

Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria

Nº 31

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA
DE PSIQUIATRIA DA INFÂNCIA E DA ADOLESCÊNCIA

DIRECTOR

Maria Luís Borges de Castro

COMISSÃO REDACTORIAL

Augusto Carreira

Fernando Santos

Filipa Ferreira

Mónica Salgado

Neide Urbano

Pedro Pires

Raquel Quelhas de Lima

Sara Pedroso

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

EDITOR

Associação 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 Universitário

Editorial

Maria Luís Borges de Castro p. 5

ARTIGOS

Unidade de cuidados a tempo parcial para
crianças com problemas do comportamento

Augusto Carreira & Arlete Correia p. 7

Da destruição à (re)construção dos afectos...
Um caminho tumultuoso

Carla Pereira & Georgina Maia p. 17

Adopção, que vinculação?

Margarida Fornelos p. 29

Situações de urgência em pedopsiquiatria –
Intervenção psicofarmacológica

Margarida Marques p. 45

Identidade e psicose na adolescência

Maria Moura p. 57

Normas de Publicação p. 75

Através do espaço do Editorial da “nossa revista” dá-se uma notícia relevante sobre a actividade de todos os internos da Psiquiatria da Infância e da Adolescência:

A comunicação entre pares é, e será sempre, essencial ao desenvolvimento do grupo e do próprio; é através dela, que se constrói a identidade, porque facilitadora das diferentes identificações projectivas não patológicas, que se vão entrecruzando, originando a matriz definitiva da construção do “self” colectivo.

Daqui resulta a tão nossa conhecida necessidade dos agrupamentos de adolescentes, dos agrupamentos sociais de todos os géneros (políticos, religiosos, etc.).

Este processo estabelece-se, igualmente, a nível científico. Todo o pensamento criativo e, consequentemente inovador, resulta do intercâmbio de ideias, postas sob a forma de hipóteses e posteriormente elaborado de forma explícita e transmitidas de maneira organizada e assertiva – *a investigação*. Este longo percurso não deve, nem pode ser solitário; a sua riqueza constrói-se pela comunicação entre pares, que se respeitam.

É nosso desejo, que na Psiquiatria da Infância e da Adolescência este caminho se abra de forma concreta e duradoura através da nova ***Associação Nacional de Internos de Psiquiatria da Infância e da Adolescência (ANIPIA)***.

Passamos a transcrever a carta/notícia, que foi enviada à nossa Redacção pela direcção desta Associação, com a finalidade de todos puderem tomar conhecimento deste projecto:

A Associação Nacional de Internos de Psiquiatria da Infância e da Adolescência (ANIPIA) é a manifestação de um projecto conjunto dos internos de Pedopsiquiatria de todo o País, sonhado por muitos e que nasceu, para efeitos legais, no dia 21 de Julho de 2011. A ANIPIA tem a sua sede no Parque da Saúde de Lisboa, Avenida do Brasil, Número 53, Pavilhão 25, em Lisboa.

A concretização objectiva deste projecto, a partir de uma ideia que partilhávamos há muito tempo, começou há mais de um ano quando a seu propósito se fez a primeira reunião de internos de Pedopsiquiatria em Beja, no

encontro da APPIA. Momento único, em que através do debate e da escuta, descobrimos as coordenadas em direcção ao nosso destino final: a formação da ANIPIA.

Começámos por perceber que embora poucos em número somos e seremos sempre mais ricos quando partilhamos as nossas perspectivas, desejos, questões e projectos para que a nossa formação vá ao encontro das nossas expectativas. Sucederam-se duas reuniões de internos em formações promovidas pela APPIA onde se debateram as bases definitivas e os meios necessários para a constituição da ANIPIA.

Desde o início foi muito concreta a necessidade de organização e formação de uma associação com voz própria com o intuito principal de promover a comunicação entre todos os internos e as respectivas coordenações dos internatos, uniformizar a formação, promover e divulgar actividades de carácter científico que enriqueçam a nossa formação e estabelecer protocolos com entidades relevantes na área da pedopsiquiatria.

Muitas questões de ordem sobretudo burocrática estão ainda a ser pensadas conjuntamente. A nossa ânsia de desafio e de termos espaços onde possamos partilhar e adquirir conhecimentos, levou a que em Setembro decorresse um Encontro de cariz formativo sobre o tema “1º Surto Psicótico – Diferentes Perspectivas” numa organização conjunta entre a APPIA e a ANIPIA.

Queremos agradecer a todos os que partiram e continuam a partir nesta aventura: à direcção da APPIA, em especial ao Dr. Augusto Carreira pelo seu incentivo e apoio e à Revista Portuguesa de Psiquiatria da Infância e da Adolescência pela oportunidade de divulgação do nosso projecto.

Esperamos que a ANIPIA seja um espaço comum de partilha entre todos os que querem fazer parte do crescimento da Nossa Pedopsiquiatria.

Desejamos, que este projecto, agora tornado realidade formal, seja útil e decisivo na construção da identidade dos internos desta especialidade, por meio de uma melhor formação, mas também, que possa proporcionar uma mais-valia a todos os técnicos de Saúde Mental Infantil e Juvenil com a consequente melhoria da sua prática clínica.

O nosso futuro a eles pertence!.

Maria Luís Borges de Castro

UNIDADE DE CUIDADOS A TEMPO PARCIAL PARA CRIANÇAS COM PROBLEMAS DO COMPORTAMENTO *

Augusto Carreira **

Arlete Correia ***

RESUMO

Os autores descrevem o trabalho desenvolvido, há já alguns anos, numa Unidade de Cuidados a Tempo Parcial, com crianças com problemas do comportamento. Reflectindo sobre a sua prática clínica, chamam a atenção sobre a necessidade e importância da intervenção na família, assim como a colaboração com a escola. Consideram, ainda, essencial o trabalho de reflexão permanente da equipa terapêutica no final das actividades.

Palavras-chave: Avaliação. Criança. Criatividade. Escola. Família. Função continente. Grupo. Intervenção multimodal. Problemas de comportamento. Relação terapêutica. Simbolização. Vinculação.

Anteriormente designada por *Área de Dia*, o Hospital de Dia da Infância da Clínica do Parque, é uma Unidade de Cuidados a Tempo Parcial que privilegia o atendimento de crianças com problemas do comportamento associados, na sua maioria, a dificuldades escolares. As suas idades variam entre os cinco/seis anos e os doze anos.

* Este texto tem por base a Comunicação intitulada "Hospital de Dia a Tempo Parcial", apresentada na mesa redonda "Internamento Hospitalar e Intervenção Terapêutica", integrada no XXII Encontro Nacional de Psiquiatria da Infância e Adolescência, V. N. Gaia, 18-20 de Maio de 2011.

** Pedopsiquiatra. Área de Pedopsiquiatria. Hospital de D. Estefânia. Lisboa.

*** Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Área de Pedopsiquiatria. Hospital de D. Estefânia. Lisboa.

A intervenção terapêutica nesta Unidade prevê uma duração de 2 anos, sendo que o foco do tratamento incide simultaneamente na criança, na família e na escola.

I

As crianças, na sua maioria, são crianças agitadas e turbulentas, que privilegiam o agir – e não a palavra – como forma de expressão do seu sofrimento psíquico. Com fraca capacidade de pensar e pensar-SE, à necessidade de agir permanente aliam a agressividade “sem objectivo”, aparentemente sem significado relacional. Pelo contrário, outras apresentam inibições maciças quer de natureza intelectual quer relacional, mas em que, mais uma vez, parece existir uma incapacidade de utilizar o pensamento e a palavra como forma de expressão dos afectos.

São crianças que, de uma maneira geral, viveram carências precoces, massivas, em que parece ter havido, por parte dos pais, a impossibilidade de transformar as angústias precoces num movimento, não corporal mas do pensamento e conseqüentemente de utilizar a palavra.

A acção é utilizada para exprimir as angústias, sendo que este modo de expressão não é uma escolha mas, pelo contrário, é quase a sua única possibilidade. Há, portanto, um insucesso no processo de mentalização.

No trabalho com estas crianças, o nosso objectivo não é “pará-las” a qualquer preço. Pelo contrário, a ideia é transformar a agitação e a agressividade, num movimento relacional quer com os seus pares quer com os adultos. Por outro lado, apresentando um funcionamento mental pobre em representações simbólicas, com conseqüente pobreza imaginativa e criativa, pareceu-nos fundamental o envolvimento de diferentes mediadores na sua relação com o outro, nomeadamente a música, a expressão plástica, a expressão dramática e a expressão corporal.

Assim, semanalmente, *as crianças* usufruem de uma manhã com duas modalidades terapêuticas, em grupo, que consideramos complementares e, poderemos dizer “contrastadas”: psicomotricidade/expressão plástica ou musicoterapia ou terapia ocupacional. Estes dois momentos são ligados/ /separados pelo lanche, altura em que se privilegia o contacto mais informal e espontâneo entre as crianças e a equipa terapêutica.

Na psicomotricidade procura-se que o corpo se possa expressar livremente, libertando-se, permitindo à criança perceber-SE corporalmente de forma

diferente e distinta do outro, preparando-a para um diálogo corporal em que o gesto, o movimento assumam uma finalidade essencialmente relacional e afectiva.

Posteriormente, nos ateliers lúdico-expressivos, procurar-se-á criar um ambiente em que o movimento corporal é substituído pelo “movimento” imaginativo e criativo, pelo “movimento do pensamento” no sentido de facilitar um outro modo de expressão dos afectos. Pensamos que é fundamental que a criança perceba estes dois momentos como absolutamente distintos, ligados por uma experiência afectiva reconfortante (a refeição). Só assim eles poderão vir a ser “a posteriori” integrados num todo contínuo e harmónico (Carreira & Correia, 2005:161).

Para nós, o tempo, no sentido também da continuidade na intervenção, é motivo de preocupação. Assim, a presença de dois terapeutas em todos os *ateliers* permite, também, manter e assegurar a continuidade do tratamento, ainda que ocorra algum impedimento ou imprevisto com um dos terapeutas que o impeça de estar presente.

Importante, também, é que haja sempre um adulto disponível fora do ginásio e dos *ateliers*. Assim, quando uma criança não suporta as actividades do grupo, e sai das salas é escutada e acolhida. Habitualmente, é possível remetê-la ao grupo. Mas, se tal não acontecer mantém-se noutra actividade.

Ainda que as crianças estejam, sobretudo, em grupo, a todo o momento há a possibilidade de uma delas poder mudar este registo, se a equipa terapêutica o considerar pertinente. Isto é, no final da manhã, durante a discussão da equipa terapêutica, é frequente considerar-se que esta ou aquela criança possa usufruir de “um tempo” privilegiado com um adulto, até ao momento em que será possível o seu regresso ao grupo. Aquilo a que, recentemente, numa comunicação Carreira (2011) referiu como “porosidade” entre os diferentes espaços terapêuticos. Para nós, poder haver esta possibilidade é muito importante.

II

As crianças são todas ou quase todas escolarizadas, pelo que *a escola* é sempre um parceiro essencial no processo terapêutico (Carreira & Correia, 2005:163).

São realizados contactos individuais com os professores, pelo menos duas vezes por cada período escolar, e/ou sempre que se mostre necessário, num trabalho que se pretende de parceria com os educadores. Assim, antes das

crianças serem integradas na Unidade, é feito um contacto prévio com os professores, de molde a facilitar as ausências no período escolar, motivando-os e apelando à sua colaboração no tratamento.

Por outro lado, por terem um campo de observação privilegiado da evolução das crianças em tratamento, consideramos que deverão participar activamente no seu processo de avaliação.

III

O trabalho terapêutico com os *pais ou adultos cuidadores* é um trabalho árduo, difícil mas essencial, sem o qual é quase impossível uma transformação.

Inicialmente, ao integrarmos os familiares que acompanham as crianças ao serviço no processo terapêutico, pretendíamos, antes de mais, estabelecer e reforçar uma aliança terapêutica sólida entre as famílias e a equipa que permitisse e facilitasse a continuidade do tratamento (Carreira & Correia, 2005).

De modo geral, [os pais] apresentam-se como figuras parentais frágeis, com evidente esforço no suporte e contenção do sofrimento dos seus filhos. Aparentemente pouco atentos, com dificuldades na leitura dos seus afectos/emoções, muitas vezes sem consciência das suas necessidades, a relação entre pais e filhos parece falha de prazer. Vivendo em conflito constante com os filhos verbalizam sentirem-se esgotados, mostrando-se incapazes de os confortar. As suas queixas são frequentes, sofrendo com o (mau) comportamento dos filhos que entendem como sinal de rejeição e/ou agressão, sem que lhe consigam atribuir qualquer significado relacional. Frequentemente, dizem que têm dificuldade em saber o que devem fazer e mostram-se confusos. Nas interações com os filhos oscilam entre atitudes de grande permissividade ou de punição e retaliação.

Por dificuldades pessoais e/ou familiares foram-se remetendo, cada vez mais, a um grande isolamento social e relacional, vivendo situações de grande frustração. Manifestam necessidade de suporte, de amparo e de compreensão (Correia, 2010).

Os pais frequentam, eles próprios, um grupo de periodicidade semanal e/ou quinzenal.

A escolha do seguimento dos pais em grupo, prendeu-se com o facto de esta ser considerada uma modalidade terapêutica facilitadora em situações em que os pais têm dificuldade em expressar o seu sofrimento e/ou opõem uma grande

resistência à mudança. O grupo parece ter um efeito tranquilizador, mobilizando os pais com posições mais rígidas, tornando-os mais abertos e, eventualmente, mais receptivos a outras modalidades relacionais. Por outro lado, acreditamos que a possibilidade de viverem eles próprios uma experiência semelhante, lhes permite compreender mais claramente o trabalho (psíquico) efectuado nos grupos de crianças da Área de Dia, limitando o risco de, ao sentirem-se excluídos, invadirem os filhos de perguntas após cada sessão (Carreira & Correia, 2005).

A possibilidade de pais e filhos partilharem, em alguns momentos, o mesmo espaço favorece contextos de interações, possibilitando a observação e o trabalho dos técnicos com os pais e crianças.

IV

Os *Grupos de Pais* são semi-abertos e funcionam como complemento aos grupos de crianças. Assim, a proposta da sua frequência é apresentada numa relação de cooperação e complementaridade destinada a facilitar o trabalho terapêutico com as crianças, explicando-lhes que a sua participação nos vai ajudar no sucesso do tratamento dos seus filhos (Carreira & Correia, 2005:165).

A finalidade terapêutica é, antes de mais, criar um espaço de reflexão, que permita pensar em conjunto as dificuldades com os filhos, tornando-os mais receptivos aos seus sentimentos e necessidades, permitindo-lhes reconhecer também aspectos positivos do seu comportamento.

As sessões decorrem em simultâneo com o grupo das crianças e têm, como referimos anteriormente, uma periodicidade semanal/quinzenal. Assim, se, por um lado, a proximidade física entre os dois *settings* terapêuticos, dos pais/filhos, poderá dificultar o trabalho de separação e individuação tantas vezes necessária entre os dois subsistemas, por outro, a presença de vozes, barulhos, gritos e algum “reboliço” de fundo, permite (re)criar cenários, antecipar conflitos e gerir dificuldades vividas pelos pais na relação diária com os seus filhos (Correia, 2010).

Habitualmente, o que os pais esperam do grupo, particularmente do terapeuta visto como um “perito”, são conselhos, recomendações, indicações precisas como devem agir/reagir nesta ou naquela situação. Em suma, como fazer... “Sim, vocês técnicos é que sabem...” repetem frequentemente. Mas, o que realmente sabemos, da nossa prática, é que qualquer tentativa de sugestão é

imediatamente rebatida, contrariada, levando a posições cada vez mais rígidas, como se não houvesse qualquer possibilidade de mudança.

Assim, o que parece possível, é devolver ao grupo as questões que vão sendo colocadas por cada um deles, facilitando e promovendo a discussão entre todos, fazendo circular a comunicação, aproveitando a expressão de dúvidas e preocupações individuais para os ajudar a identificar dificuldades e problemáticas comuns. No final, tentamos reformular o que é dito e sentido no grupo, devolvendo-lhes, sempre que possível, uma leitura mais psicológica e compreensiva das suas dificuldades relacionais com os filhos.

Este trabalho comum permite aos elementos do grupo tomar consciência, muitas vezes pela primeira vez, dos seus sentimentos e afectos negativos na relação com os filhos, ajudando-os desta forma a expressar o seu sofrimento e permitindo-lhes uma maior tolerância à sua ambivalência. Por outro lado, a possibilidade de todos poderem falar e partilhar emoções, num clima de confiança e entreajuda, permite ir construindo um tecido relacional sólido, contendor e suficientemente contínuo que se organiza em redor dos mesmos interesses e vivências, na partilha das mesmas problemáticas, vulnerabilidades e limitações.

Frequentemente, observamos nestes pais um esquecimento/apagamento da sua própria infância, isto é, uma incapacidade de reproduzir uma narrativa em torno da sua própria infância. E, citando uma vez mais Carreira (2011), será talvez esta incapacidade de pensar [a sua própria infância] que os impedirá de se constituir como continente/contentor para as angústias mais precoces dos seus filhos, portanto de poder transformar estas angústias em qualquer coisa de “pensável”, no sentido de Bion (1979). A passagem ao acto é pois uma regra do seu funcionamento psíquico.

Do que resulta uma incapacidade de construir toda uma outra “narrativa” dos seus filhos, diferente desta que resulta do seu esquecimento, projectado sem nenhuma transformação ou “mentalização”, sobre eles. E, é isso que é necessário trabalhar no grupo.

A nossa ideia é justamente ajudar a uma (re)construção da sua infância, queremos dizer “uma visita com guia”, que permitirá, ao menos, um esboço de uma narrativa pessoal, “separada” da narrativa que é necessário construir para as crianças. Pensar as crianças implica, naturalmente, reconhecê-las na sua individualidade e no direito de terem a sua própria história.

No grupo, dá-se, então, voz à história de cada um. *Histórias* que se vão contando com a “ajuda” de fotografias, de brinquedos que os pais possam guardar, a evocação de rituais, em suma “catalisadores” de memória que nos possam ajudar nesta viagem de regresso à sua infância (Correia, 2010).

A partir das narrativas de cada um, outros momentos das suas *histórias* vão sendo evocados, (re) vividos e partilhados. Uma vez mais a tentação de justificar o presente com o passado... Quanto a nós, só possível de ultrapassar com a participação de cada um, a importância que cada um de nós vai conferindo ao que ouve, as diferentes leituras que se permite introduzir, a partilha dos sentimentos que em nós invoca. O que parecia apagado, negligenciável, insignificante, reaparece... permitindo aos elementos do grupo o acesso a outras dimensões das suas vidas, quem sabe, à construção de novas narrativas.

Assim, é imprescindível que no trabalho que vamos desenvolvendo com os pais ao longo das sessões, possamos ir substituindo o nosso olhar “fotográfico”, necessariamente parcelar, por um outro olhar cinematográfico, isto é, fluido, evolutivo, não reduzido a eventuais classificações diagnósticas. É nesta capacidade emergente de questionar, reflectir, partilhar que reside a verdadeira mudança (Ausloos, 1996).

Nada disto será possível se não se estabelecer um vínculo entre o terapeuta e os vários elementos do grupo. Assim, é imprescindível que todos se sintam compreendidos, acolhidos, confortáveis no grupo. É, ainda, necessário que o grupo se constitua como agente de mudança, oferecendo visões alternativas para as situações apresentadas, permitindo o estabelecimento de conexões até aí não percebidas, descobrindo novas relações entre factos, sentimentos e acções.

A partir da partilha de um espaço relacional (o grupo), em que se afirma a procura do prazer, satisfação e bem-estar, e fomentando a vivência das diferentes problemáticas inerentes ao exercício da função parental, a intervenção com os pais tem como objectivo, essencial, ajudá-los nas suas dificuldades de relação com os filhos, procurando, deste modo, que se sintam mais competentes nas suas funções parentais.

V

Por fim, *a equipa terapêutica* deve, ela própria, fazer um trabalho de reflexão permanente, quotidiano, no final das actividades terapêuticas. Analisar a contra transferência da equipa terapêutica, no final de cada dia de trabalho, é talvez o momento mais importante e precioso de todo o processo. Só possível, quanto a nós, com um trabalho de supervisão e inter-visão contínuo e consistente.

Assim, desde o início desta Unidade, que as reuniões do grupo de terapeutas da Área de Dia se constituiu-o como um momento imprescindível da

nossa actividade. Realizando-se no final de cada manhã e depois das crianças e pais terem partido, permite a todos os intervenientes nas actividades, fecundos momentos de reflexão. Além de que, é justamente nestas reuniões que se funda e consolida o sentimento de pertença ao grupo, unido num esforço terapêutico comum.

Sabemos como é difícil lidar com crianças agitadas e, muitas vezes, com dificuldades em conter as passagens ao acto agressivas. São crianças que com facilidade despertam nos técnicos movimentos contra – transferenciais de impotência, zanga e desânimo. Por isso, a reflexão conjunta “na hora” – entenda-se logo após as sessões com as crianças – tem-se revelado fundamental para ajudar a elaborar estes movimentos contra – transferenciais, mobilizando novas propostas de trabalho para as sessões seguintes e abrindo perspectivas diferentes na compreensão das crianças. Permite, ainda, que o grupo de terapeutas, conheça com profundidade todas as crianças e famílias envolvidas, quer no seu funcionamento individual quer na forma como se relacionam social e familiarmente. Permite finalmente que o técnico de ligação com os professores, vá recolhendo informações que lhe possibilite a cada momento uma “discussão” da criança que tenha em conta o seu funcionamento mental, mas também a dinâmica relacional com os pares e familiares. De igual modo nessa reunião será transmitida a opinião recolhida junto dos professores sobre a criança (Carreira, Correia, 2005:169-170).

O Hospital de Dia e o processo terapêutico descrito, é constantemente avaliado, sobretudo o impacto que tem nas crianças, a partir do testemunho dos professores, técnicos e pais. Neste sentido está em curso um trabalho de investigação cujos resultados temos vindo a apresentar em várias reuniões científicas.

BIBLIOGRAFIA

- Ausloos, G. (1996). *A competência das famílias: Tempo, caos e processo* (1ªed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Bion, W. (1979). *Eléments de la psychanalyse* (1^{ère} ed.). Paris: Presses Universitaires de France.
- Carreira, A., & Correia, A. (2005). Unidade de Cuidados a Tempo Parcial (UCTP) – Uma experiência de tratamento em grupo. In Maria José Vidigal (Coord.) – *Intervenção Terapêutica em Grupos de Crianças e Adolescentes: Aprender a pensar* (pp. 155-177). Lisboa: Trilhos.
- Carreira, A. (2011). *Área de Dia – Proposition d’un programme de traitement des troubles des conduites chez l’enfant*. Comunicação apresentada na mesa redonda “Tiers Institutionnels”,

6º Congresso Europeu de Psicopatologia da Infância e Adolescência da Association Européenne de Psychopathologie de l'Enfant e de l'Adolescent (AEPEA), Bolonha, 5-7 Maio de 2011.

Correia, A. (2010). "*Esta família que é a nossa*"... *Intervenção terapêutica em grupo com pais de crianças com alterações do comportamento numa Unidade de Cuidados a Tempo Parcial/Área de Dia*. Monografia apresentada no final da formação em Intervenção Sistémica e Terapia Familiar, na Sociedade Portuguesa de Terapia Familiar, Lisboa, Julho de 2010.

Correia, A., Medeiros, M., Caldeira da Silva, P., & Carreira, A. (2004). *Área de Dia: First outcome of children in a Partial Time Care Unit*. Poster apresentado no 16º Congresso Mundial da International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions (IACAPAP), Berlim, 22-26 de Agosto de 2004.

Correia, A., Caeiro, R., Cabral, I., Salavessa, M., & Carreira, A. (2011). *Children's treatment outcome in a Partial Time Care Unit*. Poster apresentado no 6º Congresso Europeu de Psicopatologia da Infância e Adolescência da Association Européenne de Psychopathologie de l'Enfant e de l'Adolescent (AEPEA), Bolonha, 5-7 Maio de 2011.

ABSTRACT

The authors, based on their experience describe the kind of treatment in a partial care unit, with children with conduct problems. They emphasize the family intervention such as even the continuum collaboration with the school.

They also consider essential the work of permanent reflection of the team at the end of the therapeutic activities.

Key-words: Assessment. Attachment. Child. Conduct problems. Containing function. Creativity. Family. Group. Multimodal intervention. School. Symbolization. Therapeutic relationship.

DA DESTRUIÇÃO À (RE)CONSTRUÇÃO DOS AFECTOS... UM CAMINHO TUMULTUOSO

Carla Pereira *
Georgina Maia **

RESUMO

“Lembram-se do P.?” – É a pergunta colocada frequentemente aos autores desta comunicação por técnicos que, em qualquer altura da sua vida, contactaram com P. e se admiram pela boa evolução clínica dada a gravidade da sintomatologia e do percurso familiar e institucional. Reflectindo sobre P., colam-se outras lembranças. Algumas das quais doem. Por outros que não conseguiram evoluir positivamente e dos quais não sabemos onde se encontram. E ainda outros que não conseguem adquirir uma estabilidade emocional e comportamental mas mantêm o laço terapêutico.

O motivo principal da consulta são as alterações graves do comportamento mas existem diferenças. Os autores pretendem apresentar estes casos clínicos e a análise que realizaram face as diferentes evoluções. Coloca-se a hipótese de esta depender da capacidade de aceder ao núcleo depressivo e desidealizar as figuras parentais, procurando e encontrando outras figuras adultas de identificação. Mesmo que passem eles a ser os pais dos seus pais.

Palavras-chave: Agressividade, Depressão. Idealização. Institucional. Passagem ao acto. Problemas do comportamento. Vinculação.

Há ocasiões em que sentimos dor no corpo, e isso vê-se...

Noutras ocasiões, é por dentro que nos dói e escondemos o que sentimos...

Porque muitas vezes se fala em equipa no SPSMIA e porque também se trabalha em equipa, resolvemos contar a história de dois agora jovens que vieram ao nosso encontro (ou nós ao deles...) algures no decorrer das suas vidas.

* Técnica do Serviço Social.

** Psiquiatra da Infância e Adolescência, Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental da Infância e Adolescência do Centro Hospitalar Lisboa Ocidental – Hospital de São Francisco Xavier.

Duas crianças, adolescentes, adultos.

Perante os casos difíceis, há a marca da recordação, e até, por vezes, a experiência do desespero de não podermos dar a ajuda eficaz àquela criança, àquela família. Mas pelo menos um pode fazer a diferença. Ocorre-nos dizer que, pela história destes dois jovens, a qualidade da vinculação parental e, como complemento, a existência de modelos internos positivos são relevantes para a compreensão do seu desenvolvimento emocional e das relações que estes irão construir.

De acordo com a teoria da vinculação, estes modelos são, ou devem ser, inicialmente construídos com base na qualidade das experiências precoces com as figuras prestadoras de cuidado. No entanto, vão-se modificando com a maturação do SELF e à medida que novas relações interpessoais vão surgindo.

Winnicott, em 1980, referia que boa parte das dificuldades dos adolescentes para os quais se solicitava intervenção profissional derivavam de falhas ambientais, sublinhando a importância do meio e do quadro familiar, na grande maioria dos adolescentes que efectivamente alcançam a vida adulta.

Certo é que, com o crescimento, a criança começa a desenvolver pensamentos próprios que tenderão a contrastar com os das suas figuras de referência, adquirindo, assim, o estado de consciencialização, sendo a consciência, segundo BION, o órgão para a percepção das qualidades psíquicas e o aparelho para pensar os pensamentos.

Fica claro que o desenvolvimento e a consolidação de uma identidade estável pressupõem a existência de uma família bifocal (mãe/pai ou figuras paternas), que irá permitir ao indivíduo um conjunto de identificações e contra-identificações, essenciais desde os primeiros tempos de vida e a formação diferencial de estilos de relação afectiva.

Delegando na mãe, certo é, e todas as investigações apontam para tal, que a influência desta (ou do seu substituto) nos primeiros momentos de vida será vital. Entende-se que essa nova vida absorverá tudo o que provier dessa relação cuidadora.

Na mente da criança, e de uma maneira lenta e gradual, dia após dia, ficarão marcados a ferro e fogo os desejos e frustrações da mãe ou seu substituto, que tenderão a coexistir com os desejos e frustrações do próprio, à medida que a criança vai crescendo e tendo as suas próprias vivências.

Crescer é assim sinónimo de vida e principalmente de passagem no tempo. E por vezes há uma recusa em fazê-lo... crescer implica separar-se de quem até então era uma parte do apoio fundamental quer físico quer psíquico. Reprimir este crescimento é como que evitar o sofrimento, mas incorrer no risco de

infantilizarmo-nos para o resto da vida. Foge-se de pensar, age-se impulsivamente, impera-se numa luta activa contra o pensar e sentir!

E, podíamos continuar... mas estando conscientes dos défices emocionais e inseguranças causadas pela privação e ansiedades parentais precoces, falemos agora dos nossos protagonistas.

Muito resumidamente, o nosso trabalho centrou-se numa tentativa de promover uma compreensão crescente dos sentidos – o sentido de ter sentimentos, as diferenças entre factos e fantasias, o sentido das pessoas terem diferentes perspectivas, para poderem chegar ao sentido de saber o que os HOMENS são...

Pedro Strecht descreve no seu livro “Crescer Vazio” algumas notas sobre a depressão infantil.

Chama a atenção para o OLHAR das crianças. Quando tentávamos descrever, assim, os famosos protagonistas desta nossa história, não pudemos deixar de recordar esta grande chamada de atenção.

E, logo nos vem à memória, um primeiro olhar – R., 13 anos.

Fugidio (crianças que já sofreram mais e são portadoras de uma desconfiança básica em relação aos adultos que as cercam) “o melhor é a gente não se ligar às pessoas e aos sítios, assim é mais fácil” (sic) refere o próprio em relação a mais uma mudança na sua vida. Às vezes violentos; aqui o padrão da negligência emocional foi o mais vivido. Parece muitas vezes um olhar rejeitante e as alterações de comportamento são, na maior parte das vezes, acções consequentes da suas dificuldades.

Então cá vai...

Chegou ao SPSMIA encaminhado por uma casa de acolhimento de Emergência. Foi lá parar por decisão do TFM devido a uma situação de desinvestimento e ruptura no seio da família (Quadro1).

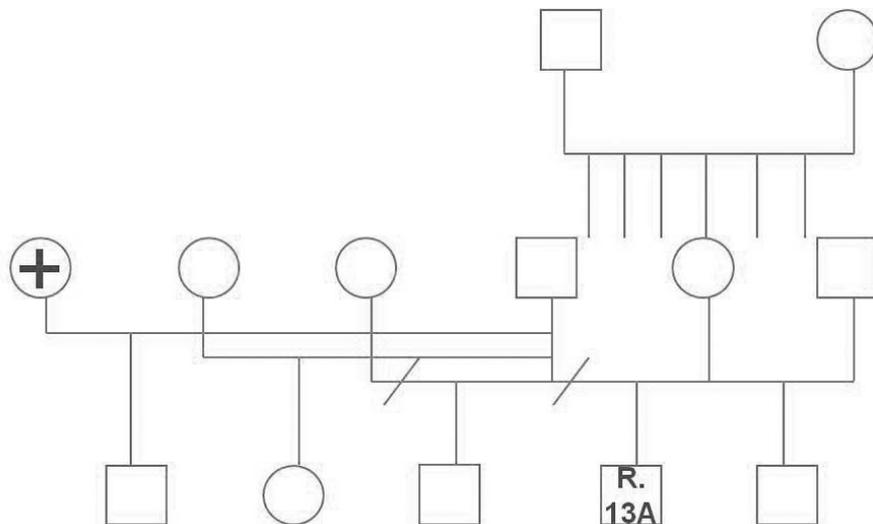
Logo após o seu nascimento, os seus pais ter-se-ão separado, ficando este a residir com a mãe no agregado dos avós maternos. Com cerca de 1 ano e meio foi acolhido numa Instituição onde permaneceu até aos 3 anos. Dai para a frente o seu percurso é pautado por rupturas e transições entre o agregado dos avós maternos, instituições e um curto período de tempo com o pai (cerca de 3 meses).

Toda esta conjuntura remete-nos para uma problemática ao nível da vinculação precoce. Podem ainda constatar-se traços depressivos ao nível do

seu funcionamento mental, como angústia de separação, sentimentos de rejeição, abandono e desvalorização (Quadro 2).

QUADRO 1

R. – Genograma (na data da 1ª consulta)



QUADRO 2

R..

Diagnóstico

- Perturbação de Personalidade Borderline

Projecto Terapêutico

- Consultas Pedopsiquiátricas com regularidade mensal
 - Intervenção psicofarmacológica (sem adesão consistente)
 - Intervenção Psicossocial individual
 - Articulação com Instituições de Acolhimento/Tribunal e Escola
 - Integração em Grupo Terapêutico de Adolescentes com regularidade Semanal
-

Diz o R. de si próprio: “Sou alegre, bem disposto mas quando *tou* chateado com alguma coisa não vale a pena se aproximar. Sou *bué* brincalhão, amigo do meu amigo mas sempre k alguém em *k* eu acho que não devo confiar dou-lhe

grandes barras. Sou um grande convencido embora às vezes realista, gosto de atrofiar com os outros não posso *tar* perto de ninguém quando *tou* lixado, às vezes falo mal de mim *pra k* não se aproximem”.

Estas angústias, quase nunca elaboradas, conduzem-no à utilização de mecanismos defensivos (negação, idealização). A propósito do abandono do seu pai e, posteriormente ao seu falecimento, R. refere: “ficou tudo bem, eu perdoei-lhe, não sei porquê mas achei melhor, ele chamou-me antes de morrer e eu reconciliei-me...”

Utilizando mecanismos de *acting-out*, há uma constante projecção de agressividade para fora. Perante uma situação de frustração emerge uma grande violência, muito difícil de conter, com o aparecimento de ideação homicida e/ou suicida. Na relação terapêutica, nunca surge esta agressividade.

Apesar do seu potencial cognitivo lhe ser bastante favorável, incorre no risco de não conseguir levar os seus projectos avante, e vai passeando por estes, pela vida com momentos de grande fracasso e desistência, chega a adormecer no contexto de intervenção terapêutica, foge da Instituição que o acolhe, passa noites fora... Mantém um laço com o Serviço e vai aparecendo até mesmo para partilhar os seus fracassos (quando o consegue fazer). Conta-nos os seus sonho, “um dia gostava de ser forçado... o meu pai levou-me a uma tourada, eu tinha p’ra aí 4 anos...” tinha tantos anos de vida como os que nós o acompanhamos na consulta deste Serviço. Precisamente 4 anos. O R. tinha acabado de fazer 17 anos. Com alguma consciência do sucesso do seu fracasso, passamos uns pela vida deste outro o R. sempre presente nas lembranças, como adultos que provavelmente mereceram a intermitência do seu olhar, mas que tiveram primeiro de ser testados antes de serem tidos como de confiança.

Teremos conseguido? Uma pergunta em aberto. O final deste capítulo da nossa história não é propriamente o de um conto de fadas onde todos os príncipes casam com lindas princesas e constroem uma família feliz... Ou será?

Na tentativa de saber deste rapaz, falamos com alguém da última Instituição onde estive, sabendo que terá pedido ao Juiz a autonomia pela idade (aos 18 anos) e esta ter-lhe-á sido concedida por não se saber mais o que lhe fazer. Foi, assim à sua vida e deixou-nos um livro de recordações “mais um ano se foi, mal dei pelo tempo passar, mas nisto tudo tenho mais amigos com quem contar, adorei a este grupo pertencer, não me irei de vós esquecer”.

Nós também não! Até um destes dias R.!

P. 8 anos – Voltando ao olhar... o olhar penetrante de P., frio. Quase como se não valesse a pena grande coisa mais ou como se todos à volta fossem intrusos, ameaças persecutórias ao seu estado, à sua forma de estar no mundo!

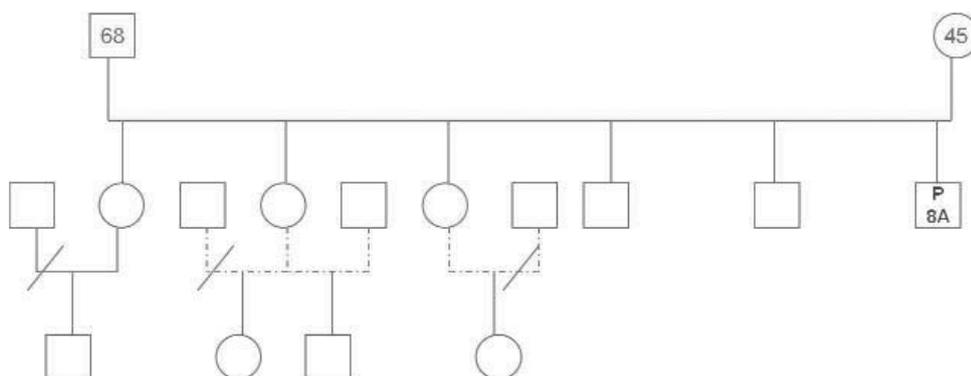
Chega ao SPSMIA através do Centro de Saúde, a pedido da escola que frequentava.

Contactos frequentes referindo a extrema violência e agressividade desta criança levam a que a actuação do Serviço vá sendo na comunidade. A família não se responsabiliza pelo acompanhamento do P., sendo que numa primeira entrevista, a irmã que o acompanha reforça o respeito que o P. tem por todos lá em casa... A descrição dos técnicos que acompanhavam a situação na comunidade é de que este permaneceria na rua até de madrugada sem qualquer limite externo que o contivesse.

Num agregado familiar extenso (composto por 12 pessoas à altura do 1º contacto do Serviço – Quadro 3), ninguém parecia reconhecer-se a si próprio como figura de referência para este rapaz, que é descrito em casa como perdendo o controlo quando se enerva.

QUADRO 3

P. – Genograma (na data da 1ª consulta)



Casa esta que, apesar de sobrelotada, nas visitas domiciliárias que se efectuaram, numa tentativa incessante de ir ao encontro do P., estava vazia de sentimentos... De um pai que acompanha uma única vez o P. à consulta, e que no seu português mal falado, vai dizendo que não tem poder sobre ele... de uma mãe que acha que o P. estaria bem era numa instituição e se possível longe de casa... Entende-se por esta altura a vulnerabilidade e a fragilidade estrutural

desta criança que vai perpetuando um sofrimento interno expresso em actos de extrema violência, agressividade e destructividade.

A saída de casa para um lar de acolhimento torna-se então inevitável... Exame pericial, relatórios, queixas e relembrórios... são a expressão de quem à volta desta criança entende que a família não será a resposta.

E o P. continua o seu percurso de vida... Numa casa de emergência ode permanece durante dois anos, e esgotado o P. que chega a colocar-se de frente para os carros que vão passando na rua, os técnicos, a escola e tudo à volta, sai para uma outra casa de emergência... As respostas não se encontram e o P. vai-se desencontrando de caras, pessoas que entram, que saem “o meu caso até já está no Ministro” vai dizendo na tentativa de que pelo menos este, que deve ser uma pessoa importante, lhe resolva o problema. Porque ele assim, não o está a conseguir.

Na família, o caos instaura-se: Irmão em Centro educativo, outro detido, pai detido por alegadamente ter abusado as netas... e as próprias visitas do P. têm sobre ele um efeito patogénico (Quadro 4).

Anos de luta intra-psíquica, onde predomina a confusão contra o desespero... Clivagens: a pedopsiquiatra é a má: “És uma puta”; “Deves andar metida com ele”; “Não me dizes qual é o teu carro porque tens medo que eu to roube. Mas eu não sei” evolui até “Não vale a pena chorares” e ao “Preciso da medicação”. A assistente social é o bom objecto “Quando volto cá? Gostei muito de falar contigo”, “Ninguém gosta de mim”. Desorganização, interpretando olhares como um desafio e agressão brutais, recusando, por vezes, sequer um copo de água porque acha que pode estar envenenado... Aqui a sintomatologia psicótica torna-se evidente (Quadro 5).

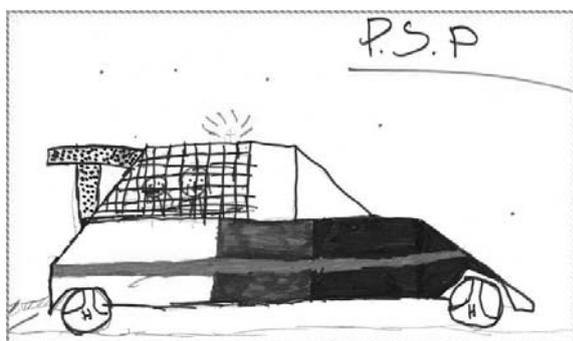
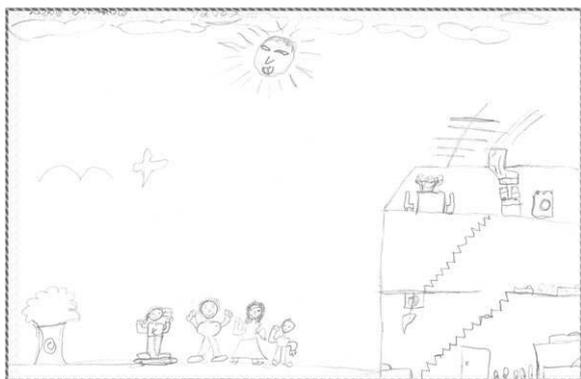
O acompanhamento no SPSMIA oscilou sempre entre uma figura boa e uma má, que o confrontava com o seu lado doente, onde P. não reconhecia ajuda mas ameaça “este sítio e estes medicamentos são para os malucos...”

Tentou-se, pelo lado bom, intervir, reparando e sustentando todas as suas fases e trabalhando em parceria com todos aqueles de quem estava mais próximo.

Trabalho árduo, persistente até ao reconhecimento efectivo da sua problemática, conseguindo exprimir sentimentos e emoções. “Eu queria fazer isto sozinho” refere em relação à contenção dos impulsos com a ajuda da medicação... (Quadro 6).

Parece que estamos no bom caminho, e um dia ternamente devolve que “tu, eu sei que gostas de mim...e eu também vou gostar desse bebé que tens aí na barriga e, quando ele nascer, eu posso ajudá-lo, se ele precisar”.

QUADRO 4



QUADRO 5

P.

Diagnóstico

- Perturbação Psicótica sem outra especificação

Projecto Terapêutico

- Articulação com Instituições da comunidade/TFM-ECJ
 - Consultas Pedopsiquiátricas
 - Psicofarmacologia
 - Acompanhamento psicossocial individual
-

QUADRO 6

P.

Intervenção psicofarmacológica

Dosagens iniciais (Abril 2003):

Risperidona – 1 mg/dia

Carbamazepina – 400 mg dia

Última dosagem (Fev.2005):

Risperidona – 7 mg/dia

Valproato de sódio – 800 mg/dia

Inicia diminuição das doses em Novembro de 2006

A partir de Novembro de 2008, sem medicação.

E finalmente, o Sr. Ministro consegue resolver o problema... O P., após 4 anos em Centros de Emergência, é integrado num lar que não é de emergência! “se eu tivesse ido para lá mais cedo, ficaria melhor antes”.

Que sonhos tens P.?

Actualmente, com 17 anos está a acabar um curso de cozinha que lhe vai dar equivalência ao 9º ano. “Gostava de ir para França! Lá é que estão os melhores cozinheiros do mundo”. É um desportista nato, e até já se publicam entrevistas em *newsletters* sobre si...

“agora já sou capaz de fazer as coisas sozinho!” Fez uma diminuição gradual da medicação e teve alta clínica do SPSMIA.

Como dum cacto nascem flores, assim nos parece P., cheio de picos, mas se não nos assustarmos, poderemos tocar a superfície lisa, macia, e sentir o interior carnudo que alimenta a planta nas condições mais adversas.

Boa P., a tua história de certeza vai ter um final feliz!

Independentemente de R. ter tido uma institucionalização muito precoce e P. não, pensando nestes e noutros casos que acompanhámos, surgem como principais diferenças entre as diferentes evoluções, a permanência ou não da idealização das figuras parentais.

R. e P. – dois jovens que sentem que ninguém gosta deles. R. permanece na idealização das figuras parentais, sobretudo da da materna, apesar de viver desde os 18 meses em instituição. P. tem um laço afectivo com a sua família mas, a partir de um determinado momento, foi capaz de perceber a insuficiência e desadequação dela e também que tinha um problema. Foi capaz de agredir verbalmente quem dele se aproximava e, após a aceitação dessa zanga por parte dos técnicos, acalmar-se e aproximar-se.

Ao permanecer a idealização, não é possível sentir e pensar a zanga em relação a essas figuras nem mesmo através da transferência com os técnicos. Ambos têm graves impulsos auto-destrutivos. R. mantém-nos. P. cessa-os. A capacidade de realizar uma vinculação positiva com figuras substitutivas das parentais permite-lhes também verem-se a si próprios projectados no futuro de modo construtivo.

A impossibilidade de tal ser realizado na relação terapêutica faz com que não se liberte dos seus maus objectos, desencadeia comportamentos auto-destrutivos, e se afaste. Como desejaríamos que R. nos tivesse insultado como P. o fez se esse fosse o caminho para se libertar deles.

Ao trabalhar com crianças e adolescentes com tais vivências é preciso dispormo-nos a ser o objecto das suas raivas, contendo-as, compreendendo-as, sem nos assustarmos, sem deixar que elas nos destruam a capacidade de sentir e pensar. Mantendo a distância necessária, emocional e fisicamente, nesses momentos mas estando sempre alerta para quando eles se permitem aproximar-se sentirem que estamos lá e não desistimos.

É um caminho tumultuoso: o da destruição à reconstrução dos afectos.

BIBLIOGRAFIA

- Ballone, J. (2002). *Transtorno da ansiedade de separação na Infância*. PsiquWeb, Psiquiatria Geral, na World Wide Web: <http://www.psiquweb.med.br/infantil/aprendiza2.html>.
- Bowlby, J. (1984). *Apego – Apego e Perda* (vol. 1 da trilogia Apego e Perda). São Paulo: Ed. Martins Fontes.
- Bowlby, J. (1984). *Separação – Angústia e Raiva* (vol. 2 da trilogia Apego e Perda). São Paulo: Ed. Martins Fontes.
- Braconnier, A., & Marcelli, D. (2005). *Adolescência e Psicopatologia*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Carvalhosa, S.F., De Matos, M.G., & Simões, C. (2000). *Desenvolvimento de Competências de Vida na Prevenção do Desajustamento Social*. Lisboa: Instituto de Reinserção Social, Ministério da Justiça.

- Congresso de Oeiras sobre a Adolescência. (2008). *Debater o que interessa aos jovens, olhos nos olhos*. Edição do Município de Oeiras
- Matos, A.C. (2002). *Adolescência*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Strecht, P. (1998). *Crescer vazio*. Lisboa: Assírio e Alvim.
- Strecht, P. (1999). *Preciso de ti – Perturbações psicossociais em crianças e adolescentes*. Lisboa: Assírio e Alvim.
- Weiner, I. (1995). *Perturbações Psicológicas na Adolescência*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Winnicott, D.W. (1964). *Agressão e suas raízes-raízes da Agressão in privação e delinquência*. Rio de Janeiro: Martins Fontes. Espaço Winnicott, na World Wide Web: http://www.espaco.winnicott.com.br/win_cienti.asp

ABSTRACT

Do you remember P.? This is the question frequently asked to the authors by technicians which were involved in the process of P. at any time of his life. The technicians were surprised by his positive clinical outcome, in spite of the severity of his symptoms and the familiar and institutional context. Reflecting about P., there are rising other memories, some of them painful. Thinking about other cases which didn't have the same positive evolution and where we even don't know what happened to them. And even other youngsters which couldn't acquire emotional and behavioural stability, but maintaining there therapeutic bounds.

The main cause of referral is the severe behavioural problems, but there are existing differences. The authors present these clinical cases and their analyse and reflexions about the different outcomes. The hypothesis is that the outcome depends on the capacity to access to the depressive feelings and the capacity to dieselize the parents, trying to look and find others adult references to identify. Even if these adolescents once turn themselves parents of the biological parents.

Key-words: Attachment. Acting-out. Aggressiveness. Behaviour problems. Depression. Idealization. Institutional. Outcome.

ADOPÇÃO, QUE VINCULAÇÃO? *

Margarida Fornelos **

RESUMO

A adoção remete necessariamente para a reflexão sobre a separação, o abandono, a parentalidade e a filiação, conceitos fundamentais da teoria da vinculação. Neste artigo serão abordados os sistemas de cuidados parentais e a sua especificidade na adoção, em particular na adoção tardia. Os casos clínicos apresentados permitem a clarificação de alguns conceitos teóricos e dados de investigação, permitindo uma melhor identificação de factores de risco numa perspectiva de intervenção preventiva.

Palavras-chave: Adoção. Filiação. Parentalidade. Romance familiar. Vinculação.

“Se a filha do faraó não tivesse retirado das águas o cesto do pequeno Moisés não teria havido Antigo Testamento e toda a nossa civilização! Na origem de tantos mitos antigos, há alguém que salva uma criança abandonada. Se Políbio não tivesse recolhido o pequeno Édipo, Sófocles não teria escrito a sua mais bela tragédia”

Milan Kundera “a insustentável leveza do ser”¹

A separação precoce e a privação de cuidados maternos estiveram no centro da construção da teoria da vinculação formulada por Bowlby nos anos 40. Apesar da enorme divulgação dos seus conceitos e dos estudos científicos que se seguiram muito poucos estudos clínicos têm sido feitos com crianças que

* Comunicação apresentada no III Encontro da Associação Portuguesa para a Saúde Mental da Primeira Infância, mesa redonda “Alternativas à família Biológica”, Porto, 28,29 Outubro de 2010.

** Psicóloga Clínica.

¹ Citado por Giulia Sissa, “l’enfant abandonné devenu roi: un mythe fondateur”. Ed, autrement, Fev. 88.

sofreram separações traumáticas das figuras de vinculação, ou que foram adoptadas tardiamente.

O tema da adopção remete necessariamente para a reflexão sobre a separação, o abandono, a parentalidade e a filiação, conceitos fundamentais da teoria da vinculação. Bowlby com a publicação em 1959 da monografia “Cuidados Maternos e Saúde Mental” trouxe uma importante contribuição para a reflexão sobre os efeitos da carência materna a que estavam expostas as crianças colocadas em instituições. Muitas crianças adoptadas sofreram situações de carência de vária ordem dentro do quadro descrito por Bowlby: carência por insuficiência, ausência de uma figura de vinculação significativa, geralmente por institucionalização; carência por distorção significativa da qualidade dos cuidados, ou por descontinuidade, consequência de rupturas sucessivas dos laços estabelecidos. É no entanto importante distinguir a privação que resulta de não ter desenvolvido uma relação de vinculação significativa na infância e as perturbações resultantes da insensibilidade, falta de resposta e por vezes negligência física e psicológica numa relação de vinculação.

Os efeitos da carência devem ser interpretados em função das experiências de vida anteriores. Bowlby chamava a atenção para a necessidade que estas crianças têm de desenvolver outras relações privilegiadas, introduzindo três noções chave: continuidade, disponibilidade e sensibilidade da resposta.

Abandono com a conseqüente separação e adopção são duas atitudes contrárias que modificam a parentalidade e a filiação, pondo em questão o próprio fundamento da família.

Nas sociedades ocidentais o abandono à nascença é actualmente excepção. O abandono nas instituições é o mais comum, a par do número crescente de crianças retiradas aos pais pela intervenção do tribunal.

A adopção é considerada como a alternativa mais favorável à família biológica mas na verdade é uma solução para poucas crianças.

Lembramos a este propósito alguns números da Secretaria de Estado da Reabilitação, relativos a 2009:

- 2776 crianças estavam à espera de uma família.
- 574 crianças que ninguém quer por causa da cor, da idade, por terem irmãos ou serem doentes.
- Dos 2493 candidatos a pais, 2323 querem uma criança até aos três anos, 1994 dão como critério a raça branca e apenas 464 não se importam de adoptar uma criança com irmãos.
- Em 2009 foram identificados 12576 crianças e jovens em situação de acolhimento.

- Nesse ano foram adoptadas 846 crianças, 435 rapazes e 411 raparigas. Destas apenas 126, cerca de 15% tinham menos de um ano. 280, 33% eram de raça branca.
- A adopção é uma solução apenas para 10% das crianças institucionalizadas.
- 16 crianças adoptadas foram devolvidas em 2009. Em 2008 foram vinte as crianças devolvidas.

A família adoptiva é hoje em dia considerada uma família normal. Mas adoptar implica fazer o luto do filho imaginário e/ou das feridas da esterilidade e põe em questão a noção de parentalidade.

Face a uma dificuldade mesmo banal entre uma mãe adoptiva e o seu filho, a maior parte das pessoas e mesmo dos técnicos tem dificuldade em identificar-se com a mãe. Uma dúvida permanece sobre os direitos e as capacidades das mães adoptivas para exercerem a parentalidade. Talvez por essa razão tão poucos pais procurem espontaneamente apoio especializado quando surgem dificuldades.

O número significativo de crianças devolvidas, deve constituir um sinal de alerta para a necessidade de acompanhamento e apoio a estas famílias, tendo em conta as características e necessidades da criança e a capacidade dos pais para se identificarem com ela e com a sua realidade.

Fundamental será então relativamente à adopção abordar os sistemas de cuidados parentais e a sua especificidade na adopção, em particular na adopção tardia ou de crianças de outras etnias que entre nós constituem um grupo significativo.

O sistema de vinculação

As características que distinguem as relações de vinculação de outras relações sociais são a procura de proximidade, a noção de base de segurança, a noção de comportamento de refúgio e as reacções perante a separação. O interesse do modelo de vinculação é particularmente importante no plano da avaliação do risco. Os trabalhos mais recentes de Fonagy (2006), parecem mostrar o papel da manutenção activa da proximidade no desenvolvimento da mentalização e da intersubjectividade do bebé, no contexto da interacção, havendo continuidade entre os cuidados maternos, os padrões relacionais da díade e o desenvolvimento.

A relação de vinculação constrói-se progressivamente: o esquema geneticamente programado é modelado pelo meio social, estando o sistema de vinculação totalmente operacional entre os 7 e os 9 meses.

Os papéis parentais são definidos biológica e socialmente, mas podem ser exercidos por outros que não os pais.

Howes (1999) propõe identificar na rede social da criança quais as figuras de vinculação que tem uma função de cuidador, a partir de três critérios: Pessoa que cuida física e emocionalmente da criança, que está presente de forma significativa e regular na sua vida e que a investe emocionalmente.

Distingue duas grandes categorias de figuras de vinculação “alternativas”: Os pais, avós, amas, educadoras e por outro lado as famílias de acolhimento, os pais adoptivos, o pessoal técnico de lares e centros de acolhimento.

Nesta segunda categoria as relações estabelecem-se a maior parte das vezes depois de uma primeira relação de vinculação ter sido construída e depois perdida.

As crianças mais velhas que encontram novos cuidadores alternativos, já possuem pelo menos um modelo interno de relação de vinculação e estas novas relações formam-se numa história relacional e num contexto de desenvolvimento diferentes dos que caracterizam a vinculação do bebé à mãe. Há poucos trabalhos sobre as relações de vinculação construídas secundariamente, depois de uma primeira relação de vinculação difícil e problemática durante os primeiros meses de vida.

PARENTALIDADE E FILIAÇÃO NA ADOPÇÃO

A experiência materna do nascimento está associada de forma significativa com as representações que a mãe possui de si mesma como cuidadora. Belsky (1999) refere o que chama determinantes da parentalidade e insiste nas influências contextuais próximas (personalidade dos pais, temperamento da criança, contexto familiar). O sistema de “caregiving” desenvolve-se sobretudo durante os períodos de transição para a parentalidade (gravidez, nascimento, pós-parto). Estes períodos constituem uma crise que resulta da interacção entre factores biológicos, psicológicos e sociais.

Na família biológica ao nascimento preparado pela gravidez segue-se um longo percurso que vai da preocupação maternal primária, forma mais intensa de apego, a um certo desprendimento, enquanto na adopção é necessário estabelecer rapidamente laços afectivos, Berger (1997).

A parentalidade da adopção é dificultada pela ausência da experiência da gravidez vivida fisicamente pela mãe e emocionalmente pelo casal. A preocupação maternal primária e o contracto narcísico familiar são neste caso

uma impossibilidade que poderá comprometer a parentalidade. Por outro lado o laço de filiação pode ser definido como aquele pelo qual um indivíduo se vive e se situa em relação aos seus ascendentes e descendentes reais ou imaginários

A filiação simbólica assenta em momentos partilhados de bem-estar, em experiências de vida partilhadas. Para que haja um vínculo de filiação é necessário o sentimento de prazer a transmitir pelos pais e um sentimento de gratidão e dívida por parte do filho.

M. Berger (1997) afirma que “nenhuma criança adoptada aceita que os seus pais biológicos sejam desprovidos de valor e poderá construir um mito à volta deles, agarrando-se à ideia de que foram forçados a abandoná-la. Durante toda a vida o filho adoptivo tem de equilibrar este “romance familiar” com a realidade da adopção. Muitas crianças sentem-se responsáveis pelo seu próprio abandono ou atribuem o abandono pelos pais biológicos a factores externos ou responsabilizam mesmo os pais adoptivos”.

A criança adoptada não pode recorrer ao romance familiar como jogo fantasmático porque para ela são reais os dois casais de progenitores entre os quais construiu uma clivagem de bom e mau. No romance familiar comum o filho imagina que tem pais biológicos diferentes dos pais reais. Na adopção existem na realidade outros pais ficando assim a fantasia muito próxima da realidade.

“Todas as crianças imaginam descender de pais diferentes dos seus, talvez um rei ou uma rainha... O filho adoptivo confronta-se com uma tarefa bem diferente uma vez que o fantasma de pais que não os seus se mistura ao facto de haver outros. Será que os verdadeiros pais, biológicos são vistos como reais enquanto os adoptivos passam a ser uma espécie de sonho real?”

Winnicott

Soulé (1985) considera que apenas com o declínio do romance familiar se constitui a noção de “pais verdadeiros” apenas nesta altura assimilada a procriadores. Pais verdadeiros são aqueles a quem a criança atribuiu o papel de pais. Assim os sentimentos de filiação e de parentalidade estabelecem-se entre aqueles que viveram em conjunto o conflito edipiano e o romance familiar. A adopção tardia poderá representar assim um maior risco não conduzindo à construção de laços familiares reais.

As crianças adoptadas tardiamente viveram em geral situações de negligência, maus tratos e/ou colocações sucessivas. Serão de prever dificuldades na aquisição de uma representação coerente de si próprias, na construção de um narcisismo sólido e na possibilidade de conter as pulsões. Os efeitos da carência

influenciam negativamente o desenvolvimento e o funcionamento psíquico posterior com particular impacto na organização do narcisismo e consequentemente no estabelecimento de novas relações afectivas.

VINCULAÇÃO E PSICOPATOLOGIA

A teoria da vinculação é actualmente um conceito chave na psicopatologia. Estudos científicos recentes puseram em evidência as questões relativas à relação entre vinculação e psicopatologia. No entanto os mecanismos que ligam as diferentes formas de insegurança na vinculação aos diferentes quadros psicopatológicos ainda são pouco conhecidos. A influência da vinculação no desenvolvimento de psicopatologia tem que ser avaliada no contexto de outros factores de risco. A questão central será a de saber se é possível alterar uma vinculação patológica.

Nesta área a clínica pode trazer uma contribuição importante.

A vinculação insegura antes dos dois anos tem sido relacionada com menor sociabilidade, relações mais pobres com os pares, agressividade e menor controlo do comportamento durante os anos pré-escolares.

Estudos longitudinais levados a cabo por Srouf e colaboradores (1997) mostraram que a vinculação evitante pode não só relacionar-se com relações superficiais na infância mais tardia mas também relacionar-se com agressividade e perturbações do comportamento.

O padrão inseguro resistente, rejeitando o conforto quando lhe é oferecido, evolui para a vigilância crónica como traço de personalidade e para perturbação de ansiedade.

Fonagy (1997) sugere que as perturbação precoce da vinculação tenderiam a prejudicar a elaboração dos limites de si e portanto da identidade pessoal, influenciando negativamente o processo de representação mental, em especial as representações relativas a si próprio e aos outros.

Os estudos clássicos sobre adopção referem que crianças adoptadas depois dos seis a oito meses manifestam dificuldades em estabelecer relações positivas e confiantes com os pais adoptivos.

Maurice Berger (1997), por outro lado afirma que “as crianças separadas dos pais em consequência de divórcio abandono ou por decisão judicial, sofrem psicologicamente devido às condições de existência antes da separação, cujas marcas persistentes deixadas as impedem de tirar proveito do período de relativa tranquilidade subsequente por causa do impacto da separação sobre a sua vida

psíquica. É frequente não conseguirem exprimir ou não terem a noção exacta do que sentem o que leva os adultos a subestimarem a importância das dificuldades com que se debatem”.

Berger considera relativamente à psicopatologia das crianças adoptadas 2 grupos:

- 1) Crianças adoptadas muito cedo, antes dos 8/9 meses. Nestas crianças é mais fácil identificar as dificuldades resultantes da adopção.
- 2) Crianças adoptadas tardiamente, a partir dos 10 meses. Nestas crianças a patologia resultante de uma falha parental grave ou da vida em comunidade tem uma incidência mais ou menos forte nas perturbações inerentes à adopção.”

Outros estudos clássicos também indicam que as crianças adoptadas depois do início da formação das relações de vinculação (6-8) meses, teriam dificuldade em estabelecer relações positivas e confiantes com os seus pais adoptivos (Tizard Ries, 1975)

No entanto estudos posteriores, Singer e col. (1985) concluem que as crianças adoptadas antes ou depois desta idade não apresentam diferenças na vinculação aos pais adoptivos e também que não há diferença quanto à segurança da vinculação entre crianças adoptadas e não adoptadas. As crianças adoptadas nos primeiros meses mostram os mesmos níveis de segurança que as que são criadas pelos pais biológicos. Não encontraram aumento de risco associado com a adopção precoce, mas aumento de risco associado com colocações múltiplas anteriores.

Estudos com crianças romenas realizados no Canadá, Marcovitch et al. (1997), comparando crianças com institucionalização longa anterior à adopção e crianças adoptadas nos primeiros meses de vida, concluíram que havia nos dois grupos um mais elevado nível de insegurança comparativamente com as crianças educadas na família. Verificaram um aumento dos padrões ambivalente e controlador/desorganizado mas não padrões inseguros evitantes.

Também Howe (1999) realizou um extenso estudo clínico, que não incluiu a avaliação padronizada da vinculação, com crianças adoptadas tardiamente. As dificuldades de relacionamento eram relativamente comuns, particularmente no subgrupo de crianças com histórias de negligência e abuso e/ou colocações múltiplas. Mostravam dificuldade em estabelecer relações, comportamento indiscriminado com os outros e padrões de desenvolvimento pobres.

Berger M. (1997) afirma que muitas crianças adoptadas não apresentem perturbação e embora se interroguem constantemente quanto à sua origem, a sua

vida psíquica não é afectada. Muitas outras apresentam psicopatologia, sendo necessário distinguir o que resulta de interações precoces incorrectas ou mesmo catastróficas e o que pode ser atribuído à adopção.

As representações que apoiam o padrão de vinculação poderão reorganizar-se no processo terapêutico? Será a psicopatologia das crianças adoptadas superior à da população geral? Haverá uma especificidade nas perturbações das crianças adoptadas?

O que nos diz a clínica?

CASOS CLÍNICOS

O João tem 5 anos, foi adoptado aos 16 meses, tendo vivido com os pais biológicos até aos 6 meses, aos quais foi nessa altura retirado por negligência.

Entre os 6 e os 16 meses permaneceu em Centro de Acolhimento, tendo-se adaptado sem dificuldade aparente à família adoptiva.

Foi referenciado à consulta pelo Jardim Infantil por agitação, problemas de disciplina e dificuldades de concentração. Criança impulsiva e desorganizada exigia atenção permanente o que dificultava a relação com o grupo de pares.

Em casa eram descritos comportamentos regressivos e incapacidade para brincar sozinho, sempre a chamar a atenção. Criança difícil, fugia na rua, sem noção do perigo ou reacção à separação.

Na consulta o João estabeleceu uma relação fácil, próxima mas superficial. Muito agitado, a atitude era vigilante e controladora e o tom de voz elevado. A atenção era dispersa e a actividade desorganizada.

A fragilidade do *self*, manifestava-se na recusa obstinada de tudo em que não se sentia seguro e na necessidade permanente de atenção exclusiva e mantida. A observação psicológica confirmou muito boas competências cognitivas, com alguma dificuldade no raciocínio aritmético e organização perceptiva. Recusava desenhar, sendo a representação gráfica muito pobre e pouco investida. A dificuldade, na representação simbólica, manifestava-se também na linguagem narrativa pobre, factual e concreta e na dificuldade com actividades que envolvessem iniciativa e criatividade e preferência por jogos de regras que aprendia rapidamente.

Os pais tinham dificuldade em identificar-se com as necessidades e particularidades do João, sendo neste caso a parentalidade comprometida pela persistência da ligação ao filho imaginário, mantendo um modelo de relação com predomínio da projecção narcísica que potenciava a insegurança da vinculação.

O Rodrigo tem 6 anos tendo sido adoptado apenas aos 4. Dos primeiros meses aos 4 anos viveu no Centro de acolhimento com visitas esporádicas da mãe biológica. Foi também referenciado pela escola por alteração grave do comportamento. Desafiava as regras, batia nos outros, nunca se sentando na aula. Atitude permanente de desafio e oposição.

Os pais descrevem-no como sendo uma criança encantadora, muito sociável e feliz. Na sua opinião a sua personalidade forte exige muita firmeza. Não brinca sozinho mas gosta de experiências novas. A maior dificuldade referida era a de ser capaz de lidar com a frustração e o desafio da autoridade. Quando confrontado pelos pais com as queixas sistemáticas da escola, nega obstinadamente a evidência.

A expressão facial do Rodrigo é crispada, a atitude receosa e expectante. A relação mantém-se pouco discriminada e pouco empática, mostrando-se alternadamente reivindicativo e apelativo.

Criança com boas competências cognitivas mas grande pobreza na expressão das emoções e afectos.

“Gosto do meu pai às vezes outras vezes não porque se zanga comigo, com a mãe é o mesmo”. Eu tinha uma mãe que às vezes ia ver-me, chorei quando vim para estes pais”.

A necessidade de domínio permanente torna a vida familiar extremamente difícil. Mas o Rodrigo, que recusa qualquer ordem dada pelos pais ou professora é muito autónomo em casa: trata da mochila; toma banho veste-se e deita-se sem ajuda, põe a mesa, ajuda a mãe.

Esta necessidade de domínio absoluto surge como uma defesa contra angústias arcaicas muito presentes, evidentes nas provas projectivas com temas de devoração, crueldade e fantasmática persecutória. As defesas são desadaptadas com predomínio da clivagem, impedindo o acesso à ambivalência. Por outro lado a relação da mãe é também marcada por forte ambivalência potenciada pelas características de personalidade do Rodrigo que põe constantemente à prova a representação do papel maternal desta mãe.

O Miguel de 4 anos foi adoptado com 20 meses. Tratou-se de uma adopção singular internacional.

Criança de raça negra, vivia com a família biológica em situação de pobreza, extrema sendo o 4º filho dado para adopção. Vivia na rua, dizia apenas algumas palavras em crioulo.

Passou sem transição da mãe biológica para a mãe adoptiva, tendo sido a adaptação mútua muito difícil. Durante as primeiras semanas o Miguel esteve sempre a dormir, não se deixando tocar ou envolver.

A adaptação à sua nova vida foi lenta. A integração no jardim Infantil aos 3 anos foi muito difícil. Sempre agressivo, mordida e batia nas outras crianças. Durante o primeiro ano ficava sempre a chorar. Actualmente melhor integrado, tem que estar constantemente em contenção. Só este ano na escola começaram a trabalhar a revelação da adopção.

Durante a consulta o Miguel mostra-se muito ansioso, procura constantemente o contacto físico com a mãe. Enroscado no colo, reivindica atenção, mas não reage à separação quando a mãe se ausenta. As modalidades interactivas são restritas não se deixando envolver em actividades lúdicas conjuntas. O tom de voz é elevado. A agitação motora é constante e mantida. Passa sem transição da proximidade à agitação e desorganização do comportamento, que alterna com postura regressiva. A única actividade que investe realmente e realiza com prazer consiste em empilhar tudo que tem disponível: animais, casas carros etc, que depois ataca e destrói violentamente.

No reencontro com a mãe, aninha-se no seu colo a chuchar a sua camisola e a pedir insistentemente a fralda que usa para adormecer, num movimento regressivo e de retirada depressiva.

Nesta criança os movimentos regressivos parecem inscrever-se na patologia da perda por ruptura da vinculação primária.

A mãe é tolerante, mas passiva, mantendo postura desvitalizada e tonalidade afectiva neutra, pouco envolvida.

A Beatriz tem 3 anos e meio e foi adoptada há um ano, tendo sido retirada à família biológica com um mês e meio.

Foi uma adopção singular, mas planeada pelo casal que entretanto se separou. A mãe deixou de trabalhar durante um ano para ficar com a filha, para se conhecerem.

Há um ano que frequenta o Jardim Infantil com boa adaptação. É uma criança muito popular e afectuosa não havendo queixas de integração ou comportamento. A mãe também não refere dificuldades de relacionamento com a Beatriz, procurando apenas apoio para eventuais dificuldades futuras.

A Beatriz é uma menina muito bonita, simpática e harmoniosa. Manifesta alguma agitação motora, explorando avidamente o ambiente mas com dificuldade em organizar qualquer actividade sem apoio, apesar da atitude aparentemente autónoma.

O seu quociente de desenvolvimento é de nível muito superior e homogéneo. O humor é predominantemente positivo e a adaptação fácil apesar da tendência para a dispersão. A mãe mostra-se afectuosa, disponível e muito gratificada com a filha, sendo a tonalidade afectiva calorosa e mutuamente envolvida.

A Catarina tem 6 anos e foi adoptada aos 3 em cabo Verde, passando directamente, sem transição, da família biológica para a família adoptiva. Os pais adoptivos tinham perdido recentemente a própria filha um pouco mais velha. A Catarina vivia com uma mãe biológica alcoólica, em situação de pobreza e negligência extremas.

Aos 3 anos apresentava atraso global de desenvolvimento importante a par de perturbação grave do sono que ainda mantinha. Era referenciada pela escola por dificuldades de aprendizagem e adaptação escolar.

Na descrição dos pais era uma criança difícil, obstinada, não aceitando nunca perder. Muito conflituosa com as outras crianças, sentia-se rejeitada pela sua diferença que ela própria parecia não aceitar.

A Catarina estabeleceu uma relação pouco discriminada, com contacto inibido e atitude vigilante, desconfiada. Desorganiza-se progressivamente durante a observação passando da inibição inicial ao desafio e oposição numa total ausência de limites, com comportamento progressivamente mais desadequado e agressivo.

As suas competências cognitivas eram de nível inferior.

Os pais negavam as evidentes dificuldades da Catarina, que consideravam transitórias e atribuíveis a factores exteriores, mantendo uma atitude distanciada e pouco calorosa.

Que poderemos concluir da análise conjunta destes casos?

Todos foram adoptados tardiamente, 16 meses, 20 meses, 2 anos e meio, 3 anos, 4 anos. Duas crianças passaram directamente da família biológica para a família adoptiva, tratando-se de adopção internacional.

Consideramos que apenas uma criança, a Beatriz, parece ter uma vinculação segura, provavelmente mais dependente da qualidade da parentalidade actual do que das condições anteriores à adopção, apenas aos dois anos e meio. Será com certeza importante também a qualidade dos cuidados recebidos enquanto permaneceu em situação de acolhimento.

Todos apresentavam sintomas de perturbação do comportamento o que no entanto não diferencia este grupo da população clínica geral. Os estudos internacionais, realizados com amostras clínicas de crianças que cumpriam os critérios para comportamento desafiante/de oposição, mostraram que 80% dessas crianças demonstravam vinculação insegura para 30% da população não clínica.

O conjunto dos casos apresentados sugere-nos também uma reflexão sobre a relação da segurança na vinculação e a capacidade de exploração. A capacidade de exploração é considerada um importante elemento de avaliação da segurança da vinculação nos anos pré-escolares.

A maior parte dos estudos realizados nesta área concluem que as crianças com vinculação segura mostram períodos de atenção mais longos e são afectivamente mais positivos durante o jogo livre. Demonstram maior curiosidade, maior exploração autónoma e maior flexibilidade. Também demonstram menor frustração na resolução de problemas e são mais entusiásticos. Pelo contrário crianças com vinculação insegura, são mais negativos com adultos e com as outras crianças, menos empáticos com os outros, e tem mais dificuldade em exprimir os seus sentimentos em situações de stress. Em tarefas que envolvem resolução de problemas reagem com maior frustração e negativismo.

Estas 5 crianças, apresentavam em maior ou menor grau, exploração pobre, dificuldade com actividades de iniciativa própria e pouca criatividade. Todas tinham dificuldade no investimento e continuidade no jogo livre e dificuldade na representação simbólica. A linguagem narrativa era, em todas, pobre, factual e concreta. O acesso à mentalização e ao pensamento simbólico muito restritos e por vezes relação indiscriminada e ausência de limites ou por outro lado contacto inibido, atitude vigilante, desconfiada.

Encontramos em todas estas crianças grande vulnerabilidade à angústia, com conseqüente aumento de comportamentos agressivos, atitudes regressivas e dificuldade na identificação dos afectos.

E que parentalidades?

Aqui também encontramos dificuldades na maior parte dos pais: A projecção narcísica, a idealização, a ambivalência, o filho de substituição, o filho terapeuta, constituem as representações que estas mães têm dos seus filhos, atribuindo-lhes um papel que eles não poderão desempenhar, com impacto na representação da relação que estes vão construindo. A relação com o filho adoptivo resultará em grande parte da forma como os pais poderão sublimar e ultrapassar as projecções negativas sobre eles e a representação do seu papel de enquanto pais, grandemente determinado pela sua história pessoal e motivação para a adopção.

CONCLUSÃO

Nas últimas décadas, assistimos a uma mudança radical na adopção.

A adopção em idade precoce é actualmente menos comum e a adopção de crianças mais velhas, de etnia diferente ou vindas do estrangeiro, por vezes com necessidades especiais, resultantes de graves experiencias precoces adversas, tornou-se mais frequente. A adopção internacional aumentou. Face à dificuldade

de adoptar em Portugal, muitas famílias começam a adoptar crianças estrangeiras, principalmente oriundas das antigas colónias.

A adopção de uma criança estrangeira pode trazer dificuldades que os pais adoptivos terão dificuldade em resolver. Um dos perigos será a idealização destas crianças pela sua diferença. Mas também elas têm um passado, rupturas relacionais traumáticas e mais tarde um aspecto físico diferente. Parece haver uma evolução menos satisfatória nos filhos de pais que recorreram à adopção internacional. A perda dos laços de filiação e as perturbações da identidade podem explicar esse facto.

A adopção internacional levanta novos problemas entre os quais o confronto com a cultura de origem e as perturbações de identidade com impacto sobre a filiação

Se os pais adoptivos são em geral mal acompanhados no período pós-adopção, nas situações de adopção internacional essa situação é ainda mais grave.

Adopções “abertas” envolvendo contacto continuado com os pais biológicos foram recentemente introduzidas entre nós com o novo regime de apadrinhamento civil aprovado pelo governo em Agosto de 2010. O padrinho acolhe a criança em casa e passa a exercer todas as responsabilidades parentais, mas não são quebrados os vínculos com a família biológica. O apadrinhamento pressupõe um acordo entre pais criança e família.

Muitas destas mudanças têm necessariamente implicações na segurança e padrões de vinculação, apesar de haver muito pouca investigação nesta área.

Em particular sabe-se muito pouco sobre o papel da sensibilidade parental e sobre as representações mentais da vinculação dos pais adoptivos ou sobre as consequências de uma adopção falhada nas relações de vinculação posteriores.

Até agora relativamente à adopção a investigação tem-se centrado sobre a forma como as crianças adoptadas tardiamente podem ainda desenvolver vinculações selectivas normais com os seus pais adoptivos.

Actualmente também a revelação da condição de adoptado é consensual. Todas as crianças de que aqui falamos sabem que são adoptadas, embora apenas uma se refira a essa condição.

Serão os modelos operantes internos das crianças adoptadas afectadas pelo conhecimento de terem outros pais, os pais biológicos?

Nesta área existem ainda mais perguntas sem respostas, que a aproximação da investigação à clínica poderá trazer no futuro.

Relativamente à psicopatologia é ainda pouca clara a relação da adopção com as perturbações da vinculação e não sabemos qual o impacto da privação grave de cuidados na adaptação a longo prazo.

Uma dificuldade com que nos deparamos nesta área é o desconhecimento das condições de vida anteriores à adoção e qualidade dos vínculos com as figuras primárias de vinculação.

A primeira motivação para adotar é o desejo de um filho. Por vezes os casais que esperam anos pela realização deste desejo aceitam qualquer criança que lhes seja proposta independentemente das suas características. Será necessário sensibilizar os pais para as particularidades da criança, particularmente quando se trata de crianças mais velhas, permitindo-lhes compreender que a adoção constitui sempre para a criança uma ruptura.

Os pais adotivos alimentam eles próprios fantasias sobre esse tempo anterior de que sabem ou pensam saber mais do que aquilo que nos transmitem. Este conhecimento surge nas fases críticas da relação com os filhos sendo gerador de perturbação da parentalidade.

Mas como nos diz Soulé:

“A criança real, seja qual for o modo de filiação tem um importante papel de organizador ou reorganizador do psiquismo parental ao mesmo tempo que ele próprio é investido pelos pais e por toda a vivência comum à qual se junta”.

BIBLIOGRAFIA

- Belsky, J. (1999). Interactional and contextual determinants of attachment security. *Handbook of attachment*. Edited by Jude Cassidy and Phillip R. Shaver.
- Berger, M. (1997). *A criança e o sofrimento da separação*. Ed. Climepsi.
- Bonnet, C. (1988). *La maternité adoptive. Abandon et adoption*. Ed. Autrement.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E.L., & Target, M. (2006). *Affect regulation, metallization and development of the self*. London: Ed. Karnac.
- Fonagy, P., & Target, M. (1997). Attachment and reflective function. *Development and Psychopathology*, 9, 679-700.
- Howes, C. (1999). Attachment relationships in the context of multiple caregivers. *Handbook of attachment*. Edited by Jude Cassidy and Phillip R. Shaver.
- Marcovitch, S., Goldberg, S., Gold, A., Washington, J., Wasson, C., Krekewich, K., & Handley-Derry, M. (1997). Determinants of behavioral problems in Romanian children adopted in Ontario. *International Journal of Behavioral Development*, 20, 17-31.
- Singer, L.M., Brodzinsky, D.M., Ramsay, D., Steir, M., & Waters, E. (1985). Infant-mother attachment in adoptive families. *Child Development*, 55, 1573-1551.
- Sissa, G. (1988). *L'enfant abandonné devenu roi: Un mite fondateur. Abandon et adoption*. Ed. Autrement.

- Soulé, M., & Noel, J. (1985). L'adoption. *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent* (vol. IV, 2^{ème} ed., 2004). Paris: Presses Universitaires de France.
- Srouf, L.A., & Waters, E. (1977). Attachment as a organizational construct. *Child Development*, 48, 1184-1199.
- Tizard, R. (1975). The effect of early institutional rearing on the behavior problems. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 15, 51-77. Cited by C. Howes, 1999.

ABSTRACT

The adoption theme necessarily refer to the reflection on fundamental concepts of attachment theory like the abandon, separation, parenthood and affiliation. The author addresses the parenting care system and their specificity in adoption, particularly in late adoption. The clinical cases presented allow the clarification of some theoretical concepts and research data, enabling better identification of risk factors from the perspective of preventive intervention.

Key-words: Adoption. Affiliation. Attachment. Family romance. Parenthood.

SITUAÇÕES DE URGÊNCIA EM PEDOPSIQUIATRIA – INTERVENÇÃO PSICOFARMACOLÓGICA *

Margarida Marques **

RESUMO

São abordados os conceitos de crise e urgência em Pedopsiquiatria, por oposição à capacidade de contenção. Descreve-se um modelo de avaliação do risco pedopsiquiátrico no Serviço de Urgência, as características que o mesmo deve ter para lidar com estas situações bem como as formas de apresentação clínica mais frequentes. É abordado o manejo clínico de situações de agitação e violência e são referidos os fármacos mais utilizados nestas situações, suas características e modos de utilização. São propostas formas de utilização destes fármacos em situações de tranquilização rápida.

Palavras chave: Agitação e violência. Tranquilização rápida. Urgências pedopsiquiátricas.

Durante muito tempo considerou-se que durante a infância as situações psiquiátricas urgentes eram excepcionais. Aceitava-se no entanto que ao longo da adolescência começavam a surgir com maior frequência quadros a necessitar de intervenções com carácter de urgência e com características semelhantes aos do adulto.

Do mesmo modo a intervenção farmacológica em situações de urgência tem mais indicações à medida que a idade vai aumentando, constituindo uma excepção na primeira infância, sendo rara na idade pré-escolar e ainda com poucas indicações durante a latência.

* XXII Encontro de Psiquiatria da Infância e Adolescência, Vila Nova de Gaia, 2011.

** Pedopsiquiatra. Unidade de internamento, Centro Hospitalar Lisboa Central.

CONCEITO DE CRISE/URGÊNCIA

O conceito de urgência em Pedopsiquiatria está muito associado ao de crise. Pode-se definir a *crise* como a ruptura de equilíbrio de um sistema perante uma mudança. A *Urgência* seria assim uma situação de crise patológica que se associa a um sentimento de perigo iminente ou de risco para a integridade física da criança/adolescente ou para o meio (1).

Quando chega ao SU, uma situação de crise já ultrapassou várias barreiras contedoras. A primeira foi desde logo a capacidade interna da criança/adolescente para lidar com os afectos e emoções intensos desencadeados pela situação (Figura 1). Este ultrapassar das barreiras psíquicas, estende a crise ao meio, em primeiro lugar o familiar e eventualmente escola ou meio social. Quando todas as barreiras se mostram incapazes de conter e são por seu turno envolvidas no processo, surge então a urgência hospitalar (Figura 2). O Serviço de Urgência pode ser assim encarado como tendo uma função essencial de contenção e deve ser pensado e organizado de modo a que esta função essencial possa ser preservada em todas as situações.

CRISE E CAPACIDADE DE CONTENÇÃO

FIGURA 1

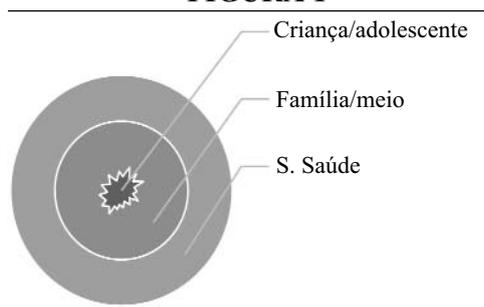
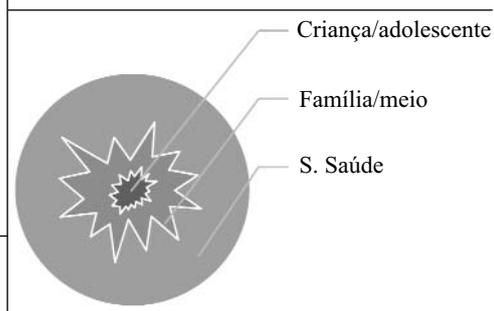


FIGURA 2

Urgência – Falha de sucessivos mecanismos de contenção internos e externos



AVALIAÇÃO DO RISCO

No SU do Hospital de D. Estefânia, CHLC, está neste momento a ser aplicado, de modo experimental, uma avaliação do risco psiquiátrico à entrada, efectuada

pelo Enfermeiro de Triagem. Trata-se de uma adaptação da *Mental Health Triage Scale for use with the NICE guideline* (2) que visa avaliar o grau de risco para o próprio ou terceiros e assim permitir estruturar desde o primeiro momento um modo de intervenção adequado à situação e permitir no futuro a criação de protocolos de actuação em casos de urgências pedopsiquiátricas (Quadro 1).

QUADRO 1
Avaliação do risco no SU – Triagem

Nível	Grau de prioridade	Observação	História clínica
	Perigo de vida para si e/ou outros	Comportamentos violentos Auto e heteroagressividade Ameaça de violência Posse de armas	Não aplicável
	Risco de vida/ameaça para si ou outros	Agitação psicomotora grave Agressividade física/ verbal Estado confusional/incapacidade para cooperar	Tentativa /ameaças de auto ou heteroagressividade Condução judicial
	Angústia extrema; possibilidade de perigo para si ou outros	Agitação psicomotora moderada Comportamento intrusivo/desorganizado/bizarro Ambivalência face ao tratamento	I. Suicida, S. Psicóticos, alt do humor ou comportamento,
	Sem evidência de perigo; angústia moderada	Discurso organizado e colaborante, sem agitação nem irritabilidade	Sint. moderados ansiedade / depressão

FORMAS DE APRESENTAÇÃO CLÍNICA

Em relações às formas de apresentação clínica da patologia psiquiátrica, podem ser considerados dois grandes grupos: a eclosão súbita de *sintomatologia psiquiátrica aguda* e alterações graves do *comportamento* (Quadro 2).

Quaisquer que sejam as formas de apresentação, o pedido expresso, habitualmente, é para que haja um alívio rápido dos sintomas e do sofrimento. No entanto, as características próprias dos quadros de crise proporcionam um momento de abertura único para permitir uma intervenção. Esta perspectiva nunca deve ser perdida de vista ao longo da nossa intervenção no SU. Estamos perante uma possibilidade de rearranjo psíquico ou relacional e uma oportunidade de intervenção únicas e que podem não se repetir.

É fundamental ouvir todos os intervenientes, escutar a história que nos vai sendo contada, à medida que vamos reestruturando uma narrativa. Este recontar da história pelos intervenientes, só por si permite um evacuar da ansiedade e eventualmente pode ajudar o(s) narrador(es) a restabelecer alguma capacidade de pensar.

QUADRO 2

Eclosão súbita de **sintomatologia psiquiátrica aguda**:

- Episódio delirante
- Síndrome depressivo major
- Episódio maníaco
- Crise de angústia
- Somatizações
- Comportamentos suicidários

Alterações graves do **comportamento**:

- Habitualmente, no contexto de dificuldades relacionais no meio familiar e social
- Na sequência de ingestão de álcool ou outros consumos

A narrativa permite também reequacionar a problemática de uma perspectiva nova na qual algumas saídas ou soluções se possam perspectivar. É uma intervenção com as características de intervenção em crise.

O SU deve ter assim a dupla função de criar um espaço onde a capacidade de pensar seja reestabelecida, e proporcionar um interlocutor que possa ajudar a compreender e a encontrar eventualmente novas soluções para o problema ou, pelo menos, lançar novas luzes sobre a situação (Quadros 3 e 4).

QUADRO 3

Características do S.U. como meio contentor:

- Organizado
- Sereno
- Com os papéis bem definidos
- Contentor mas não ameaçador
- Espaço de diálogo onde o médico se sinta seguro mas seja possível privacidade
- Com um mínimo de objectos que possam ser usados de modo perigoso

QUADRO 4

Deve ser de evitar:

- Espaço superlotado
- Falta de clareza nos papéis
- Hierarquias mal definidas
- Frieza
- Equipas inexperientes

COMPORTAMENTOS AGRESSIVOS NO S.U

Para que seja possível qualquer tipo de intervenção terapêutica é de primordial importância garantir a segurança de todos os intervenientes (técnicos, família, paciente), bem como a integridade do meio.

Situações de violência em contexto de urgências psiquiátricas correlacionam-se positivamente com (3) (Quadro 5):

QUADRO 5

Baixo ratio técnicos/paciente

Alta percentagem de técnicos do sexo feminino

Falta de treino em saúde mental e em situações de violência

Perante ameaças ou sinais de violência há que ter atenção ao nosso próprio comportamento, evitando responder mesmo que involuntariamente em espelho. Nestas situações é importante que sejam os técnicos a mostrar qual pode ser uma resposta adequada em situações desencadeadoras de violência (Quadros 6 e 7).

QUADRO 6

Evitar

- Tocar no doente ou invadir espaço pessoal
- Promessas que não podemos manter
- Sinais de impaciência
- Interpretações e confrontações

QUADRO 7

Promover

- Manter técnicas verbais
- Redefinir situação
- Clarificar limites
- Preparar eventual contenção
- Reconhecer escalada de tensão
- Organizar intervenção em grupo
- Só usar CONTENÇÃO FÍSICA se absolutamente necessário

CONTENÇÃO FARMACOLÓGICA

A contenção farmacológica deve ser usada perante quadros de agitação, ansiedade extrema ou desorganização, de modo a garantir a segurança do próprio e de terceiros e permitir outro tipo de intervenções terapêuticas.

CONTENÇÃO FARMACOLÓGICA: *Fármacos usados para controlar o comportamento ou a liberdade de movimentos e não são tratamento padrão da patologia psiquiátrica do doente*
(Health Care Financing Administration, 1999)

A contenção de doente agitado e violento no serviço de urgência tem como objectivos:

- 1) Garantir a segurança do doente e do meio
- 2) Permitir a continuidade da intervenção terapêutica

Não deve ser usada contenção farmacológica em casos de patologia orgânica não estabilizada e potencialmente grave, como castigo ou punição ou quando o quadro clínico não o justificar.

A contenção física e/ou farmacológica deve ser sempre efectada no contexto de uma equipa multidisciplinar que inclua Pedopsiquiatra, Enfermeiro, Assistente Operacional e Segurança, que serão ou não chamados a intervir directamente, consoante as directivas do Médico, mas que devem estar disponíveis.

FÁRMACOS UTILIZADOS NO SU

a) Antipsicóticos:

1. Atípicos (4): olanzapina, risperidona
2. 1ª geração:
 - i. Incisivos: haloperidol
 - ii. Sedativos: levomepromazina, cloropromazina, ciamemazina

b) Benzodiazepinas: diazepam, lorazepam, midazolam

c) Anti-histamínicos: prometazina

d) Anticolinérgicos: biperideno

Antipsicóticos

- Fármacos mais utilizados em situações de urgência
- Eficazes na contenção, sedação e ansiedade de características psicóticas
- Possíveis efeitos secundários: *acatisia*, *Parkinsonismo* (tremor, rigidez muscular, bradicinésia), *s. Maligno dos neurolépticos*
- Baixam o limiar epileptogéneo
- Biperideno – é o fármaco antagonista dos sinais extrapiramidais

Antipsicóticos atípicos

Olanzapina

Formulações disponíveis	Doses de referência/biodisponibilidade (5)(6)
<ul style="list-style-type: none">• Cp 2,5 mg• Cp orodispersíveis 5 e 10 mg• Inj 10 mg	<ul style="list-style-type: none">❖ O,15-0,20 mg/kg: 2,5-10 mg☐ Início acção: 15-30 mn (im)☐ Pico plasmático: 4-6 h (oral) 15-45 mn (im)☐ Semi-vida: 32-50 h

- É um Fármaco de 1ª linha no SU
- Só deve ser usado a partir dos 12 anos de idade

- É sedativo em doses baixas
- Tem baixo risco de efeitos secundários extra piramidais
- As formulações orodispersíveis facilitam e garantem a toma.
- Tem risco de depressão respiratória se associado a benzodiazepinas I.M. (7)

Risperidona

Formulações disponíveis	Doses de referência/biodisponibilidade (5)(6)
<ul style="list-style-type: none"> • Cp: 0,5mg, 1, 2, 3 e 4mg • Cp orodispersíveis: 2, 3, 4mg • Sol oral: 1mg/ml 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ 0,01-0,06mg/kg/dia: <ul style="list-style-type: none"> ➤ 0,5-2mg (se ≥12 anos) ☐ Pico plasmático: 1-2 h ☐ Semi-vida: 24h

- Pouco eficaz na sedação rápida
- Não disponível em formulações injectáveis
- Tem aprovações para utilização em idades pediátricas (irritabilidade associada ao autismo desde os 5 anos, D.B. desde 10, esquizofrenia desde 13)
- Risco de efeitos extra-piramidais moderado

Antipsicóticos de 1ª geração

Haloperidol

Formulações disponíveis	Doses de referência/biodisponibilidade (5)(6)
<ul style="list-style-type: none"> • Cp: 1mg, 2mg, 5mg • Sol oral: 2mg/ml • Sol inj: 5 mg/ml 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ 0,025-0,075 mg/kg: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Max 2,5 mg (<12 anos) ➤ Max 5 mg (≥12 anos) ☐ Início acção: 15-30 mn(im) ☐ Pico plasmático:15-60 mn(im) 3-6 h (oral) ☐ Semi-vida: 10-36 h

- É um fármaco de 1ª linha quando há necessidade utilizar um injectável
- É eficaz em estados de agitação (im)
- É possível utilizar em associação com farmacos mais sedativos
- Deve-se ter atenção à possibilidade de efeitos secundários extra-piramidais.
- Ter disponível biperideno

Clorpromazina/Levomepromazina

	Formulações disponíveis	Doses de referência / biodisponibilidade	Outras características
Clorpromazina	<ul style="list-style-type: none"> Cp 25 e 100 mg Sol oral: 40 mg/ml Sol inj im 25mg/5ml Sol inj iv 50 mg/2ml 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ 0,5 mg/kg ➤ Max 50 mg 	Efeito sedativo marcado Possível associar com haloperidol Risco de hipotensão (vigiar TA) Doloroso inj. im
Levomepromazina	<ul style="list-style-type: none"> Cp 25 e 100 mg Sol oral 40 mg/ml Sol inj 25 mg/ml 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ 0,1 a 0,2 mg/kg (<15 anos) 25 mg (≥15 anos) 	Mais sedativo que a clorpromazina Risco de hipotensão ortostática (vigiar TA)

Benzodiazepinas (BZD) (5,6)

- Podem ser usadas no controlo de ansiedade aguda e na sedação rápida
- O risco de reacções paradoxais com desinibição e agitação psicomotora é significativo particularmente em crianças
- Deve-se ter atenção à possibilidade de depressões respiratórias se usados em associação com outros fármacos sedativos e/ou em presença de patologia respiratória

Antagonista: Flumazenil (acção curta)

	Duração de Acção	Efeito Ansiolítico	Efeito Sedativo/ Hipnótico	Doses
DIAZEPAM Cp 5 e 10 mg S. oral (5ml/2mg)	LONGA Pico plasmático 1-2h Semi-vida 48 h	+++	++	0,2 mg/kg até 5-10 mg/toma)
LORAZEPAM Cp 1 e 2,5 mg	INTERMÉDIA Pico plasmático 2 h Semi-vida 12-16 h	+++	++	≥12anos: 1 a 2,5 mg/toma
MIDAZOLAM Cp 15 mg s. Inj. 5mg/ml	CURTA Pico plasmático 15-60mn Semi-vida 90mn-150mn	+++	+++	≥12anos: 1 a 2,5 mg/toma

Antihistaminicos-prometazina

Formulações disponíveis	Doses referência/biodisponibilidade
<ul style="list-style-type: none"> Xar.: 1 mg/ml Sol inj: 50 mg/2 ml 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ IM: 0,5 mg/kg <ul style="list-style-type: none"> ➤ 5-10 anos : 6,25-12,5 mg ➤ 10 -12 anos: 25 mg ➤ ≥ 12anos: 25-50 mg ❖ Oral <ul style="list-style-type: none"> ➤ 2-5 anos: 15-20 mg ➤ 5-10 anos: 20-25 mg ☐ Pico plasmático: 1,5-3 h ☐ Semi-vida: 7-15h

Outras características:

- Sedação marcada
- Injectável doloroso
- Efeitos antimuscarínicos acentuados
- Contra-indicações: porfiria <2 anos

Contenção farmacológica no SU:

A escolha da medicação deve ser orientada por (6):

- Medicação que faz habitualmente
 - Diagnóstico psiquiátrico
 - O que resultou em episódios prévios
- Deve ser revista toda a medicação efectuada nas últimas 24 H
 - Tentar sempre em 1º lugar medicação por via oral

Fluxograma de utilização de contenção farmacológica (não aplicável em idades inferiores a 6 anos)

Via oral: utilizar esta via de administração sempre que possível

Sem sintomas psicóticos e sem história prévia de antipsicóticos

– BZD

- Lorazepam:

0,5-1 mg se <12 anos

0,5-2,5mg se ≥12 anos

Repetir se necessário 1 hora depois

Com história de medicação antipsicótica prévia ou sintomas psicóticos

– Olanzapina

- 5-10 mg se ≥12anos

ou

– Risperidona+BDZ

- 0,5-2 mg se ≥12 anos

ou

– Haloperidol (0,5-1mg) + Diazepam (5-10mg) se <12 anos

– Haloperidol (1-2mg) + Diazepam (10mg) se ≥12anos

Via intra muscular (usar apenas quando não é possível a via oral):

- Olanzapina*
 - 2,5-5mg se ≥ 12 anos

ou

- Haloperidol (0,1 mg/kg) + prometazina (0,5 mg/kg)
 - (max: 2,5 mg) + (max: 25 mg) se < 12 anos
 - (max: 5 mg) + (max: 50 mg) se ≥ 12 anos

ou (decisão em função da gravidade do quadro, da medicação já efectuada nas últimas 24 horas e no que já resultou em situações semelhantes)

- Haloperidol + prometazina + clorpromazina
0,1 mg/Kg + 0,5 mg/kg + 0,5 mg/Kg
 - (max: 25 mg) se < 12 anos
 - (max: 50 mg) se ≥ 12 anos

Associar Biperideno 5 mg quando há história prévia de efeitos secundários, ou na associação de 2 antipsicóticos

Vigilância após medicação de contenção IM (5):

- Manter doente sempre em companhia de Técnico de Saúde (Médico e/ou Enfermeiro)
- Manter contacto verbal com o doente
- Monitorização dos sinais vitais logo que possível e repetidos de 15 em 15 mn
- Vigilância de sinais extra-piramidais
- Reavaliação clínica regular
- Aguardar 1h, antes de ponderar repetir medicação

A intervenção psicofarmacológica em contexto de urgência deve sempre ser integrada numa intervenção terapêutica mais global que permita dar um sentido e encontrar respostas para situação de crise.

BIBLIOGRAFIA

- (1) Laudrin, S., & Speranza, M. (2002). Crise et urgence en pédopsychiatrie. *Enfances & Psy.*, 18(2), 17-23.

* Não disponível em formulação injectável em alguns Serviços de Urgência

- (2) Raston, S., & the NICE self-harm guideline development group. *Mental Health Triage Scale for use with the NICE guideline on self-harm*.
- (3) Owen, C., & Palmer, J. (1981). Security procedures in a psychiatric emergency service. *Journal National Med. Assoc.*, 73, 9.
- (4) Calles, J.L. (2011). Psychopharmacologic control of aggression and Violence in children and Adolescents. *Pediatric Clinics of North America*, 58.
- (5) NICE Guidelines-violence. *The short-term management of disturbed/violent behaviour in psychiatric in-patient settings and emergency departments*.
- (6) National Health System. (2009). *Rapid Tranquilization prescribing and Physical Assessment and Monitoring Guidelines*.
- (7) Taylor, D., Paton C., & Kapur, S. (2010). *Rapid tranquilization in children and adolescents, Maudsley Prescribing guidelines* (10th edition, versão portuguesa, p. 281). Libri-Faber.

ABSTRACT

It is referred the concepts of crises and emergencies in Child and Adolescent Psychiatry, opposing to the contention ability. It is described an evaluation model of child psychiatric risk in the Emergency Room, the characteristic that this one should present to deal with this kind of situations, as well as the most frequent forms of clinic presentation. It is referred the clinical management of agitated and violent situations, the more used medication in those situations, their characteristics and utilization forms. It's proposed a psychopharmacological rapid tranquilization model.

Key-words: Child and adolescent emergencies. Rapid tranquilization. Violence and agitation.

RESUMO

A adolescência é um período marcado pelo despoletar de várias questões identitárias. Nesse sentido, far-se-á uma sùmula do processo de formação da identidade, tocando o conceito de identificação, inerente ao desenvolvimento psicoafectivo.

A adolescência será, também, um período de maior vulnerabilidade para a emergência da patologia psicótica, quando houver fragilidades psicobiológicas no processo conducente à estruturação do Eu, como sendo: a ambiguidade das identificações, falhas narcísicas básicas e predomínio de recurso a processos primários de funcionamento mental onde o princípio do prazer predomina sobre o princípio da realidade.

A patologia do Ego é descrita como estando na base da psicose, pelo defeito na integração psíquica. Surge o desenvolvimento de uma neo-realidade como modo de permitir criar uma organização defensiva do caos em que o indivíduo psicótico imerge. Acresce essencial tentar discriminar o significado da expressão fenomenológica da psicose, no que concerne aos três distúrbios básicos do quadro psicótico: Actividade, limites e Fragmentação do Ego.

Por fim, apontam-se avanços de neuroimagem funcional que destacam alterações estruturais concordantes com a fragilidade do Self pré-reflexivo, descrito como factor chave do processo psicótico. Nomeiam-se como estruturas do processamento referencial do Self, o córtex pré-frontal (PFC) e o córtex cingulado (CC). A nível de neurotransmissão descreve-se a saliência aberrante de estímulos próprios e exteroceptivos, através da disfunção do sistema mesolímbico dopaminérgico, como efector do fenómeno psicótico.

Palavras chave: Adolescência. Identidade. Identificação. Instâncias psíquicas. Psicose.

* Interna de Pedopsiquiatra do Hospital D. Estefânea.

CONSTRUÇÃO DA IDENTIDADE

O conceito de identidade compreende a representação do Eu estruturada numa continuidade temporal. Erikson descreve a identidade como a representação que o Eu faz de si próprio¹. Winnicott define identidade como «a continuidade de ser do ser humano individual»². Segundo J. Milheiro no sentimento de identidade encontra-se o sentido de «continuidade vinculativa do próprio entre o seu passado, o seu presente e o seu futuro»³. A identidade constitui-se e diferencia-se por uma série de identificações⁴, constrói-se pela «permanência e estabilidade de representações do self, dos objectos, resultantes em grande parte de identificações»⁵ (T. Ferreira, 2002). A Identificação primária será a primeira forma de ligação ao outro, correspondente ao período de indiferenciação do self (Freud, 1923)⁵, correlativa ao «processo de incorporação oral e do vínculo ao objecto primário»⁶. As identificações primárias serão os «elementos pré-formadores da introjecção, dado o seu carácter de internalização passiva, incorporativa». As identificações secundárias serão os processos de identificação inerentes ao período de separação sujeito-objecto na fase pré-edipiana, implicando já a escolha do objecto sexual⁵.

A identidade final não é um somatório das identificações já realizadas. Haverá um enriquecimento pelas sucessivas identificações projectivas e introjectivas, com uma «Síntese pessoal integrativa» na adolescência¹. Esta «Síntese pessoal integrativa» implica uma separação e individuação suficientemente clara entre as representações do próprio e as representações dos objectos. Sendo que, «a identidade do próprio é construída no reconhecimento da identidade do outro»¹.

De entre os mecanismos que conduzem à identificação convém distinguir os processos de incorporação (M. Torok), de introjecção (M. Klein), e de interiorização (A. Freud), que remetem para diferentes estádios de organização das relações de objecto, numa diferenciação progressiva⁶. O conceito de identidade remete para o narcisismo do indivíduo e para a qualidade das primeiras relações⁶. Para Erikson a formação da identidade começa onde a utilidade da identificação acaba⁷. Segundo C. de Matos, a identificação propriamente dita consistiria numa «verdadeira elaboração psíquica, interna e *modificante*, das propriedades assimilativas»⁸.

A construção da identidade, segundo o mesmo autor, resulta de três processos entrelaçados e engloba a formação da identidade sexual. Citando J. Milheiro a identidade sexual ou «consciência de si como indivíduo sexualmente definido representa o aspecto mais íntimo e profundo da identidade em sentido lato e o aspecto fundamental da sua construção»³.

Na primeira fase de construção da identidade, segundo C. de Matos, há uma identificação primária com introjecção e assimilação da identidade atribuída, que se estende até cerca dos 18 meses⁸.

Seguir-se-á uma identificação idiomórfica – em que a identidade se forma por um processo de afirmação e consolidação de características próprias⁹, «por um processo auto-assimilativo: um conhecimento de si mesmo através da informação interna que o indivíduo colhe de si próprio (...)». Nesta conquista haverá, primeiramente, um reconhecimento do Self corporal com integração progressiva a nível psíquico, traduzida pelo «reconhecimento de desejos próprios»¹⁰. Este é um processo de identificação que, entre os 1,5 até aos 3 anos, constitui um momento importante da identificação sexual⁵ e que corresponderá à primeira conquista da individualidade (Mahler, 1968)³.

Esta aquisição de uma identidade e, em particular, de uma identidade sexual, necessita de uma assunção do seu próprio corpo pelo investimento narcísico; o interesse pela imagem corporal no espelho e o sentimento de identidade que se lhe associa, testemunha que este investimento narcísico se realiza à custa de investimento objectal⁶. A partir dos 3 anos o núcleo da identidade sexual estará formado⁵, iniciando-se a identificação secundária.

Segue-se, segundo C. de Matos, a identificação xenomórfica, um processo de identificação ao modelo⁹. Este processo ocorre por «percepção, imitação e assimilação de atributos do objecto». Na fase edipiana ou fase genital infantil (entre os 3-6 anos), a criança vai construir a sua identidade sexual por identificação ao modelo escolhido – é uma identificação à função que caracteriza a actividade sexual⁵. A criança identificar-se ao seu sexo pela identificação à figura parental homóloga e abandono do desejo de ser como a figura parental do sexo oposto, o que implicaria renunciar a si mesmo³. No período da latência, «a identidade sexual afirma-se e confirma-se pela aprendizagem e experimentação dos papéis sociais do homem e mulher na cultura» (T. Ferreira, 2002)⁵.

A identidade na adolescência

A adolescência é marcada pela rejeição parcial das identificações anteriores e uma procura de novos objectos de identificação (E. Kestemberg)⁶. Alguns autores referem, como desafio essencial desta fase, a tensão entre a apetência objectal, para procurar novas identificações, e a preservação narcísica, para conservar a base identitária. Com o crescimento os modelos de identificação são cada vez mais livres e de acordo com a escolha do sujeito – «Escolhendo o seu herói ou outro tipo de modelo identificatório de acordo com o que sente e presente em si próprio, para um aperfeiçoamento e diferenciação do que já é,

pensa ser, prevê ou pretende ser»⁷. Aspectos que traduzem a fase juvenil da construção da identidade.

Nesta fase juvenil, segundo C. de Matos, desenvolve-se a identidade idiomórfica e «afinam-se mais os processos de identificação por complementaridade que os processos de identificação por similaridade»¹¹. O grupo tem um papel crucial neste processo – O adolescente sentir-se-á cada vez mais “idêntico a si próprio”, se sentir que «as suas partes projectadas no grupo são aceites e metabolizadas»³. Sendo que, progressivamente, a identidade própria assumir-se-á «à medida que se esbate a identificação com os outros»⁸. Os grupos também têm uma função contentora uma vez que «os processos sociais favorecem, através da realização, a diminuição gradual da clivagem, o declínio da onnipotência e a diminuição da angústia de perseguição» (D. Meltzer, 1977)⁶.

A adolescência é tida como a fase em que se vai estabilizar uma “imagem de si”. A imagem corporal torna-se progressivamente integrada para formar a identidade sexual, que se vai moldando progressivamente ao longo da adolescência^{13,12}, «orientada no seu processo de consolidação pela fantasia sexual central»¹⁰.

Para Erikson o desafio da adolescência consiste na formação da identidade adulta e resulta da maturação biológica (que integra as transformações pessoais), das expectativas culturais e das pressões sociais¹⁴. Para este autor, o desenvolvimento segue uma linha epigenética sendo que, em cada estágio psicossocial, o indivíduo confrontar-se-ia com desafios ou crises especiais, cuja resolução permitiria enfrentar novas tarefas ligadas ao desenvolvimento¹⁴. Nesta perspectiva, competirá ao Ego a integração dos aspectos psicosexuais e psicossociais de um dado nível de desenvolvimento e, simultaneamente, a integração da relação dos novos elementos da identidade com os precedentes – «competem-lhe superar as inevitáveis discontinuidades entre os diferentes níveis de desenvolvimento da personalidade» (Erikson, 1976)⁷. O processo de formação de identidade surgirá como uma configuração gradual, com sucessivas reformulações do Ego durante toda a infância.

Inscrita no estágio psicossocial da adolescência – a “crise de identidade” – envolverá, então, a «criação de um sentido de unidade» que se vai tornando consistente ao longo do tempo¹⁴. Na opinião de Erikson, o fracasso na formação de uma consciência do eu, forte e coerente, durante a adolescência, tem como consequência uma identidade difusa – onde o sujeito, por falta de coesão de um núcleo interno, tenta desempenhar certos papéis sociais, abandonando-os rapidamente¹⁴. A perda de um sentido de identidade muitas vezes expressa-se por uma hostilidade contra as regras desejáveis pela família e comunidade e pode culminar numa “identidade negativa”, baseada em todas as identificações

e papéis que, em estados críticos do desenvolvimento, foram vivenciados como indesejáveis e perigosos¹⁵.

A impossibilidade de integrar as identificações anteriores, numa configuração com relativa consistência de um sentimento de si, poderá constituir-se enquanto importante falha conducente à problemática identitária na adolescência.

A fragilidade do sentimento de identidade poderá relacionar-se com falhas no desenvolvimento precoce – «na continuidade ou qualidade do investimento, rupturas traumáticas ou ausência dos movimentos de autonomização»⁶ – pela existência de introjecções e identificações de natureza contraditória e uma relação objectal perturbada. Deste modo poderá emergir uma dificuldade marcada de experimentar a ambivalência, pautada por um funcionamento superegótico com características arcaicas, aspectos que suscitarão uma vivência subjectiva de ameaça ou desconfiança da «necessidade do objecto»⁶.

No adolescente com falhas identitárias observa-se uma dependência de objectos externos para um sentimento mais coeso do Self, de modo a permitir-lhe lidar com a vulnerabilidade da experiência subjectiva de vazio¹⁶.

Sintetizando, o sentimento de identidade adquire-se de forma progressiva no desenvolvimento psíquico e sexual. Segundo J. Milheiro, este sentido de identidade será resultante de três tipos de vínculo: o espacial (que tende à diferenciação do Self e não-Self), o temporal (com integração e coesão das diversas representações do Self ao longo do tempo) e um terceiro vínculo social (da relação interpessoal)³.

Uma identidade coesa compreenderá uma «imagem corporal realista, a sensação subjectiva de constância e de atitudes consistentes, a temporalidade, o género, a autenticidade e a etnicidade» (Akhtar & Samuel, 1996)¹⁷.

A PSICOSE NA ADOLESCÊNCIA

Para alguns autores, a vulnerabilidade para inúmeras doenças relacionar-se-á com a fragilidade da identidade (Kraus, 1982; Stanghellini, 2008)¹⁸. Laufer – colocando o enfoque na maturação corporal pubertária e na dificuldade de integração de uma identidade sexual – refere a possibilidade da ocorrência, nesta fase, de uma ruptura no processo desenvolvimental, à qual designou de “*Breakdown*”¹⁹. Aqui, haverá uma perda de contacto com a vida mental do próprio que, assim, responde a “criações” ou “fantasias” da própria mente, com consequente aversão por si mesmo e contra o próprio corpo. As consequências estendem-se desde retracção emocional e isolamento, ideação suicida, crença

que a destruição do corpo físico resolverá o mal-estar psíquico até à ruptura com o mundo – logo, à organização da estrutura psicótica¹².

Para Benedetti a psicose emerge em momentos chave da história pessoal do indivíduo, quando se devem assumir novas tarefas e responsabilidades, e se perde o suporte de segurança e dependência próprios da infância²⁰. Segundo C. Matos, e respeitante à estrutura de personalidade, surgem dois tipos de patologia que facilitam a eclosão de uma psicose na adolescência: as Perturbações da identidade, nomeadamente da identidade sexual; e as Perturbações narcísicas⁹. É de realçar que a vivência subliminar de uma identidade diferente perturba e «domina a experiência subjectiva do doente psicótico»⁹.

Segundo Marcelli e Braconnier, as três dimensões centrais que caracterizam a reorganização psíquica da adolescência farão parte de qualquer processo psicótico: a corporal, o problema da identidade e o equilíbrio entre o investimento narcísico e objectal⁶.

Para Coimbra de Matos «É a turvação da limpidez da identidade que caracteriza a desordem identificativa da psicose». Na psicose vivencia-se uma estranheza da identidade, que caracteriza a experiência subjectiva nas fases iniciais da psicose, havendo, igualmente, uma perturbação do papel assumido, nomeadamente quanto ao género e hierarquia das gerações⁹.

Tendo em conta a fragilidade psíquica conducente ao processo psicótico salienta-se: a ambiguidade das identificações, falhas narcísicas básicas e predomínio de recurso a processos primários de funcionamento mental onde o princípio do prazer prepondera sobre o princípio da realidade^{9,21}. O processo primário leva o funcionamento mental a sair do controlo da realidade para tender à alucinação das materializações dos desejos²¹.

A defesa psicótica será mobilizada «por um sentimento de grande ameaça, de terror, de medo de aniquilamento, da destruição pela violência do mundo» (C. Matos, 1993)¹⁰. A angústia de fragmentação, sentida pelo doente psicótico, liga-se ao sentimento de impossibilidade de construir um Ego mais coeso²¹. A perturbação do pensamento concreto, no psicótico, será correspondente à equação simbólica, com conseqüente indiferenciação entre coisa simbolizada e símbolo (Segal, 1956), com indistinção ou confusão sujeito-objecto⁵.

O adolescente psicótico não conseguiu integrar os vários aspectos da identidade nuclear²². É importante reforçar que, nesta falha, se intersectam aspectos psico-biológicos, numa interacção recíproca e mútua, uma vez que: «o cérebro é o órgão do corpo que não é apenas formado, mas que também plasticamente forma-se a si mesmo através das experiências de vida»²³.

CARACTERÍSTICAS DO FENÓMENO PSICÓTICO

Para Jasper há diferentes modos do Self ser consciente de si: *actividade* do Self, *unidade e continuidade* da identidade do Self ao longo do tempo e *distinção* entre o Self e o mundo exterior²⁴. Schneider reforça que é a consciência de actividade do Self que está perturbada na psicose, identificando a falha de apropriação do Self como resultando nos fenómenos de difusão e inserção do pensamento, assim como nos delírios e alucinações²⁴. Recentemente, o enfoque quanto ao cerne da perturbação psicótica é a perturbação na formação pré-reflexiva da experiência do Self (Parnas, 1998)²⁴.

A actividade do Self acompanha todos os pensamentos, imagens, memórias, sentimentos e percepções (incluindo as cenestésicas), conferindo a qualidade de serem vivenciadas como pessoais. A *despersonalização* representa a variação da normal *actividade do Self*²⁴. Nesta, ocorre uma destruturação do self corporal (da representação do corpo) que se acompanha, na maioria das vezes, de desrealização, uma vez que se perde o referencial da experiência²⁵.

Bleuler descreve a despersonalização na forma de transitivismo (uma parte da personalidade associa-se a outra), despersonalização e deficiente orientação pela perda das fronteiras do Self – A personalidade «perde os seus limites no espaço e tempo»²⁶ – consequentemente, o pensamento e o sentir tornar-se-iam alienados²⁴.

A evolução do processo psicótico é descrita tradicionalmente com uma progressão de vivências delirantes primárias. Descreve-se: o *humor delirante* (atmosfera peculiar pré-reflexiva, irracional e imotivada de que o mundo ambiente e/ou o «eu» se modificam de modo relevante), a *percepção delirante* (atribuição imediata de um outro significado anormal, a uma percepção adequada) e a *intuição delirante*, «pôr em relação sem motivo» (atribuição de significado às «coisas»)²⁷, em que há uma alteração do campo vivencial, que se caracteriza fundamentalmente por um «destacar das “propriedades essenciais” dos objectos (para o indivíduo em causa, na sua particular situação emocional) sobre as qualidades quotidianas e vulgares das coisas»⁹. Na intuição delirante haverá um motivo emocional para a falsa interpretação⁹.

Segundo C. de Matos, no «*humor delirante*» há um afrouxamento das relações Eu-Mundo, sendo este estado também denominado de despersonalização ou fase de «trema»⁹. Para Conrad a fase de «trema» precede o desencadeamento do delírio e é descrita como «pressão ou tensão e irrequietude ou angústia». Trata-se de uma fase pontuada por desconfiança e pressentimentos até que, posteriormente, se produzirá a “revelação” – «apofania». A fase de «trema» pode ocorrer com sentimentos de culpa, como se o doente psicótico se

sentisse na eminência de ser alvo de uma “punição” ou, em alguns casos, com sentimento de ânimo e esperança e, outras vezes, com sintomas depressivos. «O estado de ânimo deriva do estado de ânimo da sua personalidade fundamental e toma também os conteúdos da temática dessa personalidade» (Conrad, 1997)²⁸.

Segundo Coimbra de Matos, o humor delirante será sentido como “aniquilamento” levando, pela sua intolerância, ao estabelecimento de novas relações – «condicionadas por ideias sobrecarregadas emocionalmente e já antes elaboradas»⁹. A perturbação delirante aparece num «estado de perturbação global do vivenciar, estado de ansiedade aguda matizado, por vezes, de elação extática (...), em que o indivíduo vive um estranho e profundo pressentimento de quebra das suas relações com o mundo» (C. de Matos, 2002)⁹.

A percepção delirante, em sentido estrito, é «equivalente à vivência apofânica, que não é compreensível»²⁸. A «apofania» surge como uma revelação, «característica essencial da vivência delirante primária»²⁸.

Para Conrad há 4 fases no processo psicótico: a 1ª fase prodrómica de «trema», que poderá durar meses a anos; uma 2ª fase «apofânica», com uma primeira subfase de percepção delirante e uma segunda com mudança perceptiva sobre o espaço interior (anástrofe), com o início de difusão do pensamento e alucinações; segue-se a 3ª fase de desintegração do campo situacional em vivências oníricas (fase apocalíptica) e, por fim, na 4ª fase, a diminuição gradual da «apofania», com uma consolidação do delírio²⁸.

Na fase inicial da psicose e na fase prodrómica descreve-se um sentimento de que o Self já não satura a experiência, mas que se encontra alienado desta. Este sentimento pode surgir de várias formas: diminuição do sentido do Self básico (como interior vazio, falha de identidade, sentir-se diferente dos outros); distorção da perspectiva de primeira pessoa – despersonalização (como diminuição ou “atraso temporal” no vivenciar da experiência, sentido pervasivo de distância entre o Self e a experiência, e fragmentação do self); diminuição da habilidade de ser afectado pelo exterior (como se a pessoa não participasse no mundo); desrealização (uma impressão que o mundo exterior se transformou) e intensa reflectividade (como forma de sentir partes de si ou do ambiente como objectos de intensa reflexão), podendo ocorrer a perda do “sentido comum” e perplexidade²⁹, que é marcada pela importância excessiva de certas percepções e ideias³⁰.

As alterações descritas na fase prodrómica ainda não têm uma intensidade psicótica. Na transição para um episódio psicótico, as referidas alterações são fortalecidas e tematizadas na forma de delírios, alucinações e fenómenos de passividade. A «perda de presença» ou de minimização da experiência evolui para um delírio de influência. A hiperreflectividade é uma forma de exagero da

consciência do Self com preocupação empolada sobre aspectos da própria experiência. Este estilo reflexivo debruça-se sobre aspectos do self normalmente tácitos, levando-os a serem experimentados como objectos externos, podendo ocorrer em relação aos fenómenos cenestésicos autonómicos. Estes aspectos concorrem para uma diminuição do sentido de existência do Self como sujeito de consciência³⁰.

O decorrer de episódios psicóticos agudos, nos jovens, é marcado por uma angústia extrema e observam-se frequentemente acessos hipocondríacos ou cenestésicos de angústia. Segundo Marcelli, as angústias hipocondríacas traduziriam uma fragilidade da vivência corporal, pelo corpo em transformação, ou uma ameaça de fragmentação; as «Ideias delirantes serão predominantemente polimórficas muitas vezes próximas de uma fantasmática exteriorizada». Surgem, frequentemente, elementos de cariz persecutório e podem ocorrer alucinações³¹.

Na Psicose descrevem-se, então, três distúrbios básicos: Perturbação da *actividade do ego*, que leva a uma distorção simbólica em que o mundo externo embute-se de sinais mágicos de influenciamento; Vulnerabilidade para a *perda dos limites do Eu*, «O mundo inteiro está na psique, mas não como representação objectal, mas como objecto em si, ou como uma 3^a realidade entre o Self e o mundo» e *Fragmentação do Ego* (Bleuler)²³.

SÍNTESE DA ORGANIZAÇÃO PSÍQUICA NA PSICOSE

O Self é a consciência da identidade própria e da sua permanência³². São os vários Eu que se conjugam para formar o Self. O Eu será consciente, enquanto o Ego será inconsciente, haverá é a consciência da sua actividade, mas não de si mesmo. O Ego surge como instância interna que salvaguarda a existência coesa, filtrando e sintetizando as impressões, emoções, recordações e impulsos que tentam penetrar no pensamento se não houver este sistema de triagem⁷.

A patologia do Ego é descrita como estando na base da psicose, pelo defeito na integração psíquica^{23,20}. Será na desorganização do Ego que se considera primeiramente a perda da normal relação do Ego com o aparelho perceptivo, ou seja, aquilo que permite a ligação à realidade²³. Usualmente o mundo externo governa o Ego de dois modos: pelas percepções, que são renováveis; e pelo armazenamento de memórias de percepções precedentes que, na forma de “mundo interno”, estão sobre a posse do Ego, sendo um dos seus constituintes. (Freud, 1924c, cit. em Laufer)³³.

Segundo Benedetti, na psicose, o processo perceptivo perde as suas características de causalidade, predictibilidade e habilidade que permitiriam a distinção entre o Ego e o não-Ego. A incapacidade do Ego integrar as percepções como suas, leva à sensação de uma percepção com “actividade própria”. As novas percepções, em vez de se ligarem às do passado e serem armazenadas em traços mnésicos, contribuem para uma desorganização dos traços de memória prévios, que se tornam incapazes de fornecer o fundo para novas percepções. Assim, a identidade própria modifica-se – «O mundo interno torna-se alienígena»²³, dentro do seu cenário de descontinuidade temporal.

A realidade que é percebida é algo que manipula e influencia o doente continuamente, uma vez que os processos perceptivos estão indisponíveis para o Ego. A perda de integração, de identidade e racionalidade significa a perda da responsabilidade e assim, da posse do Self³². Desta forma, o sujeito não pode investir o mundo interno com a sua actividade psíquica, emergindo sentimentos de *passividade*, «de ser compelido a pensar e agir de um modo que é aflitivo para o doente»²³.

O doente psicótico já não é capaz de distinguir se as intenções ou movimentos de outros lhe pertencem ou não. Surgindo, por vezes, o *transitivismo*, em que as motivações parecem alienígenas²³. O fenómeno de transitivismo será uma característica central do distúrbio do Self (Parnas & Handest, 2003; Parnas et al., 2004, Parnas, 2005), traduzindo a perda ou permeabilidade das fronteiras do self-mundo³⁰.

Um outro aspecto da falha de integração Egóica leva a que tanto os instintos como as funções superegóicas sejam percebidas como forças externas ao Self pelo que responsáveis pela actividade alucinatoria; Quanto aos impulsos do Id vão apresentar-se na consciência dissociados do Ego – levando a estranheza quanto à intencionalidade própria^{23,25}.

Em estudos recentes, os sintomas positivos como as *alucinações auditivo-verbais e fenómenos de passividade* são pensados como resultantes de deformação dos pensamentos e acções internas em fontes externas – reflectindo uma “agnosia autooética”, como a dificuldade de identificar eventos gerados pelo self³⁰. Alguns autores, quanto às alucinações, colocam o enfoque numa experiência de “saliência aberrante” das representações internas²⁹.

Segundo Benedetti, as *alucinações* seriam não apenas consequência de projecções, mas uma expressão da tendência a perceber, como parte do mundo externo, o que o Self é incapaz de sentir como seu. Segundo este autor, a função de auto-observação super-egóica aparece isolada nos doentes com alucinações auditivo-verbais, com carácter de observação das acções e pensamento – «As vozes comentam o que o doente observa ou o que está ainda em estágio de

intencionalidade»²³. Concomitantemente, a função moral super-egóica aparece desarticulada, ficando o Ego à mercê de um «super eu destrutivo acusatório do Ego, com vozes de comando»²³.

Segundo este autor, surgem também sinais da desintegração do Id, observáveis, nomeadamente, na motilidade (alguns doentes iniciam a acção de modo inseguro, como se fossem alvo de impulsos contraditórios) e nas temáticas de «vitimização de perversões sexuais».

Para Benedetti na psicose há uma falha do ideal do Eu, pela falha de um modelo introjectado no Ego com que o doente se possa identificar. Ao contrário, um Ego ideal é projectado nos objectos externos. «A ruptura do Ego ideal envolve também a perda da influência egóica e subsequentemente, amplificação pelo isolamento e projecção no exterior, acompanhada por um aumento de sofrimento, que mostra que esta não é meramente defensiva como é consequência de um processo de ruptura». As forças percebidas como partes do mundo externos são, assim, interpretadas magicamente²³.

A nível das relação entre instâncias psíquicas, Benedetti reforça que a defesa do Ego contra o Id será uma motivação ainda mais arcaica que a moral. «É o esforço de preservar a própria identidade contra a pressão desintegrativa instintual»²³.

Todas estas funções que ocorrem autonomamente contra o Ego provocam no Ego o sentimento de não ser autónomo, de ser influenciado. Estas forças são sentidas como internas, mas já não pertencendo a si. Os impulsos instintivos não se podem organizar numa estrutura egóica estável e são percebidos como objectos do mundo exterior²³. O ponto que caracteriza a emergência de psicose será, então, a falta da força integrativa do Ego.

Benedetti enfatiza a angústia do doente psicótico, referindo a confusão do corpo com os objectos externos como uma das mais terríveis experiências vivenciadas²³. Deste modo, o doente psicótico sentir-se-á «um observador passivo de fragmentos autónomos do Ego», com consequente deformação da experiência que corromperá progressivamente «a imago do mundo objectivo (que se torna delirante), assim como a experiência subjectiva do self interno», levando a um sentimento de discrepância entre o Self e o mundo.

O teste de realidade empobrece-se, destrutura-se e reduz-se a sensações corporais. «Na psicose há um *gap* primário de integração que aparece em vários sectores da vida»²³. O Ego não se pode separar do que percepção – ou seja, toda a percepção torna-se ego-centrada e com significado – resultando numa sobreinclusão de todo o Ego em cada simples actividade²³.

Estudos recentes, de cariz mais biológico, referem-se ao termo de “intrusões” para descrever fenómenos normais experienciados que incluem:

estímulos externos, informação do estado corporal ou informação do estado cognitivo (pensamentos e imagens intrusivas) (Rachmn & Silva, 1978; Salkovskis & Harrison, 1984). Na psicose estas “intrusões” na consciência tornam-se problemáticas, porque são sentidas como ameaçadoras, e podem resultar em respostas emocionais, cognitivas e comportamentais que por sua vez levam a um acentuar da sua frequência³⁴.

O processo de desorganização do Ego activa um intenso número de processos para rectificar, dentro do possível, a circunstância desintegrativa. O doente com psicose experiencia-se como «sugado por um mundo gigante», com subsequente aumento de mecanismos de defesa – «fenómenos de autismo, negativismo, mutismo, rigidez catatónica, retracção paranóide».

As defesas psicóticas são, não só, de natureza psicodinâmica, como também de natureza cognitiva²³. Os delírios são esforços cognitivos para dar sentido a experiências de “saliência aberrante”²⁹. A técnica de criar relação entre os objectos é uma forma de ordenar e dominar o mundo. O Ego psicótico «constrói um mundo seu, um mundo delirante, que permite, que se sinta como “pessoa”» (Benedetti, 1987)²³. O fenómeno de sobrinclusão mostra a impossibilidade de traçar limites e firmar fronteiras ente as coisas.

CONTRIBUTOS NEUROBIOLÓGICOS PARA COMPREENSÃO DA FENOMENOLOGIA

Estudos recentes, com uma perspectiva mais biológica, são convergentes quanto ao enfoque nas perturbações do sentido básico do Self, como presumivelmente responsáveis por muitas das alterações fenomenológicas que ocorrem na fase prodrómica da psicose, e como um marco de vulnerabilidade psicótica, particularmente nas perturbações do espectro esquizofrénico (Moller & Husy, 2000; Nelson et al., 2008; Parnas, 2000, 2003; Parnas et al., 2005a; Parnas et al., 1998; Sass 1992; Sass & Parnas, 2003)²⁹.

São descritos diferentes níveis de distúrbio do Self, em termos *fenomenológicos*. Um primeiro, pré-reflexivo, que se refere a uma impressão implícita de apropriação da experiência – Self básico (ipseity)²⁹; Um segundo, um Self consciente, de modo mais explícito, como sujeito invariante e persistente de experiência e acção – com noção de unidade temporal; Por fim, descreve-se um self narrativo ou social, que se refere às características do indivíduo como a personalidade, hábitos e estilo de funcionamento²⁹.

As pesquisa *neurobiológicas* demarcam igualmente vários níveis do Self. O Self corporal (proto Self) e o Core self, que se refere ao processamento referencial (ambos pré-reflexivos) e o self autobiográfico, que se refere a processos cognitivos superiores. Na psicose, a perturbação do Self ocorre no nível mais básico de consciência do Self, ao contrário do que é observado em perturbações de personalidade, nomeadamente narcísica ou borderline, onde a perturbação ocorre ao nível do Self narrativo. O distúrbio do self básico parece ser independente da manifestação sintomática²⁹.

Os tipos de anomalia afectando o Self básico, que são evidentes no período prodrómico, incluem o “sentido de presença” (apropriação do Self), a corporalidade (percepção de alterações morfológicas ou distúrbios motores), os processos cognitivos anómalos (perceptualização do discurso interno e pensamento, com interferência, pressão ou bloqueio do pensamento), a demarcação do Self (perda ou permeabilidade das fronteiras Self-mundo, com confusão entre o Ego e não-Ego) e a reorientação existencial (em respeito à visão do mundo, como a auto-referência e os “fenómenos solipísticos”)²⁹.

Em relação aos processos cognitivos anómalos ou à também designada de “disfunção cognitiva base”, os mecanismos possíveis incluem dificuldades em integrar informação no contexto temporal e espacial; assim como uma falha na auto-monitorização das intenções e acções, que levam o indivíduo a experimentar as próprias acções como alienígenas. Esta “disfunção cognitiva base” tem um paralelo com transmissão dopaminérgica mesolímbica elevada³⁴.

O distúrbio do “sentido de presença” parece ser uma característica mais presente na fase prodrómica. O sentido básico de Self (a presença do Self de sentir-se como sujeito de experiência) e o sentido de imersão no mundo coexistem. O “sentido de presença” do Self básico é o «background onde a consciência explícita, temática ou objectivamente tem lugar»²⁹.

Contributos de neuroimagem funcional

O cérebro humano transforma-se continuamente ao longo da trajectória de maturação e desenvolvimento, em particular o lobo frontal, na sua porção dorsal, e o lobo parietal sofrem mudanças importantes entre a adolescência e a adultícia. As alterações estruturais usualmente apontadas na psicose relacionam-se com o córtex pré-frontal (PFC), o córtex medial temporal (incluindo o hipocampo), o córtex cingulado anterior (CCA) e o córtex temporal superior³⁵.

As regiões mediais pré-frontais, têm um papel na discriminação do agente de acção, o que sugere que possam estar implicadas (e hipoactivas) nos doentes com sintomas de passividade³⁵. As áreas temporais são críticas para atribuição da fonte de estímulo verbal (Allen et al., 2005; Allen, 2004; Fu et al., 2008)

enquanto, as regiões parietal inferior e cerebelosa podem ter um papel importante no domínio sensorio motor (Blakemore et al., 2003). A diminuição do córtex temporal superior é apontada como sendo relacionada com as alucinações auditivas e a perturbação do pensamento³⁵.

Na psicose para além de défices na função executiva do PFC, o hipocampo e amígdala têm uma diminuição de volume (Wriht et al., 2000)³⁴. A lesão no hipocampo pode resultar numa «fraqueza da influência de memórias consolidadas na regulação de inputs prévios na percepção presente», o que leva a inputs sensoriais ambíguos e não estruturados (Hemsley, 1993)³⁴. Já a redução da actividade do córtex medial pré-frontal (mPFC), durante a recordação de memórias, parece estar associada com aumento dos erros de atribuição (indicando que um estímulo foi percebido quando apenas imaginado) (Turney et al., 2008)²⁹.

Tanto o *input* excessivo das estruturas límbicas como perda do travão da função executiva do PFC sobre o sistema límbico causam aumento da dopamina mesolímbica, que resulta na «hiperreação a estímulos emocionais, que levam à paranóia e psicose» (Grace)³⁴.

A região do CCA tem sido implicada na patofisiologia da perturbação psicótica, estando associada ao impacto cognitivo na monitorização do Self e à desorganização, nos doentes esquizofrénicos. O mPFC e o córtex cingulado estarão envolvidos no processamento referencial do Self³⁵.

Damásio (2000) identificou o córtex cingulado (CC) como uma região chave sustentando o Core Self, referindo tratar-se de uma região privilegiada para integrar estados internos como informação externa – a função do core Self – pelas suas aferências e eferências, que atravessam vários sistemas cognitivos, afectivos, somato-sensoriais, motores e viscerais (Devisky et al., 1995; Mega & Cummings, 1994; Vogt & Pandya, 1087; Vogt et al., 1987)²⁹.

Os estudos de neuroimagem funcional mostram o papel da porção anterior e posterior de CC e do mPFC em certas formas do processamento relacionado com o Self. Assim, identifica-se o sistema putativo cortical medial (CMS) como possível representante da rede neuronal do core Self (Northoff et al., 2006). O CMS é visto como tendo um papel na função pré-reflexiva do Self, para além de recrutar o córtex pré-frontal lateral (PFCdl) para o pensamento reflexivo. O CMS interage com outras regiões, podendo assim ter um papel tanto no processamento do Self pré-reflexivo como reflexivo²⁹. Pensa-se que anomalias no PFC, córtex temporal e Córtex cingulado anterior (ACC) precedam o início da psicose³⁵.

Vulnerabilidade neuroquímica e cognitiva

No indivíduo saudável, a dopamina mesolímbica actua para dar significado e “saliência” ao estímulo, transformando uma representação mental de um estímulo

afectivamente neutro numa representação atractiva ou aversiva (Berridge & Robinson, 1998). Na psicose a “saliência” estará ligada a estímulos que deveriam ser relativamente inócuos. Neste processo, a dopamina é vista como “o vento do fogo psicótico” (Laruelle et al., 1999)³⁴.

Na psicose o circuito cortico-límbico é mal funcionante, havendo uma desregulação da dopamina com conseqüente libertação dopaminérgica por estímulos independentes, com sinalização aberrante de objectos externos e representações internas. O que é único nesta “saliência aberrante” é que persiste na ausência de um estímulo sustentado³⁰.

Em alguns estudos tem-se vindo a colocar hipótese de alterações concomitantes noutros sistemas de neurotransmissão, no processo psicótico, com enfoque em interacções mais globais, levantando-se a possibilidade de influência concomitante da serotonina, glutamato, ácido gama aminobutírico (GABA), neuropéptidos, receptores adrenérgicos e segundos mensageiros celulares³⁶.

Descrevem-se também vieses cognitivos que podem influenciar o modo como a experiência perceptiva é ajuizada. Destaca-se: (a) tendência de “saltar para conclusões” (Garety & Hemsley, 1994; Garety et al., 2001) – em que o indivíduo prematuramente termina a procura de uma explicação para a experiência – viés que está presente nos indivíduos considerados como tendo um «estado mental de risco» (pelo histórico familiar), anteriormente ao delírio (Broome et al., 1994); (b) atribuições externalizadas que levam o indivíduo a atribuir eventos negativos a causas exteriores; (c) falhas da atribuição de significado, relacionadas com a Teoria da mente (Frith, 1992), em que a falha na construção da representação do conteúdo da mente do outro (e em determinar correctamente intenções e comportamentos subjacentes) pode causar uma representação das intenções do outro de modo paranóide^{34,37}.

Estes factores cognitivos e interpretativos interagem com uma neuroquímica aberrante e determinarão diferenças fenomenológicas da psicose entre os diferentes indivíduos e entre as diferentes perturbações³⁰.

CONCLUSÃO

A identidade e a sua evolução, são conceitos chave para a descrição e compreensão da psicopatologia em geral²⁰. Na psicose falha a ligação psíquica e perde-se a capacidade de escolha, pelo que o indivíduo fica aprisionado e impossibilitado da vivência do «sentimento de liberdade»²³.

A inadequada integração do Id no Ego é presumivelmente de origem psicobiológica: «A distorção do processo comunicacional produz, possivelmente, uma deficiência na nutrição psicobiológica, que por sua vez agrava a efemeridade hereditária e é congruente com ela» (Benedetti, 1987)²³.

Dentro da influência do ambiente familiar destacam-se distorções relacionais com «comportamento contraditório (...) e inconsistente»²³. Concomitantemente, são apontados certos tipos de experiência que aumentam a vulnerabilidade para a psicose, como o bullying, a vitimização, o racismo e a alienação³⁴. É importante frisar que «o isolamento social reduz o acesso a explicações alternativas e normalizadoras de experiências anómalas» (Hodges et al., 1999; Van Os et al., 2000)³⁴.

Na adolescência há todo um processo de maturação cerebral e desenvolvimento psicológico que levanta muitas questões, em particular quanto à evolução posterior do quadro de psicose aguda e eventual enquadramento em patologia do espectro esquizofrénico ou afectivo. Com tratamento anti-psicótico diminui a eficácia dos estímulos no controlo e direcção do comportamento, levando a uma diminuição da “significância” do estímulo. Porém, não se alteram primariamente os pensamentos e ideias, mas «providencia-se um meio bioquímico em que as saliências aberrantes serão menos favorecidas e as prévias mais facilmente extinguidas»³⁰.

Nesse sentido, olhar para a psicose, dando significado à expressão semiológica, permitirá melhor conter a angústia do doente e promover estratégias que lhe permitam uma melhor integração do Eu e da estruturação da sua identidade.

REFERÊNCIAS

- 1 Sequeira, F. (1992). A propósito da síntese da identidade na adolescência». *Psicologia*, VIII(3), 317-322.
- 2 Houzel, D., Emmanuelli, M., & Moggio, F. (2004). *Dicionário de psicopatologia da criança e do adolescente*. Lisboa: Climepsi.
- 3 Milheiro, J. (1988). Identidade sexual. *Jornal de Psicologia*, 7, 3-9.
- 4 Laplanche, J., & Pontalis, B. (2007). *Vocabulaire de la psychanalyse*. Paris: Presses Universitaires de France.
- 5 Ferreira, T. (2002). *Em defesa da criança*. Lisboa: Assírio e Alvim.
- 6 Marcelli, D., & Braconnier, A. (2005). *Adolescência e psicopatologia*. Lisboa: Climepsi.
- 7 Erikson, E. (1976). *Identidade – Juventude e crise*. Zahar Editores.

- 8 Matos, C. (2004). *Saúde mental*. Lisboa: Climepsi.
- 9 Matos, C. (2002). *Adolescência: O triunfo do pensamento e a descoberta do amor*. Lisboa: Climepsi.
- 10 Matos, C. (1993). Desenvolvimento normal da criança na segunda infância. *Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria*, 5.
- 11 Matos C. (2003). *Mais amor menos doença – A psicossomática revisitada*. Lisboa: Climepsi.
- 12 Laufer, M. (1997). *Adolescent breakdown and beyond*. Karnac Books.
- 13 Laufer, M. (1991). Body image, sexuality and psychotic core. *International Journal of Psycho-analysis*, 72, 63-71.
- 14 Sprinthall, N., & Collins, W. (2008). *A psicologia do adolescente* (4ª Ed.). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian
- 15 Erikson, E. (1980). *Identity and the life cycle*. Norton.
- 16 Akhtar, S. (1984). The syndrome of Identity Diffusion. *Am. J. Psychiatry*, 141, 1381-1385.
- 17 Akhtar, S., & Samuel, S. (1996). The concept of identity: Developmental origins, phenomenology, clinical relevance, and measurement. *Harv. Rev. Psychiatry*, 3, 254-267.
- 18 Stanghellini, G., & Rosfort, R. (2010). Affective temperament and personal identity. *Journal of Affective Disorders*, 126, 317-320.
- 19 Laufer, M (1989). *Rupture du développement*. Paris: Presses Universitaires de France.
- 20 Heerlein, A. (2005). Formación de la identidad en la esquizofrenia y el transtorno Bipolar. *Vertex Rev. Arg. Psiquiat.*, XVI, 95-101.
- 21 Bergeret, J. (1988). *Personalidade normal e patológica*. Artes Médicas.
- 22 Kestenbaum, C. (1985). Putting it all together: A multidimensional assessment of psychotic potential in adolescence. *Adolesc. Psychiatry*, 12, 5-16.
- 23 Benedetti, G. (1987). *Psychotherapy of schizophrenia*. New York: University press.
- 24 Burgy, M. (2008). The concept of psychosis: Historical and phenomenological aspects. *Schizophrenia Bulletin*, 34, 1200-1210.
- 25 Matos, C. (2007). *O desespero* (2ª ed.). Lisboa: Climepsi.
- 26 Bleuler, E. (2005). *Dementia praecox ou grupo das esquizofrenias*. Lisboa: Climepsi.
- 27 Sousa, M. (1989). *Manual de documentação e de quantificação da psicopatologia*. Ed. Pais de Sousa.
- 28 Conrad, K. (1997). *La esquizofrenia incipiente*. Madrid: Fundación Archivar de Neurobiología.
- 29 Nelson, B., Fornito, A., Harrison, B., Yucel, M., et al (2009). A disturb sense of self in the psychosis prodrome: Linking phenomenology and neurobiology. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 33, 807-817.
- 30 Kapur, S. (2003). Psychosis as a state of aberrant salience: A framework linking biology, phenomenology and pharmacology in schizophrenia». *Am. J. Psychiatry*, 160, 13-23.
- 31 Marcelli, D. (2005). *Infância e psicopatologia*. Lisboa: Climepsi.

- 32 Evans, P. (1972). Henri Ey's concepts of the organization of consciousness and its disorganization: An extension of Jacksonian theory. *Brain*, 95, 413-440.
- 33 Laufer, M. (1986). Adolescence and psychosis. *International Journal of Psycho-Analysis*, 67, 367-372.
- 34 Broome, M., Wolley, J., Tabraham, et al. (2005). What causes the onset of psychosis? *Schizophrenia Research*, 79, 23-34.
- 35 Jung, W., Jang, J., Byun, M., et al. (2010). Structural brain alterations in individual at ultra-high risk for psychosis. *Psychiatry et Psychology*, 25, 1700-1709.
- 36 Moreno, A. (2007). *Las esquizofrenias. Sus hechos y valores clínicos y terapéuticos*. Elsevier Masson.
- 37 Marjoram, D., Miller, P., McIntosh, A., et al. (2006). A neuropsychological investigation into "Theory of Mind" and enhanced risk of schizophrenia. *Psychiatry Research*, 144, 29-37.

ABSTRACT

Adolescence is a period marked by the triggering of various identity issues. In this sense, it will be presented an overview of the process of identity formation, touching the concept of identification inherent in the psycho-affective development.

Adolescence would be a period of heightened vulnerability to the emergence of psychotic disorder, when a psychobiological weakness in the Ego structure is presented as. The pathology of the ego is described as being on the basis of psychosis, by defect in psychic integration. The development of a neo-reality emerges as a way to help building a defensive organization of chaos in which the psychotic person emerges. It is important to discriminate the meaning of psychosis phenomenology, as regards the three basic expressions of psychosis: activity, boundaries and fragmentation of the Ego.

Finally, one pointed the advances in functional neuroimaging that highlight structural changes consistent with the weakness of pre-reflective self, described as a key factor in the psychotic process. Naming themselves as structures of the self-referential process: the prefrontal cortex (PFC) and the cingulate cortex (CC). With reference to neurotransmission, should also be described the aberrant salience of stimulus by dysfunction in mesolimbic dopamine system as effector of psychotic phenomenon.

Key-words: Adolescence. Identification. Identity. Psychic instances. Psychosis.