeitos idealizantes das instituições;
- seja estabelecer grupos abertos cujos efeitos são, sem dúvida, menos intensos, mas que não expõem às angústias que emergem nos grupos fechados, pois os grupos abertos vivem

na fantasia da imortalidade (do grupo e dos animadores).

A experiência mostra que pode ser oportuno adaptar o dispositivo às diferentes fases da adolescência:

– Para os adolescentes que entram na fase pubertária (12-14 anos), cuja preocupação maior é a luta contra o transbordamento pulsional ligado essencialmente à problemática edipiana e às ameaças do superego, o psicodrama coletivo nos parece dar conta desse tipo de conflito; pela encenação, há o domínio da vida pulsional e do imaginário; pela participação do adulto, há o distanciamento em relação às imagens do superego e, portanto, uma melhor gestão dos conflitos intrapsíquicos; finalmente, por seu aspecto ativo, o psicodrama coletivo encoraja de uma certa maneira a ilusão grupal ou, pelo menos, as defesas maníacas, o que permite não confrontar o jovem com a depressão cedo demais.

– Na fase seguinte (15-17 anos), em que a problemática é mais de ordem narcísica e identificatória, o grupo analítico deve ser conduzido com muita prudência (seguindo nisto a recomendação dos autores anglo-saxões).

– Finalmente, para os adolescentes mais velhos (18-20 anos), os grupos analíticos podem ser conduzidos sem uma organização particular, dado que o objetivo do grupo é ajudá-los a superar os diferentes lutos e a adquirir uma autonomia psíquica, ao mesmo tempo aceitando seu vínculo grupal (e portanto social).

Essas diversas organizações não estão ligadas unicamente à idade, mas também à patologia. Pois, se as indicações são muito amplas (delinquentes, psicóticos, neuróticos), de uma maneira geral é necessário compor o grupo com cuidado (patologias mais ou menos próximas umas das outras, mas complementares). Certos autores insistem sobre o risco de perda de limites de si, de confusão de identidade que o grupo pode provocar: os pacientes que apresentam dificuldades particulares nesses campos (adolescentes-limite ou *borderline* (cf. Capítulo 12), adolescentes com uma patologia narcísica importante) devem ser, senão descartados de um grupo terapêutico, pelo menos integrados com muita prudência.

Caso Particular: O Grupo de Pais

Em alguns casos, particularmente quando o adolescente se encontra em uma instituição (hospitalização, hospital-dia, lar, etc.), a participação em um grupo é proposta aos pais dos adolescentes. Esses grupos são um meio-termo entre a dinâmica de grupo propriamente dita e a terapia familiar. Certos grupos foram estudados mais especificamente: é o caso do grupo de pais de adolescentes anoréxicos (Jeammet e Gorge). Como para todos os grupos, este tem a vantagem de fornecer aos pais em situação de extrema vulnerabilidade (no momento em que o adolescente está hospitalizado) o apoio da relação com os outros pais; de fato, o reconhecimento em espelho, por meio das dificuldades de outros pais, das suas próprias, tranquiliza os pais, sobretudo a mãe. Os pais mais antigos no grupo costumam ter a função de pais-terapeutas, um intermediário útil entre o terapeuta e o casal de pais, “comentando seus comportamentos, ajudando-os a perceber melhor seus verdadeiros afetos, a se situar em face de seu filho”.

Os autores descreveram diversas fases na dinâmica do grupo de pais, fases ligadas ao reconhecimento, depois ao desencadeamento da transferência (para o grupo e para o terapeuta). Certos traços parecem mais específicos de pais de anoréxicos. Os autores descrevem assim o que eles chamam de “a orgia do sintoma”, isto é, o prazer excitado que os pais sentem ao relatar as diversas manobras anoréxicas de sua adolescente; eles revelam igualmente a importância da fuga dos conflitos e do evitamento da sexualidade. Outros traços parecem menos específicos e são encontrados em outros tipos de patologias, como a “procura de um bode expiatório” (busca furiosa do agente causal da doença, de preferência fora do círculo familiar), a culpabilidade parental sempre presente e exacerbada, a confusão de gerações. Essas condutas são frequentes no grupo de pais qualquer que seja a patologia de sua criança ou adolescente. Para esses autores, “o grupo de pais oferece um terreno privilegiado de estudo das interações fantasmáticas da anoréxia com seus pais; é também um meio privilegiado de desdramatizar e de abrir esse sistema relacional que a angústia desencadeada pela conduta anoréxica contribuía para fechar ainda mais em si mesmo, favorecendo a persistência dos sintomas” (Jeammet e Gorge). Com

algumas pequenas variantes, poderíamos dizer o mesmo de outros grupos de pais cujos adolescentes apresentam um outro tipo de patologia.

A UTILIZAÇÃO DE PSICOTRÓPICOS NO ADOLESCENTE

A utilização de psicotrópicos na adolescência coloca sempre um problema delicado para o clínico. Neste item, abordaremos de forma sucinta os problemas gerais que se apresentam em face da prescrição medicamentosa em um adolescente. As medicações específicas foram examinadas no final de cada capítulo desta obra.

Raros são os trabalhos farmacológicos consagrados ao estudo dos psicotrópicos no adolescente. Como todo grupo intermediário, os estudos farmacológicos referem-se mais aos adultos, às vezes às crianças, enquanto que o grupo específico de adolescentes é incluído ora entre os primeiros, ora entre os segundos. Do mesmo modo que para a prescrição de psicotrópicos na infância, essa utilização tornou-se difícil no adolescente, em razão da inadequação relativa entre as classificações medicamentosas, estabelecidas essencialmente em função de categorias nosográficas próprias aos adultos, e os diversos agrupamentos psicopatológicos próprios ao adolescente: assim, os exemplos da depressão, do vasto problema das diversas formas de psicose na adolescência ilustram essas dificuldades de adequação entre a nosografia estabelecida para o adulto e os agrupamentos próprios ao adolescente.

Além disso, a riqueza e a complexidade do processo psíquico que caracteriza a adolescência, suas múltiplas interações e dependências com o ambiente dão conta da natureza particular da prescrição medicamentosa nessa idade. Lecrubier resume da seguinte maneira as diversas questões que podem se levantar: 1) temor de que o adolescente aprenda, diante do alívio causado pelo medicamento, a eludir os problemas intrapsíquicos que enfrenta; 2) reforço da relação de dependência do sujeito que tenderá ou a adotar o medicamento em uma submissão infantil, ou a rejeitá-lo de forma agressiva; 3) a demonstração de sua impotência interna e de sua incapacidade de encontrar em si mesmo os recursos para superar suas dificuldades; 4) risco

de interferência negativa entre os efeitos secundários de certos medicamentos e o processo da adolescência: assim, efeitos como ganho de peso, a galactorréia e a amenorréia secundária podem acentuar a angústia inerente às modificações habituais do esquema corporal; do mesmo modo, efeitos como a sudação, a estimulação e a síndrome extrapiramidal podem reforçar um sentimento de perda de controle de si e, na pior das hipóteses, induzir uma atividade delirante.

O último ponto diz respeito à família. Sabe-se que uma das maiores dificuldades de aceitar um tratamento psicotrópico, dificuldade que constitui a primeira causa da sua interrupção, é a opinião do círculo próximo. É fácil compreender a importância que a opinião da família assume em uma tal prescrição na adolescência. Também nesse caso, a absorção medicamentosa pode substituir um conflito genitor-adolescente, cuja resolução é necessária ao equilíbrio psíquico do adolescente, essa prescrição mascarando ou focalizando nela as interações genitor-adolescente.

Por todas essas razões, Y. Lecrubier (1986) conclui com muita propriedade:

Aquele que prescreve deverá ser ainda mais vigilante na avaliação da tolerância-eficácia, portanto, do benefício real decorrente do tratamento. O tempo dedicado à prescrição medicamentosa, considerado o conjunto de dificuldades mencionadas acima, constitui por si só um problema. Nesse caso, é preferível não prescrever a prescrever mal, na medida em que as primeiras experiências quimioterápicas induzirão no sujeito uma imagem duradoura do medicamento.

Assim, pode-se levantar uma questão ante de qualquer prescrição de psicotrópico na adolescência: os medicamentos psicotrópicos são incontestavelmente eficazes, no sentido de que induzem modificações no funcionamento mental quando de sua prescrição, mas será que as mudanças que se esperam dos medicamentos não poderiam ser obtidas por uma outra abordagem, e será que eles não poderiam interferir, travar ou alterar as mudanças espontâneas inerentes ao processo da adolescência? A prescrição medicamentosa deve ser precedida em geral de uma negociação com o adolescente e com seus pais, a fim de definir o que se pode esperar desse tratamento e quais são seus limites. De fato, parece-nos importante evitar que se instalem si-

tuações de dependência psíquica ao medicamento, às vezes com atitudes de verdadeiro apego do adolescente a essa solução externa que lhe foi proposta e que, na seqüência, serve de anteparo a qualquer outro tipo de abordagem. Finalmente, é preciso mencionar um problema importante: o da automedicação. Segundo algumas pesquisas (INSERM), um número significativo de adolescentes, em particular meninas (20%), utiliza medicamentos psicotrópicos: ansiolíticos, soníferos, anorexígenos, etc., sem nenhum controle médico. Essa quase toxicomania à base de produtos lícitos geralmente começa na adolescência e mostra como o médico deve ser prudente em suas prescrições. Seja como for, os estudos farmacológicos específicos, referentes a esta ou àquela classe de produtos, são pouco numerosos (Rifkin et al., 1986). Abordaremos sucessivamente e de maneira breve os tipos de psicotrópicos mais utilizados no adolescente: os ansiolíticos, os antidepressivos, os estabilizadores de humor, os neurolépticos e os psicoestimulantes.

Os ansiolíticos. – As benzodiazepinas são provavelmente muito mais utilizadas do que a literatura farmacológica faria crer. Pelo que conhecemos, não existe um estudo farmacológico aprofundado sobre as interações particulares entre as benzodiazepinas e a presença tão freqüente da angústia na adolescência. Em nossa prática clínica, trata-se talvez da classe de medicamentos cuja significação simbólica da absorção do produto enquanto tal e o lugar da relação com os pais desempenham um papel preponderante. A título de exemplo, em um número significativo de casos, o adolescente começa utilizando inicialmente a benzodiazepina que um de seus genitores consome habitual ou intermitentemente. Não se deve esquecer, por outro lado, que as benzodiazepinas aparecem em primeiro lugar entre os produtos utilizados para as tentativas de suicídio, ansiolítico geralmente prescrito um pouco antes, ou tirado da farmácia familiar. A utilização de antidepressivos, em particular serotoninérgicos, é cada vez mais aconselhada na maioria dos “Transtornos Ansiosos”. No transtorno ansioso da adolescência, outros tipos de molécula, tipo buspirona, mostram claramente sua superioridade sobre o placebo e uma ausência de efeitos secundários geralmente atribuídos às benzodiazepinas (Braconnier, A., 1992).

Os antidepressivos. – Eles foram abordados no capítulo “Depressão na adolescência”. Parece-nos importante limitar sua utilização à síndrome depressiva franca, em particular quando existe uma lentificação psicomotora. A utilização extensiva de antidepressivos em formas complexas, particularmente em depressividades sem um quadro de depressão comprovado clinicamente, parece-nos muito discutível na adolescência. Em contrapartida, o interesse dos antidepressivos, em particular de tipo “serotoninérgico”, parece cada vez mais evidente nos transtornos alimentares (anorexia, bulimia), nos transtornos obsessivos compulsivos e nas fobias escolares e sociais.

Os estabilizadores de humor. – O carbonato de lítio foi utilizado com interesse nos casos de transtornos bipolares na adolescência (Geller, 1997). Alguns estudos mostram a ação de estabilizadores de humor dos anticonvulsivos (valproato, carbamazepina) em transtornos bipolares (Batteron e Geller, 1985). Os estabilizadores de humor foram recomendados igualmente no quadro mais amplo de “psicoses distímicas”, em particular quando a instabilidade do humor parece comprometer as capacidades de adaptação do adolescente às exigências do ambiente. Finalmente, no quadro de episódios delirantes agudos na adolescência, certos autores (Marcelli, 2002) defenderam uma prescrição precoce (com objetivo terapêutico e não apenas profilático).

Os neurolépticos e antipsicóticos. – Diante de episódios psicóticos agudos, os neurolépticos e, mais recentemente, os antipsicóticos (amisulprida, olanzapina, risperidona) são prescritos com um objetivo puramente sintomático. A duração dessa prescrição varia conforme o caso. Em contrapartida, a quimioterapia de longo prazo não deve ser considerada a não ser que o diagnóstico de esquizofrenia esteja bem definido, tanto mais que a ação dos neurolépticos pode levar a quadros “agudos”, podendo abrandar de forma falaciosa o diagnóstico.

Assim como para o adulto, duas linhas de sintomas são acessíveis, uma de tipo produtivo, tratada pelo conjunto dos neurolépticos e antipsicóticos em dose média ou elevada, e outra de tipo deficitário, tratada pelos neurolépticos “desinibidores” em doses baixas e, sobretudo, atualmente os antipsicóticos. No adulto, a resposta te-

rapêutica aos sintomas de tipo deficitário é menos satisfatória. A avaliação da eficácia terapêutica mostra-se às vezes muito difícil. Os efeitos secundários geralmente são muito pouco tolerados e podem, no limite, alimentar ou agravar a vivência delirante. Por isso, é preferível utilizar posologias que vão aumentando progressivamente, sem procurar obter um efeito imediato, ou avaliando cuidadosamente esses efeitos secundários. Os antipsicóticos mais recentes são recomendados por apresentar menos efeitos secundários.

Os psicoestimulantes (anfetaminas). – Eles são utilizados há muitos anos nos Estados Unidos na indicação “Transtornos Deficitários da Atenção-Hiperatividade” na criança e, em menor grau, no adolescente com resultados satisfatórios.

Outras indicações foram propostas (transtornos de conduta, por exemplo) com resultados inconstantes. Autorizada agora na França, a prescrição do metilfenidato deve seguir regras rigorosas (ver *Enfance et Psychopathologie*, Capítulo 20, p. 433).

O CUIDADO HOSPITALAR OU INSTITUCIONAL

Os Locais de Atendimento

Atendimento de urgência e unidades de emergência. – Esses locais se multiplicaram nos últimos anos. Funcionando geralmente com um número limitado de leitos, essas unidades recebem, por períodos de permanência reduzidos, adolescentes em situação de crise ou de urgência psicossocial: vadiagem, fuga, ruptura familiar, TS, crise de violência ou de passagem ao ato, momento de desorganização psíquica, etc. Na maioria das vezes, essas unidades trabalham em rede com outras estruturas mencionadas abaixo, pois sua vocação não está no cuidado de longo prazo, mas sim na capacidade de oferecer um local de continência onde o adolescente teoricamente pode se sentir protegido (inclusive contra ele próprio e suas tendências destrutivas) e acalmado em sua excitação.

Estruturas de gestão cotidiana geralmente difícil, por se tratar de um local de confluência

de todos os desesperos e violências potenciais, elas só têm sentido se forem seguidas de tratamentos mais duradouros.

Hospitalização em tempo integral. – Existem na França algumas unidades de hospitalização que atendem especificamente adolescentes (Alvin et al., 1997). Elas são reservadas a patologias graves. Embora a admissão nesse tipo de estrutura possa corresponder à lógica habitual das unidades de hospitalização, é importante assinalar que essa hospitalização, para além da estrita proteção do adolescente, será tanto mais eficaz na medida em que a decisão puder ser tomada em um clima de acordo e de negociação com o adolescente e com seus pais em torno de um projeto de tratamento no qual a própria hospitalização representa apenas um momento particular do trajeto terapêutico (Giacomini-Biraud et al., 1995; Marcelli, 2001).

Outros locais de atendimento. – O lar terapêutico, as instituições e os estabelecimentos especializados, a internação familiar são outros modos de tratamento muito especializados em que a indicação do afastamento do meio familiar e o trabalho institucional são as bases de um tratamento geralmente prolongado (ver abaixo).

Modalidades de Atendimento

A urgência. – Funcionando com base no modelo médico tradicional, o atendimento de urgência responde a certas situações médicas, como as descompensações agudas tipo episódio delirante agudo ou episódio depressivo grave de dimensão melancólica, tentativa de suicídio envolvendo risco de vida, intoxicação aguda (álcool, haxixe), etc. É preciso reconhecer, no entanto, que essas situações são amplamente minoritárias em relação às urgências “médico-sociais”, ou mesmo “sociais” puras, nas quais a dimensão de urgência responde essencialmente a um transbordamento violento qualquer que seja sua origem: crise de agitação durante um conflito interpessoal, violência verbal ou psíquica, rejeição aguda do adolescente, briga com ou sem ferimento, violência puramente social de um adolescente “rejeitado” em toda parte, etc.

A “passagem ao ato” está longe de ser exclusiva do adolescente que geralmente focaliza em sua pessoa as tensões e os conflitos familiares, ambientais, institucionais (Guedj, 2001). Por isso é importante que o serviço de urgência realize um trabalho em rede com o conjunto das estruturas locais e de parceiros potencialmente envolvidos (escolas, assistência social à infância e lar de acolhimento, PJJ, etc.). De fato, a indicação de hospitalização psiquiátrica de urgência, colocada como necessidade, normalmente não é discutida nem com o adolescente nem com os pais. Porém, embora ela possa ser seguida de um tratamento durante o qual é possível um verdadeiro projeto de tratamento, é forçoso reconhecer que muitas vezes uma tal hospitalização de urgência leva a uma saída prematura do jovem, eventualmente com a concordância de seus pais e contra o parecer dos médicos.

De fato, o contexto “psi” da unidade de hospitalização costuma ser recusado (“eu não sou louco”) desde que uma normalização aparente venha servir de pretexto para essa demanda. Há o risco então de que as hospitalizações de urgência *se repitam sem que se empreenda um verdadeiro tratamento*.

No limite, isso pode levar a uma espécie de dependência da urgência e de sua atmosfera muito particular. É por essa razão que numerosos psiquiatras que trabalham com adolescentes e com seus pais consideram preferível, para as hospitalizações em meio “psi”, *adiar um pouco*, dando tempo para uma reflexão mínima e para um posterior compromisso do adolescente e de seus pais por meio de um “contrato de tratamento”. Isso ajuda a distinguir as unidades de acolhimento em urgência situadas em um quadro médico (serviços porta de hospitais) ou médico social (“unidades de emergência”) e as unidades de hospitalização psiquiátricas (serviços de psiquiatria tradicionais).

A hospitalização programada. – Respondendo à necessidade seja de uma separação do meio familiar, seja de um tratamento medicalizado em um quadro de contenção que assegure a proteção do menor, essa hospitalização começa em geral por uma negociação com o adolescente e/ou seus pais sobre os objetivos, o quadro a respeitar, as modalidades de tratamento, etc. Essa discussão-negociação em geral assume a forma

de um “contrato de tratamento” entre o adolescente, seus pais e a unidade de hospitalização (por meio da pessoa do médico responsável pela unidade). A noção de “contrato de tratamento” não deixa de ser ambígua, mas, como assinala Corcos (2002): “As pressões exercidas pelo contrato não visam travar a liberdade do paciente, mas sim exercer uma ação de contenção para-excitante, pois limita as sensações. Essa contenção permite criar as condições de uma representação e de uma elaboração no paciente”. O contrato é do mesmo tipo do *contrato de hospitalização* assinado entre a paciente anoréxica, seus pais e o médico hospitalar. Essa negociação prévia permite na maioria dos casos uma melhor observância e uma maior participação no tratamento, tanto do adolescente quanto de seus pais. Ela impõe, portanto, adiar por alguns dias o momento da hospitalização, tempo de preparação que permite uma aceitação bem melhor do quadro e das restrições posteriores ligadas à permanência hospitalar.

O cuidado institucional. – Entende-se por “cuidado institucional” os diversos tratamentos que se realizam no interior de um estabelecimento ou de uma estrutura de atendimento quando de uma permanência mais ou menos prolongada do paciente, incluído o acompanhamento de enfermagem ou educativo. Vale assinalar que esse princípio geral se aplica igualmente à maior parte dos estabelecimentos medicalizados de acompanhamento e de readaptação, que recebem adolescentes cuja doença somática geralmente se associa a dificuldades pessoais ou familiares mais ou menos problemáticas (Gasquet e Choquet, 1998).

No que diz respeito ao seu papel terapêutico, a instituição assume várias funções:

- uma função de *substituição* de um quadro familiar que não consegue mais conter o adolescente;
- uma função de *mediação* para se interpor entre o jovem e seu ambiente (pais, escolaridade, sociedade, etc.);
- uma função de *tolerância* para diminuir o nível reacional de excitação provocado habitualmente pelas condutas do jovem, excitação que ele utiliza em retorno para justificar seus próprios comportamentos desviantes;

- uma função de *contenção*, finalmente, que protege o adolescente graças à permanência e à estabilidade do quadro, no qual o adolescente vai encontrando pouco a pouco seus limites.

O conjunto pode ser enunciado como uma função de figuração que vem substituir as organizações conflituosas do adolescente, uma figuração nova que lhe proporciona os meios de uma tomada de consciência e de relativo distanciamento em relação às figuras parentais portadoras de conflitos que estão na origem dos transtornos.

Essas estruturas de tratamento funcionam ou em complemento à escolaridade (lar terapêutico), ou em internato terapêutico com uma escolaridade dentro do estabelecimento (por exemplo: estabelecimentos da *Fondation santé des étudiants de France*). O trabalho de síntese e de reflexão do conjunto da equipe terapêutica sobre as condutas de cada adolescente representa a própria base do trabalho institucional (Epelbaum et al., 1997). Essas estruturas acolhem adolescentes para permanências de um a três anos escolares, raramente mais. Qualquer que seja a psicopatologia apresentada, o motivo da indicação terapêutica repousa sobre a *necessidade de uma separação do meio familiar*. Essa separação poderá ser aceita, assumida ou imposta seja ao adolescente, seja aos pais (ver abaixo).

Casos Particulares: As Instituições Para Adolescentes Deficientes Intelectuais

Elas geralmente são a continuidade das instituições pra crianças deficientes. O pessoal é constituído essencialmente de educadores. O enfermeiro às vezes fica limitado apenas a um papel de cuidados, que ele muitas vezes reclama ser muito restritivo.

Os institutos médico-educativos são definidos pela circular de 20 de julho de 1970. Eles se dividem em:

Institutos médico-educativos, que recebem crianças e adolescentes até 16 anos.

Institutos médico-profissionais, que recebem adolescentes para lhes proporcionar um

complemento de ensino geral e uma formação profissional adaptada à deficiência.

Eles funcionam em internato, semi-internato, internato semanal, e excepcionalmente externato.

Centros de Ajuda pelo Trabalho (CAT), cujo funcionamento e estatuto foram definidos pelas circulares de aplicação da lei de orientação de 30 de junho de 1975 em favor de pessoas deficientes. Eles acolhem adolescentes e adultos com graves deficiências, mas que podem exercer uma atividade profissional cujo rendimento é teoricamente próximo do de qualquer trabalhador normal. Esses estabelecimentos são da alçada do Ministério do Trabalho.

As instituições ligadas à direção da Educação Vigia. – Elas são destinadas aos adolescentes que tiveram de passar por um juiz. O pessoal é constituído antes de tudo por educadores especializados. O enfermeiro geralmente desempenha um papel discreto, mas importante para adolescentes carentes afetivamente e para os quais os cuidados, os medicamentos, a aproximação corporal, o curativo, etc., podem ser considerados como uma gratificação importante em face da qual eles tendem a repetir avidamente a demanda.

Trata-se de lares de ação educativa, de lares de semiliberdade, de instituições especializadas de educação vigia. Embora elas não façam parte desse quadro, e não se trate de instituições propriamente ditas, podemos mencionar aqui as equipes de prevenção em face da delinquência juvenil: são equipes e clubes de prevenção, assim como equipes de educação em meio aberto (AEMO) que intervêm a título da proteção judiciária, ou a título de proteção social (cf. item “Tratamento terapêutico”, no Capítulo 18).

As Outras Instituições

Agruparemos aqui vários tipos de instituições que podem ou trabalhar isoladamente, ou associadas a uma daquelas descritas anteriormente:

– “*free clinic*”, instituição que se refere ao modelo anglo-saxão, e que se situa entre a consulta e o hospital-dia (Basquin e Braconnier, 1980);

– lares de jovens trabalhadores 16-25 anos:

- hotéis maternais e casas maternais;
- abrigos;
- internação familiar para adolescentes, cuja utilidade parece cada vez maior;
- apartamentos terapêuticos, estruturas intermediárias.

Vale mencionar as instituições para jovens toxicômanos:

- centro especializado de tratamento;
- centro de pós-tratamento;
- centro de atendimento e de abrigo.

Ao lado das instituições oficiais, é preciso chamar a atenção para a existência de “instituições marginais”: comunidades mais ou menos estruturadas que acolhem “adolescentes em ruptura”, chamados normalmente de “local de vida”. Essas comunidades podem associar-se a serviços oficiais ou funcionar de forma totalmente autônoma; elas podem centrar suas atividades em uma ideologia política, mística, filosófica; podem ser urbanas ou rurais; e, finalmente, podem ser constituídas apenas de jovens ou centrar-se em um adulto que em geral tem a função de “guru”.

Por último, vale mencionar os pontos de escuta ou os serviços de atendimento telefônico – sendo o mais conhecido o “*Fil Santé Jeune*” (“Fio Saúde Jovem”) –, que recebem numerosos pedidos de ajuda psicológica, para os quais às vezes é difícil separar entre a necessidade de uma resposta pontual e a necessidade de uma resposta realmente terapêutica com o rigor ético e profissional que isto exige. Os melhores desses serviços contam com supervisões médicas, que são a garantia de um trabalho sério.

Principais Indicações

– A primeira indicação é constituir um recurso diante de situações de impasse. Aproveitar a realidade e, portanto, uma separação concreta do ambiente permite assim iniciar um trabalho psicoterápico no sentido amplo do termo (cf. item “Problema de alianças terapêu-

ticas”, p. 574). É comum ver um adolescente pedir ajuda em forma de um sintoma médico, quer se trate de uma crise de nervos, de uma síncope, do consumo de droga ou mesmo de uma tentativa de suicídio, na medida em que ele se sente justamente em uma situação de impasse diante de seu meio habitual: escolar, com os amigos, ou sobretudo familiar. Essas situações podem se resolver durante a consulta externa, mas às vezes a única possibilidade imediata é a permanência em uma instituição.

– A segunda indicação é a constatação de uma ameaça grave à vida relacional ou ao mundo intrapsíquico do adolescente: gestos suicidas repetitivos, escalada em um processo de delinquência ou de toxicomania, ocorrência de alucinações ou de um delírio.

– A terceira indicação é constituída pelo risco de ruptura relacional brutal e completa com o ambiente do sujeito. O conhecimento dos aspectos psicodinâmicos descritos anteriormente e a experiência clínica nos ensinam que os adolescentes muitas vezes querem romper as ligações, ao mesmo tempo em que desejam profundamente preservá-las, mesmo se estas tomam a forma de um revolta. Não há nada pior para um adolescente do que se revoltar contra “ninguém”. Como escreve Winnicott, “o que conta é que o desafio do adolescente seja encontrado”, senão a ruptura relacional brutal e completa confrontará o adolescente com o vazio, ou com uma regressão que ele frequentemente terá dificuldade de superar.

– A quarta indicação de tratamento institucional é a existência no adolescente de um déficit grave que o exclui do circuito escolar, universitário, pré-profissional, ou profissional habitual. O modo de tratamento geralmente se situa na continuidade de uma ajuda equivalente durante a infância.

– Finalmente, a quinta indicação, que talvez devesse ser a primeira a ser apresentada, é a prevenção de transtornos graves do comportamento e do caráter. Pensamos nos pré-adolescentes e nos adolescentes cujas condições de vida estão gravemente comprometidas em razão de um ambiente familiar ou social muito problemático.

No conjunto, o interesse da instituição é antes de tudo existir, ser externa ao ambiente habitual, e propor um meio substitutivo. A

partir dessas diferentes indicações, vamos descrever algumas funções que caracterizam os diferentes modos de tratamento institucional dos adolescentes.

A Questão da Separação

Para todas as estruturas de atendimento, a questão da separação entre o adolescente e seu meio de vida habitual (adolescente-pai(s) na maioria dos casos, mas também adolescente-família de acolhimento, adolescente-local de vida ou abrigo, etc.) é central. Na adolescência, ao contrário do período da infância, há verdadeiras indicações de uma separação entre o jovem e seu meio familiar, separação que pode ter um real valor terapêutico (Marcelli, 1989). De fato, o recurso a locais de hospitalização põe em cena uma dinâmica da representação espacial. “A utilização do espaço faz parte desse movimento de exteriorização pelo qual o adolescente encontra um meio de figuração dos conteúdos intrapsíquicos, mas também um meio de exercer um domínio sobre eles. O controle da distância dos objetos externos parece mais dominável do que a relação de desejo com os objetos internos” (Jeammet, 2001). Contudo, para que isso ocorra, é preciso que essa indicação tenha sido preparada durante um trabalho clínico de elaboração tanto com o jovem quanto com os pais. De fato, é bastante comum que essa separação ainda seja apresentada pelos pais como uma “punição” (“se você continuar assim, vai para o internato”), que o jovem recuse naturalmente ou contra a qual se rebela. É fundamental, portanto, que a separação não tenha essa carga punitiva, o que implica, tanto para os pais como para o adolescente, uma capacidade de pensar as consequências de uma tal medida, tanto no âmbito interativo e relacional quanto no campo afetivo próprio de cada um. Assim, quando a palavra “separação” é pronunciada pelo consultante, não é raro observar o aparecimento de manifestações ansiosas ou depressivas importantes tanto no adolescente quanto em um dos genitores.

A intensidade dessas reações dá a medida exata da *intensidade da ligação ansiosa* que une secretamente o jovem a um dos genitores ou a ambos, ligação que está na origem dos transtornos, mas que nem os pais nem o jovem desejam fundamentalmente que evolua.

De fato, a revelação dessa ligação pode levar a modificações mais ou menos profundas na dinâmica familiar assim como no equilíbrio psicopatológico individual, o que tanto uns como os outros temem, pois abrem para situações desconhecidas e para obrigações de mudança nem sempre desejadas. Contudo, é a intensidade dessa ligação ansiosa que geralmente é a causa de múltiplas dificuldades ou de transtornos de conduta apresentados por esse adolescente, na medida em que o trabalho psíquico do adolescente diz respeito exatamente à natureza dessa ligação a partir do que foi descrito como “a segunda fase de separação individuação” (ver Capítulo 2). É ela também que explica atitudes reacionais geralmente inábeis dois pais. O resultado mais evidente dessa ligação ansiosa é criar um círculo vicioso em que se vê o adolescente multiplicar os comportamentos de provocação, enquanto que os pais reagem por uma escalada de atitudes cada vez mais condenáveis.

Nessas condições, uma separação terapêutica é indicada; a experiência mostra regularmente que essa separação, na medida em que foi bem preparada proporciona um apaziguamento notável tanto nos pais quanto no adolescente.

Os três momentos da separação. – Por espírito pedagógico, distinguiremos três momentos dessa separação, descrevendo a separação assumida, a separação aceita e a separação imposta (Catheline, 1997; Marcelli, 2001).

Na *separação assumida*, o adolescente e os pais são capazes de reconhecer *juntos* que a situação familiar é fonte de tensão nefasta para todos, que existe um nível de excitação desorganizador quando os diversos membros da família estão reunidos e que, conseqüentemente, uma separação talvez permitisse a cada um reencontrar uma qualidade mais satisfatória de relação. Nessas condições, a separação aparece como um momento desejável no percurso do adolescente: organizações de vida podem ser encontradas, tais como um internato, uma estadia na casa de outros membros da família, um abrigo, etc. De resto, essas situações não dependem necessariamente de um tratamento psiquiátrico especializado, a não ser que o adolescente apresente por sua própria conta sintomas, como uma inibição importante, transtornos neuróticos, etc. Nesse caso, um lar terapêutico pode ser benéfico.

Na *separação “aceita”*, ou o adolescente ou os pais desejam essa separação, mas *a outra parte não quer*. Essa situação é um pouco mais complexa e não totalmente simétrica, conforme seja o jovem ou o genitor quem a reivindica. Em geral, quanto mais um reivindica, mais o outro resiste, o que, no plano dos sintomas ou dos transtornos do comportamento se traduz por uma exacerbação naquele que resiste, enquanto que os sintomas melhoram relativamente naquele que reivindica. Tecnicamente, é indispensável um tempo de preparação para que os efeitos da separação sobre o parceiro ao qual ela é imposta não provoquem um recrudescimento sintomático (por exemplo, desmoronamento depressivo no genitor ou no adolescente) ou uma cascata de passagens ao ato reacionais (fuga, TS). De fato, esse recrudescimento suscita uma intensa culpabilidade naquele que reivindicou essa separação e que então fará tudo para voltar atrás: autorização de saída contra recomendação médica, fuga e retorno definitivo à casa com o acordo tácito dos pais, etc. É por essa razão que, quando não existe uma urgência somática imperiosa, é sempre preferível um momento de “negociação”, cujo objetivo não consiste em “regatear” as condições da hospitalização ou de sua duração, mas na elaboração psíquica progressiva tanto pelos pais quanto pelo adolescente das possíveis conseqüências dessa separação e do sofrimento que cada um sentirá. Feito esse caminho, uma aliança de tratamento poderá ser desenvolvida, respeitando assim o ritmo da decisão da família, aliança na qual se pode encontrar apoio quando os efeitos dolorosos da separação se fizerem sentir. Tipicamente, trata-se aqui de hospitalizações breves ou de indicações de lar terapêutico.

Na *separação “imposta”*, o *adolescente recusa e os pais reagem*. Apenas a deterioração relativa da situação (recrudescimento dos transtornos do comportamento, agravamento do emagrecimento, aumento dos sintomas, às vezes com passagem ao ato, tal como uma TS, etc.) e o confronto dessa família com os limites daquilo que o clínico pode fazer – em particular com os *limites de sua responsabilidade* – acabam tornando possível essa separação. Idealmente, pode-se tratar-se de uma hospitalização breve, mas, na realidade, o clínico freqüentemente se confronta com uma hospitalização de urgência (ver acima), mesmo quando havia um tratamento anterior. De um ponto de vista psicodinâmico,

às vezes é como se a “violência” provocada pelo clima de urgência médica fosse a única possibilidade de se opor à violência da ligação de apego e de dependência entre o adolescente e um de seus pais ou ambos! O trabalho clínico consistirá em seguida em tentar transformar essa separação “imposta” em uma separação aceita, com um projeto de tratamento de longo prazo e não simplesmente uma hospitalização breve que na maioria das vezes não modifica em nada o aspecto mais patológico das interações familiares. Se essas hospitalizações em urgência, por períodos breves (de 2-3 dias a 8-10 dias), muitas vezes são necessárias para proteger o adolescente ou sua família, elas podem levar por sua repetição às mesmas situações de impasse. A intervenção na “crise” nem sempre é propícia a um tratamento profundo das dificuldades psicopatológicas.

Quer seja assumida, aceita ou imposta, a hospitalização requer, como se vê, um trabalho com a família, sem o qual as interações mais patogênicas e patológicas, suspensas por um instante pela separação, podem ou se reiniciar quando do retorno do adolescente à família, ou provocar uma cascata de descompensações múltiplas (depressões e TS de um dos pais, ruptura do casal, etc.), em que o adolescente se sentirá implicitamente responsável e atribuirá a culpa à separação. Como assinala G. Schmit (2001), “a hospitalização não é um tratamento individual”. Ao contrário, isso demonstra a importância da aliança terapêutica tanto com o próprio jovem quanto com sua família.

Papel do Pessoal de Atendimento

Da utilidade das indicações e das funções da instituição para o adolescente decorrem as atividades e os papéis do pessoal de atendimento e educativo (Mises, 1972):

- o tratamento institucional do adolescente deve ser feito em “equipe”;
- segundo sua função, sua situação hierárquica, mas também segundo sua personalidade e seu sexo, cada membro da equipe deve ser capaz de estabelecer relações diferentes;
- cada membro da equipe deve saber que representa apenas uma parte dos modos relacionais do sujeito. Portanto, ele não deve pro-

curar abarcar todos, mas aceitar seus limites. É desejável que ele não ultrapasse os limites de suas funções, tal como elas são reconhecidas e definidas na instituição. O adolescente poderá assim demarcar sua identidade a partir da identidade de um ou vários membros da instituição;

- cada membro da equipe deve aceitar, criticar esses diversos papéis e saber ser criticado quanto ao modo relacional que estabelece com o adolescente;

- finalmente, cada membro da equipe deve saber que a problemática do adolescente pode ser projetada no conjunto da instituição, tendo como resultado clivá-la em dois grupos opostos, ou criar um clima de rebelião contra o representante da autoridade.

O Papel da Psicanálise no Funcionamento das Instituições

A dimensão psicoterápica das instituições levanta uma série de questões, cuja resolução está longe de ser alcançada. O reconhecimento dessa dimensão psicoterápica apóia-se em uma série de observações:

1) A existência de processos psicológicos não se limita apenas ao paciente. As instituições para adolescentes passam pelas mesmas fases depressivas e fases de exaltação, e podem inclusive sucumbir em uma fragmentação destruidora (Amini et al., 1976).

2) A função de “holding” e de “containing” mencionada anteriormente evoca um dos três registros citados por Masud Khan como característicos de todo processo psicoterápico:

- o *processo analítico*: interpretação do sentido oculto ou latente;
- a *relação analítica*: a transferência e seu desdobramento;
- o *quadro analítico*: o “holding” e o “containing”.

Esse último registro é observado em todas as instituições, o que leva-nos a considerar que a “dimensão psicoterápica da instituição refere-se essencialmente ao quadro” (Cahn, 1980).

3) Uma análise coletiva, ritualizada ou não, pelos próprios cuidadores, de suas contra-

atitudes em relação aos adolescentes revela-se como necessária na maioria das vezes e, conseqüentemente, ela objetiva a dimensão psicoterápica de toda instituição.

4) Finalmente, a dificuldade de controlar ou de suportar as variações extremas de distância entre os adolescentes e a instituição, e entre os próprios cuidadores em face do adolescente, é o sinal mais patente daquilo que alguns chamaram de fase de resistência ao tratamento institucional (Rinsley, 1971).

Essa dimensão psicoterápica será diferente conforme a instituição. Para as instituições de tratamento propriamente ditas, ela está em primeiro plano:

Os hospitais-dia para adolescentes parecem cada vez mais preocupados em tentar uma reparação desses “tempos perdidos”, desses “avatares precoces”. O hospital-dia evolui para uma imagem de um corpo reparador, um corpo com sua pele, seu calor, servindo de continência materna, no interior

do qual é possível recriar a unidade do *self*, com um dentro e um fora, com uma consciência de seus limites. (Cahn, 1980).

Para as instituições “pedagógicas”, a questão do lugar da dimensão psicoterápica se associará à do lugar do psicanalista na instituição. Após um período em que a psicanálise era excluída dessas instituições, sucedeu-se um outro período no qual a psicanálise talvez tenha estado excessivamente presente e, sobretudo, mal compreendida. Mas, “parece que atualmente houve um retorno salutar à idéia de que o comentário das motivações ou a espera benevolente pela boa vontade do adolescente nem sempre é uma atitude positiva e que, ao contrário, o desejo de transmitir ativamente uma técnica que se conhece bem e que se aprecia pode ser terapêutico pelo desejo de identificação que ele implica” (Daymas-Lugassy, 1980).

Finalmente, para as instituições ligadas à educação vigiada, e para as outras instituições, a dimensão psicoterápica será presente de formas muito diversas conforme as instituições, seus objetivos, suas histórias (Tomkiewicz, 1980).

REFERÊNCIAS

- ALVIN P., JEAMMET P., POMMEREAU X. : *L'Hospitalisation des adolescents. Etat des lieux et perspectives*. Fondation de France, ministère de l'Emploi et de la Solidarité, 1997.
- AMINI F., SALASNEK S., BURKE E. : Adolescent drug abuse : etiological and treatment considerations. *Adolescence*, 1979, 11, 42, 281-299.
- ANTHONY E.J. : Psychotherapy of adolescence. *American Handbook of Psychiatry*. Sec. Ed., vol. 2, 234-249.
- ANZIEU D. : *Le psychodrame psychanalytique chez l'enfant et l'adolescent*. Paris, PUF, 1979.
- ANZIEU D. : *Le groupe et l'inconscient*. Paris, Dunod, 1984, 196 p.
- ANZIEU D., BEJARANO A., KAES R., MISSELAND A., PONTALIS J.B. : *Le travail psychanalytique dans les groupes*. Dunod, Paris, 1975, 1 vol.
- BASQUIN M., BRACONNIER A. : Expérience d'une prise en charge d'adolescents. *Neuropsychiat. Enf.*, 1980, 28, 10-11, 487-489.
- BASQUIN M. : Une brève introduction au psychodrame analytique. *Le Praticien*, 1981, 376, 33-38.
- BOLLAS C. : The transformational object, *Int. J. Psycho-Anal.*, 1978, 60, 97-107.
- BOSZORMENY-NAGY I. e FRAMO J. : *Psychothérapies Familiales*, PUF Éd., Paris, 1965, p. 6.
- BOTTERON K.N., GELLER B. : Pharmacologic treatment of childhood and adolescent mania. *Child Adolesc. Psychiatr. Clin. North. Am.*, 1995, 4, 283-304.
- BRACONNIER A. : *Réflexions sur les transformations psychiques. A propos de l'adolescence*. In : Fédida P. (ed.) : *Communication et représentation*, Paris, PUF, 1986, p. 21-35.
- BRACONNIER A. : *Psychologie dynamique et psychanalyse*, Paris, Masson, 1998.
- BRACONNIER A. (sous la dir. De) : *Soigner, Protéger, Punir. Adolescents, Adolescents*, Paris, Bayard, 1999.
- BRACONNIER A. : *Réflexions et recherches sur l'analysabilité et l'alliance thérapeutique*, Le carnet psy, 2003, 83, 30-37.
- BRACONNIER A. : *Le traitement de première intention*. *Synapse*, septembre 1994, numéro spécial, 2-4.
- BRACONNIER A. : Commencer sa vie d'adulte par une analyse. *Adolescence*, 2000, 18, 2, 449-462.
- BROCKBANK R. : Adolescent psychodynamics and the therapy group. *Adol. Psychiatr.*, 1980, 8, 529-538.
- CAHN R. : De quelques vicissitudes de l'espace transitionnel à l'adolescence. *Rev. Fr. Psychanal.*, 1980, 44, 3-4, 531-542.

- CAHN R. : Le champ éducatif et psychothérapique en institution thérapeutique pour adolescents. *Neuropsychiat. Enf.*, 1980, 28, 10-11, 467-471.
- CARLSON G.A. : Lithium carbonate use in adolescents clinical indications and management. *Adol. Psychiat.*, 1979, 7, 410-418.
- CHAPELIER J.B. : Les psychothérapies de groupe d'inspiration psychanalytique à l'adolescence. *Adolescence*, 1992, 10, 2, 339-354.
- CHAPELIER J.B. : Groupes de frères et le syndrome des Dalton. *Adolescence*, 1993, 11, 2, 327-343.
- CHRIST J. : Outpatient treatment of adolescents and their families. *American Handbook of Psychiatry*, Sec. Éd., vol. 2, 339-352. Basic Book Inc., New York, 1974.
- CORCOS M. : Le contrat de soin : marché de dupes ou de partenaires. In : *Adolescence et séparation*, FIREA éd., 2001, 61-75.
- CRAMER AZIMA F.J., RICHEMOND L.H. : *Adolescent group psychotherapy*. International Universities Press, 1989, Madison.
- DAYMAS-LUGASSY S. : Changement dans l'adolescence. *Neuropsychiat. Enf.*, 1980, 28, 10-11, 461-465.
- DONET J.L. : Sur la rencontre avec l'adolescent. *Adolescence*, 1983, 1, 1, 45-62.
- EPELBAUM C., GILBERT E., COSSERON F. et coll. : Scolarité et prise en charge à la «Maison des 13-17», centre d'hébergement thérapeutique Didier Weil : juxtaposition ou synergie thérapeutique? *Psychiatrie de l'Enfant*, 1997, 40, 1, 199-237.
- FREUD S. : Psychologie collective et analyse du moi. In : *Essais de psychanalyse*. Paris, Payot, 1986, 157-163.
- GAL J.M., MARCELLI D. : États dépressifs graves à l'adolescence. Questions diagnostiques. *Neuropsych. Enf. Adol.*, 1995, 43, 1-2, 22-29.
- GASQUET I., CHOQUET M. : Spécificité du comportement suicidaire des garçons à l'adolescence, implications thérapeutiques. In : *Adolescentes, Adolescents, Psychopathologie différentielle*. Bayard, Paris, 1995, 81-89.
- GELLER B., LUBY J. : Child and adolescent bipolar disorder : a review of the past 10 years. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 1997, 36, 9, 1168-1176.
- GIACOMINI-BIRAUD V., ZABALA I., TRICOT L., FERRERO F. : Devenir d'une population d'adolescents hospitalisés : résultats d'une étude longitudinale. *Neuropsychiat. Enfance Adolesc.* 1995, 43, 9, 381-390.
- GILLIERON E. : Cadre et culture en psychothérapie analytique brève. *Perspect. Psychiat.*, 1982, 20, 4, 345-354.
- GUEDJ M.J. : Urgence et passage à l'acte : l'expérience du CPOA. In : *Adolescence et séparation*. FIREA, 2001, 35-46.
- GUTTON P. : *Le pubertaire*. PUF, Paris, 1991.
- JAQUES E. : Des systèmes sociaux comme défense contre l'anxiété dépressive et l'anxiété de persécution, dans A. LEVY. *Psychologie sociale : textes fondamentaux*, 1965, tome 2, 546-565 p. 549.
- JEAMMET Ph. : Le trajet de soin : Temps et Espace à l'Adolescence. In *Adolescence et séparation*. FIREA, 2001, 13-17.
- JEAMMET P. : Spécificités de la psychothérapie psychanalytique à l'adolescence, *Psychothérapies*, 2002, 22, 2, 77-87.
- JEAMMET Ph., GORGE A. : Une forme de thérapie familiale : le groupe de parents. *Psychiat. Enf.*, 1980, 23, 2, 587-636.
- JEAMMET Ph. : *Le psychodrame psychanalytique à l'adolescence*. Entretiens de Bichat, 1983.
- KAES R., ANZIEU D., THOMAS L.V., LEGUERINEL L. : *Fantasme et formation*. Paris, Dunod, 1973, p. 15.
- KESTEMBERG E. : La psychothérapie des adolescents. *Confront. Psychiat.*, 1971, 7, 181-197.
- LADAME F. : Les troubles psychiques de l'adolescence et leur approche thérapeutique : implications entre théorie et pratique. *Ann. Méd. Psych.*, 1978, 136, 1, 49-67.
- LADAME F. : L'adolescent en psychanalyse : résistances intérieures et résistances extérieures. *Rev. Fr. Psychanal.*, 1980, 44, 3-4, 571-579.
- LAUFER M. : Preventive intervention in Adolescence. *Psychoanal. Study Child*, 1975, 30, 511-528.
- LAUFER M. : Adolescent Breakdown and the transference neurosis. *Int. J. Psychoanal.*, 1981, 62, 51-59.
- LAUFER M. : The nature of adolescent pathology and the psychoanalytic process. *Psychoanal. Study Child*, 1978, 33, 307-322.
- LEBOVICI S. : À propos des thérapeutiques de la famille. *Psychiat. Enf.*, 1981, 24, 2, 541-583.
- LECRUBIER Y. : La chimiothérapie à l'adolescence. *Sem. Hôp. Paris*, 1986, 62, 27, 2103-2105.
- MALE P. : *Psychothérapie de l'adolescent*. Payot, Paris, 2^e éd., 1980, 1 vol.
- MARCELLI D. (sous la direction de) : *Adolescence et séparation : trajet de soin*. FIREA, Poitiers, 2001, 1 vol.
- MARCELLI D., ROSE-REINHARDT H., FAHS H., KASOLTER-PERE M.A. : Épisode psychotique aigu de l'adolescent et du jeune adulte. Questions diagnostiques, thérapeutiques et éthiques. *Ann. Med Psychol*, 2002, 160, 386-395.
- MARCELLI D., BOUET R., GIANETTI N. : Idéal du moi et réunion de groupe en institution. *Revue de Psychotérapie Psychanalytique de Groupe*, 1991, 16, 7-23.

- MARCELLI D. : Bouffées délirantes aiguës à l'adolescence : manifestations thymiques ou symptôme psychotique? *Nervure*, 1997, 10, 8, 64, 68.
- MELTZER D. : *Les structures sexuelles de la vie psychique*. Paris, Payot, 1977.
- MINUCHIN S. : *Familles en thérapie*. J.P. Delarge, Paris, 1979.
- MISES R. : *Les troubles à l'adolescence* en coll. avec P. BAILLY SALIN, G. LUCAS, P. MALE ET P.C. RACAMIER. Éd. du Scarabée, Paris, 1972.
- PINES M. : Reflections on mirroring. *Group analysis*, 1982, 15, 2, suppl. 132
- PRIVAT P., CHAPELIER J.B. : «De la constitution d'un espace thérapeutique groupal». *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 1987, 7-8, 7-28.
- RABREAU J.P. : L'autorité parentale fonctionnelle ou dysfonctionnelle. *Neuropsychiat. Enf.*, 1983, 31, 7, 339-343.
- RIFKIN A., KARAJGI B., DICKER R., PERL E., BOPANA V., HASAN N., POLLACK S. : Lithium treatment of conduct disorders in adolescents. *Am. J. Psychiatry*, 1997, 154, 4, 554-555.
- RIFKIN A., WORTMAN R., RARDON G., SIRIR S. : Psychotropic Medication in Adolescents. *Review J. Clin. Psychiatry*, 1986, 47, 8, 400-407.
- RINSLEY D.B. : Theory and Practice of intensive residential treatment or adolescents. *Adol. Psychiat.*, 1971, 1, 479-509.
- RINSLEY D.B. : Residential treatment of adolescent. *American Handbook of Psychiatry*, Sec. Éd., vol. 2, 353-366. Basic Book Inc., New York, 1974.
- ROUX L.M. : Le corps en psychothérapie. *Le Praticien*, 1981, 376, 39-48.
- SACCO F. : Psychodrame de groupe à l'adolescence. *Revue de Psychothérapie Psychanalytique de Groupe*, 1991, 16, 38-43.
- SCHAEFFER E. : *Group therapies for children and youth*. Washington, Londres, Jossey-Bass Publishers, 1982.
- SCHMIT G. : L'hospitalisation de l'adolescent. Travail avec les familles. In : *Adolescence et séparation*. FIREA, 2001, 125-131.
- SCHNEIDER P.B. : *Propédeutique d'une psychothérapie*. Payot, Paris, 1976.
- TEICHMAN Y. : Family therapy with adolescents. *J. Adol.*, 1981, 4, 1, 87-92.
- TOMKIEWICZ S. : Autour de la psychothérapie dans le foyer de semi-liberté. *Neuropsychiat. Enf.*, 1980, 28, 10-11, 455-459.
- VANECK L. : Réflexions à propos de quelques psychothérapies d'adolescents. *Rev. Neuropsychiat. Infant.*, 1978, 26, 7-8, 359-392.
- VAN PUTTEN Th. : Antipsychotic drugs in adolescence. *Adol. Psychiat.*, 1979, 7, 389-401.
- VOLKMAR F.R. : Childhood and adolescent psychosis : a review of the past 10 years. *J. Am. Acad. Child Psychiatry*, 1996, 35, 7, 843-851.
- WALLESTERIN R.S. : *Psychotherapy and psychoanalysis*. International UniPress Inc., New York, 1975.
- WIDLÖCHER D. : *Séminaire de l'Hôpital de la Salpêtrière*. 1979.
- WIDLÖCHER D. *Le psychodrame de l'enfant*. Paris, PUF, 1962.

Índice

A

Abordagem
– genética, 234
Abuso sexual, 375-376
Acessos delirantes agudos, 226, 360
Acne, 21-22
Acolhimento, 391-392
Acting out, 80-81
Adotado, 309
Agir, 80
Agressividade, 256
Álcool, 275, 289
Aliança terapêutica, 401-402, 413
Ambiente
– familiar, 191
– pais, 191
Ameaça depressiva, 189
Amenorréia, 115
Angústia, 157-158
anorexia mental, 111-112
Ansiolíticos, 426-427
Antidepressivos, 192, 426-427
– carbamazepina, 192
– lítio, 192
Ato, 80
Atraso pubertário, 337
Atuar, 30-31

Automutilações, 97-98
Autoridade parental, 364-365

B

Baixa escolar, 320-321
Balanço psicológico, 64
Borderline, 242
Bulimia, 123-124

C

CDES, 370-371
Cigarro, 274
Clivagem, 29-30, 378-379
Compulsão, 80-81
Condutas de risco, 99, 389-390
– dependentes, 268-269
– fóbicas, 162-163
– psicopáticas, 253
Consulta, 393-394
– terapêutica, 396
Consumo de droga, 121-122
Corpo, 101, 120, 228-229
COTOREP, 371
Crises, 41-42, 82-83, 223
– bulímica, 105-106
– parental, 303

D

Deficiência mental, 352
Delinquência, 358-359, 362, 373-374
– abordagem cognitiva, 273-274
Dependências, 258-259, 267
Depressão, 82-83, 111, 124-125, 181
– de abandono, 189-190
– de inferioridade, 189
– melancólica, 189-190
– psicótica, 189-190
Desarmonias, 44-45
Desemprego, 330-331, 356
Discronia, 260-261
Disgnosia, 260-261
Dismorfofobias, 162-163
Dispraxia, 260-261
Divórcio, 311
Doenças crônicas, 339-340
Drogas, 231, 275

E

Ejaculação, 21-22
Emancipação, 366
Epidemiologia, 73
EPL, 66-67
Equivalentes suicidas, 99
Escolaridade, 316
Esquema corporal, 101-102
Esquizofrenia, 222
Estados, 360
– depressivos, 360
– limites, 242

F

Família, 258-259, 301, 326-327
Fatores
– cognitivos, 136-137
Fetichismo, 147
Fobias escolares, 322
– sociais, 159-160
Fracasso escolar, 358-359
Fugas, 86-87

G

Gravidez, 150
Grupo, 34-35

H

Heteroagressividade, 91
Hiperfagia, 106-107
Hipersônia(s), 127-128
– idiopática, 128

Histéricos, 169
Homossexualidade, 135, 144
Hospitalização, 122, 212-213, 250-251
Humor depressivo, 185-186

I

Ideal do Eu, 31
Identidade, 47, 137-138, 229, 309-310
– identificação, 33
Identificação, 309-310
Imagem do corpo, 28-29, 101-102, 115-116, 137
– identidade, 28-29
– luto, 29
– narcisismo, 28-29
Impulsão, 80-81
Impulsividade, 256
Incesto, 375-376
Informação sexual, 149
Inibição, 165-166
Insônias, 127
Instabilidade, 256-257
Instituições, 427
Intelectualização, 29-30, 165
Intersexualidade, 148-149

J

Justiça, 372

L

Lambisco, 106-107
Luto, 183-184

M

Marginalidade, 360
Masturbação, 134-135, 143
Migrante, 356-357
MMPI, 68
Modelo cognitivo, 35-36
Morosidade, 186

N

Narcisismo, 30-31, 343
Narcolepsia-cataplexia, 127-128
Neurólépticos, 427
Neurose, 174
Neuróticos, 169

O

Obesidade, 108-109
Observância terapêutica, 405-406
Obsessivos, 172-173

P

Pais, 341-342, 403-404, 424-425
Paradoxalidade, 236-237
Parassônias, 127-128
Passagem ao ato, 80, 378-379
Personalidade
– borderline, 119
Prevenção, 369-370, 387
Prostituição, 380-381
Psicanalista, 409
Psicanalítico, 235-236
Psicodrama, 410-411
Psicoses, 222
Psicoterapia, 250, 328
– de grupo, 420
– de inspiração psicanalítica, 409-410
Psicotrópicos, 425
Puberdade, 20-21, 135-136

R

Regressão, 104-105
Relação
– escolaridade, 76
– iguais, 76
Relaxamento, 414-415
Rorschach, 67-68
Roubo, 89
Ruptura, 51, 283-284
– escolar, 328-329
– psicótica, 237

S

Sensações, 273
Separação, 183-184
– corpo, 184

– grupo, 184
– pais, 184
Sexualidade, 111, 115-116, 133, 344
– puberdade, 27-28
Síndrome de Kleine-Levin, 128
Sistêmico, 235
Sono, 126-127

T

TAT, 67-68
Tédio, 186
Tentativas de suicídio, 82-83, 195
Terapias familiares, 415
Timidez, 167
Timo-reguladores, 426-427
Toxicomania, 82-83, 277
– depressão grave, 279-280
– personalidade anti-social, 279-280
Transexualismo, 147-148
Transferência, 413-414
Transtornos
– de dependência, 119
– depressivos, 119
– distímia, 119
– pânico, 159
– sexualidade, 119
Transvestismo, 147

V

Violência, 91

W

WAIS, 66-67
WISC-R, 66-67