

Uma nova perspectiva em saúde mental do bebé

A experiência da Unidade da Primeira Infância

MARIA JOSÉ GONÇALVES (*)

Em 1983 foi criada em Lisboa uma unidade de saúde mental para mães e bebés, na sequência da realização no Estoril, do 1.º Congresso Mundial de Psiquiatria do Bebê. Este encontro que reuniu um grande número de investigadores e clínicos nesta área (M. Mahler, E. Erickson, B. Brazzelton, S. Lebovici, S. Fraiberg, E. Galenson, R. Emde, D. Stern, etc.) deu um grande impulso aos conhecimentos sobre a vida mental dos bebés, desenvolvidos na sequência dos estudos pioneiros de Spitz e de Bowlby nas décadas de 1940 e 1950.

Desde então, os estudos sobre as interacções precoces e sobre as competências do latente tiveram uma enorme expansão. A sincronia dos comportamentos mãe-bebé durante as sequências interactivas (Stern, 1991), promovendo as aprendizagens precoces e a socialização, o papel da sinalização afectiva na orientação das experiências afectivas (Emde et al., 1983; Emde, 1989), assim como as competências do bebé na organização do comportamento interactivo materno (Brazelton, 1981, 1983; Stern, 1991) foram alguns dos primeiros e mais importantes avanços neste cam-

po que se tornaram da maior utilidade clínica. Outra importante contribuição foi a descrição do processo de separação-individuação por M. Mahler. Apesar de muito criticada posteriormente (Bowlby, 1982; Stern, 1985), a conceptualização de Mahler mostrou-se útil para a compreensão da forma como se desenvolvem alguns quadros psicopatológicos na criança pequena e dos mecanismos de separação e diferenciação das imagens do self e dos outros. Também a teoria estrutural do desenvolvimento de Greenspan (Greenspan, 1989), em que são descritos diferentes estádios do desenvolvimento, de acordo com as suas tarefas específicas e as capacidades de síntese e organização do Eu foi um marco teórico importante para a compreensão do desenvolvimento infantil. Mais recentemente, os estudos sobre o efeito da depressão materna sobre as interacções e sobre o desenvolvimento infantil (Murray, 1996), as consequências dos acontecimentos traumáticos no funcionamento cerebral dos bebés (Perry, 1995), os estudos neuro-fisiológicos ligados aos processos da vinculação (Siegel, 1998), a importância crescente da vinculação no aparecimento de patologia mental do bebé e futura (Fonagy, 1991), o reconhecimento de uma patologia psicológica no bebé com uma nosografia específica (Cordeiro & Caldeira da Silva, 1998) trouxeram novos e importantes de-

(*) Pedopsiquiatra.

envolvimentos a esta disciplina. Actualmente, a saúde mental da primeira infância é uma especialidade com contornos próprios, uma metodologia de abordagem de observação e de intervenção específica e que dispõe de um corpo teórico de conhecimentos bem definido.

A Unidade da Primeira Infância (UPI) nasceu assim dirigida ao estudo clínico da psicopatologia do bebé e da relação mãe-bebé, nas suas vertentes preventivas e terapêuticas e a sua equipa de profissionais procurou sempre acompanhar a evolução destes conhecimentos e adaptar a sua prática clínica aos progressos da disciplina.

Quando iniciámos a nossa actividade clínica na UPI, o nosso objectivo principal era, e cito-me «tratar as situações em que a relação precoce mãe-filho põe em risco o desenvolvimento psico-afectivo da criança», uma vez que «a relação mãe-bebé constitui uma unidade funcional em que a mãe é o suporte vital regulador do funcionamento do recém-nascido e promove o equilíbrio necessário para que o crescimento do bebé se processe normalmente». Já sabíamos então que o bebé não recebe passivamente os cuidados da mãe, mas age sobre eles, influenciando-os, estimulando-os e permitindo-lhes obter respostas da mãe que vão ser decisivas para o seu desenvolvimento psico-afectivo.

Propunhamo-nos avaliar em cada caso os factores causais da perturbação e a sua interdependência, e assim contribuir para um melhor conhecimento da etiopatogenia da doença mental. De acordo com os conhecimentos disponíveis na altura, tínhamos em linha de conta as consequências nefastas das experiências adversas precoces para a saúde mental e a adaptação social do indivíduo a curto e médio prazo.

Considerávamos também que o aparecimento de sintomas no bebé, que decorriam da desadaptação na relação mãe-bebé, era precursor de perturbação mental das crianças mais velhas, tais como as dificuldades de aprendizagem, a instabilidade e as perturbações do comportamento.

Nesta medida, a nossa intervenção devia situar-se sempre a dois níveis de prevenção: primária e secundária. Ao fazermos o diagnóstico das perturbações precoces e o seu tratamento, estávamos simultaneamente a fazer a prevenção da doença mental futura.

Hoje, 20 anos passados sobre o início da nos-

sa intervenção clínica, quais são as nossas certezas, quais são as nossas dúvidas?

Destes pressupostos e destas convicções, algumas mantiveram-se e fortificaram-se, outras modificaram-se.

De uma maneira geral, podemos colocar o problema em termos de risco, por um lado, e de continuidade versus descontinuidade da patologia mental, por outro.

Desde a década de 40 que se tornou evidente que acontecimentos e experiências negativas estão associadas ao aparecimento da psicopatologia na criança.

A depressão anaclítica de Spitz é disso um exemplo paradigmático e os estudos subsequentes de Bowlby, sobre as consequências da carência materna, confirmaram estes achados e provocaram grande entusiasmo.

Os estudos epidemiológicos longitudinais dos últimos 20 anos aprofundaram estas primeiras investigações mas mostraram que o efeito etiopatogénico das experiências precoces adversas deve ser relativizado e que mais do que um acontecimento isolado, o que está em causa é:

- A acumulação de acontecimentos negativos ao longo do tempo
- As sequências de situações adversas (ex.: coexistência de vários factores ligados à pobreza; ou separações sucessivas)
- O carácter crónico de certas situações (ex.: o divórcio – conflito crónico pré e post divórcio)
- A ocorrência de acontecimentos negativos em certas fases críticas do desenvolvimento (ex. depressão materna no primeiro ano de vida).

Mas, estes estudos mostraram ainda que, mesmo estas situações atingem cada criança diferentemente.

As consequências da mesma situação traumática divergem de criança para criança e dependem fundamentalmente das suas características individuais, da sua reactividade e também das características e da especificidade da interacção de cada criança com a família, pais e irmãos, e com o meio em geral.

Chegamos assim aos conceitos de vulnerabilidade e resiliência.

A vulnerabilidade corresponderia ao conjunto de factores que predis põem a criança para desen-

volver uma perturbação mental e a resiliência indica a capacidade individual para ultrapassar favoravelmente um acontecimento negativo e desenvolver comportamentos adaptativos.

Se o conceito de vulnerabilidade implica a existência de factores de risco, o conceito de resiliência implica o conceito de factores protectores.

Sabe-se hoje que é num contexto interactivo, entre as características de vulnerabilidade/resiliência da criança e do meio que os acontecimentos negativos, os traumatismos, adquirem significado como factor desencadeante da patologia.

Assim também nós verificámos na clínica que, em certas crianças, acontecimentos «minor» desencadeiam uma perturbação grave do seu estado psíquico e também, que outras crianças parecem ultrapassar sem danos aparentes acontecimentos negativos com características traumáticas.

Dentro das características individuais, o temperamento dos bebés foi considerado um dos factores que influencia positiva ou negativamente as suas capacidades de adaptação ao traumatismo, a sua vulnerabilidade.

Thomas e Chess (1977) foram os autores que mais estudaram este problema do temperamento e consideraram três tipos de bebés: os fáceis, os lentos e os difíceis, consoante as suas características de reactividade, de regularidade do comportamento e de adaptação às solicitações do meio. Admitiu-se que o risco psicopatológico era maior para os bebés difíceis ou lentos do que para os bebés fáceis, mas esta assunção não foi confirmada pelas observações posteriores.

Por exemplo, algumas características consideradas de resiliência, como a tendência para ser activo, para ultrapassar obstáculos, predispõem os indivíduos a desenvolver perturbações do comportamento enquanto crianças com características de maior inibição, menos activas, menos persistentes parecem estar mais protegidas destes problemas, mas desenvolvem mais facilmente quadros ligados às perturbações da ansiedade.

Outro factor igualmente importante e decisivo para o desenvolvimento da resiliência são as características familiares e a qualidade das respostas dos dadores de cuidados.

Por exemplo, num estudo sobre a resiliência em vinte e um bebés até aos doze meses, V. De-

mos (1989) verificou que quando os bebés activos, e persistentes, com interesse pelo exterior e flexibilidade nas estratégias para resolver os problemas têm pais com qualidades de empatia, flexibilidade nas respostas, contenção nos conflitos e afectos predominantemente positivos, estão encontradas condições para o desenvolvimento da resiliência. Mas também nalguns estudos realizados se encontraram dados contraditórios.

O problema é complexo e apesar dos grandes avanços desta última década nesta área, e isto face aos estudos levados a cabo com o apoio da Fundação William Grant e a iniciativa de R. Haggerty nos EUA, por um grupo de investigadores em que se salientam Norman Garnezy, Michael Rutter, Lippsit e outros, muitas dúvidas ainda subsistem, nomeadamente no que diz respeito à correlação inter-acontecimentos e aos efeitos sobre os indivíduos, aos mecanismos individuais do risco.

Michael Rutter (1994), considera que há necessidade de investigar o que ele chama *o mecanismo* do processo de risco.

Proponho então que tentemos ir um pouco mais longe na compreensão do mecanismo do risco e dos efeitos intra-psíquicos dos acontecimentos, o que nos levará directamente ao problema da continuidade da patologia mental, que mencionei no início.

Começarei por exemplificar com duas situações clínicas.

A Rita é uma menina de dezassete meses. Durante a sua curta vida e até aos seis meses sofreu todo o leque de situações traumáticas que já descrevi a propósito da acumulação de acontecimentos negativos de carácter crónico.

Foi a nona gravidez de uma mãe de quarenta e cinco anos, que teve uma vida muito irregular e vivia com os filhos num ambiente caótico. Entregue aos irmãos mais velhos, foi uma irmã de quinze anos que se ocupou dela e viveu uma situação de abandono intra-familiar, negligência e promiscuidade sexual mesmo entre irmãos. Aos seis meses foi entregue a um casal que a pretende adoptar e que lhe proporcionou os cuidados e o clima afectivo de que ela necessitava para o seu desenvolvimento.

Não obstante os primeiros seis meses terem sido vividos numa situação altamente adversa, havia um factor de risco suplementar que é o

facto de a adopção, em geral, trazer algumas dificuldades na relação pais/filhos, uma vez que os pais adoptantes também estão eles próprios fragilizados na sua função parental. Quando observámos a Rita verificámos no entanto que o seu comportamento não parecia apresentar sequelas do seu passado. É uma criança, viva, alegre, expressiva, interactiva que solicita o adulto, que ela não conhece, e que a imagem da mãe se mantém presente no seu espírito mesmo na sua ausência, parecendo tranquilizá-la.

As capacidades da Rita de lidar com a adversidade parecem boas. Integrada no jardim infantil desde um ano de idade, adaptou-se aparentemente bem.

Pelo contrário, a Rafaela, de 11 meses, teve uma vida com os pais sem sobressaltos. Filha única de um casal jovem, afectuoso e organizado foi-lhe proporcionada uma regularidade de cuidados tranquilizadora. Aos quatro meses, foi para a creche como numerosas outras crianças.

E foi justamente o comportamento na creche que preocupou a educadora. A Rafaela começou a isolar-se, a ficar entregue a si própria, alheada por momentos, iniciando movimentos repetitivos. Abanava-se, tapava os olhos, agitava os dedos e emitia sons monocórdicos e repetitivos, sem aparente significado relacional. Não faz gestos de antecipação para ser pegada e desvia o olhar. No entanto quando muito solicitada pela educadora correspondia, olhava e sorria. Os pais menos preocupados que a educadora referiam um bebé fácil de tratar, mas pouco sociável, que chorava e protestava pouco com um ligeiro atraso nas aquisições psico-motoras, mas com quem sentiam estar em contacto.

Na gravação vídeo, a Rafaela, ao contrário da Rita, protestou pouco com a saída da mãe, reagiu lentamente com o observador, cortando muitas vezes o contacto pelo olhar, não respondendo ao chamamento e interrompendo os movimentos intencionais.

Com a mãe, ela animou-se à custa de um aumento grande do nível de estimulação por parte da mãe, mas a sua capacidade de resposta interactiva revelou-se fraca.

As características da Rafaela de lentidão, passividade, pouco envolvimento na interacção social, dificultavam-lhe a adaptação quer a novas situações, quer a situações de grupo. Ela não

aproveitava em tempo útil as oportunidades interactivas que lhe eram oferecidas e criavam-se ciclos interactivos curtos e pobres. A Rafaela vivia num clima de hipo-estimulação, aparecendo sinais indicadores de sofrimento psicológico.

A Rafaela apresenta, pelas características de hipo-reatividade, uma vulnerabilidade aumentada a situações que, em si mesmo, não se podem considerar adversas, mas que podem tornar-se catastróficas, se as suas necessidades especiais não forem identificadas e compreendidas.

Pelo contrário, do ponto de vista do comportamento manifesto a Rita parece estar bem, não manifestando sinais de perturbação psicopatológica, de tipo depressivo ou carencial, relacionados com os traumatismos anteriores.

Mas será que o ponto de vista comportamental é suficiente para avaliar o risco e a vulnerabilidade individual?

Em nosso entender é a dimensão intra-psíquica que importa verdadeiramente, traduzida pela quantidade e a qualidade das experiências subjectivas.

Abordemos então o problema do ponto de vistas da experiência subjectiva e da continuidade dessa experiência. O conceito de *self* é central para esta questão e desde já afirmaria que *o mecanismo do risco* está intimamente ligado ao desenvolvimento do *self*.

Para Daniel Stern (1985), o «sentimento do *self*, o sentido do próprio» é o princípio organizador da experiência subjectiva do bebé. A sua construção ao longo do desenvolvimento, degrau a degrau, integrando progressivamente conjuntos de experiências mais complexas é o fio condutor que leva ao reconhecimento do sentimento de identidade próprio e à sua integração na representação mental do aparelho psíquico.

Algumas das experiências precoces do bebé com a mãe são precursoras deste sentido do *self* e indispensáveis para a sua formação e desenvolvimento.

A maior parte da informação que o bebé recebe nos primeiros meses de vida vem-lhe da mãe que não funciona só como «emissor de estímulos» funciona mas também como «processador». É a mãe que por assim dizer trata a informação que o bebé recebe, que a transforma, reduzindo os seus estados de tensão e de mal-estar e facilita a adaptação e o bem-estar do bebé.

É este trabalho mental da mãe de transformação dos estados da criança, de «continente psíquico», que salvaguarda a qualidade das suas primeiras experiências e que são decisivas para o sentimento do self.

Pine (1985) considera que algumas destas experiências são tão precoces, que é difícil reconhecê-las como adquiridas. De algum modo confundem-se com as características inatas dos bebés que constituem o temperamento de que falei anteriormente. «É simplesmente a nossa maneira de ser.»

Este autor considera fundamentais para o desenvolvimento do self, as seguintes experiências: a continuidade da «experiência de ser»; experiências de satisfação, e de calma associada às sensações corporais; a qualidade das respostas do meio em relação à actividade do bebé; a experiência de exercer efeito sobre as coisas.

1. *A continuidade da «experiência de ser»* corresponde a um estado do bebé de calma, quietude, bem-estar, em que não há interferência de estímulos do exterior excessivos, nem interrupções na continuidade deste estado como sejam, necessidades não satisfeitas, ou manipulação excessiva, não relacionados com o estado do bebé.

Esta continuidade da experiência que corresponde ao estado de «going on being» de Winnicott depende muito da capacidade empática da mãe de proteger o bebé, da sua «revêrie».

É neste estado de espírito do bebé que se inscrevem outras experiências de qualidade diferente que se seguem no tempo, tais como a mamada, o jogo, o sono, etc.

2. *Experiências de satisfação, e de calma associada às sensações corporais.* Estas sensações acontecem no contacto com os outros, com a mãe em particular (tocar, embalar, mamar, olhar, cheirar) e sucedem-se também no tempo, de forma rítmica (os períodos alimentares, os períodos de sono, de alerta).

Tomemos com exemplo a mamada: a mamada permite não só experiências sensoriais de continuidade cutânea, associadas ao bem-estar corporal e à satisfação da fome, mas também uma vivência de «coesão corporal». Toda a atenção do bebé está centrada no seio da mãe, que funciona

como pólo atractivo do funcionamento mental do bebé.

Estas experiências e outras deste tipo organizam aquilo que Stern chama a «coerência do self» ou seja o self sentido como um todo, não fragmentado e centro físico da experiência do afecto, do prazer e do desprazer. Experiências disruptivas frequentes, por exemplo, durante a mamada, são integradas como fazendo parte do self, introduzindo descontinuidade neste estado de continuidade da experiência do ser.

3. Outro tipo de experiências diz respeito à *acção sobre o meio e às respostas do meio* em relação à actividade do bebé. Estão neste caso a alegria e o prazer no jogo interactivo. As respostas em espelho das mães ao jogo e à actividade do bebé, produzem estados de afecto positivo intenso no bebé que desenvolvem a tendência do bebé para a actividade (que, como vimos, é uma das características temperamentais descritas por Thomas & Chess, 1977). As respostas afectivas positivas face à criança são decisivas no desenvolvimento do sentido do self de «ter valor» e de ser apreciado e do reforço da auto-estima.

4. Outra experiência que decorre do prazer interactivo e do prazer dos pais com a actividade da criança é a *experiência de exercer efeito sobre as coisas*, sobre o mundo que os envolve, o que desperta a sua atenção e curiosidade. Por exemplo, a experiência de produzir sons, de fazer parecer e desaparecer objectos, de obter respostas da mãe, ou de outros adultos relacionados directamente com a sua acção desenvolve aquilo a que Stern (1985) chama o self-agente (self-agency) da acção e ajuda o bebé a diferenciar as suas acções, das acções do outro. O bebé vive a experiência de ser o agente da sua própria acção, deixando de ser um sujeito passivo, que sofre as acções do outro para ter a experiência de ser activo.

Todas estas experiências no bebé vividas na relação com a mãe, durante os primeiros meses de vida, constituem as bases, as raízes para o desenvolvimento do sentimento do self. Como diz Pine (1985), elas vão ser «cristalizadas durante o segundo ano de vida», com o advento da marcha e da separação física da mãe, no reconhecimento do self, como centro da experiência física, afectiva, da vontade, da história pessoal. É

o que faz podermos dizer «eu sou, eu tenho, eu sinto, eu conheço» em contraste com o «tu». É a partir do desenvolvimento, numa base segura, do sentimento do self que se podem organizar as experiências relacionais com o outro.

As crianças que não viveram estas experiências de self de forma plena e satisfatória, de uma forma consistente, dificilmente poderão ter um sentimento do self coeso e resistente às situações adversas.

É portanto na qualidade das experiências do self, que nós encontramos a explicação para o desenvolvimento das características de vulnerabilidade e resiliência e para o que Rutter (1994) chama *o mecanismo de risco*.

Voltemos agora às nossas meninas, Rita e Rafaela.

No caso da Rafaela, o reconhecimento das suas características e adaptação dos adultos às suas necessidades permitiu que a situação fosse invertida e que a qualidade das novas experiências relacionais favorecesse um desenvolvimento do self mais coeso. De acordo com as informações da mãe, dois anos depois, a Rafaela melhorou a sua adaptação à escola, fez aquisições e tornou-se mais sociável. Há, no entanto que manter a vigilância porque mantém as suas características de vulnerabilidade.

No caso da Rita, a sua relação com os pais adoptivos teve um efeito reparador das experiências anteriores e motivador do seu desenvolvimento, mas põe-se o problema da tolerância desta criança a novos acontecimentos negativos, a sua vulnerabilidade face a novos traumatismos. Nós verificámos que, na ausência do meio familiar, a Rita teve maior dificuldade na organização do jogo e da linguagem, na diferenciação das pessoas e na expressão dos afectos.

Podemos dizer que existe nesta criança uma fragilidade da organização do sentimento do self, que não é aparente quando protegida e que as situações de stress podem desencadear estados de diminuição da coerência do self, fazendo prever dificuldades, em as ultrapassar positivamente, sem apoio externo.

Ambas as crianças apresentam risco psicológico para desenvolver patologia mental, mas sendo os factores de resiliência e vulnerabilidade diversos, também os mecanismos de risco são diferentes.

Portanto, nesta matéria, a avaliação de risco e da continuidade da patologia mental, não pode ser vista exclusivamente numa perspectiva epidemiológica ou fenomenológica que tenha em linha de conta apenas os sintomas, os síndromas ou os desvios do comportamento.

É a experiência do self, a sua coesão, os seus limites, a sua inclusão no aparelho psíquico como uma instância que permite estabelecer a diferenciação entre si e os outros, que está na base da continuidade da nossa identidade.

Quando há falhas, elas podem ser silenciosas ao longo da vida e só aparecerem em momentos de crise: face a situações adversas, crises evolutivas, lutos, etc. em que as necessidades de adaptação exigem maior mobilização dos recursos psicológicos ou então em momentos-chave do desenvolvimento (puberdade, por exemplo). Tomam então forma de dificuldades na adaptação social (escola, emprego, na vida sexual, etc.) ou de eclosão da doença, por exemplo com o afundamento do sentimento de identidade como acontece tantas vezes na adolescência.

Na UPI, o estudo da anorexia precoce tem mostrado a importância da avaliação da qualidade das experiências do self para a avaliação do risco psicopatológico e evidenciado a precariedade das avaliações sintomáticas.

Em geral, a anorexia do bebé é considerada um sintoma transitório com pouco significado patológico que aparece num contexto de oposição da criança e de ansiedade materna.

Nem é sempre assim. Uma observação mais aprofundada de alguns dos nossos casos mostrou que para além da recusa alimentar, alguns destes bebés têm um evitamento do olhar, mostram pouca iniciativa, pouco interesse pelo mundo exterior, as relações são pouco diferenciadas, os afectos pouco vivos.

Verificámos também que o comportamento interactivo das mães se caracterizava por uma ambivalência marcada e que introduziam frequentes, sucessivas e desnecessárias frustrações à criança durante o jogo interactivo. Em nosso entender, há no comportamento destas mães e destas crianças, indicadores bastantes para afirmar que as experiências do self destes bebés são insuficientes na área dos afectos, do prazer, de exercer efeito sobre os outros, da auto-estima.

As crianças correm o risco de um desenvolvimento lacunar do self e podem apresentar mais

tarde sintomas da esfera mental. O desaparecimento do sintoma não equivale a uma cura. Recordo dois exemplos de bebés anoréxicos: 1) o primeiro é um caso em que a criança, com uma recusa alimentar aos 18 meses, desenvolveu aos três anos, um quadro fóbico, intenso, com angústia de separação maciça. 2) no segundo caso, a anorexia precoce foi acompanhada a partir dos 18 meses por perturbações do pensamento caracterizadas por confusão de identidade entre si e o outro e por dificuldades de adaptação social.

Para responder às questões iniciais diria que, a partir de experiência clínica da UPI:

- Fortalecemos a nossa convicção da importância da comunicação mãe/bebé para o desenvolvimento da vida psíquica da criança
- Compreendemos melhor os mecanismos que levam à estruturação da patologia mental no interior dessa relação
- Damos cada vez mais importância ao funcionamento mental do bebé e ao impacto que tem na qualidade das interações precoces
- Dirigimos cada vez mais a nossa observação para o bebé, como agente da sua própria mudança
- Orientamos cada vez mais o tratamento do bebé e da relação mães/criança, sobretudo no sentido de reforço e da qualidade das experiências relacionais. Assim evitamos a perpetuação de mecanismos patológicos e melhoramos algumas situações crónicas.
- Aprendemos também que a resistência à mudança por parte das famílias é muitas vezes o maior obstáculo à nossa acção e que devemos estimular os factores protectores familiares para melhorar as nossas intervenções.
- Modificámos a nossa compreensão no que diz respeito à intervenção em termos de prevenção. Sabemos que podemos aliviar o sofrimento dos bebés e das mães «aqui e agora» mas temos dúvidas quanto à eficácia da nossa acção a longo prazo.

Como conclusão, diria que a saúde mental da primeira infância é um factor entre muitos outros que participam no «adoecer mental» e que não podemos proteger o indivíduo para sempre dos «maus encontros» que vai ter ao longo da sua vi-

da, nem garantir que esses encontros se transformem em bons. Tentamos no entanto que a nossa intervenção se faça no sentido do fortalecimento do self e do reforço dos mecanismos protectores do desenvolvimento.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bowlby, J. (1982). *Attachment and loss: Vol. 1 Attachment* (2d). New York: Basic. (Trabalho original publicado em 1969)
- Brazelton, T. B. (1981). Comportement et compétence du nouveau-né. *Psychiatrie de l'Enfant*, 24, 375-396.
- Brazelton, T. B. (1983). Assessment of techniques for enhancing development. In J. Call, E. Galenson, & R. L. Tyson (Eds.), *Frontiers of infant psychiatry* (pp. 347-361). New York: Basic Books.
- Cordeiro, M. J., & Caldeira da Silva, P. (1998). La classification diagnostique des troubles de la santé mentale du nourrisson. Une expérience clinique. *Devenir*, 10 (1).
- Demos, E. V. (1989). Resilience in infancy. In T. F. Dugan, & R. Coles (Eds.), *The child in our times. Studies in development resiliency* (pp. 3-22). New York: Bruner/Mazet.
- Emde, R. (1989). The infants relationship experience: developmental and affective aspects. In A. Sameroff, & R. N. Emde (Eds.), *Relationship disturbances in early childhood. A developmental approach* (pp. 33-52). New York: Basic Books.
- Emde R. N., & Source J. F. (1983). The rewards of infancy. Emotional availability and maternal referencing. In J. Call, E. Galenson, & R. L. Tyson (Eds.), *Frontiers of infant psychiatry* (pp. 17-30). New York: Basic Books.
- Fonagy, P., Steele, M., Steele, H., Moran, G. S., & Higgitt, A. C. (1991). The capacity for understanding mental states: the reflective self in parent and child and its significance for security of attachment. *Infant Mental Health Journal*, 12, 201-218.
- Greenspan, S. I. (1989). The development of the Ego: Insights from clinical work with infants and young children. In S. Greenspan, & G. Pollock (Eds.), *The course of life, Vol. 1 Infancy* (pp. 85-164). Madison: International University Press.
- Murray, L., & Cooper, P. (1997). The role of infant and maternal factors in postpartum depression, mother-infant interactions, and infant outcomes. In L. Murray, & P. Cooper (Eds.), *Post-partum depression and child development* (pp. 111-135). New York: The Guilford Press.
- Perry, B., Pollard, R., Blakley, T., Blaker, L., & Vigilante, D. (1995). Childhood trauma, the neurobiology of adaptation and «use-dependent» development of the brain: How «states» become «traits». *Infant Mental Health Journal*, 16, 271-291.

- Pine, F. (1985). *Developmental theory and clinical process*. London: Yale University Press.
- Rutter, M. (1994). Stress research: accomplishments and tasks ahead. In R. J. Haggerty, J. Robert, J. L. R. Sherrod, N. Garnezy, & M. Rutter (Eds.), *Stress, risk, and resilience in children and adolescents, processes mechanisms and interventions* (pp. 354-385). New York: Cambridge University Press.
- Siegel, J. (1998). The developing mind: Toward a neurobiology of interpersonal experience. *The Signal*, 6 (3-4), 1-11.
- Stern, D. (1985). *The interpersonal world of the infant: a view from psychoanalysis and developmental psychology*. New York: Basic Books.
- Stern, D. (1991). Maternal representations: a clinical and subjective phenomenological view. *Infant Mental Health Journal*, 12 (3), 174-186.
- Thomas A., & Chess S. (1977). *Temperament and development*. New York: Brunner/Mazel.

RESUMO

Neste artigo é descrita de forma sucinta a evolução dos conhecimentos na área da saúde mental do bebê nos últimos 20 anos e discutida de forma crítica, à luz

dessa evolução, a prática e filosofia de intervenção da Unidade da Primeira Infância. Sendo a primeira prioridade da Unidade a prevenção em saúde mental, é primeiramente feita uma análise do risco, em termos de resiliência e vulnerabilidade. A partir de duas vinhetas clínicas pretende-se demonstrar que a avaliação da vulnerabilidade e do risco deve, no entanto, ter em consideração a dimensão intrapsíquica, nomeadamente a qualidade das experiências precoces do self.

Palavras-chave: Experiências do self, mecanismo do risco, psicopatologia.

ABSTRACT

The author briefly describes the evolution of concepts in infant mental health in the last twenty years. Practice and principles of intervention at UPI are discussed under the light of this evolution. Being mental health prevention the first priority of the Unit, risk evaluation in terms of resilience and vulnerability assessment are hallmarks of the clinical work. Through the presentation of two clinical vignettes the author stresses that vulnerability and risk evaluation must take into account the intra-psyche dimension, namely the quality of early experiences of the self.

Key words: Experiences of the self, risk mechanisms, psychopathology.