



ARTIGO DE REVISÃO

Psicodinâmica contemporânea em pedopsiquiatria – abordagens Integrativas

Contemporary psychodynamics in child psychiatry – integrative approaches

Ivo Peixoto^a

Cristina Maria Marques^b

^a MD MSc – Mestrado em Medicina – (Médico interno de Pedopsiquiatria declara ausência de qualquer conflito de interesses.) – Lisboa – SP – Portugal.

^b Licenciatura em Medicina – (Assistente graduada sénior de serviço de Pedopsiquiatria declara ausência de qualquer conflito de interesses.).

DOI 10.5935/2318-0404.20180009

Instituição: Centro Hospitalar Lisboa Central – Hospital Dona Estefânia – Serviço de Pedopsiquiatria

Resumo

A prática clínica em pedopsiquiatria reveste-se de desafios na compreensão e abordagem clínica dos pacientes e do seu contexto. Desta forma, o pedopsiquiatra de hoje em dia tem a necessidade de integrar múltiplas vertentes de conhecimento na sua formação e na sua prática numa formulação biopsicossocial. No entanto, cada um dos elementos desta tríada possui raízes históricas e uma série de premissas e referenciais teóricos diferentes, tornando-se, muitas vezes, dificultada a sua conjugação. Existe, portanto, uma necessidade de integrar perspectivas relacionais terapêuticas contemporâneas numa ótica de harmonização e como informadoras da atividade clínica em psiquiatria da infância e da adolescência. Os autores propõem uma revisão conceptual sobre o papel do paradigma psicodinâmico contemporâneo na pedopsiquiatria, com uma orientação para a prática clínica e flexível na compreensão e intervenção.

Palavras-chave: Psicoterapia; Psiquiatria Infantil; Psicanálise.

Abstract

Clinical practice in child and adolescent psychiatry is full of challenges in the clinical understanding and management of our patients and their contexts. The child psychiatrists of today feel a growing need to integrate information from multiple fields of knowledge in their education and in their clinical practice, under a biopsychosocial formulation. However, each of the elements of this triad has different premises, historic backgrounds and theoretical referentials, frequently making their conjugation a very difficult task. Therefore, it is necessary to integrate contemporary relational therapeutic approaches under the scope of a more flexible and informed child psychiatry clinical practice. The authors suggest a conceptual review about the role of a contemporary psychodynamic paradigm in child psychiatry, with a useful clinical practice orientation and with flexibility both in understanding and intervention.

Keywords: Child Psychology; Psychotherapy; Psychoanalytic Theory.

Introdução

A pedopsiquiatria tem, nos últimos anos, beneficiado de uma criação emergente de pontes e de interfaces, a par do desenvolvimento das investigações nas várias áreas do saber que abrange, e em resposta aos desafios que se apresentam na prática clínica.

Tem surgido um esforço concertado de integração entre os vários modelos psicológicos e psicopatológicos e uma maior abertura é procurada, tanto no diálogo entre as diferentes correntes teóricas e clínicas, como nas diferentes disciplinas que investigam a mente e o cérebro, tornando-se a dialética cérebro-mente pré-existente cada vez menos significativa.

O que está em causa são, por exemplo: 1) pontes entre ramos diferentes da ciência, nomeadamente, entre a psicoterapia psicodinâmica e as neurociências; 2) integrações de modelos terapêuticos diferentes que, no século XX, foram, muitas vezes, considerados como antagónicos, como aconteceu entre o modelo da vinculação precoce e o modelo psicanalítico; 3) conexões dentro do pensamento reflexivo do clínico pedopsiquiatra construídas entre a sua prática clínica, os modelos teóricos e o seu próprio funcionamento psíquico; 4) evidências que têm exigido e continuarão a exigir uma real colaboração entre os clínicos e os investigadores, de forma clarificar as manifestações da psicopatologia do bebé, da criança e do adolescente; 5) interesse mútuo e colaboração entre a pedopsiquiatria e outras especialidades médicas.

Perante os múltiplos percursos e horizontes que se apresentam na pedopsiquiatria contemporânea, torna-se necessário um modelo teórico flexível e passível de integração de conteúdos de outras fontes e de outras escolas de compreensão psicopatológica. Neste âmbito, a psicoterapia psicodinâmica relacional

permite encarar a criança e o adolescente de forma compreensiva e com a complexidade que lhe está inerente, conjugando os dados científicos com as relações humanas e suas vicissitudes.

Métodos

Os autores propõem uma revisão não sistemática da literatura. Foi efetuada uma pesquisa com os termos “Psychodynamic Psychotherapy”, “Relational Psychology” e “Child Psychiatry” nas bases de dados PubMed e PsycINFO, incidindo sobre os últimos 10 anos e complementada com outra literatura de relevo para a temática proposta.

Papel do Pedopsiquiatra

A prática clínica da psiquiatria da infância e da adolescência tem raízes em múltiplas fontes de conhecimento, assentes em disciplinas médicas e não médicas. O trabalho do pedopsiquiatra pode ser visto como uma síntese constante de soluções possíveis e de articulação interdisciplinar, tendo como pano de fundo os desafios e mudanças sociais e familiares dos dias de hoje. Tal exige desta especialidade médica um particular esforço de atualização e de integração de diferentes pontos de vista tanto no campo epistemológico como no das intervenções terapêuticas.

Quando as pessoas recorrem a uma consulta de pedopsiquiatria, não procuram, necessariamente, uma solução medicamentosa ou uma psicoterapia. Trazem, por outro lado, queixas acerca de um problema em particular (ou um conjunto de problemas), acerca de sintomas, ou sobre dificuldades presentes nas suas vidas. Como profissionais de saúde mental, a abordagem de compreensão e de apoio genuíno das crianças, adolescentes e suas famílias é fundamental para um trabalho que se pretende que seja terapêutico.

Sendo o cuidar algo inerente a qualquer atividade terapêutica, a prática clínica pedopsiquiátrica continua, nos dias de hoje, a fundar-se na esperança e na tentativa de atribuir sentido aos diferentes percursos individuais e ao sofrimento das pessoas, pelo que se procura demarcar pelo enquadramento do sofrimento psicológico da criança e das suas necessidades de ser cuidada, em oposição a uma abordagem centrada nos sintomas e no modo de os fazer desaparecer. Privilegia-se, antes, uma atitude empática preventiva e relacional e que favoreça a expressão da subjetividade, promovendo as competências individuais e familiares, com necessária humildade perante o imprevisível.

No entanto, o papel do médico pedopsiquiatra envolve, também, um conhecimento e uma identificação precisa das características médico-psiquiátricas dos sintomas e das síndromes, um enquadramento psicopatológico e diagnóstico, bem como um domínio das intervenções terapêuticas mais adequadas a cada situação. Este trabalho coloca, portanto, ao pedopsiquiatra, o desafio de ter que se flexibilizar entre um modelo de cariz mais fenomenológico/biomédico e um modelo de cariz mais psicossocial/psicodinâmico ou

de os utilizar em simultâneo. Enquanto, em determinadas situações, possa parecer claro qual o modelo que melhor se adapta a cada caso ou a cada paciente, noutras, o desafio principal é atingir algum conforto perante a incerteza. E este aspeto é algo que merece ser clarificado no contínuo de relação e de aprendizagens com os nossos pacientes.

Durante o processo de formulação de caso e de enquadramento diagnóstico é ainda de extrema importância, para o pedopsiquiatra, contemplar múltiplas fontes de informação sobre os diferentes contextos em que a criança ou jovem se encontra inserida, nomeadamente na escola e no seio familiar, de modo a compreender melhor o impacto e pervasividade dos problemas e dificuldades.

Integração de Conhecimentos

A psiquiatria da infância e da adolescência é, de um modo geral, uma disciplina heterogénea, pelo que necessita de um ponto de partida e de uma linguagem comuns. O trabalho do pedopsiquiatra deve, por isso, estar assente na psicopatologia descritiva. A psicopatologia, de acordo com Stanghellini e Broome¹, pode ser concetualizada como uma linguagem partilhada, que permite aos clínicos com diferentes *backgrounds* teóricos compreender-se mutuamente, quando se aborda a doença mental. A psicopatologia permite estabelecer a ponte entre as ciências clínicas e as ciências humanas – algo basilar quando se pretende atribuir significado ao sofrimento mental subjetivo –, distinguir os elementos normativos dos patológicos, e conectar a compreensão (carga de significado para a experiência subjetiva) com a explicação (causalidade neurobiológica). Daí que uma psicopatologia fenomenológica, de acordo com Stanghellini & Rossi² deva ser discutida em 3 níveis: 1) na hermenêutica dos sintomas mentais, com particular adaptação ao estadio de desenvolvimento da criança; 2) na relação entre os sintomas e o diagnóstico; e 3) na hermenêutica da estrutura subjetiva e experiencial mais profunda, onde os 2 níveis anteriores estão fundados.

A psiquiatria da infância e da adolescência beneficia também de uma abordagem que integre, sintetize e contextualize conceitos contemporâneos derivados dos dados da investigação em neurodesenvolvimento, neurobiologia e intersubjetividade. Os avanços mais recentes na compreensão das relações humanas, da cognição social e da memória implícita, têm permitido reforçar: 1) a importância das experiências precoces, bem como das influências indissociáveis entre genes e ambiente no desenvolvimento cerebral e no comportamento humano; 2) o papel central das relações precoces como fonte de suporte e adaptação, ou de risco e disfunção; 3) a complexidade de competências, emoções e recursos sociais que se desenvolvem desde os primeiros meses de vida e 4) a capacidade de aumentar a probabilidade de um desenvolvimento mais harmonioso através de intervenções planeadas e adaptadas³. Cada vez mais se aprecia o papel da criança e do adolescente como participante ativo nas atribuições de sentido que ocorrem, reciprocamente, na relação com os seus pais ou cuidadores, e a importância da qualidade desta reciprocidade no seu desenvolvimento psicológico. Inerente a esta reciprocidade social, encontramos a capacidade do cérebro de processar e codificar estas experiências de relação e de lidar com a sua complexidade através da seleção, processamento e armazenamento de

memórias, num processo que é conduzido e influenciado ativamente pelas experiências relacionais. Assente nestas premissas e sob esta perspetiva, o trabalho terapêutico do pedopsiquiatra beneficia da compreensão da influência que as relações prévias têm nas relações subsequentes⁴ e de reconhecer a variabilidade e flexibilidade de como uma pessoa se pode comportar e relacionar consoante os contextos. Para além do conteúdo explícito da intervenção, há uma intervenção ao nível implícito, com vista a uma nova experiência relacional reparadora e a padrões de interação com o outro mais adaptativos.

Com efeito, no contexto terapêutico, a perspetiva da psicologia relacional defende um paradigma de intervenção – aqui adaptado ao contexto médico e denominado por pedopsiquiatria psicodinâmica – que promove uma integração de várias correntes teóricas de psicoterapia, da psicopatologia descritiva, psicopatologia do desenvolvimento e das neurociências de uma forma concertada.

Pedopsiquiatria Psicodinâmica

De forma geral, segundo um paradigma psicodinâmico tradicional, o terapeuta assume uma posição *one-down*, ajudando o paciente a aceder – alcançar insight – e a resolver ou reparar conflitos intrapsíquicos e relações de objeto – representações mentais de si mesmo e da relação com o outro – através de um processo de transferência na relação com o terapeuta ou através de memórias autobiográficas.

No entanto, com a proliferação das investigações nas áreas da vinculação, desenvolvimento e psicoterapia infantil, tem emergido nos últimos 30 anos um paradigma de intervenção terapêutico psicodinâmico com uma perspetiva diferente. Este surge em consonância com a natureza ubíqua do modo de comunicação inato das interações humanas, que é, por excelência, bidirecional. De facto, desde o nascimento que o bebé tem uma grande apetência para a aprendizagem e para a atribuição de sentidos e significados na relação com os seus cuidadores, de forma a desenvolver *internal working models* (IWM) de vinculação que refletem padrões implícitos de representações mentais estáveis ou instáveis de si mesmos e dos outros. Quando esse IWM é gerado num ambiente securizante e estável, a criança consegue compreender e prever as pistas socioafetivas e a intencionalidade do outro de forma mais eficaz, o que, de forma implícita, se torna numa ferramenta promotora de sobrevivência ao permitir a proximidade com o outro num sentimento de “segurança sentida” e partilhada⁵. Outro campo de investigação, no domínio da intersubjetividade, tem permitido esclarecer de que forma os sistemas cognitivo e de memória modelam a experiência individual através da interação com o outro. Estas experiências intersubjetivas permitem criar modelos de “estar com” e de “captar” o estado de espírito e a intencionalidade do outro. Por sua vez, estes modelos são armazenados na memória implícita não-declarativa e não-consciente, num conhecimento relacional implícito, pré-verbal⁶. Desta forma, e fundada nestes argumentos, a abordagem psicodinâmica relacional, defende que a terapia deverá constituir uma experiência intersubjetiva em que o temperamento, processos cognitivos, flexibilidade cognitiva, e IWM do paciente e do terapeuta interagem de forma bidirecional, no aqui e agora da relação terapêutica, co-criando experiências relacionais reparadoras.

Tal como referem Fonagy & Target⁷, as teorias são moldadas por aquilo que o clínico considera útil e são contaminadas intrinsecamente pela técnica e, conseqüentemente, correm o risco de assumir que tudo aquilo de que o paciente se recorda é verdadeiro e exato. A abordagem de uma pedopsiquiatria psicodinâmica contemporânea desafia conceitos canônicos do modelo psicodinâmico tradicional e re-examina o seu valor no âmbito de um modelo relacional, contextual e intersubjetivo. Uma explicação detalhada de cada um destes conceitos está fora do âmbito desta revisão, pelo que se optou apenas por se colocar algumas das mudanças conceptuais e de abordagem introduzidas pelo modelo relacional na tabela 1.

Tabela 1: Comparação de conceitos-chave da psicologia psicodinâmica tradicional com a perspectiva psicodinâmica relacional.

Relacional	Tradicional
Implícito e não consciente	Inconsciente
We-go	Ego
Intersubjetividade e co-criação	Neutralidade
Conhecimento Relacional Implícito	Transferência
Disponibilidade Emocional e Social Referencing	Contratransferência
Esquemas de regulação e Intersubjetividade	Relações de Objeto
Enactments, Self-disclosures	Limites
Experiência Emocional Reparadora	Insight

Considerando este ponto de vista, surge a questão “Não serão então todas psicoterapias relacionais?”. A diferença reside no facto de se poder permitir ao paciente que se torne, numa transação bidirecional, consciente das emoções e do estado mental do terapeuta, num processo autêntico e genuíno de *attunement* empático. Os conceitos-chave da perspectiva relacional serão alvo de um aprofundamento adiante.

Conceitos Chave na Psicodinâmica Contemporânea

- **Criação de Sentido**

A atribuição de significado é o processo pelo qual as pessoas dão sentido às experiências subjetivas no contexto de relação com o outro. Desde os primeiros meses de vida, o desenvolvimento biopsicossocial do bebé será construído a partir de uma amálgama de processos de criação de sentido, que irão influenciar a forma e com que emoções se identificam a si próprios e às experiências com os outros. Segundo Tronick⁸, estes processos incluem atividade motora, emoções, temperamento, neurónios-espelho, processos corticais, inibição do eixo hipotálamo-pituitária-adrenal e o efeito de *kindling* do trauma em determinados grupos neuronais. Estes processos têm um impacto profundo na criança em desenvolvimento e existe evidência de que continuam ao longo da vida⁹.

- **Attunement afetivo**

O *attunement* reporta-se à partilha e ao alinhamento sintónico e sincrónico dos estados internos que ocorrem durante a interação entre mãe e bebé, iniciando-se por volta do oitavo mês de vida¹⁰. Tem uma qualidade interna e é transmodal, isto é, envolve comunicação verbal e não-verbal em troca dinâmica, tornando-se precursora da regulação afetiva¹¹. Na prática clínica relacional, o terapeuta não reflete apenas o estado subjetivo do paciente, mas também lhe transmite a sua própria perspetiva interna, facilitando a experiência e a expressão afetivas. De acordo com Safran & Muran¹², “após aproximadamente meio século de investigação em psicoterapia, um dos dados mais consistentes é que a qualidade da aliança terapêutica é o preditor mais robusto do sucesso do tratamento”.

- **Disponibilidade Emocional e Social Referencing**

A disponibilidade emocional está relacionada com a postura de interesse mútuo e de abertura na díade relacional cuidador-criança. O processo de *social referencing* surge como forma de expandir a disponibilidade emocional, introduzindo significados partilhados em relação a dados acontecimentos. É um marco importante no desenvolvimento do bebé, que consiste na referenciação do olhar do bebé para o cuidador em situações novas ou emocionalmente ambíguas, de forma a obter pistas e desenvolver a capacidade de interpretar e resolver determinada situação¹³. De forma semelhante, a disponibilidade emocional do terapeuta é, também, essencial para o crescimento do paciente e da sua família, ao fazer uso implícito e não consciente do conhecimento relacional mais adaptativo do terapeuta.

- **Conhecimento Relacional Implícito**

O conceito de conhecimento relacional implícito envolve todos os processos de interação social e de trocas afetivas que são amplamente não-verbais e baseados em sistemas de memória não-declarativa e fora da memória consciente. É algo que começa a ter uma representação bastante antes do acesso à linguagem verbal e que continua a operar de forma implícita ao longo da vida. A linguagem é, naturalmente, utilizada em serviço deste conhecimento, mas o conhecimento implícito que governa as nossas interações mais íntimas não se baseia na linguagem nem na memória declarativa e não são traduzidas por rotina para uma forma semântica⁶. Quando falamos deste “conhecimento”, é importante salientar que este tem tanto de cognitivo como de afetivo. Com efeito, as interações precoces entre um bebé e o seu cuidador condicionam formas de regulação biológica e socioemocional que passam a ser representadas e “memorizadas”. Este conhecimento não tem, portanto, uma representação simbólica, mas também não se considera que estejam subjacentes processos dinamicamente inconscientes, no sentido de serem defensivamente excluídos da consciência, tal como numa perspetiva tradicional.

Ter presente, no contexto clínico, a existência de um sistema de memória implícita e não declarativa,

reforça a importância do trabalho de interação no “aqui e agora”, de co-construção e de uma relação terapêutica de continuidade.

- **Intersubjetividade e Mentalização**

Segundo Stern¹⁴, a intersubjetividade é definida como “a capacidade de partilhar, saber, compreender, empatizar, sentir, participar, ressoar com, entrar na experiência subjetiva do outro” e “interpretar comportamentos tais como postura, tom de voz, ritmo de discurso, expressão facial bem como conteúdo verbal” o que permite assumir que o terapeuta possa partilhar, aceder e sentir aquilo que está presente na mente do paciente. Este nexo de interação é, assim, a força motriz primária do processo psicoterapêutico.

Um conceito análogo é o de mentalização, que tem raízes na perspectiva psicodinâmica tradicional, mas que se revela útil clarificar pela sua ampla utilização. A mentalização define-se como a capacidade de interpretar comportamentos como carregados de um significado, e que se baseia no estado mental do próprio e do outro, tendo em conta os seus desejos, crenças, motivações e sentimentos, isto é, “tendo a mente do outro em mente”¹⁵.

- **Experiência Emocional Reparadora**

Alexander & French¹⁶ utilizaram esta expressão pela primeira vez, para definir que um processo terapêutico é aquele que expõe o paciente, em circunstâncias mais favoráveis, a situações emocionais com as quais não conseguiu lidar no passado e que permite uma reparação da influência negativa ou traumática de determinadas experiências prévias. Na segunda metade do mesmo século, várias investigações expandiram estes princípios concluindo-se que experienciar e processar emoções dolorosas e mal resolvidas num ambiente securizante e com uma relação de sintonia afetiva poderá gerar um “final diferente”¹⁷. Os avanços da psicologia do desenvolvimento permitiram consolidar esta teoria de que o *insight* intelectual, somente, é, muitas vezes, insuficiente para que mudanças ocorram. De facto, uma perspectiva psicodinâmica contemporânea reconhece a importância de uma nova experiência emocional, que não necessita necessariamente de ser reparadora, mas que antes promove um modo diferente e mais adaptativo de relação, que modifica o esquema relacional implícito desadaptativo prévio. Para além do trabalho de revivência e de elaboração de determinada questão ou conflito, um trabalho de processamento emocional terapêutico está também associado à experiência, em terapia, de emoções positivas em relação ao próprio, relacionadas com um sentido de agentividade (alegria, exuberância, orgulho) e de emoções positivas em relação aos outros, tais como, gratidão e amor¹⁸.

Formulação Diagnóstica Psicodinâmica Contemporânea

Como complemento de uma visão nosológica e psicopatológica do diagnóstico em pedopsiquiatria, os autores propõem aqui uma operacionalização do diagnóstico psicodinâmico em pedopsiquiatria. Os itens

apresentados no ponto A. baseiam-se amplamente nos trabalhos de Stanley Greenspan sobre a entrevista clínica da criança¹⁹ e de Paulina Kernberg sobre a organização da personalidade na criança²⁰. As suas descrições encontram-se detalhadas no manual Psychodynamic Diagnostic Manual-2 (PDM-2)²¹, num esforço de integração dos dados clínicos e empíricos mais recentes referentes ao desenvolvimento psicoafectivo da criança e do adolescente. Para uma descrição mais exaustiva dos aspetos apresentados recomenda-se a leitura dos manuais respetivos.

Na aplicação das categorias apresentadas em A. é também necessário ter em consideração elementos culturais, o temperamento, questões neurobiológicas, o padrão de vinculação e o estilo defensivo da criança, que culminam nos itens apresentados em B., e que desempenham um papel importante ao condicionar as competências da criança e a forma de apresentação de cada uma das funções mentais.

Mediante a avaliação do funcionamento mental com os itens A. e B. propõe-se também a categorização em termos de organização de funcionamento mental C. De forma complementar, e mediante as características idiossincráticas de cada caso, colocou-se em D. a informação recolhida dos diferentes contextos e em E. o diagnóstico nosológico, de acordo com manuais atuais de classificação de doença mental.

A. Funcionamento Mental

1. Atenção, Regulação e Aprendizagem
2. Gama, Comunicação e Compreensão Afetiva
3. Mentalização e Função Reflexiva
4. Diferenciação e Integração (Identidade)
5. Relações e Intimidade
6. Regulação da Autoestima e Qualidade das vivências internas
7. Regulação e Controlo de Impulsos
8. Funcionamento Defensivo
9. Adaptação, Resiliência, Força
10. Capacidade auto-observante
11. Construção e uso de padrões e ideais internos

B. Fatores a Considerar

1. Temperamento
2. Nível cognitivo
3. Flexibilidade cognitiva
4. *Internal Working Model*

C. Organização Psicodinâmica

1. Normal
2. Organização Neurótica
3. Organização Depressiva
4. Organização *Borderline*
5. Organização Psicótica

D. Outros informadores e contextos

E. Diagnóstico Nosológico

Conclusão

A pedopsiquiatria contemporânea beneficia de um desenvolvimento exponencial da investigação em neurociências e em psicoterapia, permitindo conceptualizações de casos clínicos cada vez mais complexas e exaustivas. A presente revisão apresenta limitações inerentes à metodologia utilizada e associadas à complexidade dos referenciais teóricos, não permitindo aferir e controlar alguns enviesamentos possíveis. Em particular, a melhor compreensão do funcionamento da vinculação e das bases emocionais das relações – algo tão precoce no desenvolvimento humano – parece estar a trazer grandes aportes para a fundamentação e defesa da psicoterapia psicodinâmica relacional. Neste contexto, a pedopsiquiatria relacional encara a patologia mental de forma integrativa, dada a complexidade da dinâmica individual e das relações interpessoais. Esta é uma visão envolvida, interativa e dialógica de compreensão. Nós precisamos da colaboração do outro. Não conseguimos compreendê-lo por nós próprios; não podemos de alguma forma escolher, por nós mesmos, experienciar aquilo que o outro experiencia. O valor da empatia não está em questão. Mas uma visão hermenêutica da empatia não é uma espécie de imersão monádica na experiência do outro. É um processo que requer o envolvimento daquele que se pretende compreender.

Referências

1. Stanghellini G, Broome MR. Psychopathology as the basic science of psychiatry. *British Journal of Psychiatry*. 2014;205:169-170.
2. Stanghellini G, Rossi R. Pheno-phenotypes: A holistic approach to the psychopathology of schizophrenia. *Current opinion in Psychiatry*. 2014;27: 236-241.
3. Institute of Medicine. *From neurons to neighborhoods: the science of early childhood development*. Washington DC: The National Academies Press; 2000.
4. Emde RN. The infant's relationship experience: developmental and affective aspects. In: Sameroff AJ, Emde

- RN (eds) Relationship disturbances in early childhood: a developmental approach. New York: Basic Books; 1989.
5. Sroufe LA, Waters E. Attachment as an organizational construct. *Child Dev* 1977;48:1184–1199.
 6. Lyons-Ruth K, Bruschweiler-Stern N, Harrison AM et al. Implicit relational knowing: Its role in development and psychoanalytic treatment. *Infant Ment Health J.* 1998; 19(3):282–289.
 7. Fonagy P, Target M. The place of psychodynamic theory in developmental psychopathology. *Dev Psychopath.* 2000; 12:407–425.
 8. Tronick E. Emotions and emotional communication in infants. *Amer Psychol.* 1989;44:112–119.
 9. Kegan R. *In over our heads: the mental demands of modern life.* Cambridge, MA: Harvard University Press; 1994.
 10. Stern DN. Intersubjectivity. In: Person ES, Cooper AM, Gabbard GO (eds) *Textbook of psychoanalysis*, 1st ed. The American Psychiatric Publishing, Arlington; 2005. p. 77–92.
 11. Barsalou LW. Grounded cognition: past, present, and future. *Top Cogn Sci.* 2010; 2:716–724.
 12. Safran JD, Muran JC. *Negotiating the therapeutic alliance: a relational treatment guide.* New York: Guilford Press; 2000.
 13. Emde RN. Social referencing research: uncertainty, self, and the search for meaning. In: Feinman S (ed) *Social referencing and the social construction of reality in infancy.* New York: Plenum; 1992. p. 79–94.
 14. Stern DN. *The present moment in psychotherapy and everyday life.* New York: WW Norton; 2004.
 15. Target M. Commentary. In: Busch F (ed). *Mentalization: theoretical considerations, research findings, and clinical implications.* London: Analytic Press; 2008. p. 261–279.
 16. Alexander F, French TM et al. *Psychoanalytic therapy: principles and application.* New York: Ronald Press; 1946
 17. Bridges MR. Activating the corrective emotional experience. *J Clin Psychol.* 2006; 62:551–568.
 18. Fosha D. Meta-therapeutic processes and the affects of transformation: affirmation and the healing affects. *J Psychother Integr.* 2000; 10:71–97.
 19. Greenspan SI, Greenspan NT. *The clinical interview of the child.* New York: McGraw-Hill; 1981.
 20. Kernberg PF, Weiner AS, Bardenstein, KK. *Personality disorders in children and adolescents.* New York, NY: Basic Books. Chicago; 2000.
 21. Lingardi V, McWilliams N. *The psychodynamic diagnostic manual – 2nd edition (PDM-2).* New York: Guilford Press; 2017.

Colaboração: Ambos os autores colaboraram na conceptualização dos objetivos da revisão, pesquisa e seleção de bibliografia e síntese e discussão dos resultados.

Correspondência

Ivo Peixoto

Hospital Dona Estefânia – Serviço de Pedopsiquiatria

Rua Jacinta Marto 1169-045

Lisboa – Portugal

Submetido em: 03/03/2018

Aceito em: 02/05/2018