

Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria

Nº 21

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA
DE PSIQUIATRIA DA INFÂNCIA E DA ADOLESCÊNCIA

DIRECTOR

Maria Luís Borges de Castro

COMISSÃO REDACTORIAL

Augusto Carreira

Cristina Marques

Fernando Santos

Luísa Veiga

Maria Antónia Silva

Maria Goretti Dias

Pedro Pires

Raquel Quelhas Lima

CONSELHO DE REDACÇÃO

Beatriz Pena

Celeste Malpique

Emílio Salgueiro

José Ferronha

Luís Simões Ferreira

Lurdes Carvalho Santos

Maria Alfredina Guerra e Paz

Maria José Gonçalves

Maria José Vidigal

Orlando Fialho

EDITORAssociação Portuguesa de Psiquiatria da
Infância e da Adolescência (APPIA)**CORRESPONDÊNCIA**

Secretariado

Margarida Matos Moura

Av. do Brasil, 53 – 1700 Lisboa

Clínica Infantil – Pavilhão 25

Tel./Fax: 21 793 43 41

E-mail: appia@sapo.pt

FOTOCOMPOSIÇÃO E PAGINAÇÃO

ISPA – Instituto Superior de Psicologia Aplicada

Editorial

Pedro Pires

p. 5

ARTIGOS

Contra ventos e marés...

O depois da tempestade

Albertina Costa & Luísa Veiga

p. 7

A “bagagem” que transportam os pais
adoptivos e a criança adoptada
para a constituição da nova família*Carla Cruz*

p. 17

“Onde há para este interior / Um exterior? (...)”:
Aspectos da construção da identidade em
psicoterapia psicodinâmica – Caso de uma
criança hiperactiva, pré-psicótica*João Mendes Ferreira*

p. 29

Patologias emergentes em pedopsiquiatria

Luís Simões Ferreira

p. 45

Experiência precoce de luto:
Consequências clínicas*Margarida Fornelos*

p. 57

Défice de atenção e hiperactividade:
Follow up 5 anos após o diagnóstico*Paula Temudo, Helena Porfírio,**Luís Borges, & Helena Gregório*

p. 65

Etiopatogenia da depressão na infância
e adolescência*Rosa Carvalho, Graça Milheiro,
& José Garrido*

p. 83

A violência dos salvadores
A situação das crianças e jovens em risco
nos centros de emergência*Teresa Goldschmidt, V. Silva,
& T. Cepêda*

p. 99

Normas de Publicação

p. 111

A Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria tem procurado ser uma referência nacional na divulgação de trabalhos científicos na área da saúde mental infanto-juvenil. Nesta perspectiva, reformulámos as normas de publicação, as quais são agora definidas segundo orientações internacionais para a publicação de artigos científicos. Esta proposta de organização do conteúdo científico da revista pretende constituir um estímulo ao rigor científico inerente ao processo de criação em ciência e também facilitar a comunicação entre pares da mesma área de estudo.

Outra novidade prende-se com a criação de um *site* na Internet dedicado à revista. Numa era em que as novas tecnologias de informação são uma realidade global e uma forma importante de comunicação, a revista, inserida num projecto da APPIA (www.appiasaudemental.org), empenhou-se por oferecer aos cibernautas uma apresentação informática o mais completa possível, interactiva e de fácil acesso. Julgamos que este é também um modo de manifestar o nosso empenho na divulgação do trabalho científico realizado no nosso país.

Por último, uma palavra em relação ao conteúdo deste número. Completamos o tema da última revista sobre a “hiperactividade(s)” e publicamos já algumas comunicações apresentadas no último Congresso da APPIA sobre o tema: “Viver o traumatismo na infância e... sobreviver”.

Multidisciplinaridade, rigor, inovação e mudança são ideias que pretendemos sempre presente neste projecto.

P’la Comissão Redactorial da Revista

* Assistente Hospitalar de Psiquiatria Infância e da Adolescência. Hospital de D. Estefânia, Lisboa.

CONTRA VENTOS E MARÉS... O DEPOIS DA TEMPESTADE *

Albertina Costa **

Lúisa Veiga ***

*Do Ninho dos Pequenos...
para todos os pequenos sem ninho.*

RESUMO

Desde tenra idade que inúmeras crianças são institucionalizadas, consequência última de diversos factores de risco psicossociais.

As autoras propõem-se, nesta comunicação, descrever as características da Instituição Ninho dos Pequenos, vocacionada para acolher crianças dos 0 aos 6 anos, essencialmente vítimas de maus tratos vários.

Começando pela caracterização das crianças institucionalizadas e suas famílias, abordam toda a dinâmica do funcionamento institucional, reflectindo sobre as dificuldades que lhe estão inerentes e soluções encontradas.

Como filosofia, ilustrada com diversas imagens, visam proporcionar um ambiente acolhedor, terapêutico e securizante, breve ponte de passagem para uma nova vida, propiciadora de um futuro mais risonho... com brisas suaves e marés de esperança.

Palavras-chave: Crianças. Institucionalização. Maus tratos.

O NINHO dos PEQUENITOS é um Centro de Acolhimento que recebe crianças dos 0 aos 6 anos e está integrado na Maternidade Bissaya Barreto do C.H.C. Em 2004, foi celebrado acordo de cooperação entre a SORRISO (Associação dos Amigos do Ninho dos Pequenos) e o Centro Distrital da Segurança Social.

* Comunicação apresentada na mesa redonda Traumatismo e Sociedade.

** Assistente Social da Maternidade Bissaya Barreto.

*** Psiquiatra da Infância e Adolescência do Departamento de Pedopsiquiatria do C.H.C. Ambas pertencentes à Equipa Técnica do Ninho dos Pequenos.

Tem uma lotação para 30 crianças, tendo actualmente cerca de 20 crianças internas, existindo também a valência de externato, com uma lotação de 10 crianças.

Os recursos humanos são constituídos por:

- Equipa técnica:
 - 3 Educadoras de Infância (tempo inteiro)
 - 1 Assistente Social (tempo parcial, disponibilidade total)
 - 2 Pediatras (tempo parcial, prevenção 24h)
 - Psicóloga (tempo parcial)
 - Educadora do Ensino Especial (tempo parcial)
 - Animador (4h/dia, incluindo fins de semana)
 - Psiquiatra da Infância e Adolescência (consultoria semanal)
 - Consultora Jurídica (mensal)
- Equipa não técnica
 - 13 Auxiliares de Acção Educativa
 - 2 Auxiliares de limpeza
- Estagiários (Educação, Psicologia, Psiquiatria), Voluntários e famílias amigas (pontualmente).

Relativamente aos motivos de internamento – o trauma, estes incluem:

- negligência, abandono e outros maus tratos (encaminhados pelos Tribunais, Comissões de Protecção de Crianças e Jovens em Risco, Hospital Pediátrico, Maternidades...)
- psicopatologia parental
- vontade manifestada pela mãe/pai em entregar a criança para adopção (com sinalização posterior para o Tribunal)
- voluntário (internamento materno temporário, por razões obstétricas, psiquiátricas...)

Quanto às características das famílias – tempestades familiares – estas são típicas de famílias multiproblema, ditas “casos sociais” (resistentes às mudanças propostas), pautadas por:

- comportamentos desviantes (droga, prostituição e/ou alcoolismo)
- violência familiar
- psicopatologia

- desestruturação familiar (ausência de normas e hábitos de trabalho, problemas habitacionais, incapacidade de gerir recursos e com relações afectivas inconsistentes e sucessivas)
- repetição dos padrões transgeracionais – pais com múltiplas institucionalizações na sua própria infância. (Num trabalho de 2002, realizado em co-autoria com Instituições da Fundação Bissaya Barreto, verificou-se que 23% dos pais tinham estado institucionalizados na sua própria infância, sendo esse dado desconhecido em 33% dos casos, levando-nos à suposição da existência de valores mais elevados)

Relativamente às características das crianças. Estas englobam uma maioria de crianças sem patologia, havendo contudo outras com patologia variada, como:

- Atrasos de Desenvolvimento (sobretudo por falta de estimulação)
- Distúrbios Emocionais e do Comportamento
- Perturbações da Vinculação
- Hiperactividade e Défice de Atenção
- Comportamentos do Espectro Autista
- Patologia Orgânica (como diabetes, doenças neurológicas e seropositividade para HIV)

O que fazemos, no Ninho, para que sobrevivam a estas tempestades?

“Se me prenderes a ti a minha vida fica cheia de sol”
in Princepezinho

Quando do acolhimento da criança, tentamos:

- conhecer as suas características (hábitos de sono e alimentação, objectos e pessoas significativas para ela)
- minorar as separações (planeando visitas, preconizando o suporte de figuras de referência, pré-existentes ou fomentando novos vínculos estáveis)
- proceder à avaliação multidisciplinar (do ponto de vista pediátrico, psicológico, social e pedagógico, ponderando necessidade de acompanhamento psicológico regular)
- iniciar a elaboração do processo individual e planeamento da intervenção em reunião da equipa técnica
- planear o projecto de vida (seja a reintegração na família biológica após diminuição dos riscos, a adopção, ou a colocação numa família de acolhi-

mento) – em articulação com a Segurança Social e o Tribunal, que é quem tem o poder de decisão.

Quando do acolhimento da família, procuramos:

- ouvir as suas angústias e avaliar expectativas
- colher elementos necessários ao completar do processo
- fornecer informações sobre o funcionamento e regras da Instituição, através da entrega e leitura do manual de acolhimento aos pais
- ter disponibilidade para atender os pais, com regras flexíveis (alteração do horário de visitas, após apresentação de documento comprovativo da sua necessidade)
- dar início à avaliação da vinculação e relacionamento pais/filhos, se bem que não com a sistematização desejada, atendendo à falta de comparência dos pais, designação pelo Tribunal de outras equipas para essa função, etc.
- e por último, análise das necessidades familiares (terapia familiar, consultas de diversas especialidades, incluindo planeamento familiar, ensino de cuidados básicos de higiene, estimulação, *maternage*...), visando aumentar as competências parentais.

Mas porque cada amanhã no Ninho é sempre um dia mais que o desejável, há que intervir.

Relativamente à intervenção com as crianças, é importante estar atento:

- às suas necessidades individuais (em termos de afecto, controle externo, validação e autonomia, de acordo com o seu nível de desenvolvimento)
- ao acompanhamento individualizado pediátrico, psicológico e educacional
- ao fomentar de vinculações (preparar visitas/minorar ausência dos pais, incentivar contacto entre irmãos, diminuir rotatividade dos prestadores de cuidados)
- à participação em actividades institucionais de jardim de infância, bem como de actividades características de vida familiar (tais como festividades, comemorações, aniversários, ou tarefas domésticas como culinária)
- fomentar contactos com a comunidade (actividades lúdicas, como idas ao teatro ou ao circo, visitas ao mercado, ou organização de Congressos de crianças, para crianças, de que é exemplo a participação num Parlamento, onde estas assumiram o papel de deputados, abordando temas como direitos e cidadania)

Reconhecem-se as vantagens do contacto com familiares, porque permitem:

- manter vínculos e relacionamentos (sobretudo se previsível a reintegração familiar)
- minorar a separação e reduzir sentimentos de abandono
- conhecer e supervisionar as famílias
- transições progressivas (contactos graduais com famílias – idas aos fins-de-semana, quer com famílias biológicas, quer com adoptantes, mantendo supervisão quando passam do regime interno a externo)
- e ainda treinar competências parentais, com progressiva responsabilização (alimentação, cuidados de higiene, saúde, estimulação, necessidades emocionais).

Contudo, o contacto com familiares traz, por vezes, alguns abalos, devidos a:

- psicopatologia parental (pais deprimidos que choram nas visitas, pais agressivos implicando supervisão atenta)
- pais intrusivos que perturbam a relação de segurança com o principal prestador de cuidados, chegando a acusar a instituição de maus tratos
- existência de “múltiplas paternidades” (confunde a criança e aumenta a morosidade do processo).
- suspensão abrupta das visitas/promessas não cumpridas

Este contacto com as famílias pode não servir o melhor interesse das crianças (problemas comportamentais durante e após as visitas, desadequação em relação ao projecto de vida), pelo que há que ponderar vantagens e desvantagens, fundamentando cuidadosamente o pedido de suspensão de visitas.

- Ao longo da estadia da criança, mantemos a intervenção através de:
- elaboração da história de vida da criança
- avaliação da dinâmica e competências familiares (nomeadamente da família alargada)
- observação do relacionamento e vinculações pais/filhos – registo escrito das visitas, com assinatura dos pais
- definição do tipo de apoios necessários para aquela família, mobilizando todos os recursos disponíveis
- incentivo da comunicação – reuniões inter-serviços (Segurança Social, técnicos do EMAT – equipa multidisciplinar de apoio aos Tribunais – e das Comissões de Protecção...)

- elaboração periódica de relatórios para Tribunal (que enviamos mesmo sem solicitação, bem como através de contactos pessoais ou via telefónica)

A filosofia da equipa do Ninho dos Pequenitos, engloba:

- a defesa dos direitos da criança
- a institucionalização como último recurso e de carácter provisório
- primar pela qualidade dos cuidados institucionais (formação, consultorias e supervisão jurídica)
- envolver a família em todo o processo, desenvolvendo competências em tempo útil, não permitindo abandono com pais presentes
- necessidade de reavaliação permanente da situação em reuniões de equipa(s)
- se a reorganização familiar não for possível, tentar encontrar um projecto alternativo com a máxima brevidade, pois *o tempo das crianças é diferente do tempo dos adultos*.

No entanto, reconhecemos que a concretização do projecto de vida tem inúmeros contratempos:

- Inerentes à família (não cooperantes, incapazes de concretizar os objectivos definidos)
- Inerentes à rede social:
- desconhecimento das sequelas da institucionalização prolongada
- preconceitos por parte dos vários intervenientes no processo
- demora na tomada de decisões
- problemas de sigilo/protecção dos técnicos
- falta de definição de competências (sobreposição do trabalho das equipas)
- escassez de recursos (equipas no terreno para o trabalho com famílias)
- escassez de famílias de acolhimento
- mudança de equipas, nomeadamente nos Tribunais (implicando um reajustamento de metodologias)
- dificuldade na articulação inter-institucional (falha na comunicação das decisões, opiniões divergentes...)

Em face disto, as soluções encontradas para contornar os contratempos incluem:

- primar pela idoneidade técnica (quantidade e qualidade dos técnicos, evitando vitimizações secundárias)
- acções de formação às Auxiliares (relativamente a temas como desenvolvimento, resiliência infantil e estratégias para lidar com situações problemáticas)
- suporte emocional aos técnicos (sobre envolvimento emocional, pouca valorização, inquéritos...)
- fomentar comunicação (folhas de registo das visitas, análise funcional de comportamentos problemáticos da criança, reuniões periódicas intra e inter-institucionais)
- organização de Congressos e Encontros da Sorriso (Associação dos Amigos do Ninho), para troca de experiências, afinar estratégias.

Debruçando-nos agora sobre o destino das crianças do Ninho dos Pequenitos, podemos analisá-lo no Gráfico 1.

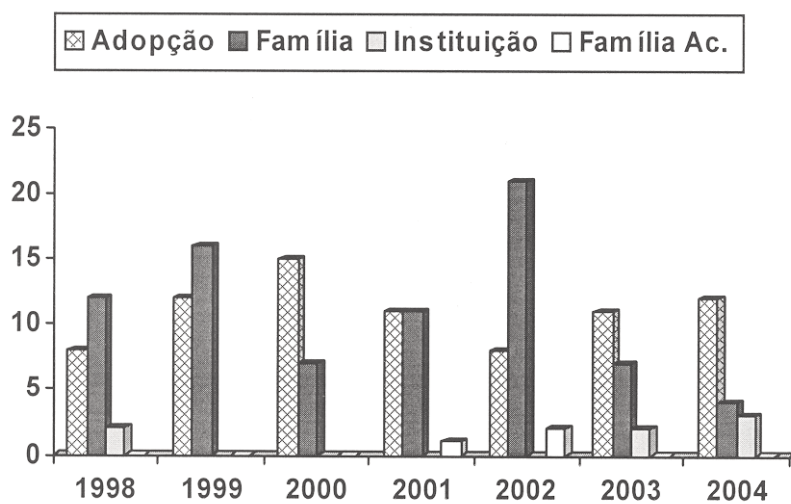


Gráfico 1. Destino das crianças do Ninho (1998-2004)

Constatam-se variações ao longo dos anos, devidas às mudanças de Magistrados, às alterações legais, às características de algumas crianças (adotáveis ou não) e das próprias famílias.

Analisando o tempo de internamento, mais pormenorizadamente (veja-se Quadro 1), verificamos que de um total de 19 crianças que saíram da instituição em 2003, 11 foram para adopção, sendo que a média de internamento das que

tinham consentimento dos pais, se situou entre 5 a 7 meses, enquanto que as que dependeram de decisão judicial, foi de 5 a 60 meses.

Contudo estes 60 meses, corresponderam a um caso de excepção, pois o processo estava num Tribunal de Comarca e foi necessário pedir transferência para o Tribunal de Família e Menores de Coimbra.

Curiosamente, após a alteração da lei de adopção, verificamos um encurtamento dos prazos, passando a adopção com consentimento, em 2004, para um tempo de internamento de 2 a 4 meses, mantendo-se contudo tempos longos para a que implica decisão judicial.

Também relativamente à reintegração familiar se verifica um prolongamento do tempo de internamento, por provável multicausalidade a que não será alheia a decisão de dar mais oportunidades a que as famílias se reorganizem e à maior complexidade dos problemas familiares.

É ainda de salientar que nenhuma criança sai, no limite de idade (6 anos), para outra Instituição, procurando-se sempre um projecto de vida alternativo. As mudanças entre instituições ocorrem praticamente durante o primeiro mês de estadia e correspondem a motivos meramente administrativos, sendo transferidas por conveniência dada a área de residência, ou com a finalidade de manter irmãos na mesma Instituição.

Quadro 1

Ventos de mudança ou ao sabor da brisa?

Tempos de internamento	2003	2004
Adopção consentimento dos pais	5-7 meses (<i>n</i> =6 crianças)	2-4 meses (<i>n</i> =6 crianças)
Adopção decisão judicial	5-60 meses (<i>n</i> =5 crianças)	7-38 meses (<i>n</i> =5 crianças)
Reintegração familiar	6-14 meses (<i>n</i> =7 crianças)	6-27 meses (<i>n</i> =4 crianças)
Transferência de Instituição	« 1m (<i>n</i> =2) (Questões administrativas)	« 1m (<i>n</i> =3) (Questões administrativas)

Preconiza-se um *Follow-up* pediátrico/psicológico 1-2 anos após a saída da Instituição, pelo que vamos tendo ecos de sobrevivência noutros portos de abrigo, por vezes através de postais, fotografias, convites ou mesmo visitas.

E em jeito de conclusão, aproveitando a bonança...

Ala que se faz tarde!



ABSTRACT

Since early age many children are institutionalized, consequence of a variety of psychosocial risks.

The authors, in this communication, will describe the characteristics of “Ninho dos Pequenos”, an institution that receives children from 0 to 6 years old, especially those victims of severe maltreatment.

This article contains the characterization of the institutionalized children and its families, all the institutional dynamics and procedures and a reflection about the difficulties within it and the solutions found.

As institutional philosophy, illustrated with several images, the technicians will provide a cozy and therapeutic ambient, a bridge to a new life, a brighter future... with soft breezes and tides of hope.

Key-words: Children. Institutionalization. Maltreatments.

A “BAGAGEM” QUE TRANSPORTAM OS PAIS ADOPTIVOS E A CRIANÇA ADOPTADA PARA A CONSTITUIÇÃO DA NOVA FAMÍLIA

Carla Cruz *

RESUMO

A autora traça um percurso que se inicia com os aspectos específicos do ponto de vista psico-afectivo inerentes à criança que sofreu um abandono, passando posteriormente a relatar algumas das especificidades da parentalidade adoptiva. Com especial relevo para a perspectiva das mães, é realçada a importância da construção do bebé imaginário na fantasia das mães adoptivas como fundamental para o ajustamento e aceitação da criança real.

Palavras-chave: Abandono. Adopção. Bebé imaginário. Criança. Parentalidade.

A adopção tem por base a relação entre adultos e crianças – por um lado, através da adopção, o casal, ou a pessoa singular, pode aceder ao estatuto de mãe/pai, o que lhe possibilita assegurar uma filiação, independentemente das ligações estabelecidas pela procriação biológica (Mijolla, 2002). Por outro lado, a adopção remete, para crianças privadas dos seus pais biológicos, para que elas possam crescer com uma família, salientando a este respeito Winnicott (1975) que não existe uma criança sem uma mãe. Refere o autor que: “o princípio fundamental é que se um bebé não pode crescer com os seus verdadeiros pais, o melhor então é o bebé ser colocado numa família e ser criado como fazendo parte desta” (p. 67).

A adopção é, assim, um processo que permite transcender o estatuto do biológico e possibilitar ao indivíduo ser mãe/pai de uma criança, e ser reconhecido nesse estatuto pela própria criança, família e sociedade.

* Psicóloga Clínica.

Com a adoção, a criança torna-se filho legítimo sempre que o juiz declara a adoção perante os pais que, voluntariamente, querem considerar aquele filho como seu. A lei permite, assim, o equivalente a um segundo nascimento, como se a criança tivesse nascido daquele casal (Lévy-Soussan, 2002).

Arthus (1962) agrupa os motivos subjacentes à adoção em quatro grupos principais (p. 245):

- Motivo racional, moral e social: quando a adoção visa “dar um sentido” à vida de uma mulher, de um homem ou de um casal. A criança adoptada cumprirá a função de reforçar a união do casal que se sente ameaçado pela ausência de descendência. Neste sentido, a criança servirá para reparar a estrutura do casal.
- Motivo familiar: quando a adoção é de uma criança que já faz parte da família, mas cujos pais morreram prematuramente; por exemplo, a adoção de um sobrinho após a morte dos pais por acidente.
- Motivo sócio-familiar: quando a adoção se destina a camuflar um segredo familiar ou um segredo pessoal.
- Motivo pessoal: quando a adoção satisfaz os desejos de maternidade de uma mulher solteira ou sem filhos, ou de um casal sem filhos.

O que se verifica é que a grande maioria dos candidatos que expressam o “motivo pessoal” no sentido de Arthus, são geralmente casais inférteis, que recorrem à adoção após múltiplas tentativas de gerarem um filho biológico.

Adoptar uma criança, na grande maioria dos casos implica a não obtenção de uma gravidez biológica, sendo sobre estes casos que nós iremos reflectir neste trabalho: o encontro entre pais que não conseguem ter filhos biológicos e a criança adoptada.

Neste encontro está subjacente a perda. Os pais adoptivos já perderam o seu filho biológico, uma vez que quando optam pela adoção, muitas vezes já recorreram a todos os processos de fertilização, e por outro lado, a criança também já perdeu os seus pais biológicos.

A adoção é assim um encontro depois de uma perda e o sucesso da adoção resulta da qualidade da relação que se vai desenvolver e que permite por um lado, a criança crescer ultrapassando a perda que esteve na origem da sua vida e aos pais consolidarem-se como adultos, tornarem-se mãe ou pai, o que no sentido de Begoin (2002) pode ser considerado como um dos aspectos da maturidade da personalidade.

Neste encontro os pais adoptivos e a criança adoptada transportam uma história “a sua bagagem” que irá ter influência na construção da identidade da criança assim como do casal parental.

A BAGAGEM DA CRIANÇA ADOPTADA

Cada criança adoptada tem a sua história, a sua diferença com a qual ela terá que aprender a viver sem a negar, nem a cultivar demasiado. A construção da personalidade passa pelo reconhecimento desta diferença, sua aceitação e sua ultrapassagem (Brunet, 1989).

Certamente que a bagagem da criança, contém abandono e consequentemente um enorme sofrimento, pensar em adopção sem sentimentos de abandono, é pensar superficialmente nas vivências da criança adoptada.

Independentemente da idade da criança quando da adopção, ela vive uma situação de abandono psíquico, ou de desinvestimento materno que, segundo Green (1983), é sentido, no caso do bebé, como uma catástrofe, uma vez que a perda do amor dá origem à perda do referencial afectivo-relacional.

Esta dupla perda fica inscrita no inconsciente sobre a forma de “buracos psíquicos”, os quais estão na origem, na idade adulta, de fracassos afectivos, insatisfações profissionais e sociais.

Contudo, como sublinha Ozoux-Teffaine (1996), o fundamental são as competências dos pais enquanto prestadores de cuidados que, ao compreenderem as dificuldades da criança e ao lhe oferecerem uma parentalidade definitiva, fazem com que os “buracos psíquicos” deixem de ser destruidores.

Sugerem Brodzinsky, Schechter, e Hening (1992) que a perda dos pais vivida por uma criança quando da adopção, é mais complicada do que a vivência da perda por morte ou por divórcio.

Nas situações de adopção, em muitos casos, a criança desconhece os seus pais biológicos, e fantasia sobre a possibilidade de eles regressarem, o que constitui muitas vezes uma fonte de conflito para a criança.

Para Gammill (1998) uma questão que ocupa o pensamento da criança adoptada prende-se com a dúvida sobre quem é o responsável pelo seu abandono: o pai, a mãe ou os dois em conjunto?

Na tentativa de responder a esta questão, a criança adoptada não concebe que os pais naturais não sejam valorizados, tendendo a imaginar que eles foram forçados a abandoná-la. Muitas crianças adoptadas sentem-se culpadas e responsabilizadas pelo seu próprio abandono, enquanto que outras atribuem a responsabilidade à sua família actual.

Steck (1987), sublinha que uma das consequências psíquicas do abandono na criança é o facto de torná-la extremamente sensível a todas as situações de separação. Sublinhando Gammill (1998), que: “Em crianças adoptadas, as

angústias de separação e o medo da perda definitiva dos pais está muito presente” (p. 77).

Desta forma, a bagagem da criança contém também angústia de separação, que se expressa nas diversas actividades diárias em que a criança tenta prolongar o tempo e impedir a separação.

Em consequência, a insegurança também é muito marcada. Depois do encontro e duma caminhada já percorrida a criança adoptada começa a testar os limites, problemas de comportamento, condutas de oposição dão origem a dificuldades na relação com os pais adoptivos.

Winnicott salientou o facto de que: “Depois de um certo tempo a criança adoptada adquire a esperança e tende a por à prova o meio que a envolve e procura assegurar-se que os seus tutores são capazes de odiar objectivamente. Parece que possa acreditar que é amado, somente depois de ter conseguido ser odiado” (1969, p. 54).

Como exemplo, em contexto escolar podemos realçar os problemas de comportamento originados a maior parte das vezes pela recusa da criança em aceitar regras. Diversas situações ilustram os comentários que estas crianças respondem ao adulto quando repreendidas por mau comportamento: numa situação de recreio em que todas as crianças lancham, e lhe perguntam porque não está a lanchar: “os meus pais não me dão comer”; numa situação em que a criança está vestida de forma desajeitada e despenteada comparativamente aos colegas e o professor o questiona “isso são maneiras de estar?” – “em casa não existem pentes para me pentear”; “a minha mãe bate-me...”. Comentários frequentemente geradores de zanga nos pais, pois por não ser verdade, sentem que a criança expõe perante a professora assim como dos outros pais a sua incapacidade parental.

Estas perturbações de comportamento são na sua grande maioria acompanhadas de insucesso escolar, uma vez que o estar na escola exige da criança uma capacidade para suportar as separações e também a constituição de um mundo interno suficientemente estável para que a criança possa estar só na sala de aula sem um contacto verbal com as outras crianças ou com a professora.

Na bagagem da criança adoptada existe também uma ferida narcísica – por ter sido abandonada pelos seus pais biológicos ela tem o sentimento que não é interessante como criança, por exemplo “... a minha mãe tinha muito filhos e por isso não podia ficar comigo, foi uma sorte não ter sido colocado no lixo...” ou “... os meus pais foram-me comprar na loja dos trezentos, cheiro mal...” são expressões que remetem para o sentimento de desvalorização que vai sendo agido em comportamentos que confirmam o insucesso da criança.

Refere Gammil (1998, p. 89) “O sentimento de segurança de base e o narcisismo normal de se sentir amado e desejado depende, no início, da interiorização

do bom seio, que representa todo o conjunto de cuidados maternos, e que resulta na elaboração da primeira grande edição da posição depressiva, relacionada com a perda do seio: o desmame. Portanto, nas crianças adoptadas, não existe esta reafirmação narcísica de ter sido desejado e protegido pelos pais, de tal modo que a realidade exterior tende a impor a clivagem. (...) O material das sessões de psicoterapia mostram-nos como a descontinuidade nas primeiras relações com os objectos parentais, fazem com que o mecanismo primitivo da clivagem esteja particularmente evidente nestas crianças”.

Por último, na bagagem da criança encontramos também a curiosidade pelas origens, que muitas vezes pode ser negada ou recalcada, mas quando assumida é por vezes, fonte de conflito.

Certamente que todos estes aspectos existirão na bagagem da criança dependendo da sua história de vida desde o antes de ser concebida até à idade em que foi adoptada, e dependendo também da forma como foi desenvolvendo e organizando o seu aparelho psíquico.

Todos os autores referenciam que é benéfico que a criança seja adoptada o mais cedo possível, para que o desinvestimento parental não se intensifique e dê origem a perturbações no seu desenvolvimento afectivo.

Assim, para o desenvolvimento e equilíbrio afectivo da criança, e da própria família, é preferível que a sua inserção na família que a vai adoptar seja efectuada o mais precocemente possível (Melina, 1998).

Acrescenta Diniz (1997) a idade mais conveniente para a adopção, é sem dúvida, a mais precoce possível, de preferência antes da fase em que a mãe começa a ser reconhecida na sua individualidade e como diferente das outras pessoas que se aproximam do bebé.

Quando perguntaram a Winnicott (1955/1999) com que idade uma criança deveria ser confiada aos seus pais adoptivos, Winnicott respondeu “Eu estou convencido que o primeiro dia é melhor que o segundo, o segundo melhor que o terceiro e assim sucessivamente” (p. 198).

A BAGAGEM DOS PAIS ADOPTIVOS – A MÃE

“Em todas as famílias se observam as interacções estruturantes do imaginário dos pais e das suas crianças, esta última organizada pelas primeiras. É evidente que o mesmo acontece nas famílias adoptivas, no entanto, com uma particularidade marcante: é muito mais difícil ser pai/mãe adoptante que criança adoptada.” (Soulé, 1968, p.420).

A bagagem dos pais adotivos contém sofrimento. Também eles perderam a sua criança biológica idealizada, designadamente nas situações de infertilidade (causa mais comum para a adopção), o que pressupõe que, nos casais adotivos, a tomada de decisão de adoptar uma criança seja precedida de várias fases (Rosenberg, 1992): o reconhecimento e aceitação, por parte do casal, da sua incapacidade para conceber um filho; a aceitação quanto a serem pais de uma criança com a qual não têm qualquer laço afectivo; e a definição das características da criança que querem adoptar.

Em oposição ao que se passa com os pais biológicos, os pais adotivos têm que ultrapassar o problema da esterilidade e renunciar à filiação biológica, afirmando o seu desejo por uma criança e, através de um acto jurídico, adoptar uma criança oriunda de uma outra família.

É extremamente importante que o sujeito estéril avalie o impacto da sua incapacidade sobre si mesmo e a sua influência no exercício da parentalidade. Referem Soulé e Lévy-Soussan (2002): “(...) a maioria dos problemas que estes casais encontram no exercício da parentalidade, não está especificamente relacionado com o tipo de filiação propriamente dito, sendo os problemas secundários às dificuldades em ultrapassar sublimando a infertilidade imposta pela natureza. Quando o luto da transmissão genética não é elaborado, a criança é considerada como tendo um património genético “estranho”. Quando o fantasma do “estranho dentro de casa” existe, impede todas as identificações da criança e constitui um grande obstáculo à parentalidade. Os pais não se conseguem reconhecer naquela criança, e integrá-la na sua história e na sua filiação narcísica e afectiva” (p. 86).

Para os pais adotivos que não conseguem uma gravidez biológica, o desejo de adoptar uma criança é precedido por um luto, que tem subjacente a perda do bebé biológico idealizado. Os casais passam por uma série de lutos sucessivos e graduais, tais como o luto de uma parentalidade planificada naturalmente, de uma criança que nasce de um gesto de amor espontâneo, do controlo sobre a sua vida, da gravidez, do parto, do aleitamento e, muitas vezes, o luto de uma vida de família com descendência biológica (Chicoine, Germain, & Lemieux, 2003).

A bagagem dos pais adotivos contém também angústia designadamente no momento da revelação de que a criança é adoptada.

A revelação representa para os pais um desafio, cujo resultado poderá significar o sucesso ou insucesso da família (Brodzinsky, 1990). Para Soulé (1968) um factor específico da parentalidade adoptiva está precisamente relacionado com a revelação à criança da filiação por adopção. Os pais adotivos, depois de passarem por um período de adaptação, fixam a sua angústia na ideia da revelação à criança da verdadeira natureza da sua filiação.

A revelação influencia a dinâmica familiar de acordo com a idade da criança. Enquanto que a questão da revelação da adopção fica eventualmente pendente nas crianças mais pequenas, nas crianças mais crescidas esta questão não é tão problemática porque será assumida desde a chegada da criança à nova família (Mateus & Relvas, 2002).

Relativamente ao conteúdo da bagagem da mãe adoptiva, nela existe um pensamento paradoxal, a mãe que adopta, sente que a criança é, e não é, dela. Na maternidade adoptiva a criança adoptada já foi transportada no corpo e nos sonhos de uma outra mulher. Como refere Arnaud (2004), perante o desejo e a espera, por vezes de meses ou de anos, pela chegada da criança, a mãe adoptiva vai construindo um espaço psíquico para uma criança que já existe. Na tentativa de reparação das feridas narcísicas, a criança terá um valor narcísico ainda maior e, desta forma, a mãe adoptiva constrói um imaginário com um grande investimento.

Realizei um trabalho de investigação (Cruz, 2004), sobre a idade da criança no momento da adopção e sua influência no funcionamento parental e familiar numa perspectiva materna.

Neste estudo foram entrevistadas quinze mães que tinham adoptado crianças com menos de dois anos de idade; quinze mães que tinham adoptado crianças com idade superior a dois anos e quinze mães biológicas. A idade actual da criança variava entre os oito e os nove anos de idade.

Os instrumentos utilizados na realização do presente estudo foram a adaptação portuguesa do Parenting Stress Index (Abidin, 1983, 1995), denominada Índice de Stress Parental (Santos, 1992, 1997), a Escala de Estilos Educativos Parentais (Barros de Oliveira, 1994, 1996) e a Escala de Coesão e Adaptabilidade Familiar (Olson, Portner, & Lavee, 1985; ver também, Olson & Tiesel 1991).

Construiu-se ainda uma Entrevista Semi-Estruturada, para obtenção de informação em áreas específicas, designadamente informação sócio-demográfica e relativa à experiência com a adopção.

A nível dos resultados obtidos, verificou-se que as mães adoptivas dos dois grupos não se diferenciam significativamente nas dimensões avaliadas ao nível dos estilos educativos e do funcionamento familiar, sugerindo que, em termos médios, a perspectiva das mães é similar, independentemente da idade da criança quando da adopção. Para além disso, esta perspectiva é idêntica à das mães biológicas não só relativamente ao funcionamento familiar, (apresentando as famílias dos três grupos um funcionamento equilibrado, quer em termos de coesão, quer de adaptabilidade), mas também face aos estilos educativos parentais.

Relativamente ao stress parental, este é definido como “uma reacção psicológica adversa perante as exigências da parentalidade, vivenciada com sentimentos negativos face ao próprio e à criança, e directamente atribuídos às exigências da parentalidade” (Deater-Deckard, 1998, citado por Crnic & Low, 2002, p. 248). Naturalmente que nem todos os pais percebem o comportamento dos filhos e as tarefas parentais como geradores de *stress*, contudo, alguns pais consideram que são as experiências diárias que conduzem ao *stress*.

Neste estudo verificou-se que foram as mães que adoptaram crianças de idade inferior a dois anos que apresentavam um nível de stress parental significativamente superior, comparativamente às mães que adoptaram crianças com idade mais avançada e às mães biológicas. De referir que o stress parental surge associado às características da criança.

Relativamente à experiência com a adopção as mães foram questionadas sobre: “Na sua perspectiva, as dificuldades que os pais adoptivos têm com os filhos são semelhantes ou diferentes das experimentadas pelos pais biológicos?”

O que se verificou foi que as mães que adoptaram crianças de idade precoce consideram que as dificuldades experimentadas pelos pais adoptivos e pelos pais biológicos são mais semelhantes do que diferentes. Contrariamente as mães que adoptaram crianças de idade tardia consideram tal como as mães biológicas que as dificuldades experimentadas pelos pais adoptivos e biológicos são mais diferentes do que semelhantes.

Para ilustrar referem-se alguns exemplos de respostas das mães a esta questão. As mães que adoptaram crianças de idade precoce consideram que as dificuldades são semelhantes porque “... Não fui mãe biológica mas é como se tivesse dado à luz...”; “Igual pode é haver problemas psicológicos, mas tenho uma amiga que tem um filho biológico e também tem problemas...”; “Porque é um filho. Parir é dor criar é amor.”

Relativamente à perspectiva das mães que adoptaram crianças de idade mais tardia as dificuldades são diferentes porque “... o peso do passado da criança é muito importante”, “... os primeiros anos de vida são muito importantes e nós muitas vezes não sabemos como superar essas dificuldades”, “... há uma experiência passada de abandono e de vivência na instituição que por vezes é complicado”.

Quanto à perspectiva das mães biológicas as dificuldades são diferentes porque “... os pais têm que revelar à criança que é adoptada”, “... há sempre uma parte do crescimento que se perde”, “... os pais adoptivos têm que conhecer uma criança que é geneticamente de outros pais”.

O facto de serem as mães que adoptaram crianças de idade precoce a apresentarem um nível superior de stress parental foi um resultado surpreendente, porque por um lado, refere-se que a criança deve ser adoptada o mais cedo possível, e por outro lado, foram precisamente as mães que adoptaram crianças de idade precoce, que revelaram sofrer mais stress parental. Colocamos como hipótese que estas mães que adoptaram crianças de idade muito precoce poderão não ter feito o luto do bebé imaginário, por não terem vivenciado o processo de gravidez, e o bebé adoptado (real) dificilmente irá realizar o desejo associado ao bebé imaginário, o que, entre outras consequências, poderá ser gerador de stress parental ao longo do desenvolvimento da criança. Enquanto que as mães que adoptam crianças com mais idade, já terão realizado o luto do bebé imaginário, estando por isso mais predispostas para aceitar a criança real.

Estes resultados revelam ser fundamental na fase da candidatura suscitar nos futuros pais a reverie, a imaginação, e a representação da criança que eles esperam.

A este respeito, Golse (2004) refere a importância nos candidatos à adopção de um processo a que dá o nome de “gravidez psicológica”, necessária a todos os pais adoptivos para que possam acolherem em boas condições psico-afectivas as crianças que lhe serão confiadas – viver um processo de gravidez psicológica é um movimento interno indispensável à construção da parentalização.

Refere o autor que o longo tempo de espera pela criança impede que este processo se realize. Progressivamente a esperança vai se transformando num objectivo, a reverie em imagens estáticas e as fantasias em representações condensadas. O psiquismo de tais adultos candidatos à adopção tem agora a falta de um tipo de jogo e de espaço de liberdade para lhes permitir a capacidade de se surpreenderem no encontro com a criança real. Por este motivo, em França a duração máxima de um processo de adopção está fixada de maneira simbólica a nove meses, correspondentes ao tempo de uma gravidez física, suficiente na grande maioria dos casos para a realização de um processo de ajustamento entre o bebé imaginário e o bebé real.

CONCLUSÃO

Através do conhecimento da “bagagem” que os pais adoptivos transportam para a constituição da nova família, é possível compreender o processo ou o ritmo do desenvolvimento da sua parentalidade e também os fantasmas subjacentes às suas atitudes face à criança. Por outro lado, a “bagagem” que a crian-

ça adoptiva transporta vai influenciar a forma como a criança suporta as identificações dos pais projectadas sobre ele.

Para concluir, referimos Winnicott (1951/1999, p. 160) na sua reflexão de que “Uma adopção que corre bem é uma história vulgar. Se nós queremos compreender os problemas inerentes à adopção, devemos conhecer as perturbações e os fracassos das histórias vulgares dos seres humanos nas suas infinitas variações.” Acrescentando Soulé (2004, p. 9) que: “Todos os pais, independentemente do modo de filiação, devem adoptar a sua criança, e nunca é tarde demais para o fazerem.”

BIBLIOGRAFIA

- Arnaud, M. (2004). La maternité au risque de l'adoption. *Revue de Thérapie Familiale Psychanalytique*, 12, 65-77.
- Arthus, A. (1962). *Un monde inconnu nos enfants*. Paris: Casterman.
- Begoin, J. (2002, Maio). *Devenir une mère, devenir une père: Transmettre l'espoir*. Conferência apresentada nas Jornadas de Psicoterapia Psicanalítica da Criança e do Adolescente na Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa.
- Brodzinski, D. (1990). A stress and coping model of adoption adjustment. In D. Brodzinski & M. Schechter (Eds.), *The psychology of adoption* (pp. 3-24). Oxford: Oxford University Press.
- Brodzinski, D., Schechter, M., & Hening R. (1992). *Being adopted: The lifelong search for self*. New York: Doubleday.
- Brunet, M. (1989). *L'amour adopté*. Paris: Renaudot et Cie.
- Chicoine, J., Germain, P., & Lemieux, J. (2003). *L'enfant adopté dans le monde*. Paris: Éditions de l'Hôpital Sainte-Justine.
- Crnic, K., & Low, C. (2002). Everyday stresses and parenting. In M. Bornstein (Eds.), *Handbook of Parenting* (2nd ed., vol. 5, pp. 243-267). London: Lawrence Erlbaum Associates.
- Cruz, C. (2004). *A idade da criança no momento da adopção e sua influência no funcionamento parental e familiar numa perspectiva materna*. Tese de Mestrado da Faculdade de Psicologia e de Ciência da Educação da Universidade de Lisboa.
- Diniz, J. (1997). *Este meu filho que eu não tive – A adopção e os seus problemas*. Lisboa: Afrontamento.
- Gammill, J. (1998). *A partir de Melanie Klein*. Paris: Césura.
- Golse, B. (2004). La «grossesse» des parents adoptants. In S. Missonnier, B. Golse, & M. Soulé (Eds.), *La grossesse, l'enfant virtuel et la parentalité* (pp. 193-214). Paris: Presses Universitaires de France.
- Green, A. (1983). *Narcissisme de vie, narcissisme de mort*. Paris: Minuit.
- Lévi-Soussan, P. (2002). Travail de filiation et adoption. *Revue Française de Psychanalyse*, LXVI(1), 41-70.
- Mateus, G., & Relvas, A. (2002) Adopção e parentalidade. In A. Relvas & M. Alarcão (Eds.), *Novas formas de família* (pp. 124-182). Lisboa: Quarteto.

- Melina, L. (1998). *Raising adopted children*. New York: Harper Collins.
- Mijolla, A. (2002). *Dictionnaire International de la Psychanalyse*. Paris: Calmann-Lévy.
- Ozoux-Teffaine, O. (1996). *Adoption tardive: D'une naissance à l'autre*. Paris: Stock-Laurence Pernoud.
- Rosenberg, E. (1992). *The adoption life cycle*. New York: The Free Press.
- Santos, S.V. (1992). Adaptação portuguesa, para crianças em idade escolar, do Parenting Stress Index (PSI): Resultados preliminares. *Revista Portuguesa de Psicologia*, 28, 115-132.
- Soulé, M. (1968). Contribution clinique à la compréhension de l'imaginaire des parents. *Revue Française de Psychanalyse*, 3, 419-459.
- Soulé, M., & Lévi-Soussan, P. (2002). Les fonctions parentales et leurs problèmes actuels dans les différentes filiations. *La Psychiatrie de l'Enfant*, XLV(1), 77-102.
- Soulé, M. (2004). Préface – L'adoption: 50 ans d'évolution 1654-2004. In O. Ozoux-Teffaine (Ed.), *Enjeux de l'adoption tardive* (pp. 7-9). Paris: Érès.
- Winnicott, D. (1969). La haine dans le contre-transfert. In D. Winnicott (Ed.), *De la Pédiatrie à la psychanalyse* (pp. 48-58). Paris : pbp.
- Winnicott, D. (1975). *L'enfant et le monde extérieur*. Paris: Payot. [Publicação original 1957]
- Winnicott, D. (1999). *L'Enfant, la psyché et le corps*. Paris: Payot. [Publicação original 1955]

ABSTRACT

The author follows a trail which begins with some specific psycho-affective aspects which are inherent to children who have been abandoned. She goes on to describe some characteristics of adoptive parenthood. Paying special attention to the mothers' point of view, the importance of creating an imaginary baby in the adoptive mothers' fantasies is emphasised as being fundamental to acceptance and adjustment to the real child.

Key-words: Abandonment. Adoption. Child. Imaginary baby. Parenthood.

“ONDE HÁ PARA ESTE INTERIOR/ /UM EXTERIOR? (...)”

Aspectos da construção da identidade em psicoterapia psicodinâmica – caso de uma criança hiperactiva, pré-psicótica

João Mendes Ferreira *

RESUMO

A partir do trabalho clínico com uma criança hiperactiva, pré-psicótica, o autor pretende reflectir acerca de alguns aspectos da estruturação identitária no contexto de uma psicoterapia psicodinâmica, evidenciando as transformações/ funções da actividade lúdica neste processo.

*É proposto o conceito de **espaço constritor** enquanto recurso operacional primitivo de tentativa de definição e reconhecimento do self, e sua protecção do agir agressivo.*

Palavras-chave: Brincar. Espaço constritor/função constritora do espaço. Hiperactividade. Identidade. Pré-psicose. Simbolização.

O interior das rosas

*Onde há para este interior
um exterior? Sobre que dor
se põe este linho?
Que céus se espelham
no seio do lago
destas rosas abertas,
descuidadas? Olha:
como jazem soltas no solto,*

* Psicólogo Clínico e Docente Universitário.

*como se não pudesse
mão tremente desfolhá-las.
Mal se podem suster
a si próprias; muitas deixaram-se
encher de mais, e transbordam
de espaço interior
para os dias, que cada vez
mais plenos se fecham,
até que todo o Verão se faz
uma sala, uma sala num sonho.*

Rainer Maria Rilke *in* Novos Poemas (1907-1908)

A abordagem psicoterapêutica da infância não prescinde do brincar, dado este constituir, nas múltiplas formas que assume, o meio privilegiado de relação com a criança, por possibilitar-lhe libertar a fantasia, expressar a angústia, dar voz ao desejo, num espaço aceitante, não intrusivo, não persecutório – o espaço terapêutico.

O território que o brincar inaugura é um território de co-habitação, uma área relacional na qual a criança se propõe partilhar com o terapeuta, brincando, partes do seu psiquismo, projecções de fantasmas e conflitos internos.

O espaço do jogo, da ilusão, inscreve-se na função transformadora da relação terapêutica, processo interaccional e intersubjectivo, cujo sentido deverá ser o da progressiva elaboração e autonomia psíquica, e o objectivo último, a construção harmoniosa e integrada de uma identidade face a uma alteridade – quando, segundo Lebovici, o ambiente relacional da primeira infância não permitiu o acesso ao conhecimento da própria existência e da sua continuidade através do reconhecimento do outro (Golse, 1997).

A actividade lúdica da criança em contexto psicoterapêutico constitui, pois, uma experiência emocional em presença de um adulto disponível e compreensivo, capaz de aceitar e conter a expressão de afectos positivos ou agressivos, sem se omitir, ignorar, seduzir, temer ou retaliar, oferecendo, sim, a segurança e a continuidade de uma ligação afectiva e reparadora (Figura 1).

O Miguel, de 5 anos, vive com os pais e a irmã de 15 meses. Frequenta o ensino pré-escolar. O seu comportamento pauta-se por uma permanente inquietude, em casa e na escola. Não respeita regras nem reconhece diferenças de estatuto. Agride frequentemente os seus pares. A sua conduta condiciona o quotidiano do agregado, limitando a vida social da família: quase deixaram de visitar ou receber amigos, em virtude do comportamento disruptivo do Miguel.

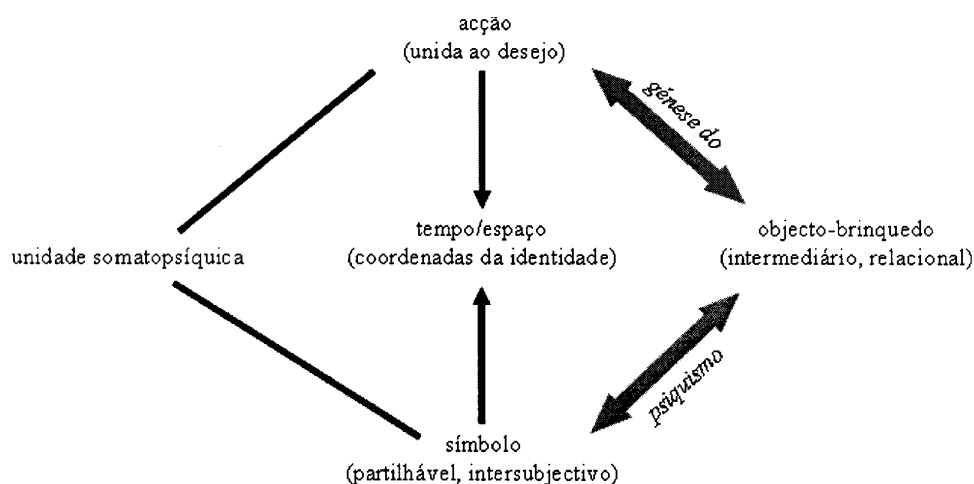


Figura 1. Brincar

Apesar de este quadro de agitação e agressividade ter vindo sempre a agravar-se, o que motivou os pais a procurarem ajuda para o Miguel foi a sua exclusão de um centro de actividades lúdicas e pedagógicas, onde ameaçou e assustou as outras crianças, agredindo a monitora, a quem cortou a saia com uma tesoura.

Referem o seu desrespeito por todas as regras, descrevendo as suas birras, durante as quais, enfurecido, arremessa objectos, caindo depois num choro convulsivo, inconsolável. Ao relatarem estes episódios, é evidente a desorientação dos pais, e a sua incapacidade para lidar com a situação.

O Miguel é carinhoso com a irmã, com quem reparte as suas coisas e de quem diz: “ela porta-se bem, só chora porque é pequenina”. Mais recentemente havia manifestado, após o paroxismo de uma dessas descargas agressivas, a sua tristeza profunda, até aí completamente indizível: “eu sou uma pessoa triste, todos me ralham, ninguém me percebe”.

Percebi, neste apelo trazido pela voz da mãe, uma amarra que era possível segurar, evitando a deriva psicótica que progressivamente o afastava dos outros e de si.

Alguns meses antes, o Miguel tivera medos nocturnos frequentes. Numa ocasião em que a mãe se fez anunciar à porta do seu quarto, gritou: “vai-te embora, fantasma! Não entres no meu quarto, fantasma!”

Quando questionados sobre a gravidez do Miguel, o pai graceja, de impulso, ter sido essa uma etapa inexistente. A mãe caracteriza o tempo de gestação como de incessante actividade profissional, com o seu envolvimento total num novo

projecto, num registo de tonalidade maníaca: refere a circunstância de, apesar da intensidade crescente do trabalho, nunca se sentir cansada e, mesmo nas últimas semanas da gravidez, “esquecer-se” do seu estado.

O parto foi a termo, eutócico, de muito rápida resolução. Entre o nascimento dos dois filhos, a mãe do Miguel fez dois abortos espontâneos, aludindo a essas ocorrências num modo estritamente factual.

No curso do seu desenvolvimento, o Miguel nunca evidenciou qualquer angústia face a desconhecidos, tendo sido sempre, na opinião dos pais, uma criança bastante temerária.

“O Miguel põe tudo na boca, desde sempre”, refere a mãe. “Com dois anos, mordida todas as outras crianças. Ainda agora, rói e morde tudo”.

A presença muito significativa da expressão sádica-oral traduz-se também em hiperfagia: esconde comida no quarto, que devora quase continuamente, não sendo raro comer oito maçãs de uma vez, antes do jantar, sem perder o apetite. Bebe também muita água, o que, de acordo com os pais, justifica o uso, ainda, de fralda à noite. Estes afirmam não se preocuparem com a imposição de rotinas alimentares ao filho, dado este “comer tão bem”.

Quando me é apresentado, o Miguel recusa cumprimentar-me, fugindo para trás da mãe, de onde me espreita. Desvia o olhar quando o cruza com o meu, assumindo uma expressão fechada, tensa. É um menino não muito alto para os seus cinco anos, de aspecto maciço. Acho-o bonito, parecido com a mãe. Apresenta sialorreia, o queixo e o peito permanentemente molhados.

É efectuado um exame psicológico, cujos resultados são concordantes com um diagnóstico de pré-psicose (Lustin, 1990): instabilidade incoercível, barreiras do Eu escassamente definidas, mas sem desorganização franca, domínio da emergência em processo primário e de mecanismos de defesa da série psicótica. A linguagem é rica e diferenciada, mas a sua mobilização e qualidade inconstantes, com prevalência do agir. O Miguel apresenta um nível intelectual acima da média da sua faixa etária e competências instrumentais adequadas.

Dada a natureza afectiva-relacional das dificuldades evidenciadas, proponho aos pais iniciar uma psicoterapia com frequência bi-semanal, com o objectivo de mitigar o sofrimento do Miguel e as suas dificuldades relacionais, e de ajudar os pais a lidar com a difícil situação em que se encontram, incluindo-os, bem como à escola, no processo, pelo recurso a entrevistas periódicas.

Já em psicoterapia, é frequente, quando o vou buscar à sala-de-espera, que o Miguel comece a correr erráticamente, gritando, saltando sobre os sofás e tentando abrir portas, como um animal perseguido. Este movimento é passivamente seguido pela mãe, que o não agarra, limitando-se a repetir, sem energia: “Miguel, pára!”

Nestes contactos prévios ao início das sessões, e durante as mesmas, afigura-se recorrente, no Miguel, um padrão comportamental mais ou menos invariante, em que a fuga termina numa colisão com a parede ou os móveis, ou no *anichamento* num espaço restrito, *apertado*:

- numa ocasião, termina a deambulação caótica iniciada quando me avista à entrada da sala-de-espera, enclausurando-se sob uma pequena secretária, a quatro, o rosto contraído numa expressão de angústia sufocada. O *animal em fuga* lembra agora um animal enjaulado, que se acalma apenas quando o seguro com ambas as mãos, conduzindo-o para o gabinete enquanto falo com ele (os pais contam-me que, recentemente, o Miguel lhes pedira gaiolas, de vários tamanhos e feitios, para aprisionar os seus animais de brinquedo, ao que eles corresponderam; não aceitaram, no entanto, a vontade por ele reiteradamente expressa de ter “um cão com uma curta corrente”);
- numa sessão ainda no início da psicoterapia, o Miguel – nesse dia sobremaneira agitado – correu, gritando, para um topo do gabinete, lançando-se de braços estendidos contra a parede, fazendo em seguida o caminho inverso, em toda a extensão da sala, até chocar com a porta. Agarro-o, dizendo-lhe: “*não te deixo fazer isso, Miguel; não quero que te magoes e não vou deixar-te magoar*”. Fica estático, num primeiro momento, permanecendo depois tranquilo até ao final da sessão.

Na insuficiência persistente de uma relação contentora, o Miguel procura sentir os limites do próprio corpo no contacto físico com os limites materiais de um espaço que designo por **espaço constritor**, o qual tem como primeira função a certificação da realidade do próprio self, através do reconhecimento e verificação das fronteiras corporais na *constricção pela* – ou na *colisão com a* – realidade física (inanimada) dos limites de um espaço envolvente.

Esta *função constritora do espaço* serve ainda, no seu *modo estático* (constricção), como travão externo do agir violento – sentido como impeditivo do estabelecimento de ligações interpessoais e motivo de reiteradas rejeições – através da imobilização, do *enclausuramento* (ou simulacro dos mesmos).

Reversamente, no *modo dinâmico* (colisão), constitui um modo de expressão agressiva sobre o próprio e sobre os objectos inanimados circundantes.

Num como noutro modo, mantendo uma distância segura face ao outro, cuja proximidade é vivenciada como potencialmente ameaçadora para ambos: “um self fragmentado é violento em todas as direcções” (Kohut, 1981).

A precariedade do invólucro corporal, a indefinição das suas fronteiras, conduz a uma procura dos limites no mundo exterior, processo subjacente à hipercinésia (Berges, 1985). Neste sentido, do mesmo modo que a agitação psicomotora, também a constrição por objectos-espaço servirá como *vivido*, como *fronteira* existencial.

A procura excessiva pela criança do contacto com os objectos inanimados do meio envolvente, traduz uma tentativa em superar um estado de não-integração, num esforço de reunião – através desse contacto – das partes da sua personalidade (Bick, 1968).

Uma relação primária que não possibilita o surgimento da onipotência criadora e da continuidade da existência, gera no bebé angústias inimagináveis, *catastróficas* (Winnicott, 1962), as quais podem desencadear uma defesa paradoxal – a desintegração, produzida pela criança para a preservar da dependência de um meio adverso, “produção activa do caos para se proteger da não integração na ausência do apoio materno” (Berger, 1999). Deste modo, a procura e a utilização agida das possibilidades constritoras do espaço físico inanimado poderão constituir formas assumidas pelas defesas paradoxais activas.

O recurso persistente à função constritora do espaço inscreve-se numa demanda auto-suficiente de subjectivização, como reacção desesperada a um ambiente relacional incapaz de edificar, na intersubjectividade, o esquema de *ser-conjunto* (Emde, 1993), condição necessária do sentimento de ser distinto.

Durante as sessões, o Miguel provoca-me quase incessantemente, riscando a mesa e a parede ou rasgando folhas, erguendo-se de um salto e correndo para o copo das canetas que tenta espalhar, para as gavetas da secretária que procura abrir, para os sofás onde faz o pino, e, sobretudo, aninhando-se em recantos sob os móveis ou entre estes, ou simplesmente indo contra a parede ou a estante. Vou buscá-lo, seguro-o e reconduzo-o à mesa a que habitualmente nos sentamos a desenhar. Quando o agarro, abandona-se aos meus movimentos, e é evidente o modo como o tranquiliza e satisfaz que eu o envolva e conduza à nossa tarefa que ele interrompera.

Sinto que procura cada vez mais interagir fisicamente comigo, sentir a realidade do seu corpo no contacto com o meu, neste jogo de *fuga-perseguição-cap-tura-recondução*.

À necessidade primária de envolvimento e sustentação, vão progressivamente agregar-se elementos mais evoluídos do brincar, com um acréscimo de prazer, cada vez mais diferenciado da mera descarga pulsional: umas vezes pego-lhe em jeito de embrulho, noutras às cavalitas, num faz-de-conta em que o desejo expresso na palavra adquire maior preponderância.

Entretanto, vamos coleccionando um bestiário: o Miguel, no início de cada sessão, pede-me que desenhe dois ou três animais por ele designados. Recorta-os, então, e colorimo-los com várias cores, cujas fronteiras define e marca escrupulosamente (Figura 2).

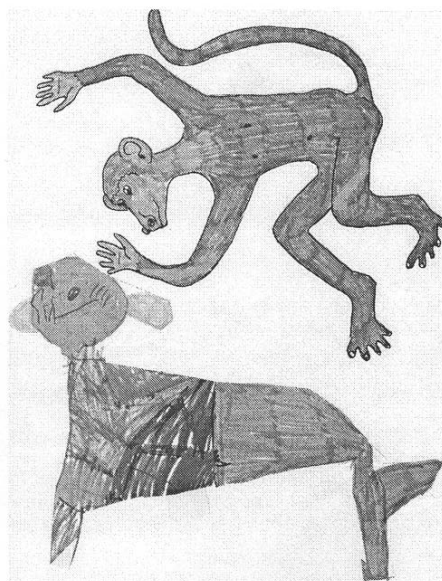


Figura 2

A certificação dos limites é agora um processo construtivo e dialógico, humanizado.

O Miguel opõe-se às minhas espontâneas tentativas de verosimilhança cromática, muito aquém, ainda, das exigências realistas no desenho, pois que é a sua própria realidade, a realidade do seu self, que é jogada nesta constelação de objectos-brinquedo que lhe ofereço, procurando corresponder ao seu desejo, cuja invocação se torna, por meu intermédio, criadora, numa função de *object-presenting* na acepção de Winnicott.

Sugiro que demos nomes aos animais: nomear algo constitui uma forma de reunir, de agregar representações, permitindo, de acordo com Bion, o crescimento progressivo de sentidos (Symington, 1997). O Miguel pede-me, então, que invente histórias com algumas daquelas personagens como protagonistas, narrativas que constituirão, para si, verdadeiros mitos fundadores e/ou ensaios de triangulação, as quais ouve atentamente, intervindo, questionando e pedindo-me que as repita tão logo acabo de contá-las.

Numa sessão, o Miguel dispõe-se a desenhar uma tatuagem nele próprio. Não o consinto. Opõe-se. *“Tenho uma ideia, Miguel”*. Seguro-lhe o braço e coloco-o sobre uma folha, desenhando o seu contorno. Olha para mim surpreendido e satisfeito, depois, com o resultado.

“Agora podes desenhar aqui a tatuagem, neste desenho que é o desenho do teu braço”.

Anui. Expressa vontade de urinar. Acompanho-o à porta da casa-de-banho. Lavo-lhe depois as mãos, demoradamente, o que constitui um momento prazeroso para ambos, um misto de brincadeira, cuidado de higiene e afago. Regressamos ao gabinete e ao desenho. Propõe-me, então, que rodeemos a mão e o braço desenhados com camadas de várias cores; contorna o conjunto resultante com uma linha contínua azul, espécie de membrana protectora (Figura 3).

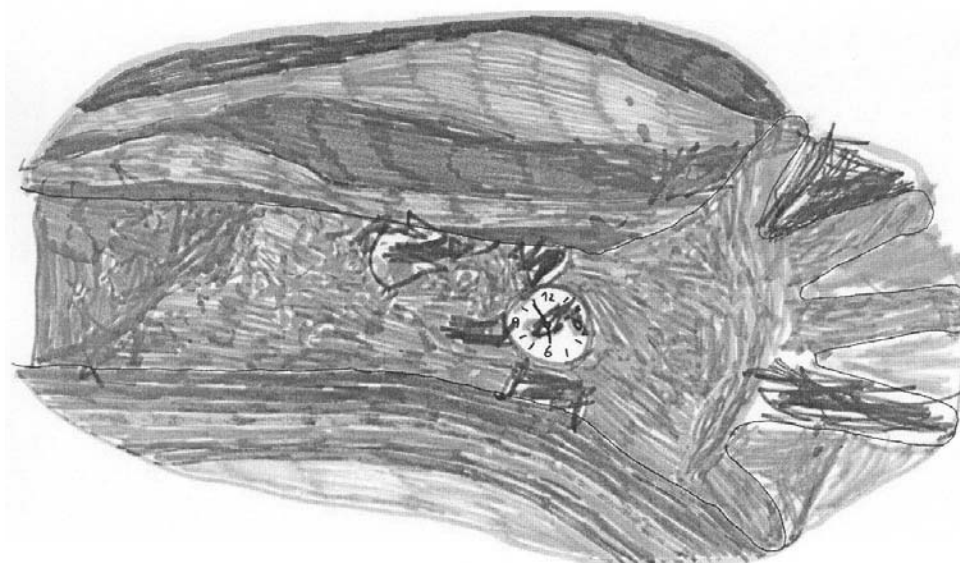


Figura 3

“Vamos envolver a pele do Miguel, que precisa ser protegido, com estas cores-pele dos nossos desenhos” – digo, enquanto percorro os seus braços com as minhas mãos.

“Agora já podemos pintar dentro. Ajuda-me!...”, pede-me o Miguel, olhando-me nos olhos, e começamos a colorir. *“Agora vou fazer pintas, e quero que tu pintes à volta das pintas, mas sem as tapar!”*

“Sim, Miguel, há partes aí dentro que estão soltas, separadas; eu vou ajudar a ligar essas partes e a preencher esses bocados vazios, aí dentro”.

O Miguel entusiasma-se e, impaciente, exclama: “liga, vá! Agora, liga! Liga!”

A mudança qualitativa subjacente à representação figurada por mim (objeto emergente do seu self) de uma parte de si próprio, ligada a uma representação de cuidado e envolvimento, a qual ocorre no limiar transformacional entre o somático e o psíquico – o Eu-pele, envelope tátil enquanto envelope psíquico de base, matriz da simbolização (D. Anzieu, 1974) –, vem resultar numa evolução formal e de conteúdo do brincar: o Miguel pede-me, pela primeira vez, plasticina, o que, neste caso, significará a possibilidade de acesso a uma tridimensionalidade materializada e transformável pela acção volitiva.

Nas sessões subsequentes moldamos personagens, inicialmente investidas segundo uma lógica binária – própria dos mecanismos de defesa de tipo psicótico – de bons e maus, agressores e vítimas, mas permitindo dramatizar, repetidamente, estes fantasmas primários – agora, exteriorizados – e torná-los mais próximos de fantasias, mais elaboráveis, menos destruturantes, num esboço de mentalização que gradualmente vai ocupar o lugar da angústia agida em descarga motora e em desorganização do pensamento.

A complexidade relacional e a densidade narrativa destas brincadeiras vai aumentando, em razão da introdução de outros materiais e da expansão do território lúdico.

O Miguel explora o gabinete, já não sob o imperativo de testar os seus limites, de sentir a própria existência na colisão com as fronteiras de um espaço que era ainda, apenas, possível, mas fazendo um reconhecimento e uma exploração mais próximos da pulsão epistemofílica: o Miguel é, agora, um menino mais curioso, porque apoiado numa relação identificatória e securizante.

A emergência em processo primário de temas de destruição maciça, de morte, queda e aniquilamento, são recorrentes e atacam o brincar, que se torna instável, precário, ou mesmo caótico, nalguns momentos. Todavia, a continuidade narrativa e, sobretudo, a estabilidade identitária das personagens vai-se fortalecendo e atravessando as sessões, expressão do sentimento emergente, no Miguel, de continuidade, de *going on being* (Winnicott, 1958).

O Miguel tolera, já, ficar dentro do gabinete durante todo o tempo e vai progressivamente acedendo à capacidade de estar só, na minha presença, necessidade autonómica cujo reverso constitui uma ameaça – a ameaça de fusão comigo.

Este movimento expressa-se, no brincar, através da criação de desdobramentos identitários, materializados em animais de plasticina que acompanham

a família, também de plasticina, sem dela fazerem parte, dada a sua natureza diversa, salvaguardando, assim, uma identidade própria.

O conjunto das figuras de plasticina por ambos moldadas passou por inúmeras formas – humanas, animais, *quimeras* monstruosas – que se foram sucedendo e adicionando. Progressivamente, o Miguel veio a definir um núcleo familiar estável, comum aos vários *elencos*: eu, a minha mulher e os nossos dois filhos – o Miguel e um irmão deste –, figuras reconstruídas (renascidas) a cada sessão.

Significativos são os vôos em que o Miguel leva estas personagens a percorrerem os céus do gabinete, em asas-delta construídas a partir das grades de uma jaula de papel que havíamos feito para os animais do bestiário.

A *personagem-eu* – a quem o Miguel pede que trate os frequentes ferimentos e doenças das demais personagens – assume uma função reparadora, triangular e unificadora da família, nas situações criadas neste brincar, cada vez mais em processo secundário, cada vez mais do universo do símbolo partilhável.

Entretanto, eu e o *eu* de plasticina (que o Miguel me passa para as mãos dizendo: “toma-te”), temos, nesta altura, outro trabalho em mãos, uma encomenda: construir uma casa em cartão, com um espaço de comunicação com o exterior (um quintal), um espaço interno com várias divisões e, ao fundo de um corredor, uma porta secreta para uma sala onde guardaremos o tesouro da família.

Numa sessão do início do 4º mês de psicoterapia, as “obras na casa” – é assim que o Miguel designa a minha tarefa – corriam adiantadas. O primeiro tempo da sessão é ocupado com a montagem de um pequeno brinquedo-brinde que ele trouxera: uma boneca que cai de uma prancha para uma piscina, quando movemos uma diminuta alavanca.

Este dispositivo é objecto de um grande interesse por parte do Miguel: o provocar repetidamente a queda da boneca, desamparada, acolhida num meio que a submerge e do qual emerge – inteira, idêntica a si-própria – terá, talvez, representado no psiquismo do Miguel um *esquema* ou *dispositivo cénico* que traduz uma possibilidade: a de existir um continente capaz de acolher as primitivas angústias de tipo *catastrófico* – na concepção de Winnicott e E. Bick (Braconnier, 1998) – sem ocorrer aniquilamento ou perda de identidade. Esta hipótese explicativa da atractibilidade do referido brinquedo é sustentada pela recorrência, no brincar do Miguel, de representações de queda.

Retorno à construção da casa, até que ele me chama para tratar dos bonecos feridos que estão numa carruagem-trenó que havíamos construído.

“Nós agora precisamos de ir ao médico”, diz. Por “nós” refere-se ao *Miguel* de plasticina, ao seu irmão, e a um leão ferido a tesouradas, o qual as duas

outras personagens tinham já tratado – existem, ocasionalmente, movimentos de reparação posteriores às sequências destrutivas do brincar.

“Trata de nós... este sou eu, e este também sou eu, e este também”, diz.

“*Eu vou cuidar o Miguel-menino, o Miguel-Capitão Flint, o Miguel-branco, o Miguel-preto e o Miguel-leão, mais selvagem, mais ferido. Vou cuidar o Miguel todo*”, respondo, incluindo várias personagens que têm percorrido as nossas brincadeiras.

“Olha” – entrega-me o Miguel de plasticina – “faz-me de novo; faz-me outra vez”.

“*Sim, aqui vamos construir o Miguel de novo. Vamos juntar e ligar, a construir este Miguel que às vezes se sente dividido*”.

Permanece quieto uns momentos. Depois, com uma expressão de desprezo, segura a carruagem-trenó com as personagens, dizendo: “não há aqui nenhum crescido, para conduzir isto”. Corre para a minha secretária e arremessa as minhas canetas na direcção da porta.

Agarro-o e vou com ele apanhá-las, dizendo:

“*Eu sou um homem adulto, estou aqui, sou eu quem conduz, e já te disse que te vou ajudar a reunir as coisas espalhadas, a juntá-las e a arrumá-las*”.

Fica calado, apanhando comigo as canetas. Retomo, no chão, a construção da casa. O Miguel vem sentar-se ao meu colo com o folheto do brinquedo, o qual tem uma imagem com os vários jogos da colecção, num conjunto unitário e integrado. É o seu primeiro gesto de ternura comigo: o carinho terno é uma modalidade de troca portadora de uma função de reunificação do corpo (Roussillon, cit. por Berger, 1999). Encosta a sua cabeça ao meu ombro e aponta, na imagem, os jogos que já tem e os que deseja ter – é a primeira vez que expressa prospectivamente um desejo –, explicando-me como estão todos ligados, a “fazerem uma cidade”.

Digo-lhe:

“*Eu posso ajudar-te a construir a tua cidade, se tu quiseres, tal como estamos a construir a nossa casa*”.

Na sessão seguinte, o Miguel sugere que desenhemos uma abóbora e uma alface. Humaniza-as. A abóbora exhibe uma fileira de dentes pontiagudos e está zangada. Recorto dois pequenos rectângulos de papel, que pinto de preto, para servirem de sobranceiras da abóbora, que assim pode assumir várias expressões, consoante a posição destas. Alterno a expressão da abóbora entre a zanga e a tristeza (Figura 4):



Figura 4

“A abóbora está muito zangada, furiosa, mas se calhar também está muito triste”.

“E está”, responde, “está furiosa porque toda a gente diz: ‘hi, vamos fugir, vem aí a abóbora, vai-te embora, não gostamos de ti’”.

“Mas olha”, digo-lhe, “aqui esta alface pode ser amiga da abóbora, não vai mandá-la embora por ela estar furiosa”.

Nesse momento o Miguel deu um *pum*. Acusa-me: “deste um pum, cheira mal aqui”.

“Não, não fui eu quem deu o pum. Mas eu aceito essas partes más que aqui deitas fora, não me metem medo nem nojo, aceito-as como as muitas coisas boas que me trazes”.

Em seguida o Miguel dirige-se para perto da varanda e, de pé, defeca. Como está de calções, os excrementos caem no chão. Fica apavorado: “eu fiz cocó!... Eu fiz mesmo cocó!...”, repete.

Tranquilizo-o:

“Sossega Miguel; eu apanho o teu cocó, aceito o teu cocó, e vou continuar contigo, não te vou mandar embora”.

Limpei o chão, ensaquei as fezes e pu-las no cesto dos papéis.

O Miguel pede-me: “eu ainda tenho vontade, deixa-me fazer aqui o resto, por favor, deixa-me fazer aqui para dentro do saco, tenho nojo da sanita”. Digo-lhe que não, que o acompanho à casa-de-banho.

A mãe do Miguel, que havia saído para a rua, regressa nesse momento, e leva-o à casa-de-banho, onde o despe e lava, após o que fico com ele ainda alguns minutos, o blusão à cintura a cobrir-lhe a nudez, a terminarmos o desenho da alface. É notório que se sente envergonhado e, sobretudo, extenuado com aquele ‘trabalho’ de expulsão e confronto com o mau objecto, qual cisão criadora do self, comportando angústias de perda de partes de si mesmo.

Terminado o tempo e concluído o desenho, regozijo-me:

“Que bonito o nosso trabalho, hem?” – seguro o desenho para que o contemplemos em conjunto – *“Que coisas boas e valiosas tu me deixas aqui!”*.

Sorri, confortado, e pergunta-me: “João: não tens aí um casaco que me emprestes?” Pede-me um objecto de protecção, de envolvimento corporal, mas um adereço masculino, uma peça de vestuário cuja partilha define a pertença comum a um género, num movimento identificatório progressivo, que esboça a possibilidade de acesso ao objecto adulto.

Na sessão seguinte, unimos com fita gomada as paredes exteriores e interiores da casa. O Miguel vai buscar a família de plasticina, coloca a meu lado o pai, como costuma fazer, brincando com os outros bonecos, que viajam num tapete voador. Quando passa ao alcance da minha mão, simula o início de quedas, em que as personagens gritam: “vamos morrer!”, para que o pai acorra em auxílio da família, salvando-os. Põe de lado o tapete voador e detém-se na mãe, manuseando atentamente o boneco e dizendo: “a mãe estava doente, fraca. Parece um fantasma, a mãe. O fantasma das cuecas rotas.”

Surge, num modo cru, de um simbolismo transparente, a incontinência psíquica do objecto materno: o “fantasma das cuecas rotas” não é já ele próprio, foi exteriorizado e simbolizado, pois a sua raiva pôde ser contida, preservando o self da fragmentação.

“Estava doente”, a mãe; carecida de cuidado reparador. Correspondo:

“Vamos ajudá-la a fortalecer-se, vamos ajudar esta família que parece doente, desordenada.”

Entretanto, concluo a montagem das paredes da casa, que não tem ainda telhado nem chão, e que por isso forma uma estrutura articulada, transformável. O Miguel levanta-a no ar, e corre de uma ponta à outra do gabinete como se

levasse um papagaio de papel, cantarolando: “é a minha casa, é a minha casa!”. Faz-se, então, passar pelo interior da mesma, como a (re)vestir-se da cabeça aos pés, servindo-se operacionalmente do objecto real para se assegurar que tem lugar, que *cabe* naquele *espaço*, e assim poder chamar-lhe *seu*.

Como as rosas de Rilke, o *espaço interior transbordante* de um psiquismo em busca da própria génese, *solto no solto*, começa a delimitar-se face a um exterior, a uma alteridade que se subjectiviza nesse encontro. O *transbordo*, essa *incapacidade de suster-se a si próprio*, no encontro com limites não apenas materiais, mas de uma espaço-temporalidade relacional, pode dar lugar à função continente, à habitável *plenitude dos dias*; o não-lugar da negação *ab initio* da identidade, transformar-se em espaço multidimensional, receptáculo das marcas primeiras dessa mesma identidade – pela construção da própria casa partilhável, no interior de *uma sala, uma sala num sonho*.

Uma criança, mesmo sozinha, que brinca, nunca está sozinha. Se brinca, é uma nos múltiplos de que é feita, os quais convoca nesse brincar.

Apetece-me convocar esse outro poeta com nome de flor e um interior infinito, António Ramos Rosa, e oferecer ao Miguel as suas palavras, quando escreve: “O ser que constrói o seu abrigo torna invulnerável a sua fragilidade essencial”.

Espero que um dia, a brincar, o menino que estava sempre a comer me responda, com os versos de João Cabral de Melo Neto: “o amor comeu (...) meu medo da morte”.

BIBLIOGRAFIA

- Anzieu, D. (1974). Le Moi-Peau. *Nouv. Rev. Psychanalyse*, 9.
- Berger, M. (1999). *L'enfant instable. Approche clinique et thérapeutique*. Paris: Dunod.
- Berges, J. (1985). Les troubles psychomoteurs chez l'enfant. In R. Diatkine et al. (Eds.), *Traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Bick, E. (1968). The experience of the skin in early object relations. *Int. Journal of Psycho-Analysis*, 49.
- Braconnier, A. (1998). *Psicologia dinâmica e psicanálise*. Lisboa: Climepsi.
- Emde, R. (1993). L'expérience du bébé au cours des relations: aspects affectifs et développementaux. In A.J. Sameroff et al. (Eds.), *Les troubles des relations précoces selon l'approche développementale*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Golse, B. (1998). L'oeuvre de Serge Lebovici. In Serge Lebovici et al. (Eds.), *L'arbre de vie – Éléments de la psychopathologie du bébé*. Ramonville Saint-Agne: Éditions Érès.
- Kohut, H. (1981). Sobre a continuidade do self e dos objetos culturais do self. In *Psicologia do self e a cultura humana – Reflexões sobre uma nova abordagem psicanalítica*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Lustin, J.-J. (1980). Clínica Infantil. In J. Bergeret (Ed.), *Manual de psicologia patológica – Teórica y clínica*. Barcelona: Masson.

Symington, J., & Neville. (1997). *O pensamento clínico de Wilfred Bion*. Lisboa: Climepsi.

Winnicott, D.W. (1958). *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Paris: Payot.

Poemas:

António Ramos Rosa (2001). O Aprendiz Secreto. *Antologia Poética*. Lisboa: Publicações Dom Quixote.

João Cabral de Melo Neto (1943). Os Três Mal-Amados. *Poesia Completa 1940-1980*. Lisboa: IN-CM.

Rainer Maria Rilke (2001). Op. cit. in *Poemas, As Elegias de Duino e Sonetos a Orfeu*. Porto: Edições Asa.

ABSTRACT

From the clinical work involving a hyperactive, pre-psychotic child, the author intends to have a reflection concerning some aspects of the identity structuration in the context of a psychodynamic psychotherapy, making evident the transformations/functions of the ludic activity in this process.

*The concept of **constrictive space** is suggested as a primitive operational means of an attempt to define and recognize the self, as well as its protection from the aggressive acting.*

Key-words: Constrictive space/constrictive function of space. Hyperactivity. Pre-psychosis. Identity. Playing. Symbolization.

RESUME

À partir du travail clinique avec un enfant hyperactif, pre-psychotique, l'auteur veut réfléchir sur quelques aspects de la structuration de l'identité dans le contexte d'une psychothérapie psychodynamique, mettant en évidence les transformations/fonctions de l'activité ludique dans ce processus.

*On propose le concept d'**espace constricteur** comme ressource opérationnel primitif de tentative de définition et reconnaissance du self, et sa protection de l'agir agressif.*

Mots-clé: Espace constricteur/fonction constrictif de l'espace. Hyperactivité. Identité. Jeu. Pre-psychose. Symbolisation.

PATOLOGIAS EMERGENTES EM PEDOPSIQUIATRIA *

Luís Simões Ferreira **

RESUMO

Para abordarmos este tema que nos foi proposto, considerámos dois critérios de inclusão, à partida:

- situações que tenham, demonstradamente, aumentado de frequência*
- ou/e que tenham sofrido um aumento da sua visibilidade social ou mediática.*

Seleccionámos, assim, seis áreas de problemas que nos pareceram mais “emergentes” entre nós, nos últimos anos:

- 1 As situações de maltratos extremos de crianças*
- 2 Os abusos sexuais, nomeadamente institucionais*
- 3 Os comportamentos auto-agressivos*
- 4 A difusão do consumo de “cannabis”*
- 5 As depressões*
- 6 As perturbações do comportamento, em crianças cada vez mais novas.*

Em relação a cada uma destas situações, descrevemos os factos em que nos baseámos para incluí-las e discutimos as suas implicações, nomeadamente as respostas sociais e/ou terapêuticas possíveis. Concluimos com breve reflexão sobre a evolução possível da Pedopsiquiatria nos tempos mais próximos..

Palavras-chave: Abuso de “cannabis”. Abuso sexual. Adolescente. Auto-agressão. Criança. Depressão. Epidemiologia. Maltratos. Perturbação do comportamento.

I – MALTRATOS EXTREMOS DE CRIANÇAS

Joanas, Vanessas, Catarinas, são nomes que nos habituámos a ouvir ou ver citados nos noticiários das televisões e nos jornais, quase todos os dias em certas fases (ver, por exemplo, o Diário de Notícias de 12/10/05).

* Conferência proferida no Congresso do Hospital de Dona Estefânia 2005, em 17 de Novembro.

** Chefe de Serviço de Psiquiatria da Infância e da Adolescência do Hospital de D. Estefânea.

Referem-se a crianças portuguesas, do Algarve, do Norte, de todo o País, que

- ou estão desaparecidas ou mortas
- provavelmente assassinadas
- por familiares biológicos directos – mãe, pai, tios, avó
- geralmente após maltratos ou negligências prolongados, o que nos permite imaginar que terão passado por sofrimentos indizíveis
- dos quais os seus vizinhos, professores ou outros adultos à volta teriam, pelo menos, uma “ideia vaga”
- e cuja maioria, nalguma fase do seu percurso, teriam sido sinalizadas ou entrado em contacto com entidades de (suposta) protecção (Comissões de Protecção, Tribunais) que não tiveram intervenção que impedisse o desfecho trágico (nalguns casos até o favoreceram, entregando a criança a pai manifestamente incapaz de tomar conta dela adequadamente, apenas porque era o pai “biológico”).

Estes factos chocam-nos a todos brutalmente, entre outras razões porque

- mostram que verdadeiros pais ou mães podem sentir uma profunda indiferença ou um ódio assassino pelos seus verdadeiros filhos, sendo capazes de os fazer sofrer ou até de os matar, por vezes por motivos que nos parecem mesquinhos ou pouco importantes, pondo em causa as ideias que gostaríamos de ter sobre o amor entre pais e filhos
- sugerem a inactividade de todos os que, necessariamente, teriam “uma ideia” da situação, culpabilizando-(os)-nos pela não intervenção
- atestam a ineficácia das instâncias oficiais de protecção da criança existentes, pelo menos nestes casos
- denunciam a falácia das “ideologias do vínculo familiar, do casal e da fratria” (Berger, 1992), que ainda vigoram em muitos magistrados, quando atribuem a guarda da criança a pais ou mães incapazes ou desinteressados.

Estas crianças, cujos casos chegaram aos jornais, são apenas a pequena ponta dum iceberg que são todas as crianças carenciadas de meio familiar adequado. Em relação às vítimas de situações mais graves, penso estarmos todos de acordo que elas necessitariam, em primeiro lugar, de protecção e em tempo útil; de que essa protecção é em relação à mãe ou ao pai ou a outras pessoas próximas com quem convivem e de quem dependem diariamente.

Ora, a intervenção na família, na maioria destes casos muito graves, não produz efeitos decisivos para a protecção da criança, em tempo útil. Isto conduz a que a criança tenha que ser retirada da família nuclear ou dos seus simulacros que restam. Para onde? Em geral, é costume procurarem-se primeiro soluções na família alargada: avós, tios, “madrinhas” ou “padrinhos”, o que tem sido cada vez mais difícil nas condições sociais actuais. Se for impossível, o que resta? A adopção, as famílias de acolhimento ou a institucionalização – Internatos ou Lares Residenciais.

A adopção (que, tecnicamente, tem muito mais probabilidades de sucesso quando feita nos primeiros meses de vida da criança) continua, na prática, a ser um processo difícil entre nós, apesar das tentativas de o melhorar. Historicamente e ao contrário doutros países, temos muito poucas famílias de acolhimento com qualidade, depois duma tradição complicada, de famílias “mercenárias”. Na prática, muitas vezes, restam as instituições.

E que instituições temos nós que recebam crianças? Cerca de quatrocentas, ao que parece.

Em 1999, foi publicada uma lei (Lei nº147/99, de 1 de Setembro – Lei de Protecção de Crianças e Jovens em Perigo) bem intencionada mas com alguns efeitos práticos complicados, cujo objectivo principal era separar o tratamento das crianças e jovens em perigo porque privadas de meio familiar adequado, das que tinham cometido actos qualificados como crime; até aí, eram, ambos os grupos, responsabilidade do Ministério da Justiça e das suas instituições. As primeiras (carenciadas de meio familiar adequado) passariam a ser da responsabilidade da Segurança Social; só as segundas (“delinquentes”, entre aspas) permaneceriam no Ministério da Justiça, que continuaria com os seus “Colégios”/Centros Educativos, onde até então estavam todas.

Ora, a lei entrou em vigor em 2001 e que instituições é que a Segurança Social tinha (e que pessoal) para dar resposta ao primeiro grupo de crianças, que passaram a ficar a seu cargo? Praticamente nenhuma (e aqui surgiram os problemas).

A partir da lei, criaram-se, na Segurança Social, Unidades de Emergência, para acolher crianças até quarenta e oito horas e Casas de Acolhimento Temporário, onde poderiam permanecer até seis meses e onde se faria o diagnóstico da situação e a definição do encaminhamento subsequente.

Na prática, não foram criadas Unidades suficientes, não houve possibilidade de “escoamento” das crianças a jusante, que ficaram a “entupir” os Centros, vivendo em condições deploráveis (pois eram obrigados a admitir novas crianças) e o pessoal, em grande parte, estava em condições precárias e de grande rotatividade; os resultados, nalguns casos, foram caóticos.

Ao que julgo, esta situação ainda não está suficientemente resolvida.

Como é que estes casos aparecem aos Pedopsiquiatras? Alguns, poucos, em situações de crise, nas Urgências dos Hospitais; outros, são enviados pelas Comissões de Protecção ou pelos Tribunais, que nos pedem, por vezes, pareceres Médico-Legais. Mais frequentemente, infelizmente, recebemos pedidos de consulta ou intervenção médico-psicológica referentes a jovens vivendo em condições impossíveis, em relação aos quais só respostas sociais e/ou judiciais podem ir ao encontro das suas necessidades (mesmo que, às vezes, ninguém nem nenhuma estrutura esteja em condições de as poder proporcionar). É habitual, por exemplo, responsáveis de lares ou residências de jovens pedirem-nos consulta por “alterações de comportamento” em adolescentes com passados familiares trágicos, internados às vezes há anos a centenas de quilómetros das suas origens, sem projectos claros de futuro. Encontramos frequentemente neles dificuldades de aprendizagem graves, organizações deficitárias em termos intelectuais, funcionamentos psicóticos, depressões pouco elaboráveis e, quase sempre, perturbações do comportamento que os tornam dificilmente suportáveis para quem com eles vive. Não é seguramente apenas receitando um anti-psicótico, eventualmente um anti-depressivo ou, última moda, um “regulador do humor” que nós ajudamos significativamente estes jovens: apenas abafamos ou suspendemos angústias insuportáveis, ocasionalmente diminuímos as “alterações do comportamento”, tentamos atenuar estados desesperados numa espécie de “cuidados paliativos” para crianças e adolescentes com mortes psíquicas já parcialmente consumadas ou à vista num horizonte próximo, por falta de cuidados, de história pessoal (lembrável) e de projecto futuro (realizável).

Com efeito, pensamos que o que era importante é que a cada criança privada de meio familiar adequado (e retirando, obviamente, aquelas que foram adoptadas com sucesso) pudesse ser proporcionada pelo menos uma relação com um adulto capaz e interessado, relativamente disponível e atento: com continuidade no tempo, acompanharia a vida de toda e qualquer criança ou adolescente que estivesse em família de acolhimento ou em lar residencial, de fora do seu local de vida mas suficientemente próximo nos seus contactos para poder aperceber-se do que se fosse passando com ela e sendo o portador do seu passado (o registo da sua memória), o protector do seu presente e o antecipador do seu futuro, ajudando-a a construir um projecto de vida realizável.

O grande desafio que deixo aqui, para todos nós, é de como seria possível conceber e organizar, num próximo futuro, um “dispositivo social” capaz de fornecer uma resposta deste tipo às crianças que dela necessitem. Para já e apesar das restrições dos tempos que correm, é preciso continuar a reforçar a ideia que cada criança numa instituição necessita de ter uma relação privilegiada com

um dos elementos do seu pessoal, que este deve ter continuidade no tempo e nas suas funções, que é importante conhecer e guardar a história de cada criança e também definir um projecto para o seu futuro. É o mínimo dos mínimos.

II – OS ABUSOS SEXUAIS

- São outras das situações que, essencialmente a partir dos casos da Casa Pia, tiveram um aumento de visibilidade social e mediática brutal, não necessariamente um aumento da sua ocorrência efectiva.
- Para efeitos descritivos, podemos distinguir aqueles que se deram em crianças institucionalizadas ou, em geral, carenciadas de famílias que as suportem e assumam; e aqueles que se passam em crianças vivendo nas suas famílias e quer os autores dos abusos sejam pessoas de dentro ou de fora.
- Em relação às primeiras, parece-nos que os abusos são apenas um aspecto dos maltratos e negligências a que estas crianças estão vulneráveis: falta de protecção e supervisão, falta de cuidados e bens que as deixam mais susceptíveis de serem facilmente aliciadas, fragilidade da auto-estima e valores pessoais, deficit de caminhos de afirmação e realização. A sua prevenção faz-se na linha do que foi delineado anteriormente.
- Na prática, é claro que é preciso acabar com os grandes Internatos: hoje em dia, só são tecnicamente aceitáveis Lares Residenciais com um máximo de oito a dez crianças ou adolescentes (ver Relatório do Conselho Técnico-Científico da Casa Pia de Lisboa, por exemplo).
- Quanto aos abusos sexuais intra-familiares, parece-nos representarem mais um caso particular da atitude de denegação de que existe uma diferença entre crianças e adultos. Temos que proteger as crianças de qualquer versão desta denegação.
- Temos notado um aumento de acusações de abuso sexual feitas por um cônjuge ao outro em casos de divórcio ou separações litigiosos, como forma de pressão para ganhar vantagens ou posições na regulação do poder paternal, com total desrespeito pelo efeito que tais acusações e sua investigação podem ter no psiquismo e na relação do filho com o outro pai.
- Por último, uma nota quanto às enormes dificuldades, que reconhecemos, de chegar a conclusões “científicas” nas Peritagens Médico-Legais em casos de possíveis abusos sexuais de crianças e adolescentes, com a consequente limitação dos resultados obtidos face às expectativas dos Tribunais e do público em geral.

III – COMPORTAMENTOS AUTO-AGRESSIVOS

- A sua frequência poderá não ter aumentado, a sua forma é que mudou.
- Podemos distinguir entre aqueles que têm efeitos predominantemente psíquicos e sobre o futuro e a integração social dos jovens, como as condutas de auto-sabotagem, tão bem descritas e explicadas por um autor como Philippe Jeammet, dos que são dirigidos directamente ao corpo e à sua imagem.
- Não vamos falar aqui hoje do suicídio e das suas tentativas, do que se designa hoje por para-suicídio, das grandes auto-mutilações, que pensamos não terem sofrido grandes variações entre nós, nos últimos anos.
- Não iremos também abordar as anorexias, bulimias e outras perturbações do comportamento alimentar como formas de auto-agressão.
- Referimos o fumar tabaco, o beber explosivamente aos fins-de-semana e o uso e abuso de substâncias psicotrópicas como as formas de agressão ao corpo e ao espírito mais comuns entre os nossos jovens, entre outros comportamentos de risco.
- Mas queríamos relevar hoje aqui algo, relativamente novo na frequência com que nos aparece, que são as lesões ou feridas auto-infligidas, nomeadamente os cortes feitos com X-actos, mais raramente as queimaduras, com cigarros ou não, os “piercings” em zonas complicadas do corpo, certas tatuagens e outras escarificações da pele.
- Nos “piercings” e nas tatuagens, temos que distinguir aquilo que é um fenómeno colectivo, cultural e social, em que representam uma prova exterior, exibida, de pertença a um dado grupo ou clã, que se reconhece; do que é um fenómeno individual, compulsivo, que se esconde sob roupas protectoras ou, pelo contrário, se atira desafiadoramente à cara dos outros para os chocar ou se fazer excluir e que acontece mais no caso dos cortes e das queimaduras.
- Os dermatologistas descreveram as “dermatitis artefacta” (Gupta et al., 1997, citado em Perret-Catipovic, 2005, assim como todas as outras referências deste capítulo), lesões cutâneas resultantes da introdução de objectos debaixo da pele, entre outros processos; os dentistas e estomatologistas vêem feridas no interior da cavidade bucal, auto-infligidas; os cuidadores de crianças carenciadas, deficientes mentais graves, habituaram-se a proteger algumas delas da tendência para baterem com a cabeça nas paredes, morderem-se ou arranhar-se.

- Walsh e Rosen (1988) definem, em contexto psicopatológico, as lesões auto-infligidas como ferida ou desfiguração do corpo, auto-infligida, intencional, não letal, socialmente inaceitável.
- Qual o significado destes sintomas? Para uns, seria uma manifestação da “pulsão de morte”, duma auto-destrutividade não neutralizada, inata ou por identificação a agressores por quem se tenham sentido maltratados ou abandonados. Para outros (Menninger, 1959), representam, pelo contrário, uma manifestação de vida, uma forma de cuidar de si próprio: seriam formas menores de alívio de tensão que protegeriam de actos mais graves; uma tentativa desesperada de conter o sofrimento, provocando dor, estimulando o envelope corporal, suscitando maior consciência de si com um sofrimento suportável.
- Em Saúde Mental, nem sempre é bom eliminar logo o sintoma, sem percebermos para que é que ele serve e termos alternativas que o tornem desnecessário.

IV – A DIFUSÃO DO CONSUMO DE “CANNABIS”

- Nos últimos anos, houve um aumento importante do consumo de produtos derivados da “cannabis” em Portugal e em grande parte da Europa.
- Este consumo é, em grande parte, feito por adolescentes cada vez mais novos.
- Os produtos consumidos actualmente são muito mais activos do que os que circulavam há vinte-trinta anos.
- Uma percentagem importante dos nossos adolescentes passam do uso recreativo, lúdico, “experimental”, a um uso frequente, diário ou quase, por vezes auto-terapêutico de insónias ou de outros mal-estares.
- Nestes, o chamado síndrome amotivacional rapidamente se instala: às suas dificuldades pré-existentes, que terão levado ao consumo regular, junta-se uma apatia, uma inércia, um desinteresse pelo mundo externo, uma dificuldade de se levantar a horas, de cumprir obrigações que leva a um desinvestimento escolar e, por vezes, ao isolamento. Este síndrome, para mim, é socialmente mais grave que o ocasional desencadear de psicoses ou o início de via toxicofílica que o uso ocasional dos produtos da “cannabis” pode favorecer.

- E que respostas existem para estes problemas, ao nível dos serviços de saúde? Os C.A.T. (Centros de Atendimento a Toxicodependentes), em geral, não os aceitam, pois estão vocacionados para os problemas da heroína e acham inconveniente a mistura destes jovens com a sua população de utentes. Os serviços de Saúde Mental também não, por motivos semelhantes mas ao contrário: temem a difusão dos consumos na sua população vulnerável. E não há atendimento específico.
- Em França, em Fevereiro de 2005, foram lançadas uma série de medidas contra este problema, entre as quais uma mega-campanha mediática de divulgação dos efeitos do uso da “cannabis” e a criação de mais de duzentas “Consultas Cannabis”, para jovens, espalhadas por todo o país.
- E em Portugal, o que vamos fazer?

V – AS DEPRESSÕES

- A depressão unipolar, em geral, está a tornar-se num dos primeiros problemas de Saúde Pública (pelas incapacidades que provoca).
- Com um aumento de ocorrência global, mas especialmente à custa das idades mais jovens.
- Este aumento tem-se dado nos últimos cinquenta anos, mas por mecanismos mal conhecidos.
- A depressão nas crianças, depois de negada durante muitos anos (dizia-se que não existia) é diagnosticada hoje em dia quase com os mesmos critérios do que para os adultos (é exigido menos tempo de duração e por vezes aparece irritabilidade em vez de tristeza).
- A taxa de prevalência (em três a doze meses) da depressão major nas crianças até aos doze anos é de 0,5%, com ligeiro predomínio de rapazes.
- A taxa de prevalência (em três a doze meses) da depressão major na adolescência é de 3%, com uma preponderância de raparigas.
- A primeira, a das crianças, parece mais ligada a factores psico-sociais; a dos adolescentes é mais semelhante à dos adultos, em que os factores de vulnerabilidade genética terão um maior papel.
- A comorbilidade, nomeadamente com doenças físicas, é muito importante: em geral, a ocorrência de depressão agrava o prognóstico da doença física.
- O tratamento deverá começar sempre por ser de índole psicoterapêutica, envolvendo a criança ou adolescente e, frequentemente, os pais e adultos relacionados. Em certos casos, usam-se medicamentos. Ultimamente,

estalou uma grande controvérsia sobre a eficácia e a segurança do uso em crianças e adolescentes dos antidepressivos (especialmente dos Inibidores Selectivos da Recaptação da Serotonina, os primeiros cuja eficácia teria sido demonstrada em crianças). Nós continuamos a usá-los, com uma maior vigilância e cuidado em relação aos seus potenciais efeitos indesejáveis.

- Quais serão as causas do aumento das depressões? Ao certo, não sabemos. Tem sido alegado que o actual ritmo de vida, o pouco tempo que se passa com as crianças, as separações diárias precoces poderão ser um factor.
- Por outro lado, vivemos numa sociedade em que, face à insegurança económica dominante, a pressão para o sucesso individual (desde logo escolar) é enorme. As capacidades de afirmação e de competição seriam a salvação. Já não há culpa pelo fazer mal, há vergonha e sentimento de inferioridade pelo insucesso. O narcisismo ostentado é a regra; a depressão, o seu negativo. A depressão dos Pais anula a sua função de promotores da esperança e de contenção da dor depressiva, na vivência diária das famílias (Meltzer, 1986).

VI – AS PERTURBAÇÕES DO COMPORTAMENTO

- As Perturbações do Comportamento (em inglês, “Conduct Disorders”) constituem uma entidade nosológica que apareceu nas classificações anglo-saxónicas e se aplica a crianças e adolescentes que evidenciam uma falha persistente na capacidade de controlar o seu comportamento apropriadamente, de acordo com as normas sociais vigentes.
- Apresenta três componentes:
um comportamento desafiador, muitas vezes associado a grande irritabilidade e crises de perda de controlo; agressões; e comportamentos anti-sociais, não respeitando direitos, a propriedade e a integridade física dos outros.
- De acordo com a maioria dos estudos epidemiológicos, é o problema psiquiátrico mais comum nas crianças. É persistente, acarreta um custo muito elevado para a sociedade e é, em grande parte, intratável (Goodman & Scott, 1997, 2005).
- A ocorrência destes problemas tem aumentado, nas nossas consultas e cada vez mais surgem em crianças mais pequenas.

- Quanto aos tratamentos, a psicoterapia individual da criança é, em geral, ineficaz. Os melhores resultados obtêm-se quando é possível envolver os pais e outros adultos significativos em programas terapêuticos muito estruturados. Há quem diga que o único tratamento eficaz é a prevenção precoce.
- Porque é que estes problemas surgem? O ambiente parece ser aqui mais importante que os genes. Apesar do temperamento difícil, das alterações cognitivas e de regulação emocional da criança terem um papel, os factores familiares predominam: o desacordo entre os pais, a hostilidade dirigida contra as crianças, a falta de calor humano. Também a pouca atenção e supervisão das crianças, a disciplina inconsistente ou a disciplina demasiado agreste estão associadas com a ocorrência de Perturbações do Comportamento. Factores ligados à escola e ao meio social envolvente também são importantes.
- De qualquer forma, hoje em dia na nossa sociedade alguns pais parece terem uma incapacidade de dizer não aos seus filhos, de pôr limites, de impor frustrações quando necessário e de lidar com as reacções que provocam. Como se se sentissem culpabilizados ou diminuídos quando o fazem, ou por estarem pouco tempo com os filhos ou por não entenderem que o treinar o controle, ensinar a suportar a frustração, reduzir a onnipotência da criança que tudo exige, é tão importante como dar-lhe todo o “amor firme” de que for capaz.
- Os estudos clássicos de “parenting”, sobre os estilos educativos dos pais, mostram que a autoridade é benéfica; o autoritarismo é que não, tanto como a negligência da falta de limites.

CONCLUSÃO

Chegámos ao fim. Para terminar, uma pequena história.

Nos últimos anos, o interesse dos investigadores desta área passou do estudo dos efeitos gerais dos traumatismos no funcionamento das crianças, para o estudo da resiliência: porque é que algumas crianças atingidas pelas mesmas experiências na vida que destruíam a maioria, ao contrário delas, sobreviviam, resistiam, em certos casos pareciam até ganhar mais força e resistência depois de passar por essas experiências terríveis?

Fizeram-se estudos exaustivos. Identificaram-se os “tutores de resiliência” (Boris Cyrulnik), adultos cujo contacto com essas crianças, em fases decisivas,

as ajudou a superar essas provas. Mas continuava a não se perceber bem certos casos.

Em 2002, Caspi e colaboradores publicaram um artigo sobre uma investigação em que foram tentar perceber porque é que, sendo os maltratos infantis um factor de risco universal para o comportamento antisocial no adulto (aumenta em 50% o risco de criminalidade nos adultos), apesar disso, a maioria das crianças maltratadas não se tornam delinquentes ou criminosos em adultos. E encontraram mais um factor, este de susceptibilidade genética. As diferenças individuais num polimorfismo funcional em gene promotor da MonoAminoOxidaseA, localizado no cromossoma X, modificava a influência dos Maltratos no desenvolvimento na criança do comportamento antisocial. Repito: os autores forneceram evidência epidemiológica de que genotipos específicos podem moderar a sensibilidade das crianças aos insultos do ambiente.

Este é um exemplo de como pode evoluir a Pedopsiquiatria actual e do próximo futuro: trabalhando constantemente a integração dos dados obtidos pela compreensibilidade psico-social (mais próximos dos métodos das ciências da narratividade), com as evidências produzidas pela investigação biológica avançada. Nesse cruzamento fecundo estamos nós, clínicos, com a nossa prática artesanal, constantemente enformada, informada e modificada pelas “evidências” heterogéneas que todos os dias nos chegam. Que só ganham sentido se tolerarmos o contacto com a subjectividade dos que nos procuram.

BIBLIOGRAFIA

- Carneiro, R., et al. (2004). *Relatório do Conselho Técnico-Científico da Casa Pia de Lisboa*.
- Caspi, A., et al. (2002). Role of genotype in the cycle of violence in maltreated children. *Science*, 297, 851-854.
- Cybulnik, B. (2001). *Les vilains petits canards*. Paris: Éditions Odile Jacob.
- Fombonne, E. (2005). *Épidémiologie des troubles psychiatriques en pédopsychiatrie*. EMC-Psychiatrie.
- Goodman, R., & Scott, S. (1997). *Child psychiatry*. London: Blackwell Science.
- Hachet, P. (2005). *Estes putos que fumam charros*. Coimbra: Quarteto.
- Huerre, P., & Marty, F. (Dir.). (2004). *Cannabis et adolescence – Les liaisons dangereuses*. Paris: Albin Michel.
- Meltzer, D. (1986). Family patterns and cultural educability. *Studies in extended metapsychology*. London: Clunie Press.
- Perret-Catipovic, M. (2005). Blessures auto-infligées à l'adolescence: Un survol de la littérature. *Adolescence*, 23(2), 447-456.

ABSTRACT

We have chosen six problem areas that are growing in frequency or in social or mediatic visibility:

- 1 Extreme maltreatments in infants and children
- 2 Sexual abuse, specially in institutions
- 3 Deliberate Self-Harm
- 4 Expansion of cannabis abuse
- 5 Depression
- 6 Conduct Disorder in young children

We describe the facts concerning each point; discuss its implications and possible social and/or therapeutic responses. We end with a brief reflection on the evolution of Child and Adolescent Psychiatry.

Key-words: Adolescent. Cannabis abuse. Child. Conduct Disorder. Deliberate Self-Harm. Depression. Epidemiology. Maltreatment. Sexual abuse.

RESUME

Nous avons choisi six aires de problèmes, qui ont augmenté en fréquence ou visibilité sociale ou médiatique, à savoir:

- 1 Maltraitements extrêmes d'enfants
- 2 Abus sexuel, spécialement en institutions
- 3 Les conduites auto-aggressives
- 4 La diffusion de la consommation du cannabis
- 5 Les dépressions
- 6 Les perturbations de la conduite, chez des enfants très jeunes.

Nous décrivons les faits relatifs à chaque point, discutons ses implications et les réponses sociales et/ou thérapeutiques possibles. Nous concluons avec une brève réflexion sur l'évolution possible de la Pédopsychiatrie dans le proche futur.

Mots-clés: Abus de cannabis. Abus sexuel. Auto-agression. Adolescent. Dépression. Enfant. Épidémiologie. Maltraitance. Perturbation de la conduite.

EXPERIÊNCIA PRECOCE DE LUTO: CONSEQUÊNCIAS CLÍNICAS

Margarida Fornelos *

RESUMO

A experiência precoce de luto e as suas consequências clínicas são analisadas em função do desenvolvimento psico-afectivo, vulnerabilidade, resiliência e padrões de vinculação.

O luto na infância não é apenas a reacção psicológica à morte, mas à perda do objecto. O trabalho de luto depende da qualidade das relações anteriores da criança, em particular da relação primária com a mãe.

A autora pretende clarificar estes conceitos através da apresentação breve de dois casos clínicos, que ilustram a complexidade e impacto da experiência de perda na infância.

Palavras-chave: Luto. Morte. Perda. Separação. Resiliência. Vinculação.

A vivência de luto, sendo tão geral e universal como a própria morte, acompanha todas as idades. Mas a palavra luto tem vindo a afastar-se da sua relação com a morte, designando a reacção psicológica subjectiva, à perda.

As crianças, pela sua dependência, sobretudo durante a primeira infância, são mais profundamente atingidas pela perda, não apenas a perda de uma pessoa amada, mas também a perda de qualquer objecto investido (Hanus, 2004).

A ideia de morte surge muito cedo, ligada às pulsões agressivas, mas só a pouco e pouco, a criança terá dela um conceito definido. Nos primeiros anos, vida e morte correspondem à presença e ausência que são simbolizados através do jogo e da linguagem. Nesta idade a criança não conhece a morte, apenas

* Comunicação apresentada no XVI Encontro Nacional de Psiquiatria da Infância e da Adolescência “Viver o Traumatismo na Infância e Sobreviver”.

** Psicóloga Clínica, Coordenadora da Unidade de Psicologia do Hospital de D. Estefânia.

conhece a ausência. Durante muito tempo para a criança morrer é outra forma de viver, convicção que é reforçada pela cultura. Morrer é habitar outro lugar, é ir para o céu.

Entre os cinco e os dez anos a criança adquire o conceito de morte, mas o conceito de irreversibilidade da morte, surge apenas por volta dos oito anos. Até lá, a morte é apenas uma interrupção, uma partida, uma separação e uma ausência, provisória, temporária e reversível. Mas quando confrontada com um luto precoce, a criança pode adquirir muito mais cedo a noção de imutabilidade e irreversibilidade da morte. A noção de irreversibilidade da morte, o seu carácter definitivo, é um dos conceitos mais difíceis de conceber, tanto para a criança como para o adulto. Admite-se desde Freud, que o inconsciente não conhece a morte e que não existe representação desta no inconsciente (Ferrari, 1979).

O trabalho psíquico sobre a perda só pode ser realizado quando a criança pode compreender a morte como uma separação irreversível. Antes, não há verdadeiramente luto, mas reacção à perda e à separação.

As reacções de luto das crianças variam, segundo a fase de desenvolvimento em que se encontram. Durante as primeiras semanas de vida o objecto não tem existência independente, sendo uma extensão do seu narcisismo. Nesta fase a reacção do bebé à perda, não é causada pela consciência do desaparecimento da mãe, mas pela mudança na qualidade das suas experiências sensoriais. A este propósito nunca será demais referir os trabalhos pioneiros de Spitz (1946), que tão bem descreveu as reacções depressivas nas situações de separação precoce da mãe. Por volta do terceiro mês, a criança já tem uma representação interna do objecto.

Nesta fase o bebé não só é sensível às mudanças qualitativas nas suas experiências de satisfação, como é já capaz de associar as mudanças com aquele que dispensa os cuidados.

Pelo final do primeiro ano, atinge a fase de constância do objecto, em que este é reconhecido independentemente das suas funções. Surge também o sentimento de identidade própria e alteridade. A partir desta fase, as crianças apresentam manifestações e comportamentos de luto próximos dos adultos, na medida em que a experiência de luto pode ser partilhada com os outros elementos da família.

A perda pode ter na criança um valor traumático, particularmente grave quando se trata da morte de um dos pais. Os sentimentos ambivalentes que ligam a criança aos pais, aumentam a sua culpabilidade e a coincidência entre o desejo fantasmático de morte e a sua realização, é tanto mais traumático quanto mais pequena é a criança e conseqüentemente menos eficaz o princípio de realidade. A uma primeira reacção de choque sucede um período de depressão e por

último um período de recuperação (Bowlby, 1973). Mas o processo de luto das crianças tem algumas particularidades, como a necessidade de conservar viva na imaginação a presença da pessoa que morreu, uma ligação particular a certos objectos que lhe pertenceram e uma grande tendência para introduzir nos jogos o tema da morte.

Os processos psíquicos do trabalho de luto das crianças e dos adultos são comuns, mas não idênticos. A maior parte dos autores, considera actualmente que o trabalho de luto na criança se assemelha ao do adulto, mas é mais progressivo, a par da sua evolução emocional, afectiva e cognitiva.

O trabalho de luto na infância implica a compreensão da morte como situação irreversível, uma representação interna do objecto suficientemente estável, capacidade de viver as emoções, mesmo que dolorosas e maturidade das relações objectais (Hanus, 2004).

Podemos assim concluir pela impossibilidade de um verdadeiro trabalho de luto na primeira infância e infância precoce.

Nestas fases a reacção à perda e a forma como a experiência de luto é vivida assume formas diversas e pode evoluir para quadros psicopatológicos também diversos.

A vivência de luto não está assim apenas associada à morte, mas também, senão principalmente à experiência de separação e perda.

A experiência precoce de luto, como factor de risco potencial para o desenvolvimento psico-afectivo da criança deve ser avaliado em cada caso, de acordo com a sua vulnerabilidade ou resiliência, factores protectores do meio, idade em que ocorre o acontecimento traumático, enquadramento familiar anterior e padrões de vinculação.

O luto como traumatismo põe algumas questões fundamentais, particularmente sobre a importância do acontecimento traumático, em função da vulnerabilidade ou resiliência particular e na relação com o equilíbrio narcísico e objectal.

Os bebés possuem competências precoces de percepção e de discriminação dos estímulos e mecanismos de adaptação, que lhes permitem elaborar uma barreira de para-excitação quando o meio se torna ameaçador. Esta barreira de protecção interna é reforçada pelos cuidados maternos, que quando adaptados, constituem uma barreira de protecção externa que permite minimizar o impacto do acontecimento traumático (Gonçalves, 2003).

As diferenças individuais, em termos de adaptação ao meio e ao stress, constituem a resiliência individual, que associada a outros factores protectores no meio familiar e social, constituem importantes mecanismos de adaptação.

Os estudos sobre a vinculação, associam a vinculação segura com maior resiliência. A qualidade da relação precoce está na origem das representações mentais, em particular as representações das relações. Existe uma concordância generalizada de que a vinculação segura serve como factor protector de psicopatologia e está associada a uma ampla série de variáveis mais saudáveis da personalidade, como maior resiliência e maior capacidade para se regular através de ligações interpessoais. A vinculação segura promove o desenvolvimento do *self*, a capacidade de mentalizar, aumentando a resiliência (Fonagy, 1991). Por outro lado, as crianças com vinculação insegura desenvolvem modelos internos, nos quais as relações são caracterizadas pela zanga, falta de confiança, caos e insegurança. A vinculação insegura parece constituir um importante factor de risco e está associada a depressão, ansiedade, hostilidade e menor resiliência do ego.

De acordo com a classificação diagnóstica da primeira infância, DC-03 (Zero to Three, 1994), os sintomas associados ao luto são considerados na categoria de perturbação do humor: reacção prolongada de perda/pesar. Esta categoria diagnóstica assenta na premissa de que a perda de um cuidador primário em particular um dos pais, é um problema grave para um bebé ou uma criança pequena, porque nesta idade não têm ainda os recursos emocionais e cognitivos que lhe permitam lidar com a perda. Além disso, a criança que está em processo de luto, pode ter um outro cuidador que também vive o luto e consequentemente está emocionalmente pouco disponível. As manifestações deste quadro podem incluir qualquer fase da sequência de protesto, desespero e distanciamento. São referidos os seguintes sintomas principais: reacção de protesto, procura da pessoa ausente, sem aceitar conforto; retirada emocional, apatia e desinteresse pelo exterior e por actividades próprias da idade; perturbação alimentar ou do sono; regressão do comportamento e afectos pobres.

No entanto, a gama de reacções possíveis à perda, ultrapassa largamente esta descrição. De acordo com a história de cada criança, as suas circunstâncias particulares e a sua vulnerabilidade ou resiliência, podemos encontrar sintomas diferentes que vão da depressão à perturbação de ansiedade, perturbação reactiva da vinculação e mesmo retirada autista.

Nas idades mais precoces, na impossibilidade de fazer o trabalho de luto, o traumatismo pode ser mais grave e a reacção à perda exprimir-se numa sintomatologia mais variada. As crianças mais pequenas vão viver outros lutos, como o dos avós, pela associação com os imagos parentais, como substitutos ou seus representantes, ou através do próprio luto dos pais.

Boris Cyrulnik (2003) afirma que “perder a mãe antes da palavra é arriscar perder a vida, é arriscar perder a alma, visto que o nosso mundo sensorial se esvazia e que nada pode impregnar-se na nossa memória”. “Quando um bebé

perde os pais antes da idade da palavra, é todo o seu mundo sensorial que fica desabitado, é a percepção da falta que altera o desenvolvimento. Só muito mais tarde, a partir dos 6/7 anos, a criança toma consciência da morte. Já não é a percepção da falta que o perturba, mas é a representação da perda”.

Diz ainda Cyrulnik (2003), que algumas experiências de luto precoce têm efeitos duráveis, ao passo que outras, curiosamente, só têm efeitos breves, ou parecem mesmo não os ter.

A clínica da primeira infância confirma esta afirmação e também a constatação de que podem surgir todas as formas de psicopatologia, que, no entanto, em geral não são duráveis.

EXEMPLOS CLÍNICOS

O Tiago é uma criança de dois anos e meio, que vem à consulta por birras e auto e hetero-agressividade. Bebê sempre difícil, com perturbação grave do sono e da alimentação. Na véspera do seu nascimento a mãe soube de doença grave do seu próprio pai. Logo a seguir ao parto, o Tiago não mamava, tendo ficado oito dias nos cuidados intensivos. Desde os primeiros dias o seu choro era inconsolável, dormindo apenas três horas durante a noite. O avô materno morre quando o Tiago tem nove meses. A morte do pai e o temperamento difícil do bebé dão lugar a uma depressão profunda da mãe que se sente rejeitada por este filho.

Aos dois anos o Tiago ainda não falava e o seu comportamento era desorganizado, de tonalidade ansiosa. Não se envolvia na interacção social, não mantinha o olhar e a tonalidade afectiva era de desconforto e de insatisfação permanente. A psicoterapia conjunta permitiu uma rápida remissão dos sintomas. Neste caso o Tiago viveu de forma traumática o luto da mãe.

A depressão precoce está quase sempre associada à privação materna, por menor disponibilidade ou depressão. Muitas vezes esta depressão materna não tem manifestações clínicas. A pobreza das interacções, a ausência ou pouca sintonia afectiva provocam uma falha e vivência de perda, que pode comprometer gravemente a futura evolução do bebé (Guedeney, 1989).

Qualquer depressão põe inevitavelmente, dois problemas: o da experiência de perda e o da relação com a agressividade. Sandler e Joffe (1967), descrevem a reacção depressiva como uma resposta defensiva de base, constituída por um estado de impotência, desespero e resignação face ao sofrimento mental.

Constitui uma resposta particular ao sofrimento, na qual existe um sentimento de ser incapaz de encontrar de novo um estado desejado, acompanhado

de uma atitude de desistência, desinteresse e retirada. Quando o objecto de amor é perdido, a criança perde não só o objecto em si, como também a parte do *self* complementar ao objecto e a do estado afectivo de bem-estar que lhe está intimamente associado. Ao perder a mãe, perde também o conforto da relação com ela.

A reacção depressiva é uma das manifestações precoces da perda, ou a reacção de luto possível na infância precoce.

A vulnerabilidade narcísica leva a criança a proteger-se dos afectos dolorosos pela desvitalização, baixa da actividade pulsional, conduzindo à rotura desorganizante do funcionamento mental anterior (Fornelos et al., 2003).

A. Green (1983), faz uma tentativa de explicação retrospectiva: o desinvestimento da mãe pelo bebé, como resposta ao desinvestimento do bebé pela mãe; a identificação da criança com o sofrimento depressivo da mãe, a fim de preservar um último vínculo com ela, vínculo esse que se situa mais no registo do ser do que no do ter; a incriminação de uma terceira pessoa como causa da depressão materna, com todos os riscos de uma pseudo-edipificação prematura; identificação com o objecto perdido do luto da mãe.

Ainda outro exemplo clínico: A Catarina aos três anos e meio é uma criança triste, carente, agressiva com a irmã que nasceu quando ela tinha dois anos e com a mãe, que não consegue compreendê-la: tem um comportamento desafiador, controlador e ressentido. Não reage à zanga dos pais. Mais próxima do irmão mais velho e do pai, muito sensível, valoriza coisas sem importância que vive como rejeição. Reivindica atenção exclusiva e pergunta frequentemente à mãe porque não gosta dela.

Aos quatro anos o pai morre subitamente. A Catarina não mostra reacção particular, apenas o seu comportamento é mais agressivo com a mãe, que tiraniza. Quando a mãe ralha, reivindica a presença do pai negando o seu desaparecimento definitivo. A mãe nega depressão. Apenas se sente fisicamente cansada e esgotada.

No caso da Catarina, a perda real vem reactivar num segundo tempo a vivência anterior de abandono pelo conflito de rivalidade com a irmã. A morte do pai vem potenciar e cristalizar este conflito central e assim constituir-se como um verdadeiro traumatismo na impossibilidade de um verdadeiro trabalho de luto. Por outro lado o luto reactiva perdas anteriores e parece confirmar uma ferida narcísica já presente.

A este propósito B. Golse (1999), faz algumas reflexões sobre a teoria da posteridade. Diz este autor que “é essencialmente a questão do tempo intermédio de maturação psico-afectiva entre os dois tempos do traumatismo que levanta o maior número de problemas em matéria de traumatismo ultra-

-precoce. A noção de traumatismo convoca, provavelmente de forma demasiado automática o registo do negativo. Ora não há, *a priori*, qualquer razão para pensar que o traumatismo escapa ao conflito ambivalente primário das pulsões de vida e das pulsões de morte. Pode existir um registo positivo do traumatismo.”

A criança mais velha vai ser afectada no equilíbrio das suas identificações, e o trabalho de luto vai estar na origem de uma reorganização profunda da sua vida psíquica.

Por vezes é a incapacidade do pai sobrevivente de ultrapassar a sua própria depressão, que impede o trabalho de luto da criança.

CONCLUSÃO

Podemos então concluir que o luto na infância apresenta várias faces. A idade da criança, a sua vulnerabilidade ou resiliência, os padrões de vinculação, são determinantes na forma como vai ser vivido não constituindo necessariamente um acontecimento traumático negativo. A criança tem que poder fazer o trabalho de luto, quando confrontada com a perda de um objecto significativo. A clínica confirma que cada criança irá viver o luto em função da qualidade das relações anteriores à perda, em particular a relação primária com a mãe (Hanus, 2003).

Ainda a palavra a Cyrulnik (2003): “A resiliência é um processo, um devir da criança que de actos em actos e de palavras em palavras, inscreve o seu desenvolvimento num ambiente e descreve a sua história dentro de uma cultura. É pois menos a criança que é resiliente do que a sua evolução e historização... A resiliência é um processo, um caminho a percorrer”.

BIBLIOGRAFIA

- Bowlby, J.(1973). *Attachment and loss: Vol. 2. Separation: Anxiety and anger*. New York: Basic Books.
- Cyrulnik, B. (2003). *Resiliência – Essa inaudita capacidade de construção humana*. Instituto Piaget.
- Ferrari, P. (1979). L'enfant et la mort. *Neuropsychiatrie de l'enfance*, 27(4-5), 177-186.
- Fonagy, P., Steele, M., Steele, H., Moran, G. S., & Higgitt, A.C. (1991). The capacity of understanding mental states: The reflective self in parent and child and its significance for security attachment. *Infant Mental Health Journal*, 12, 201-218.
- Fornelos, M., Rodrigues, E., & Gonçalves, M.J. (2003). Depressão no bebé. *Análise Psicológica*, XXI(1), 41-46.

- Golse, B. (1999). *Du corps à la pensée*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Gonçalves, M.J. (2003). Aumentar a resiliência das crianças vítimas de violência. *Análise Psicológica*, XXI(1), 23-30.
- Green, A. (1983). *Narcissisme de vie, narcissisme de mort*. Paris: Minuit.
- Guedeney, N. (1989). Les enfants de parents déprimés. *Psychiatrie de l'Enfant*, 32(1), 269-309.
- Hanus, M. (2004). Le Deuil chez l'enfant. In S. Lebovici, R. Diatkine, & M. Soulé (Eds.), *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent* (vol. 2, pp. 1463-1476). Paris: Presses Universitaires de France.
- Sandler, J., & Joffe, W.G. (1967). Remarques sur la souffrance, la dépression et l'individuation. *La Psychiatrie de l'Enfant*, X(1), 123-156.
- Spitz, R. (1946). Anaclitic Depression. In *Psychoanalytical study of the child* (vol. 2, pp. 113-117). New York: International University Press.
- Zero to Three/National Centre for Clinical Infant Programs (1994). *Diagnostic classification of mental health and developmental disorders of infancy and early childhood*. Arlington, V.A.

ABSTRACT

The early mourning experience and his clinical consequences, are related with developmental states, vulnerability, resilience and attachments patterns.

The mourning in early childhood is not only the psychological reaction to bereavement, but also the reaction to the object lost, depending on the quality of primary relationships with mother.

The author pretends to clarify these concepts with two brief clinical cases that show out the impact and consequences of early mourning experience.

Key-words: Attachment. Bereavement. Mourning. Resilience. Separation.

DÉFICE DE ATENÇÃO E HIPERACTIVIDADE: FOLLOW UP 5 ANOS APÓS O DIAGNÓSTICO

Paula Temudo *

Helena Porfírio *

Luís Borges *

Helena Gregório **

RESUMO

O objectivo deste estudo foi determinar as características comportamentais e sociais de uma amostra de crianças portadoras de Perturbação por Défice de Atenção e Hiperactividade (PDA-H) 5 anos após o 1º diagnóstico. Para esse efeito, utilizámos os critérios da DSM-IV para PDA-H e os questionários comportamentais de Achenbach para pais e professores (CBCL e TRF). O Jogo de Cartas foi utilizado para caracterizar a impulsividade da amostra. 5 Anos depois, usámos o Inventário de Auto-resposta de Achenbach (Youth Self Report ou YSR), e o Questionário de Auto Conceito de Piers Harris. Para determinar a evolução psico social da amostra, usámos uma entrevista elaborada por nós (Anexo 2). Globalmente a amostra demonstra uma tendência para: manter as características da perturbação, comorbilidades associadas, abandono da medicação assim que a escolaridade termina e marcada falta de apoios escolares.

INTRODUÇÃO

A Perturbação por Défice de Atenção e Hiperactividade (PDA-H) é uma das desordens comportamentais mais comuns na infância e que afecta cerca de 3% a 5% das crianças em idade escolar. Apesar de outros estudos referirem

* Hospital Pediátrico de Coimbra. Centro de Desenvolvimento e Neurologia Pediátrica.

** Finalista de Mestrado pela Faculdade de Psicologia de Coimbra.

outras prevalências, sabemos que esta é a comumente referida no Manual de Diagnóstico DSM-IV. O núcleo de sintomas principais refere-se a uma marcada desatenção, hiperactividade e impulsividade que não são compatíveis quer com a idade da criança ou jovem quer com o seu nível de desenvolvimento. Apesar da PDA-H ser reconhecida há cerca de um século, é recente a constatação de que aproximadamente 70% dos seus portadores carregam os sintomas (como *nuances* ou mais vincados) ao longo da idade adulta. Esta perturbação interfere com o funcionamento escolar ou social da criança, do jovem ou do adulto (APA, 1996).

O comportamento de oposição, a agressividade e o comportamento anti-social são os sintomas psiquiátricos que estão mais frequentemente associados à PDA-H (Pliszka et al., 1999) e que mais preocupam pais e professores.

Por outro lado, as percentagens de comorbilidade, determinadas pelos vários estudos entre PDA-H e Perturbação do Comportamento (PC), ou Perturbação de Oposição/Desafio (POD) diferem bastante podendo variar entre os 15% e os 61% (Pliszka et al., 1999). Essa variação parece depender, em última análise, das características da amostra, da metodologia, do tipo de estudo (epidemiológico/clínico) e/ou dos instrumentos utilizados. Outros autores (Rohde et al., 2003) referem uma variabilidade de prevalência para PDA-H e POD entre 35 a 65% e para PDA-H e PC entre 20 a 50%.

As Perturbações Depressivas aparecem associadas à PDA-H com uma variabilidade entre os 15% e os 38% (Pliszka et al., 1999) dependendo dos factores acima referidos ou ainda da dificuldade de diagnóstico da perturbação nesta população.

As Perturbações da Ansiedade são as desordens psiquiátricas mais comuns na infância e a sua Comorbilidade com a PDA-H situa-se acima do puro acaso (Tannock, 1994; Pliszka et al., 1999). Dependendo dos vários estudos, as prevalências determinadas na população hiperactiva, situam-se entre os 28% e os 30% (Pliszka et al., 1999).

Globalmente, o quadro das dificuldades de aprendizagem define-se por uma falha na competência em desenvolver uma aquisição académica, apesar de um nível adequado de inteligência e educação (Pliszka et al., 1999). As Perturbações da Aprendizagem tal como estão definidas no DSM-IV incluem Perturbação da Leitura, Perturbação do Cálculo, Perturbação da Escrita e Perturbação da Aprendizagem não específica. Uma vez que o diagnóstico destas desordens seria objecto de outra metodologia, optámos por fazer um levantamento da situação actual com base na informação vinda das escolas em vez de um diagnóstico formal de Perturbações da Aprendizagem.

Campbell e colaboradores demonstraram que crianças hiperactivas de 6 e 8 anos já se diferenciavam em termos de mais baixa auto-estima relativamente a grupos de controlo, apesar de este sintoma segundo os autores poder atribuir-se

mais às dificuldades de aprendizagens experimentadas ao longo dos anos do que à hiperactividade em si (Weiss et al., 1993).

Tentámos, então, caracterizar uma amostra da nossa consulta considerada como a mais problemática nas várias vertentes acima descritas.

INSTRUMENTOS

1. DSM-IV (Critérios de PDA-H)

O DSM-IV é uma classificação de perturbações mentais desenvolvida para efeitos de diagnóstico ou de investigação. Uma vez que o diagnóstico deste transtorno é essencialmente clínico (Anexo 1), é importante que ele não seja feito como um mero somatório de sinais e sintomas por pessoas não treinadas. O exercício de juízo clínico pode justificar outro diagnóstico apesar de preencher os critérios de uma perturbação (APA, 1996).

2. Questionários de comportamento de Achenbach

A vantagem dos questionários reside em serem capazes de fornecer de forma rápida, uma grande informação relativamente ao comportamento da criança em vários contextos. Assim os questionários utilizados foram:

2.1. Child Behaviour Checklist (CBCL) e Teacher Report Form (TRF)

Estes questionários, desenvolvidos inicialmente por Achenbach e revistos mais tarde por Achenbach e Edelbrock, foram estudados por Fonseca (Fonseca, 1994, 1995) quanto às suas características na população portuguesa. O CBCL destina-se a ser preenchido pelos pais e permite obter informação relativamente aos seguintes aspectos do comportamento infantil: Oposição/Imaturidade, Agressividade, Hiperactividade/Problemas de Atenção, Depressão, Problemas Sociais, Queixas somáticas, Isolamento, Ansiedade e Obsessivo/Esquizoide. O TRF destina-se a ser preenchido por professores e permite derivar os seguintes factores: Agressividade/Anti-social, Problemas de Atenção/Dificuldades de Aprendizagem, Isolamento social, Obsessivo, Problemas sociais/Impopular, Comportamentos Estranhos e Ansiedade. Os dois permitem também considerar o questionário na sua totalidade.

2.2. Youth Self-Report (YSR)

É um Inventário de problemas de comportamento de auto resposta aplicado dos 12 aos 18 anos. Embora o método mais usual na patologia infantil seja a

recolha da informação através dos adultos, nos últimos anos temos assistido a uma valorização das medidas de auto avaliação afim de compreender processos que são de difícil acesso ao observador externo ao sujeito (por exemplo, os distúrbios emocionais).

Este instrumento permite determinar uma pontuação total, um grupo de problemas de comportamento (comportamentos externalizantes), um grupo de problemas emocionais (internalizantes) e os factores: Anti-social, Problemas de Atenção/Hiperactividade, Ansiedade/Depressão, Isolamento, Queixas Somáticas e Problemas de Pensamento (Fonseca, 1999).

3. Escala de Inteligência de Weschler para Crianças (WISC)

Esta escala (Marques, 1970) permite derivar um quociente intelectual verbal (QIv), um de realização (QIr) e um quociente intelectual global(QIg).

4. Jogo de cartas (Fonseca, 1997)

A tarefa do Jogo de Cartas tem gozado de crescente popularidade. Foi inicialmente utilizada para estudar a impulsividade e a desinibição do comportamento em populações adultas mas tem sido também objecto de estudo com sujeitos mais novos. É frequentemente utilizada como medida de desinibição comportamental/impulsividade em grupos especiais (PDA-H ou PC). Nesta tarefa, que é composta por 90 cartas de jogar vulgares, existem 2 regras fundamentais que a criança tem de memorizar antes de iniciarmos a prova. São elas: sempre que sair uma carta com bonecos (Ás, Valete, Dama ou Rei) ganha um rebuçado, sempre que sair uma carta com um número, perde um rebuçado e pode parar o jogo quando quiser. Como elemento motivacional refere-se que todos os rebuçados que a criança ganhar podem ficar para ela. Só então é iniciada a prova dando ou retirando o rebuçado de forma consistente. No entanto, a criança não sabe que as cartas estão dispostas de uma forma específica de tal forma que, se jogar até ao fim, perde tudo o que ganhou.

5. Questionário de auto-conceito (Piers Harris, 1984)

A escala é constituída por 80 itens, pretendendo estudar o conjunto de percepções que as crianças e adolescentes têm de si. Estas percepções desempenham um papel importante na organização e na motivação do comportamento (Piers, 1984). Além disso, o auto-conceito surge associado a outras variáveis tais como o nível de ansiedade, as expectativas e o rendimento escolar (Simões, 1987).

Esta escala permite obter uma pontuação global de auto-conceito bem como pontuações relacionadas com vários auto-conceitos (comportamento, estatuto escolar e intelectual, aparência física, ansiedade, popularidade/felicidade e satisfação geral).

6. Entrevista

Procurou-se actualizar a informação relativamente aos sujeitos: tentou-se saber se tinham problemas com a autoridade, qual o estado civil dos pais, problemas com as relações sociais, problemas com sono ou alimentação, se estavam com medicação e o nível de satisfação geral (Anexo 2). Esta entrevista foi dirigida aos pais.

MÉTODO

Num 1º momento, participaram neste estudo 51 sujeitos da consulta de hiperactividade. As suas idades variavam entre os 5 e os 13 anos. Foram seleccionados aqueles que possuíam critérios para a PDA-H segundo a DSM-IV e que pontuassem, simultaneamente, no CBCL e no TRF acima ou igual ao percentil 95. Considerou-se a pontuação dos questionários na sua totalidade e não a análise por factores, seleccionando assim, a amostra globalmente mais problemática. Esse critério foi utilizado porque a estrutura factorial do TRF é diferente do CBCL o que poderia levantar questões metodológicas.

Após esse momento, utilizámos a WISC eliminando da amostra os sujeitos cujos níveis intelectuais fossem inferiores a 80, tendo ficado com uma população de 45 sujeitos.

Em seguida, utilizámos como medida de desinibição/impulsividade, a tarefa do Jogo das Cartas (Fonseca, 1997) a fim de caracterizar a amostra.

Num 2º momento, para perceber o desenvolvimento da nossa população, convocámos os mesmos sujeitos cerca de 5-6 anos após o 1º diagnóstico. Estes seriam simultaneamente objecto de uma consulta médica e de uma consulta psicológica.

Do ponto de vista médico foi realizada a entrevista semi-estruturada, descrita anteriormente (Anexo 2) e os exames objectivo e neurológico sumário.

Na consulta psicológica, utilizámos o Youth Self Report, a medida de Auto Conceito de Piers Harris e a entrevista descrita (Anexo 2).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

População

Após sujeitar a população aos critérios de diagnóstico da DSM-IV, de manter só quem tivesse os critérios já referidos no CBCL e no TRF e de retirar os sujeitos com QI inferior a 80, a nossa amostra ficou com um total de 45 sujeitos com uma média de QIs tal como se vê no Quadro 1.

Quadro 1

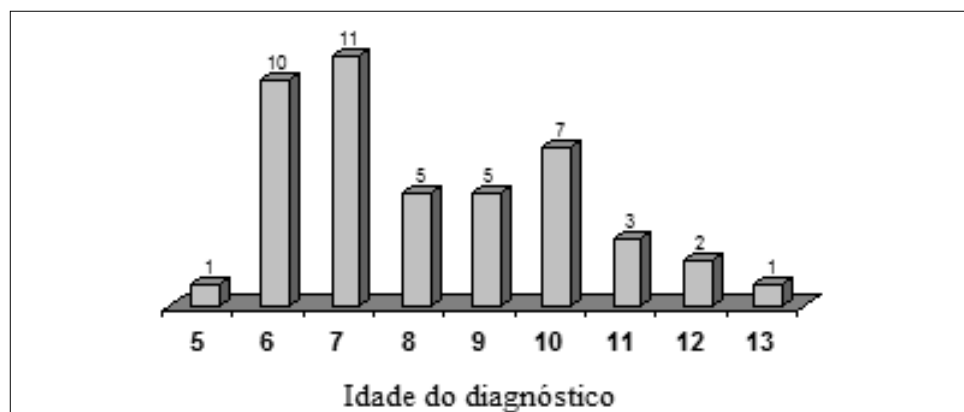
Média QIg 102	(máx. 130, min. 84)
Média QIv 104	(máx. 129, min. 81)
Média QIr 105	(máx. 138, min. 85)

Idade dos diagnósticos

Obtivemos muito pouca incidência de primeiros diagnósticos em idade pré-escolar. Os problemas parecem emergir em idade escolar, o que pode ser parcialmente explicado pelas exigências que o 1º ciclo faz à concentração e contenção de impulsos. Uma outra explicação possível prende-se com o tempo de espera entre a sinalização e o tempo de atendimento. Uma terceira hipótese seria a de alguns dos profissionais que contactam com a criança em idade escolar apostassem no encaminhamento para consulta de especialidade mais tardio.

Aos 10 anos, os problemas estão devidamente documentados e, aos 12 ou 13 anos torna-se menos comum um primeiro diagnóstico.

Quadro 2



Tarefa do jogo de cartas

Verificámos que 83% da nossa amostra jogou até ao fim, o que vem corroborar a nossa hipótese de estarmos perante uma amostra com níveis elevados de impulsividade, com dificuldade na planificação de uma estratégia e com desinibição comportamental (não param o jogo).

Seguimento (2º momento)

Após 5-6 anos os sujeitos foram convocados. Aderiram 25 crianças e adolescentes (perda: 20 sujeitos (44%).

No entanto, uma vez que a avaliação psicológica implicava algum tempo de espera, perdemos 8 sujeitos o que nos valeu uma população de 17.

Quadro 3

Avaliação médica	Avaliação psicológica
25	17

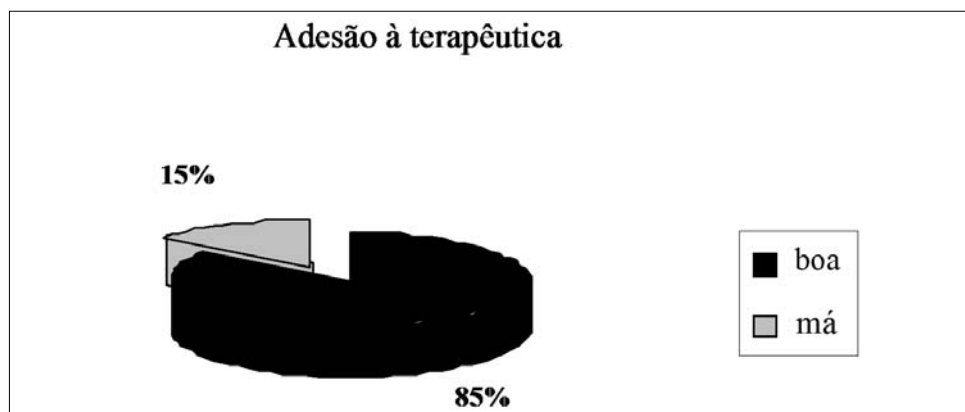
Avaliação médica

À avaliação médica apresentaram-se 25 crianças e adolescentes; 18 (72%) eram do sexo masculino.

Todos foram de novo submetidos aos exames objectivo e neurológico sumário. Nenhum dos exames revelou alterações dignas de registo.

A medicação utilizada foi o metilfenidato.

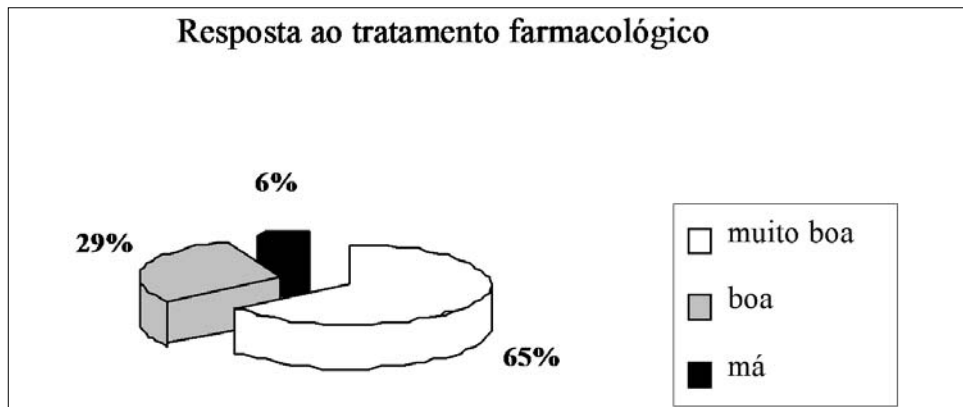
Quadro 4



Adesão à terapêutica (n=25)

Em 15% dos casos não houve adesão à terapêutica (Quadro 4). Os valores de adesão (85%) são de certa forma surpreendentes na idade escolar e na adolescência, quando o abandono da terapêutica se verifica com alguma frequência.

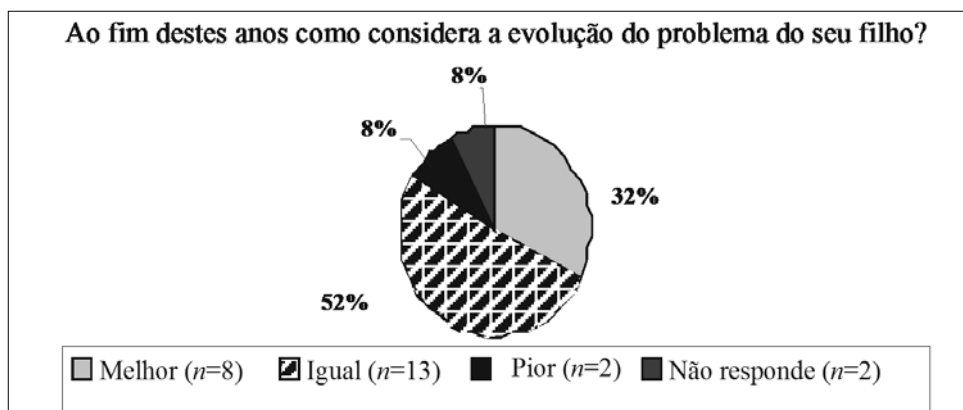
Quadro 5



Resposta ao tratamento farmacológico (n=25)

Esta avaliação é qualitativa, tendo sido perguntado aos pais o que achavam da resposta ao tratamento farmacológico. Uma vez que são os pais que acompanham os filhos à consulta e relatam as dificuldades sentidas, esta questão pareceu-nos de interesse na perspectiva do clínico.

Quadro 6



Evolução do problema (n=25)

Quando questionamos os pais acerca da avaliação que fazem da situação actual do seu filho em relação à evolução do diagnóstico de PDA-H, ao longo destes anos de acompanhamento, 52% (13) consideraram que estaria igual, 32% casos (8) consideraram-se que estava muito melhor, em 8% (2) casos a avaliação dos pais foi negativa, estaria pior, e 8% não responderam.

Rastreio psicológico

A literatura aponta para dificuldades na auto estima, maiores taxas de insucesso escolar e comorbilidades nestas populações. Assim, após alguns anos, quisemos verificar como estavam nestas variáveis. Uma vez que o rastreio psicológico implicava mais tempo de espera para as famílias algumas não aderiram. Assim ficámos, dos 25 anteriores, com uma sub amostra de 17 dos quais 13 rapazes e 4 raparigas com idades entre os 9 e os 17 anos e com uma escolaridade mínima equivalente ao 3º ano e máxima equivalente ao 9º ano.

YSR

Analisámos o questionário de auto-resposta e escolhemos como indicador de patologia aqueles que estavam no percentil 98 ou acima dele. Obtivemos 53% de indicadores de patologia geral e, a análise por factores revelou o seguinte (Quadro 7)

Quadro 7

Comorbilidades

53% Sinais de patologia geral
33 % Comportamento Anti-Social
53,3% Problemas de Atenção/Hiperactividade
20% Ansiedade /Depressão

Nota. Ver Anexo 2 (ítems que compõem estes factores)

Note-se que o somatório das percentagens perfazem mais do que os 100% mas tal facto explica-se porque um sujeito pode sofrer simultaneamente de mais do que uma condição.

Pretendendo saber quais as características de comportamento mais comuns, analisámos outros factores. Foi para nós uma surpresa constatar que 100%

desta sub amostra sofria de isolamento. Ao determinar quais os comportamentos e/ou sentimentos que estavam latentes neste factor verificámos as seguintes descrições comportamentais:

Factor isolamento YSR

- Sou reservado
- Sinto-me demasiado consciente
- Sou envergonhado
- Sonho acordado
- Tenho preocupações
- Sou desconfiado
- Prefiro colegas mais velhos
- Sou tenso

Como característica adicional 82% da amostra continua a referir grandes dificuldades na concentração.

Além disso, ao tentar perceber quais as características comportamentais predominantes nesta população verificámos que 70 – 60% respondem:

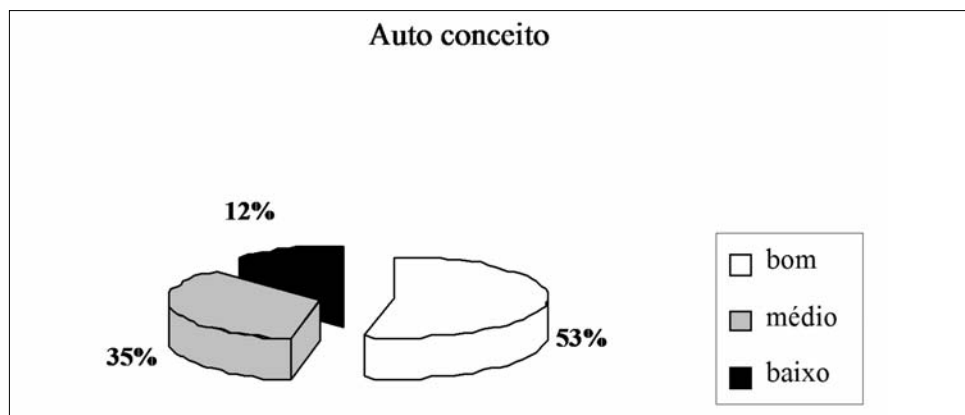
- Sou nervoso
- Sou teimoso
- Trabalho bem com as mãos
- O meu trabalho escolar é fraco
- Gosto de estar com as outras pessoas
- Não consigo estar sentado muito tempo
- Gosto de viver sem me preocupar muito

O facto de 70% deles gostarem de estar com outras pessoas parecia chocar com o dado que refere que 100% da amostra sofria de isolamento. O que nos parece, como hipótese explicativa, é que não basta gostar de estar com os outros para termos competências pró sociais suficientes para conseguir interagir com qualidade. Outra possível explicação é que o conjunto de percepções subjectivas intra sujeito que constituem o factor isolamento não chegue para produzir um comportamento de isolamento tal como o entendemos e que seria caracterizado por evitamento social do próprio para com os outros ou dos outros para com os sujeitos com PDA-H.

Procurámos num estudo exploratório do YSR, perceber o que se poderia encontrar mais nesta sub-amostra. Verificou-se que uma elevada percentagem tinha ausência de culpa após errar. No entanto, um dado que nos pareceu interessante foi a percentagem de sujeitos que relatavam ouvir vozes o que sugere a necessidade de um rastreio psiquiátrico de retaguarda. Fica a dúvida para estudos posteriores de seguimento mais alargados no tempo em saber se estávamos perante uma população PDA-H que desenvolveu outras patologias adicionais ou se a PDA-H era a ponta do iceberg que servia como indicador precoce de outras patologias.

- 53% Ausência de culpa após errar
- 59% São impulsivos
- 53% Mentem
- 29,4% Ouvem vozes
- 11,8% Ideação suicida

Quadro 8



Auto-Conceito (AC) (n=17)

Esta população revela um índice pequeno de baixo auto conceito (12%). Esse achado é contrário à literatura, tanto mais que esta é a amostra inicial mais problemática. No entanto, podemos interrogar-nos se o facto de terem tido apoio de medicação, psicológico e escolar pode ter minimizado o impacto negativo desta perturbação no AC.

Questionário geral

Dificuldades escolares

Como está bem documentado, existe uma sobre-representação das dificuldades escolares na população PDA-H. Obtivemos cerca de 94% com dificuldades escolares. Uma vez que esse é um conceito muito lato, procurámos saber quantos teriam acima ou igual a 4 negativas.

Verificámos que 47% tinham 4 negativas ou mais.

Apoio pedagógico

Determinámos que 47% da sub-amostra (8 sujeitos) não tinha apoio pedagógico.

Problemas familiares/problemas com a autoridade

47% desta sub-amostra queixava-se de problemas familiares de uma forma geral e não específica. Desses, 29% de pais estavam divorciados.

Além disso, 41% revelava problemas com a autoridade, nomeadamente família e professores mas nenhum relatava problemas com a polícia ou os tribunais.

CONCLUSÕES

Este estudo revela limitações devido ao reduzido tamanho da amostra e ao facto de apenas considerar a amostra comportamental mais problemática. Apesar disso, podemos detectar algumas tendências que nos parecem curiosas, entre elas: a elevada prevalência dificuldades escolares e de crianças sem apoio. Num próximo estudo poder-se-ia determinar as causas para as dificuldades em obter estes apoios. A questão é tanto mais pertinente quanto se demonstra que muitos continuam a relatar dificuldades de concentração e dificuldades nas relações sociais. Esta ideia é também corroborada pelas percentagens elevadas de comorbilidades associadas, algumas delas merecendo esclarecimento psiquiátrico. Seria interessante detectar se essas percentagens se mantêm numa amostra de maior tamanho ou numa amostra menos problemática.

ANEXO 1

Critérios de diagnóstico para PDA-H

A. (1) ou (2)

- (1) Seis ou mais dos seguintes sintomas de falta de atenção devem persistir pelo menos durante seis meses com uma intensidade que é desadaptativa e inconsistente, em relação ao nível de desenvolvimento.

Falta de atenção

- (a) Com frequência não presta atenção suficiente aos pormenores ou comete erros por descuido nas tarefas escolares, no trabalho ou noutras actividades lúdicas.
- (b) Com frequência tem dificuldade em manter a atenção em tarefas ou actividades.
- (c) Com frequência parece não ouvir quando se lhe dirigem directamente.
- (d) Com frequência não segue as instruções e não termina os trabalhos escolares, encargos ou deveres no local de trabalho (sem ser por comportamentos de oposição ou por incompreensão das instruções).
- (e) Com frequência tem dificuldades em organizar tarefas ou actividades.
- (f) Com frequência evita, sente repugnância ou está relutante em envolver-se em tarefas que envolvam esforço mental mantido (tais como trabalhos escolares ou de casa).
- (g) Com frequência perde objectos necessários a tarefas ou actividades (por exemplo, brinquedos, exercícios escolares, lápis, livros ou ferramentas).
- (h) Com frequência distrai-se facilmente com estímulos irrelevantes.
- (i) Com frequência esquece-se das actividades quotidianas.

- (2) Seis ou mais dos seguintes sintomas de hiperactividade-impulsividade persistiram pelo menos durante 6 meses com uma intensidade que é desadaptativa e inconsistente com o nível de desenvolvimento:

Hiperactividade

- (a) Com frequência movimenta excessivamente as mãos e os pés, move-se quando está sentado.
- (b) Com frequência levanta-se na sala de aula ou noutras situações em que se espera que esteja sentado.
- (c) Com frequência corre ou salta excessivamente em situações em que é inadequado fazê-lo (em adolescentes ou adultos pode limitar-se a sentimentos subjectivos de impaciência).
- (d) Com frequência tem dificuldades em jogar ou dedicar-se tranquilamente a actividades de ócio.
- (e) Com frequência anda ou só actua como se estivesse “ligado a um motor”.
- (f) Com frequência fala em excesso.

Impulsividade

- (g) Com frequência precipita as respostas antes que as perguntas tenham acabado.
- (h) Com frequência tem dificuldade em esperar pela sua vez.
- (i) Com frequência interrompe ou interfere nas actividades dos outros (por exemplo, interromete-se nas conversas ou nos jogos).

- B** Alguns sintomas que causam défices surgem antes dos 7 anos de idade.
- C** Alguns défices provocados pelos sintomas estão presentes em dois ou mais contextos (por exemplo, escola ou trabalho e em casa).
- D** Devem existir provas claras de um défice clinicamente significativo do funcionamento social, académico ou laboral.
- E** Os sintomas não ocorrem exclusivamente durante uma Perturbação Global do Desenvolvimento, Esquizofrenia ou outra perturbação psicótica e não são melhor explicados por outra perturbação mental (por exemplo, Perturbação do Humor, Perturbação da Ansiedade, Perturbação Dissociativa ou Perturbação da Personalidade).
-

ANEXO 2

Questionário

Nome:

Data nascimento:

Data actual:

- 1 Que serviços de apoio frequenta actualmente (apoio escolar ou serviços de saúde mental)?
 - 2 Abandonou o metilfenidato?
 - 3 Toma medicação actualmente? Se sim, qual?
 - 4 Qual o ano de escolaridade no qual se encontra?
 - 5 Tem dificuldades escolares? Se sim quais? Quantas negativas tem actualmente?
 - 6 Se ainda frequenta a escola, tem apoio escolar?
 - 7 Se já não está na escola, qual o ano que frequentou?
 - 8 Se já não está a estudar o que faz agora? (discussão de projectos profissionais; o que pretende fazer, etc.)
 - 9 Tem problemas com a autoridade? (pais, professores, polícia, tribunal)
 - 10 Há problemas familiares?
 - 11 Estado civil dos pais (casados, união de facto, separados, divorciados, etc)
 - 12 A criança (jovem) ultrapassou a perturbação? (melhor, pior, igual)
 - 13 Tem amigos? É difícil manter amizades?
 - 14 Sono (dorme bem, mal, sonambulismo, etc.)
 - 15 Alimentação (come bem, mal, perdeu peso, etc.)
 - 16 Organização do estudo (é capaz de se organizar sozinho, faz tpcs, estuda)?
 - 17 Percepção da criança relativamente ao seu problema (pergunta dirigida ao próprio)
-

ANEXO 3

Itens do YSR que compõem os 3 factores detectados nas comorbilidades

Factor: Anti-social

Grito muito
Sou cruel
Meto-me em bulhas
Ameaço outras pessoas
Roubo fora de casa
Destruo coisas da família e colegas
Ando com outros que se metem em sarilhos
Sou mentiroso, batoteiro
Bebo bebidas alcoólicas
Digo palavrões
Sou desobediente na escola
Destruo as minhas coisas
Falto às aulas

Factor: Problemas de atenção-hiperactividade

Falo demasiado
Sou incapaz de estar sentado muito tempo
Sou teimoso
Arrelio muito os outros
Sou impulsivo
Sou muito barulhento
Discuto por tudo e por nada
Sou demasiado infantil para a minha idade
Gosto de exhibir-me ou fazer palhaçadas
Tenho birras ou exalto-me facilmente
Grito muito
Mudo bruscamente de humor
Sou fanfarrão ou gabarola
Não me concentro

Factor: Ansiedade/depressão

Sou infeliz
Ninguém gosta de mim
Acho-me sem valor
Sinto-me sozinho
Choro muito
Sinto-me confuso
Os colegas não gostam de mim
Troçam de mim
Sinto-me perseguido
Sinto-me culpado
Sou desajeitado

BIBLIOGRAFIA

- Albuquerque, C.P., Fonseca, A.C., Simões, M.R., Pereira, M.M., & Rebelo, J.A. (1999). *Psychologica*, 21, 113-128.
- Associação Americana de Psiquiatria (1994). *Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais – DSM-IV*. Lisboa: Climepsi Eds.
- Campbell, S.B., Endman, M.W., & Bernfeld, G.A. (1977). Three-Year Follow-Up of Hyperactive Preschoolers into elementary School. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 18, 239-249.
- Fonseca, A.C., Simões, A., Rebelo, J.A., Ferreira, A.F., & Cardoso, F. (1994). Um inventário de competências sociais de problemas do comportamento em crianças e adolescentes – Child Behaviour Checklist de Achenbach (CBCL). *Psychologica*, 12, 55-78.
- Fonseca, A.C., Simões, A., Rebelo, J., Ferreira, J.A., & Cardoso, F. (1995). O inventário de comportamentos da criança para professores – Teachers Report Form (TRF). *Revista Portuguesa de Pedagogia*, ano XXIX, 2, 81-102.
- Fonseca, A.C. (1997). Uma medida de impulsividade para crianças: O jogo das cartas. *Psychologica*, 17, 33-47.
- Fonseca, A.C., & Monteiro, C.M. (1999). Um Inventário de Problemas de Comportamento para Crianças e Adolescentes: Youth Self-Report de Achenbach. *Psychologica*, 21, 79-96.
- Ferreira Marques, J.H. (1970). *Manual da Escala de Inteligência de Weschler para Crianças (WISC): Adaptação e aferição para Portugal*. Lisboa: Instituto de Alta Cultura.
- Piers, E (1984). *Piers-Harris Children's Self-Concept Scale. Revised manual*. Los Angeles. Western Psychological Services.
- Pliszka, S., Carlson, C., & Swanson, J. (1999). *ADHD with Comorbid Disorders. Clinical Assessment and Management*. New York. The Guilford Press.
- Rohde, L.A., Mattos, P., e cols. (2003). *Princípios e práticas em TDAH, Transtorno de Deficit de Atenção/Hiperatividade*. Porto Alegre: Arimed Editora.
- Simões, M., & Serra A.V. (1987). A importância do auto-conceito na aprendizagem escolar. *Revista Portuguesa de pedagogia*, XXI, 232-252.
- Simões, M.R., et al. (1998). O uso das Escalas de Inteligência de Weschler no contexto da avaliação neuropsicológica: O caso das lesões cerebrais. *Psychologica*, 20, 125-158.
- Weiss, G., & Hechtman, L. (1993). *Hyperactive Children Grow Up. ADHD in Children, Adolescents and Adults*. New York. The Guilford Press.
- Tannock, R. (1994). Attention deficit disorders with anxiety disorders. In T.E. Brown (Ed.), *Subtypes of attention deficit disorders in children, adolescents and adults*. New York: American Psychiatric Press.

ABSTRACT

The purpose of this study was to determine the behavioural and social characteristics of children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) 5 years after the first diagnostic. In order to do so, we used DSM-IV criteria for ADHD and Achenbach's behavioural questionnaires for parents and teachers (CBCL and TRF). The Card Game Task was used to characterize the sample's impulsivity. 5 years after, the Youth Self Report of Achenbach (Youth Self Report or YSR) was fulfilled by the patient as well as the Piers Harris's Self Concept Questionnaire. In order to determine the psycho social evolution of the sample we used an interview constructed by us (annex 2). Generally the sample shows a tendency to maintain the characteristics of the disorder with associated comorbidities and to abandon medication once school is ended. There is a tendency to lack of school support services.

RESUME

L'objectif de cette étude a été de déterminer les caractéristiques comportementales et sociales d'un échantillon d'enfants avec Perturbation par Déficit Attention et de Hyperactivité (PDA-H) 5 ans après le 1er diagnostic. À cet effet, nous avons utilisé les critères de DSM-IV pour PDA-H et les questionnaires comportementales d'Achenbach pour parents et enseignants (CBCL et TRF). Le Jeu de lettres a été utilisé pour caractériser l'impulsivité de l'échantillon. 5 Ans après, nous avons utilisé les questionnaires d'auto réponse d'Achenbach (Youth Self Report ; YSR), le et le Questionnaire d'Auto Concept de Piers Harris. Pour déterminer l'évolution psycho sociale de l'échantillon, nous avons utilisé des questions dans une entrevue qu'on a conçue (annexe 2). Globalement l'échantillon démontre une tendance à : maintenir les caractéristiques du désordre, morbidités associées, aussi qu'une tendance générale de l'abandon de la médication aussitôt que la scolarité est finit. On vérifie, aussi une manque d'aides scolaires.

ETIOPATOGENIA DA DEPRESSÃO NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA *

Rosa Carvalho **

Graça Milheiro **

José Garrido ***

RESUMO

A etiopatogenia da depressão na infância e adolescência está ainda longe de estar completamente compreendida. Neste artigo, os autores apresentam o modelo bio-psico-socio-cultural que implica ter em conta as várias dimensões de uma etiologia multifactorial – factores predisponentes, precipitantes, perpetuantes e protectores – assim como os conceitos de vulnerabilidade e competências da criança, nos seus diversos níveis: biológico, psicológico e sócio-cultural.

Palavras-chave: Adolescência. Deslocação. Etiopatogenia. Infância.

INTRODUÇÃO

A depressão na criança, tal como hoje a concebemos, com características semelhantes e sobreponíveis à depressão do adulto, é um conceito relativamente recente, ainda objecto de alguma controvérsia e alvo de considerável interesse no campo da investigação científica.

A etiopatogenia da depressão na infância e adolescência, tema a que nos propomos tecer algumas reflexões, está ainda longe de estar completamente compreendida.

O modelo bio-psico-socio-cultural que implica ter em conta as várias dimensões de uma etiologia multifactorial, assim como os conceitos de *vulnerabilidade* e *competências* da criança, nos seus diversos níveis: biológico, psi-

* Comunicação apresentada nas 4^{as} Jornadas sobre Comportamentos Suicidários, Luso, 4 de Outubro de 2002.

** Assistentes Hospitalares de Psiquiatria da Infância e da Adolescência.

*** Assistente Hospitalar Graduado de Psiquiatria da Infância e da Adolescência do Departamento de Pedopsiquiatria e Saúde Mental Infantil e Juvenil do Centro Hospitalar de Coimbra.

cológico e sócio-familiar, parece-nos ser a melhor conceptualização do pedopsiquiatra face à psicopatologia da infância e adolescência.

Deste modo, com base nos conhecimentos actuais, as perturbações depressivas entre crianças e adolescentes resultam de uma combinação de factores que parecem conduzir a um aumento da vulnerabilidade individual à depressão (resultantes da herança genética ou experiências prévias) – *predisponentes*, bem como factores que podem precipitar um episódio depressivo num determinado momento (acontecimentos de vida adversos) – *precipitantes*. Os mecanismos que tentam explicar como é que estes factores etiológicos actuam para produzir os sintomas de depressão, podem dividir-se essencialmente em biológicos e psicológicos, não sendo qualquer um deles exclusivos. Uma vez estabelecido, a síndrome depressiva pode e é frequentemente prolongada por factores de *manutenção*.

Do lado oposto, parece-me essencial abordar sucintamente a noção de resiliência infantil e os factores que podem actuar como *protectores* das perturbações psiquiátricas na criança, nomeadamente a depressão, e que assumem especial interesse numa perspectiva de prevenção e intervenção precoce.

FACTORES PREDISPOONENTES

Começando pelos factores predisponentes para a depressão na infância e adolescência, estes podem ser genéticos, relativos ao ambiente familiar e às relações sociais e temperamentais.

Genéticos

Filhos de pais deprimidos têm risco aumentado para depressão, especialmente na infância e início da vida adulta (Wickramarate & Weissman, 1998) (com risco adicional se ambos os pais forem deprimidos), assim como para muitas outras formas de psicopatologia, incluindo perturbações de ansiedade e disruptivas, e outros problemas médicos (Kramer et al., 1998).

Estima-se mesmo que as crianças com pelo menos um dos pais deprimidos têm, aproximadamente, uma probabilidade três vezes superior, de vir a sofrer um episódio de depressão major durante a sua vida, em comparação com os filhos de pais não deprimidos, variando o risco entre 15 e 60% (Hammen et al., 1990; Orvaschel et al., 1988; Weissman et al., 1997).

A prevalência de depressão nos familiares biológicos de 1º grau de crianças

deprimidas varia entre 30 a 50%, em especial as mães têm elevadas taxas de depressão (56 a 73%) (AACAP 1998), alertando para a importância da sua avaliação e tratamento.

Os factores relativos à depressão parental que conferem um elevado risco para perturbação depressiva major nas crianças incluem:

- Início precoce da perturbação de humor;
- Perturbação depressiva major recorrente;
- Outras perturbações psiquiátricas não afectivas;
- Perturbações do humor e/ou ansiedade em ambos os pais (AACAP, 1998).

Os factores genéticos actuam provavelmente através de mecanismos múltiplos, muitos dos quais indirectos (Silberg et al., 1999), embora até à data não seja conhecida ao certo a importância relativa de cada um deles. Assim, o risco transmissível pode envolver:

- *Efeitos genéticos directos* nos sistemas reguladores do humor (tal como parece ser o caso da perturbação Bipolar início-adulto);
- *Efeitos genéticos indirectos*
 - Aumentando a vulnerabilidade aos acontecimentos de vida adversos (Silberg et al., 2001), exemplo de *interacção gene-ambiente*.
 - Aumentando a susceptibilidade do indivíduo para os acontecimentos de vida depressivos, tais como zangar-se com amigos, um exemplo de *correlação activa gene-ambiente* (Silberg et al., 1999).

Para além do que foi referido, os indivíduos com risco genético elevado parecem ser mais sensíveis aos efeitos adversos do ambiente do que os indivíduos com baixo risco genético (AACAP, 1998), donde se conclui que os factores ambientais desempenham um papel relevante nesta associação, em particular os que resultam do ambiente familiar e da respectiva interacção pais-filhos.

Ambiente familiar

A existência de interacções familiares disfuncionais, em especial provocadas por *depressão materna* e por *conflitos familiares prolongados*, desempenha um importante papel na patogénese da depressão na infância e adolescência.

Estudos envolvendo adultos deprimidos, crianças filhas de pais deprimidos e jovens deprimidos mostraram que estes descreveram nas suas interacções familiares maior conflitualidade, maus-tratos infantis, rejeição e problemas de

comunicação, e níveis mais baixos de afecto e suporte parental comparadas com famílias dos grupos de controlo normais (Beardslee et al., 1996a; Harrington et al., 1997; McCauley & Myers, 1992).

Adversidade familiar predisponente à depressão na infância e adolescência pode traduzir-se em:

- *Interações pais-filhos insatisfatória, excessivamente crítica ou punitiva* (formas extremas de comportamento parental negativo, como punições severas e maus-tratos estão associadas com depressão na infância) (Downey & Walker, 1992);
- *Conflitos prolongados entre o casal* [vários estudos encontraram uma associação entre discórdia marital e distúrbios psiquiátricos na criança (Keller et al., 1986; Cox et al., 1987), sendo o risco maior quando elevados níveis de hostilidade e criticismo são dirigidos à criança];
- *Famílias com elevados níveis de emoções expressas*;
- *Rejeição parental* (aos 8 anos de idade é um melhor preditor de sintomas depressivos 10 anos mais tarde do que o uso de punição pelos pais) (Lefkowitz & Tesiny, 1984);
- *Baixa coesão familiar* (coesão e suporte dentro da família parece ser mais importante do que a estrutura familiar) (Garrison et al., 1997);
- *Perda parental precoce* (antes dos 3 anos);
- *Perturbação depressiva nos pais*:

Pais deprimidos frequentemente sentem dificuldades no exercício das suas funções parentais, e estas podem ser um reflexo dos sintomas dos seus próprios transtornos psiquiátricos, bem como de uma eventual psicopatologia comórbida (ex.: alcoolismo, distúrbios de personalidade). Além disso, servem como um modelo para o pensamento e *coping* depressivo, sendo que variáveis cognitivas depressogénicas formam uma via entre interações pais-filhos disfuncionais e depressão.

Por outro lado, uma criança deprimida, irritável e opositora, pode actuar como um factor de stress para os pais – *efeito bidireccional*. De facto, mães deprimidas podem ter filhos mais difíceis de cuidar, o que por sua vez pode agravar a depressão materna. Também deve ser considerado que, por vezes, os factores que conduzem à depressão materna também causam depressão na criança. O achado de uma relação temporal estreita entre depressão na mãe e na criança dão suporte à ideia de um eventual factor de risco comum.

A *depressão materna* desempenha um importante papel na etiopatogenia da depressão infantil, não só pelos aspectos já referidos, mas também por:

- *Risco aumentado para uma vinculação insegura* (padrão de ambivalência e evitamento) (disrupção no sistema de regulação emocional existe em crianças com vinculação insegura de mães deprimidas, Dawson et al., 1992);
- *Interacções disfuncionais com os seus filhos* – Mães deprimidas usam mais o isolamento, evitamento de conflitos ou superprotecção em vez da negociação e tendem a ser mais irritáveis e hostis;
- *Depressão materna pode agravar os conflitos entre o casal* e afectar o modo como o pai trata os seus filhos (superprotecção materna, e, baixo envolvimento paterno);
- Mães deprimidas não só *expressam mais afectos negativos* dirigidos aos seus filhos, como também podem ter uns mecanismos de resolução de problemas e de *coping deficitários*, que servem como modelos para estes.

Para terminar, gostaríamos de sublinhar que existe um risco aumentado para qualquer perturbação psiquiátrica em crianças, quando os seus pais apresentam uma perturbação do funcionamento psicossocial ou relações conflituosas com os seus filhos, independentemente do diagnóstico psiquiátrico.

Meio social

Os marcadores de uma desvantagem social, tais como o facto de as crianças *não viverem com os seus pais biológicos* (crianças institucionalizadas ou adoptadas) ou as que sofrem *rejeição ou privação social crónica*, estão associados com um aumento da sintomatologia depressiva.

O baixo nível sócio-económico parece não ser um factor de risco para o desenvolvimento de depressão major (Velez et al., 1989; Lewinsohn et al., 1994). Vários estudos sugeriram que a interacção familiar parece ser mais importante na predisposição para depressão do adolescente do que o nível sócio-económico ou a estrutura familiar.

Existe uma forte associação entre *dificuldades relacionais com os pares* e depressão na infância e adolescência, embora o significado desta relação não esteja esclarecido. Alguns estudos sugerem que o deficit é secundário à depressão, e outros, que o deficit é parte de um problema mais vasto que predispõe ao distúrbio. É possível que os problemas nas relações com os pares sejam ambas consequência e causa da depressão.

Temperamento

As crianças diferem nas suas respostas às adversidades familiares e sociais, já que apenas uma minoria de crianças exposta aos factores de risco desenvolve depressão. Por outro lado, características individuais de temperamento da criança ou personalidade prévia estão associadas com depressão independentemente das interacções familiares ou sociais, pelo que é fundamental reconhecer que o temperamento da criança pode aumentar-lhe a resiliência ou torná-la mais vulnerável.

Características individuais que podem predispor à depressão na criança incluem:

- *Dificuldade de adaptação a experiências novas* (estratégias de “*coping*” deficitárias);
- *Baixa auto-estima;*
- *Traços obsessivos, histriónicos ou de personalidade dependente;*

FACTORES PRECIPITANTES

Relativamente aos factores precipitantes, vários estudos recentes usando amostras clínicas e da comunidade, relataram significativamente mais acontecimentos de vida negativos, especialmente nos domínios da escola, relações com amigos ou pais, saúde, trabalho, e relações amorosas, em doentes deprimidos, 12 meses antes do início do síndrome depressivo quando comparados com controlos normais (Birmaher et al., 1996a).

É verdade que muitas crianças e adolescentes desenvolvem uma perturbação depressiva após a ocorrência de determinados acontecimentos de vida negativos (stressantes) (Goodyer et al., 1993) tais como:

- *Luto;*
- *Divórcio ou separação parental;*
- *Bullying;*
- *Abuso físico, sexual ou emocional;*
- *Desastres;*
- *Problemas académicos.*

No entanto, mais uma vez se verifica uma grande variação nas respostas das crianças às adversidades agudas e sabe-se que a maioria das crianças que passam por tais acontecimentos não desenvolverá uma perturbação psiquiátrica

(Goodyer 1990; Silberg et al., 2001), pelo que se conclui que estas constituem um factor de *risco inespecífico* para a depressão nesta faixa etária. Além disso, muitas das adversidades agudas na vida de uma criança ocorrem num contexto de adversidades crónicas e uma minoria de crianças e adolescentes não evidencia nenhum precipitante agudo óbvio para o seu episódio depressivo (Goodyer et al., 1993b). De facto, parece que mais importante do que os acontecimentos em si (tais como a morte de um dos pais, por ex.), são as circunstâncias e o contexto que envolvem os acontecimentos (ex.: as reacções psicopatológicas dos outros membros da família), o seu significado para a criança, o que acontecia antes de, e, talvez mais importante, o que acontecerá depois, em combinação com as aptidões de *coping* e os recursos da própria criança.

Como referimos na introdução, os mecanismos que procuram explicar como é que os factores etiológicos descritos acima, actuam para produzir a síndrome depressiva, dividem-se essencialmente em biológicos e psicológicos.

HIPÓTESES BIOLÓGICAS

Abordaremos sucintamente as hipóteses biológicas que parecem ter maior evidência no estudo da etiopatogenia da depressão na infância e adolescência.

Desregulação biológica nos sistemas neurotransmissores monoamina

A *hipótese amina* propõe que a depressão resulta de uma hipoactividade nos sistemas reguladores da monoamina. As investigações envolvem essencialmente os neurotransmissores serotonina (5-HT) e norepinefrina (NA), e os achados não são muito conclusivos, mas duas linhas de evidência apoiam uma anormalidade do 5-HT: a diminuição da proteína transportadora do 5-HT das plaquetas do sangue de crianças e adolescentes com depressão major (Saler et al., 1998) e a resposta terapêutica positiva de alguns jovens deprimidos aos inibidores selectivos da recaptação da serotonina (ISRSs), nomeadamente à fluoxetina (Emslie et al., 1997c). De salientar que podem existir diferenças desenvolvimentais no balanço dos sistemas neuronais amina entre a infância e a vida adulta e que existem evidências que a actividade relativa do sistema noradrenérgico em relação ao sistema dopaminérgico sofre alterações com a idade, e que o desenvolvimento de ambos os sistemas é afectado pelos factores ambientais e genéticos (Rogeness, Javors, & Pliszka, 1992). Para concluir, esta hipótese, ainda longe de ser provada, continuará a influenciar a investigação biológica nesta área.

Desregulação no sistema endócrino-hipotalâmico (anormalidades endócrinas)

- *Diminuição da libertação da hormona de crescimento em resposta à hipoglicémia induzida por insulina*
- *Diminuição da TSH em resposta à TRH* (dados inconsistentes).
- *Aumento do cortisol – teste dexametasona* (positivo em 50 a 90%)

Muitos investigadores examinaram as associações entre depressão na infância e adolescência e anormalidades endócrinas que não estão associadas com doença endócrina óbvia. Das hormonas candidatas possíveis: melatonina, hormona da tiróide, prolactina, hormona do crescimento e cortisol, os dados mais consistentes derivam das investigações focadas no cortisol.

Vários estudos mostraram que as crianças e adolescentes deprimidos têm menor probabilidade de mostrar supressão da secreção do cortisol quando o corticosteróide exógeno dexametasona é administrado, em comparação com pacientes não deprimidos (Cast & Powell, 1988). Outros autores referem que a hiper-secreção nocturna de cortisol está associada com depressão na infância e adolescência (Goodyer et al., 1996; Herbert et al., 1996).

Existe também evidência que os níveis de cortisol predizem a evolução da depressão juvenil. Susman et al. (1997), relataram que adolescentes que mostraram níveis elevados de cortisol numa situação-desafio tiveram níveis elevados de sintomas depressivos um ano mais tarde, em comparação com adolescentes em que o cortisol não se alterou ou diminuiu. Pode ser, então, que o cortisol medie as associações entre adversidade e depressão, talvez através de efeitos directos em algumas partes do cérebro.

No entanto, as anormalidades do metabolismo do cortisol não são específicas para a depressão, e são observadas noutros distúrbios psiquiátricos de crianças (crianças pré-puberes com ansiedade de separação também têm teste DST positivo), assim como em situações de stress (tais com admissões hospitalares), parecendo ser maior a especificidade no caso dos adolescentes.

Concluindo, o seu papel como um importante mecanismo na depressão juvenil permanece por ser conclusivamente demonstrado e os achados relativos ao cortisol não tiveram até aqui muitas implicações terapêuticas.

Desregulação dos padrões do sono

- *Diminuição do tempo de latência REM* – resultados inconclusivos e contraditórios, que podem ser a reflexão das diferenças maturacionais (alte-

rações desenvolvimentais) na biologia e não o resultado das diferenças na natureza da depressão.

Hormonas sexuais e puberdade

Sabemos que com a adolescência, emergem as diferenças de género, com a maior prevalência da depressão nas raparigas. Estas diferenças parecem estar mais ligadas a alguns aspectos da própria puberdade do que à idade e é possível que existam vulnerabilidades directas em consequência das alterações dos níveis hormonais, tais como os androgénios (Angold et al., 1999b).

Os resultados até à data são inconclusivos e contraditórios, e é certo que a puberdade se faz acompanhar por muitas outras alterações, quer a nível cognitivo, sócio-familiar e emocional, quer a nível da exposição a acontecimentos stressantes.

Podemos concluir que o significado actual das alterações biológicas encontradas, é apenas de que a reacção depressiva se acompanha de muitas manifestações somáticas e que estas mesmas manifestações têm uma tradução bioquímica, neuroendócrina e neurofisiológica pouco específica... e que é muito difícil saber se estas anomalias devem ser consideradas como uma das possíveis causas de depressão ou vistas simplesmente como a consequência de um episódio depressivo e das suas eventuais desordens.

Além de que os estudos biológicos podem ser demasiado invasivos para que possamos abordar por esse vértex a depressão infantil...

MODELOS PSICOLÓGICOS

Os primeiros modelos psicológicos de depressão atribuíam os sintomas a uma reduzida frequência de reforços sociais (Lazarus, 1968); provavelmente a melhor das formulações comportamentais da depressão é a Teoria de Lewinsohn. Mais tarde, surgem os modelos mais cognitivos, que se focam essencialmente no papel das cognições – pensamentos, imagens e atitudes – no humor: teoria cognitiva de Beck e modelo do “desespero apreendido” de Seligman.

Relativamente aos aspectos psicológicos e modelos teóricos de depressão na infância, que referimos apenas sumariamente, parece-nos importante realçar que, apesar de baseados em diversas conceptualizações da realidade psíquica, todos salientam como núcleo central da depressão infantil, a perturbação do sentimento da auto-estima, e suas consequências.

Os principais modelos comportamentais incluem os que se baseiam nas baixas competências sociais, observadas nas crianças deprimidas e o denominado modelo do “desespero apreendido”.

Os modelos comportamentais podem ser caracterizados por:

- Perda da fonte segura e abundante de reforços positivos (perda de reforços);
- Frustração crónica;
- Aumento de situações punitivas, reduzindo a eficácia dos reforços;
- Falta de controlo sobre as relações interpessoais, e os acontecimentos de vida,
- Falta de aptidões sociais para produzir comportamentos adequados à obtenção de reforços (agressividade ou baixa assertividade);
- Incapacidade de usar comportamentos gratificantes, com predomínio de reacções de fuga e evitamento.

É do conhecimento geral que as crianças procuram activamente nos outros, as avaliações (feedback) acerca das suas competências sociais. As crianças (7 ou 8 anos) procuram e usam activamente a comparação social (de si com os outros) da informação para fazerem as suas auto-avaliações e os outros (pais, professores, pares) desenvolvem expectativas acerca da criança, que directa ou indirectamente, lhe transmitem, e que por sua vez aumenta a probabilidade de que a criança vá agir de maneira a confirmar tais expectativas. O que a criança acredita acerca de si própria, resulta assim, da sua percepção e subsequente internalização das avaliações dos outros. Deste modo, exposições repetidas a informações de feedback negativo, afectam desfavoravelmente o desenvolvimento cognitivo normal e levam à criação e diferenciação de auto-esquemas negativos, que predis põem à depressão, especialmente quando em situações de stress.

Um padrão cognitivo-comportamental negativo, com desespero e indefesa – “*desespero apreendido*”, vulnerabiliza o individuo para a depressão. Perante um determinado acontecimento vital, o indivíduo tem expectativas apreendidas de que os acontecimentos externos desagradáveis são muito prováveis, e que aqueles muito desejados, são improváveis, além de que tem baixa motivação para mudar, uma vez que pensa que nenhuma alteração no seu repertório comportamental, pode alterar a probabilidade dos acontecimentos.

As crianças, após uma série de experiências de vida negativas, adquirem um sentimento de falta de controlo sobre a sua vida. Subjacente a estas alterações está um baixo auto-conceito, com baixa motivação para mudar. A criança acha que nenhuma alteração do seu comportamento pode modificar o curso dos

acontecimentos, ou então, que se fizer alguma coisa, não vai ter sucesso. Dweck e Reppucci (1973) encontraram que após um fracasso, algumas crianças com 8 anos de idade não executam as respostas requeridas para o sucesso, parecendo terem-se tornado desesperadas e indefesas.

As crianças deprimidas também têm maior probabilidade do que os seus pares não deprimidos, de desenvolver *atribuições negativas*, atribuindo a si mesmas a causa do insucesso, o que explica o sentimento de culpa que frequentemente as atinge. As origens deste esquema atribucional podem ser em parte familiares, tendo sido encontrada uma correlação entre o estilo de atribuições da mãe para acontecimentos adversos e o estilo de atribuições dos seus filhos (Seligman & Peterson, 1993).

No que diz respeito aos *processos cognitivos*, estes atribuem especial importância à percepção e processamento dos acontecimentos adversos na origem da depressão. As investigações mostraram que as crianças e adolescentes deprimidos têm uma variedade de *distorções cognitivas* que se traduzem numa tríade de sintomas, que inclui: uma visão negativista de si próprio (baixa auto-estima), a interpretação negativa das experiências de vida, e a expectativa negativa quanto ao futuro (varia de acordo com o desenvolvimento da criança). Na origem destes esquemas negativos, estariam uma série de crenças, atitudes e esquemas cognitivos disfuncionais, fundados em experiências traumáticas da infância, que vulnerabilizam o indivíduo para a depressão, e que geralmente latentes, podem ser activadas pela recorrência de experiências semelhantes.

De salientar, que as crianças pré-pubertárias, têm capacidade cognitiva para experimentar sintomas de depressão tais como: culpa, baixo-autoconceito, atribuições erradas de culpa e sentimentos de repulsa. No entanto, um sintoma que estas crianças têm dificuldade em experimentar por completo, é o desespero (relativamente ao futuro) pela ligação estreita que mantêm com a realidade do aqui e agora, tornando-se por isso difícil, antecipar o futuro, ou inferir consequências que possam surgir mais tarde.

Embora muitos estudos tenham documentado uma associação entre depressão na criança e várias distorções cognitivas, existem muitas dúvidas por esclarecer, particularmente não é claro quando é que estas cognições negativas são uma causa ou consequência da depressão (Harrington et al., 1998a).

Apesar do que foi dito, a investigação dos processos cognitivos nas crianças deprimidas tem promovido uma base teórica útil para o planeamento de estratégias de tratamento, além de que o conhecimento de que um esquema cognitivo negativo se torna mais fixo durante a adolescência (Nolen-Hoeksema e tal., 1992), enfatiza a importância de uma intervenção precoce.

FACTORES DE MANUTENÇÃO

Uma vez estabelecida, os factores que podem contribuir para a manutenção da perturbação depressiva na infância e adolescência, são:

- *Persistência directa do distúrbio* – a persistência directa de sintomas residuais é provavelmente muito comum.
- *Sensibilização* – os indivíduos poderão sofrer alterações duradouras na biologia (alterações bioquímicas e microestruturais no sistema nervoso central) e na responsividade aos factores de stress, pelo seu primeiro episódio depressivo, no sentido em que se tornam com maior probabilidade de ter episódios subsequentes (é quase como se tivessem ficado com uma “marca” ou “cicatriz”).
- *Persistência da vulnerabilidade biológica ou cognitiva* – características da personalidade (temperamento), biológicas e cognitivas que podem aumentar a vulnerabilidade a subsequentes episódios.
- *Persistência da adversidade* – crianças que após tratamento da sua depressão regressam para um ambiente familiar disfuncional, por ex.
- *Comorbilidade com outras perturbações psiquiátricas*.

CONCLUSÕES

Podemos concluir que o início e a persistência da depressão na infância e adolescência podem estar associados com muitos factores, e que é provável que seja a combinação dos diversos factores que coloque o risco elevado para a perturbação. A maioria dos modelos correntes propõe que os factores de risco, tais como predisposição genética e acontecimentos de vida adversos, se combinam interactivamente, segundo o *modelo de vulnerabilidade* (ex.: factores genéticos podem influenciar o risco de depressão major, aumentando a vulnerabilidade aos efeitos depressivos dos acontecimentos de vida adversos). Neste modelo, os efeitos genéticos não são determinantes, mas manifestam-se apenas na presença de algum agente stressor externo.

Outro modelo possível de acção dos factores de risco, surge a partir das evidências dos *efeitos aditivos*, em que o risco global para depressão é em parte simplesmente a soma dos factores de risco genéticos e ambientais.

Importa referir também que uns factores de risco terão mais peso na infância e outros na adolescência...

Gostariamos de sublinhar, mais uma vez, a importância da estreita relação entre *baixa auto-estima* e o desenvolvimento e manutenção da depressão entre

crianças e adolescentes deprimidos, e a dependência do normal desenvolvimento da auto-estima relativamente ao meio envolvente, em especial a *família*. Uma boa auto-estima na infância é essencialmente devida a boas relações familiares. Um aspecto particularmente importante é a relação entre baixa auto-estima com a existência de atitudes desvalorizadoras frequentes na família, em simultâneo com a ausência de outras atitudes, que façam a criança sentir-se de alguma forma valorizada. Uma baixa auto-estima influencia negativamente a capacidade de usar o suporte social numa crise, aumenta o risco para depressão e atrasa a recuperação (Olsson et al., 1999).

Do lado oposto à noção de vulnerabilidade encontra-se o conceito de *resiliência*, capacidade humana para enfrentar, ultrapassar e fortalecer-se, ou até transformar-se, face às adversidades da vida (capacidade de resistir ao stress). Sendo uma capacidade humana básica, que nasce com todas as crianças e que pode e deve ser promovida por pais e educadores, pode ajudar a explicar como é que a grande maioria das crianças sujeitas e expostas a grandes adversidades não desenvolvem depressão ou outras perturbações psiquiátricas.

Garmezy (1985), na sua investigação acerca de crianças resistentes ao stress, identificou alguns **FACTORES PROTECTORES**, que agrupou em:

- *Qualidades ou atributos da criança;*
- *Coesão familiar e afecto;*
- *Disponibilidade de apoios externos para a criança e/ou pais.*

Entre os factores familiares que parecem proteger as crianças de distúrbios psiquiátricos, encontra-se uma boa relação entre pais e filhos, privilegiando a afectividade, a comunicação positiva e a valorização da criança.

BIBLIOGRAFIA

- American Psychiatric Association (2002). *DSM-IV-TR: Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., Text Review). Washington, DC: American Psychiatric Publishing Inc. [Trad. Portuguesa: *Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais* (4ª ed., Revisão de Texto). Lisboa: Climepsi Ed., 2002].
- Angold, A. (1988). Childhood and adolescent depression: I epidemiological and aetiological aspects. *British Journal of Psychiatry*, 152, 601-617.
- Angold, A. (1988). Childhood and adolescent depression: II research in clinical populations. *British Journal of Psychiatry*, 153, 476-492.
- Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID 10 (1993). Coord. Organiz. Mund. da Saúde. Artes médicas.
- Cole, D.A. (1991). Preliminary support for a competency-based model of depression in children. *Journal of Abnormal Psychology*, 100(2), 181-190.

- Eley, T.C. (1997). Depressive symptoms in children and adolescents: Etiological links between normality and abnormality: A research note. *J. Child Psychol. Psychiat.*, 38(7), 861-865.
- Flament, M., et al. (2001). Phenomenology, psychosocial correlates, and treatment seeking in major depression and dysthymia of adolescence. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 40(9), September.
- Garrido, J.A. (1990). *Depressão na infância*. Não publicado.
- Goodman, R., & Scott, S. (2001). *Child psychiatry*. Blackwell Science.
- Goodyer I.M. (2001). *The depressed child and adolescent* (2nd ed.). Cambridge: Cambridge University Press.
- Goodyer, I.M., & Park, R.J. (2000). Clinical guidelines for depressive disorders in childhood and adolescence. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 9, 147-161.
- Goodyer, I.M., et al. (1997b). Short- term outcome of major depression. II: Life events, family dysfunction, and friendship difficulties as predictors of persistent disorder. *Journal of the American Academy of Child and adolescent Psychiatry*, 36, 474-480.
- Graham, P., Turk, J., & Verhulst, F. (1999). *Child psychiatry: A developmental approach* (3rd ed.). New York: Oxford University.
- Harrington, R. (1995). *Depressive disorder in childhood and adolescence*. Wiley, England.
- Harrington, R. (2002). Affective disorders. In M. Rutter, E. Taylor, & L. Hersov (Eds.), *Child and adolescent psychiatry: Modern approaches* (4th ed., pp. 463-485). Oxford: Blackwell Science.
- Harrington, R., & Clark, A. (1998). Prevention and early intervention for depression in adolescence and early adult life. *Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci.*, 248, 32-45.
- Harrington, R., et al. (1990). Adult outcomes of childhood and adolescent depression: I. Psychiatric status. *Archives of General Psychiatry*, 47, 465-73.
- Ingram, R., & Ritter, J. (2000). Vulnerability to depression: Cognitive reactivity and parental bonding in high-risk individuals. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 109(4), 588-596.
- Jovan, G., & Simeon, M.D. (1989). Depressive disorders in children and adolescents. *Psychiatr. J. Univ. Ottawa*, 14(2).
- Kendall, P., Stark, K., & Adam, T. (1990). Cognitive deficit or cognitive distortion in childhood depression. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 18(3), 255-270.
- Kovacs, M. (1997). Depressive disorders in childhood: An impressionistic landscape. *J. Child Psychol. Psychiat.*, 38(3), 287-298.
- Marcelli, D. (1998). *Manual de psicopatologia da infância de Ajuriaguerra* (5ª ed.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Marcelli, D. (2000). *Os estados depressivos na adolescência*. Climepsi Editores.
- Marcelli, D., & Braconnier, A. (1989). *Manual de psicopatologia do adolescente*. Porto Alegre. Artes Médicas.
- Olsson, G.I., et al. (1999). Adolescent depression: Social network and family climate – A case-control Study. *J. Child Psychol. Psychiat.*, 40(2), 227-237.
- Relvas, e col. (2001). Depressão. *Acta Médica Portuguesa*, 14, 191-218.
- Sheppard, L.C., & Teasdale, J.D. (2000). Dysfunctional thinking in major depressive disorder: A deficit in metacognitive monitoring? *Journal of Abnormal Psychology*, 109(4), 768-776.
- Stein, D., et al. (2000). Parent-child bonding and family functioning in depressed children and children at high risk for future depression. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 39(11), 1387-1395, November.

Thapar, A., & McGuffin, P. (1997). Anxiety and depressive symptoms in childhood – A genetic study of comorbidity. *J. Child Psychol. Psychiat.*, 38(6), 651-656.

ABSTRACT

The etiopathogeny of depression in childhood and adolescence is far from being completely understood. In the present article, the authors have adopted the bio-psycho-social-cultural, label which means being aware of the whole range of multifactorial aetiology, but also the concepts of the child's vulnerability and skills at all levels: biological, psychological and in the family and social context.

Key-words: Adolescence. Childhood. Depression. Ethiopathogeny.

