

Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria

Nº 34

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA
DE PSIQUIATRIA DA INFÂNCIA E DA ADOLESCÊNCIA

DIRECTOR

Maria Luís Borges de Castro

COMISSÃO REDACTORIAL

Augusto Carreira

Catarina Cordovil

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

ARTIGOS

Conduites à risques, fonctionnement
limite et “État-limite” à l’adolescence

Alain Braconnier p. 5

Porco-espinho em loja de balões

Filipa Dias da Silva p. 11

Luto da perda do bebé pré-termo

Filipa Sobral p. 21

As vivências numa Unidade de
Cuidados Intensivos Neonatais

Joana Pombo p. 27

Pai: Afasta de mim esse cálice

Maria José Vidigal p. 37

“Comportamentos de Risco –
Funcionamento e Estado Limite na
Adolescência”

Caso Clínico:

“Gosto de ser o ‘não eu’”

Otilia Queirós p. 47

Doença psiquiátrica parental –
Impacto no desenvolvimento
da criança

*Patricia Pedro, Magda Mendo Jorge,
Fernando Vieira, & Isabel Ganhão* p. 57

Normas de Publicação p. 69

CONDUITES A RISQUES, FONCTIONNEMENT LIMITE ET “ETAT-LIMITE” A L’ADOLESCENCE

*Alain Braconnier **

Les conduites à risques à l’adolescence sont en augmentation constante et ont pris des formes nouvelles. Toutes les études épidémiologiques le confirment. Si les conduites à risques ont caractérisé depuis longtemps les comportements rencontrés fréquemment à l’adolescence, elles sont devenues de nos jours dans nos pays occidentaux un problème de santé publique. On constate ainsi une utilisation de plus en plus fréquente de cannabis dépassant le simple usage récréatif. À ce mode d’utilisation s’associe de plus en plus une augmentation de l’absentéisme scolaire et une dépendance à Internet. La consommation d’alcool sous la forme de “binge-drinking”, pratiquée souvent de façon collective est de plus en plus souvent constatée. Aujourd’hui, beaucoup considèrent que les troubles du comportement alimentaire, prenant une forme de dépendance, doivent aussi être considérés comme des conduites à risques.

Les études longitudinales à l’adolescence et chez l’adulte montrent que la gravité du pronostic de la répétition chez un même sujet de ces conduites dépend de l’âge précoce de survenue. Or, on constate aujourd’hui que ces conduites débutent de plus en plus jeunes. Récemment, plusieurs professionnels ont souligné l’arrivée, dans leurs consultations ou dans leurs services, de jeunes adolescents si ce n’est de préadolescents ayant fait une tentative d’autolyse plus ou moins sévère.

Un troisième facteur actuel est également constaté: ces conduites classiquement à fortes dominantes masculines alors que les troubles fonctionnels somatiques caractérisaient plutôt le mal-être des filles, touchent de plus en plus les adolescentes.

* ASM 13, Groupe Hospitalier Pitié Salpêtrière, Paris, France; mail: albraconnier@gmail.com.

En nous situant d'un point de vue clinique, au moins trois questions nous sont alors posées:

- comment comprendre cette augmentation contemporaine?
- comment différencier les adolescents en danger de développer une dépendance ou un trouble psychopathologique sévère de ceux qui traversent, comme heureusement, la majorité, cette période “chaude” du développement dont ces comportements sont les signes les plus manifestes?
- quels liens existent-ils entre le processus psychique caractérisant cette période de développement de la vie humaine et la connaissance de ce qui caractérise psychiquement l'organisation “limite” du fonctionnement mental. Ces liens permettraient-ils d'expliquer aujourd'hui le nombre important d'adolescents qui présentent cliniquement ces conduites à risque?

Pour tenter de répondre à ces trois questions, je proposerai ici plusieurs hypothèses relevant de champs épistémologiques différents.

UNE REFERENCE ANTHROPOLOGIQUE

Cette approche permet de reconnaître que quelques soient les cultures ou les époques, le processus d'adolescence est associé à des rites de passage initiatique, à la construction de soi, de son identité et à l'affirmation d'exister. Aujourd'hui beaucoup soulignent la disparition de ces rites et la prolongation dans le temps de cette période intermédiaire entre l'enfance et l'engagement dans la vie d'adulte. On peut alors penser que les conduites à risque de nos adolescents contemporains se sont substituées à ces rites collectifs. Les adolescents ne trouvant plus de repères imposés par les adultes, se les imposeraient à eux-mêmes.

On peut en effet établir des analogies entre beaucoup de conduites à risque contemporaines et ces rites de passage initiatique marqués par des épreuves confrontant le sujet au danger, par des stigmates originaux visibles sur le corps, par des rassemblements en groupe par classe du même âge, etc... Il n'est pas difficile d'associer ces conduites à une recherche de reconnaissance personnelle de soi.

Je ferai ici une référence particulière à ce qu'on a appelé l'ordalie. L'ordalie se définit par le fait de risquer sa vie pour s'éprouver soi-même et les

fantasmes organiques renvoient au fait de s'en remettre à une puissance extérieure (une divinité toute puissante, le hasard, le destin, une roulette russe) et de reprendre, par la prise de risque mortel, le contrôle de sa vie, pour se sentir vivant? On peut en effet penser que différents aspects des rituels de passage des sociétés du passé et des conduites à risques d'aujourd'hui en évoquent les mêmes fonctions plus ou moins conscientes, mais toujours présentes.

UNE EXPLICATION SOCIOLOGIQUE

Une approche plus sociologique nous pousserait à expliquer l'augmentation contemporaine de ces conduites à risques par les effets d'une société en crise, d'une famille en crise, d'une éducation en crise, d'un monde du travail et même d'une planète en danger. Ceci ne permettrait plus aux adolescents d'aujourd'hui d'avoir des appuis et des références suffisamment stables pour venir contrecarrer mais aussi apaiser les incertitudes sur le futur et les conflits intérieurs entre le plaisir et le déplaisir, entre la vie et la mort, entre les fantasmes et la réalité que connaît tout adolescent. Les adolescents d'aujourd'hui seraient-ils confrontés à une société adolescente qui se cherche et n'arrive plus à se trouver ni pour elle-même, ni pour une transmission suffisamment étayante pour les générations futures? "Grandir est un acte agressif" disait Donald Winnicott. Mais pour qu'il puisse s'exprimer pour grandir, cet "acte agressif", pour ne pas n'être que destructeur, doit trouver en face de lui une limite qui en même temps lui permet de se représenter une certaine sécurité d'indestructibilité. Si cette sécurité est fantastiquement et potentiellement insuffisante, la limite protectrice sera recherchée sous des formes de plus en plus provocatrices, passant alors d'attitudes de défi à un véritable déni de la réalité déni en passant par des délits.

LES RECHERCHES EN PSYCHOLOGIE

Du point de vue psychologique, plusieurs travaux ont mis en avant des attitudes caractéristiques rencontrés plus fréquemment ou plus intensément à l'adolescence qu'à l'âge adulte. On citera les recherches sur les traits de personnalité suivants: la recherche de sensations et en corrolaire la sensibilité à

l'ennui et la recherche de danger, le goût pour l'incertitude plus grand que pour les dangers eux-mêmes, le déséquilibre dans la balance cognitive "coût/bénéfice", l'impulsivité et la tendance à transgression, enfin le besoin apparent d'autosuffisance. Ces traits sont des facteurs de prise de risque et expliqueraient ainsi la plus grande fréquence des conduites à risque à cette période de l'existence. Evidemment ces traits sont plus ou moins intenses selon chaque adolescent. Ce degré d'intensité pourrait ainsi expliquer pourquoi tous les adolescents ont une propension à une conduite à risque et pourquoi certains en deviennent quasi dépendants, répétant de façon problématique leurs comportements dangereux.

LE POINT DE VUE PSYCHODYNAMIQUE: L'ADOLESCENCE: UN FONCTIONNEMENT "LIMITE"

L'approche psycho-dynamique permet de mon point de vue de mieux comprendre en quoi ce que nous savons du processus dit normal du développement intrapsychique à l'adolescence s'exprime de façon manifeste et explicite par ses comportements à risques. La question devient alors: le "fonctionnement intrapsychique adolescent" peut-il être considéré comme un "fonctionnement limite" et non pas bien sûr un véritable "État Limite"?

On retiendra comme caractéristique de ce "fonctionnement limite": l'instabilité des sentiments et des modes relationnels, la prévalence de l'agir sur la pensée, la difficulté à la mentalisation et à la fonction réflexive, la faiblesse du Moi, au sens psychanalytique, caractérisé en particulier par des mécanismes de défense primitifs (projection, clivage, omnipotence, déni), les angoisses souvent diffuses, d'intrusion ou d'abandon, des sentiments de rage ou de honte, des relations d'objets externalisées partielles, interchangeableables, fortement idéalisées ou décevantes.

Il s'agit bien ici d'un "fonctionnement "et non pas d'un "État" dans la mesure où ces caractéristiques ne sont pas constantes, varie d'un moment à l'autre et peu à peu laissent place à un fonctionnement beaucoup plus névrotico-normal marqué par une conflictualité psychique mieux acceptée et par la même, un Moi plus fort.

On retrouve cliniquement ces caractéristiques intrapsychiques psychiques de ce fonctionnement dans les moments où l'adolescent se laisse entraîner soit ponctuellement soit parfois plus longuement à soulager ses tensions par ces conduites à risques.

L'INTERET DES "CONSULTATIONS THERAPEUTIQUES" A L'ADOLESCENCE

Des différents points de vue précédents, il s'avère que face à un adolescent ou une adolescente manifestant de façon excessive des conduites à risque, plusieurs "consultations thérapeutiques" à visée évaluative et compréhensive sont recommandées, prenant en compte le discours de l'adolescent et celui de son entourage (familial social et/ou éducatif). Cette évaluation n'est pas toujours facile devant des comportements à risques chez des sujets dont on perçoit des vacillements de l'identité ou une réactivité excessive à l'abandon accompagné de fantasmes d'intrusion.

Il s'avère ainsi, en clinique, que face à des adolescents dont le comportement le plus manifeste s'exprime par ces conduites à risques, une évaluation psycho-dynamique suffisamment approfondie, reposant sur un minimum d'alliance thérapeutique à créer, permet de différencier s'il s'agit simplement de manifestations, signe de la crise du développement, ou au contraire exprimant l'émergence d'une organisation psychopathologique en voie de structuration. Nous passons alors de l'observation d'un "fonctionnement limite" transitoire au risque d'un véritable "État limite", véritable état statique, pouvant aller même vers un processus psychotique plus ou moins latent.

L'abord de ces adolescents, lorsqu'ils nous évoquent un moment de "fonctionnement limite" ou de façon beaucoup plus prolongée et structurée lorsqu'ils nous font craindre une organisation psychopathologique grave en voie de structuration reposent dans ces "consultations thérapeutiques" sur au moins deux objectifs:

- le premier est de favoriser l'activation de la capacité chez ces adolescents à donner du sens à leurs propres comportements comme à ceux des autres, surtout en période de stress ou de sollicitations relationnelles
- le second, en tant que thérapeute, est d'accepter, de supporter et de dépasser les "réactions thérapeutiques négatives" caractérisées entre autres par la négation de tout effet de la présence et de l'action des soins et même de la présence vivante du ou des thérapeutes.

Notre propos est ainsi d'accueillir chaque adolescent et chaque famille qui nous demande de l'aide sans, a priori, dramatiser la situation et risquer de stigmatiser d'emblée une pathologie mentale grave alors qu'il n'en est rien, tout en restant, avec le temps, attentif à cette étape du développement sans en

occulter les risques d'arrêt ou de régression inquiétantes pour l'avenir bien au-delà des comportements manifestes.

BIBLIOGRAPHIE

André, J., & Chabert, C. (1999). *Les états limites*. Paris: Presses Universitaires de France.

Fonagy, P., & Target, M. (1996). Playing with reality: Theory of mind and the normal development of psychic reality. *Int. J. of Psychoanal.*, 77, 217-233.

Kernberg, O. et col. (1995). *La thérapie psychodynamique des personnalités limites*. Paris: Presses Universitaires de France.

Marcelli, D., & Braconnier, A. (2007). *Adolescence et psychopathologie* (trad. portugaise). Lisboa: Climepsi Editores

Winnicott, D. W. (1992). *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Paris: Payot.

PORCO-ESPINHO EM LOJA DE BALÕES *

Filipa Dias da Silva **

RESUMO

Descreve-se o caso clínico de uma adolescente de 15 anos com comportamentos que se inserem num funcionamento na fronteira entre neurose e psicose e cuja evolução remete para a questão sobre a crise da adolescência e o funcionamento estado limite.

Palavras-chave: Adolescência. Estado limite. Perturbação psicótica breve.

Tendo-me alguns meses antes sido proposta a apresentação de um caso clínico sobre um adolescente *borderline* no Colóquio da Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria, a minha escolha recaiu sobre uma adolescente cujo quadro me colocou com frequência perante a dúvida de estar perante sinais de crise do desenvolvimento ou da emergência de uma organização psicopatológica em vias de estruturação.

O conceito de estado-limite/*borderline* evoca ao mesmo tempo as noções de fronteira entre o normal e o patológico ou entre neurose e psicose, e as de uma organização particular da personalidade: estado-limite não como uma forma de passagem mas como uma verdadeira entidade mórbida.

Passo então à descrição do caso, apresentado no Colóquio da Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria (Lisboa, 9 de Novembro de 2012).

IDENTIFICAÇÃO

AFVF (a quem nos referiremos como Ana), sexo feminino, 15 anos, natural do Porto e residente em Valongo. Mora com a mãe. Frequenta o 9º ano de escolaridade.

* Caso clínico apresentado no colóquio da Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria, Lisboa, 9 de Novembro de 2012.

** Clínica de Psiquiatria e Saúde Mental do Centro Hospitalar de S. João.

Nota: Agradecimento à Drª Sara Almeida (psicóloga no mesmo Serviço) que realizou a Avaliação Psicológica.

HISTÓRIA DA DOENÇA ACTUAL

Ana foi observada numa 1ª Consulta de Psiquiatria no Centro Hospitalar S. João (31-05-12), tendo esta consulta sido solicitada pela sua mãe por algum tempo antes ter “descoberto cortes nos braços da minha filha”. Do registo clínico dessa consulta transcrevemos:

“Estive a ler na internet que as pessoas fazem estas coisas para se sentirem melhor... durante a noite apareceu-me isto mas não sei como aconteceu”.

Surgiram também referências a violência doméstica do pai, dirigida à Ana e à mãe... saída de casa de ambas... decorreu Processo em Tribunal... *“só fico bem no dia em que ele morrer... continua a ir lá a casa, leva coisas, há dias levou uma mesa”.*

Nessa consulta, Ana referiu que as cortes nos antebraços resultavam de cortes que se tinha auto-infligido há cerca de uma semana e negou episódios prévios semelhantes. Referiu gostar de estar em silêncio, de ter o seu espaço e que a incomoda o facto de as pessoas estarem *“sempre a fingir que se preocupam comigo”*. Considera ter poucos amigos próximos. Nega consumo de tabaco, álcool ou drogas ilícitas. Nega comportamentos purgativos. Sono e apetite regularizados. Ainda do registo clínico dessa 1ª consulta, o Exame do Estado Mental descreve: Vigil, orientada T/E. Postura adequada, atitude inicialmente reservada mas progressivamente mais colaborante. Algo pueril. Discurso espontâneo, coerente e lógico. Humor eutímico, sem ideação auto-destrutiva. Não se apura actividade heteróloga. Insight preservado.

Foi então referenciada à Consulta de Pedopsiquiatria, tendo a 1ª ocorrido no dia 26-06-12.

Neste 1º contacto (a Ana compareceu acompanhada pela mãe) a Ana remontou a Set/11 o início da alteração do seu comportamento habitual: não gostava da escola nem da casa novas, dificuldades de adaptação, sentia-se mais irritável e agressiva, surgiram queixas de mau comportamento escolar com quebra no rendimento académico. Recordou que foi ficando progressivamente mais isolada.

Pela persistência destas alterações, em Abril/12 iniciou fluoxetina (20 mg/dia) sendo que o seu comportamento continuou a agravar, e sendo descritas a partir de então maiores irritabilidade e agressividade (dirigida à mãe) e agravamento do isolamento (será por esta altura que a mãe se apercebe dos comportamentos auto-lesivos e pede consulta).

Nesta consulta, ocorrida já em período de férias de Verão, Ana dizia não saber se transitaria para o 10º ano... querer seguir Artes *pelo gosto pelo desenho* (desenhar tem sido quase a única actividade que refere manter). Recordou que até

ao 9º ano de escolaridade (2010/11) a escola correria bem (académica e socialmente).

Desde o início das férias escolares que refere manter contacto telefónico apenas com dois colegas de escola, tendo passado a estar quase sempre em casa: *não me apetece fazer nada... em gritos já não sai, fica cá dentro e transforma-se em vozes... dizem-me para me magoar... gosto de estar em casa a ouvir a 8 e a 2... as pessoas dizem que tenho de parar de estar só no meu mundo... ultimamente tenho desistido (da vida) e nem isso consigo fazer...*

Descreveu os vários tipos de vozes que falam com ela, e as quais numerou de acordo com as características que reconhece em cada uma delas. Referiu corresponderem a entidades exteriores a ela.

Ainda no decorrer dessa consulta relatou ter feito ingestão medicamentosa voluntária (IMV) no dia anterior (cerca de 15 comprimidos de paracetamol) *para aliviar*, referindo ter de seguida telefonado a um dos colegas. Quando questionada conta ter realizado alguns dias antes outra IMV (quantidade não determinada de comprimidos de fluoxetina) *para fazer o que as vozes más diziam...*

Assim, neste primeiro contacto a Ana apresentou-se como uma adolescente com aspecto “gótico ligeiro”, no início com atitude hostil mas progressivamente colaborante, bom nível cognitivo. Discurso sem alterações do curso ou da forma, centrado no ressentimento para com os colegas. Relata ouvir vozes. Sem ideação suicida estruturada, mas referindo ideias de morte. Humor deprimido.

Optámos por falar com a mãe, com a indicação de a Ana manter a terapêutica farmacológica anti-depressiva, com associação de bromazepam em S.O.S, ficando os medicamentos à guarda da mãe. Com a Ana tinha sido estabelecido o plano de concretização de saída com uma amiga.

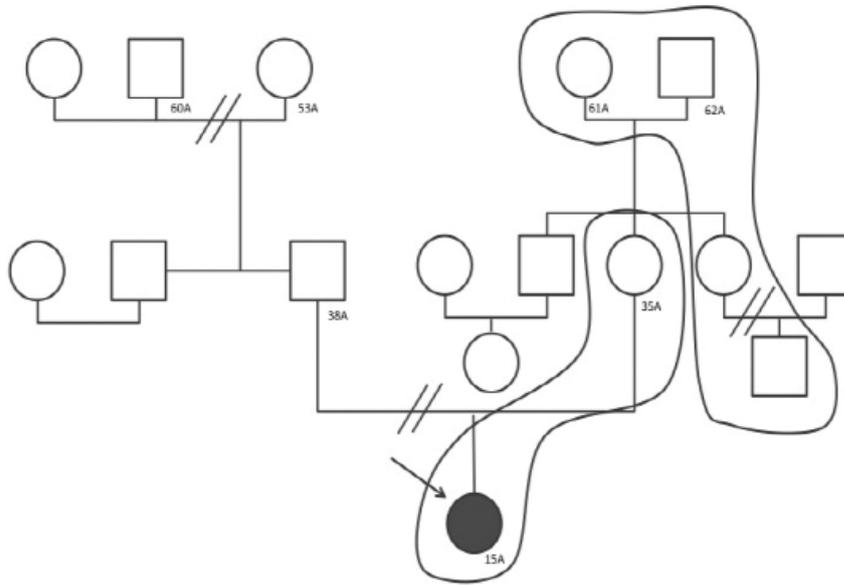
ANTECEDENTES FAMILIARES

A Ana é a única filha de um casal separado há cerca de 2 anos, em processo de divórcio litigioso. O casal separou-se a 1ª vez há 3 anos (Ana e mãe saíram de casa, por violência física do pai dirigida à mãe, ficando durante 7 meses a morar em casa alugada); regressaram, voltando a sair poucos meses depois, dessa vez para casa dos avós maternos; estão a morar apenas as duas em casa alugada há cerca de um ano.

A mãe (8º ano) é empregada de limpeza (supermercado e casa particular). O pai (12º ano) é funcionário da câmara, trabalhando numa escola; ficou a residir

na que dantes era a casa da família. Negados antecedentes de doença psiquiátrica na família (como psicose ou perturbação afectiva).

Genograma



ANTECEDENTES PESSOAIS

Gravidez não planeada, tendo os pais casado antes do nascimento da Ana. O parto não teve intercorrências e o DPM foi descrito como normal. Negados antecedentes patológicos orgânicos relevantes.

Ficou, durante o dia, aos cuidados dos avós paternos até aos 3 anos, altura em que inicia infantário. O trajecto escolar decorreu com bom rendimento académico (até ao 8º ano) e foi descrito um adequado padrão de socialização. Experimentou algumas actividades extracurriculares (até ao 6º ano de escolaridade) nunca se tendo mantido preferencialmente em qualquer delas.

Morou até aos 12 anos com os pais, dormindo só em quarto próprio. Aos 13 anos, aquando da saída definitiva da casa familiar, a mãe apresentou queixa judicial contra o pai (por agressões) que culminou em julgamento, no qual a Ana foi a única testemunha, depondo contra o pai (condenado a dois anos e três meses de pena suspensa).

A relação pai/Ana deteriorou-se, bem como a da Ana/avós paternos que a terão culpabilizado pela condenação do pai. Desde então os contactos com o pai tornaram-se escassos, consistindo desde há meses em raros telefonemas. A propósito do testemunho da Ana em tribunal a mãe viria a referir sentir-se “muito arrependida por ter feito o que a advogada me disse”.

FUNCIONAMENTO PRÉVIO

Descrita como tendo sido uma criança simpática e afável, mas introvertida e algo reservada. Atribui a pouca procura de convívio com pares ao facto de não ter os mesmos interesses que a maioria dos colegas de escola *há coisas de que gosto que também posso fazer sem eles...* e ao ter aprendido com a mãe – *ela chega a casa cansada e não sai... e eu também não...*

A 2ª consulta aconteceu na semana seguinte (05-07-12).

Começou por contar não ter concretizado o plano de saída com uma amiga.

Tentei-me matar na 6ª feira (29-06-12) com comprimidos e tenho andado mal... é melhor sermos nós a fazê-lo do que morrer por causa de ser velho ou ter uma doença...

Depois a minha mãe mandou-me para casa da minha avó; lá o meu primo faz muito barulho e eu não consigo ouvir as vozes... o que está mal no mundo são as pessoas, as que conheço e as que não conheço... a começar pelo meu pai, médicos, toda a gente... porque julgam as pessoas, em geral, mas mais a mim...

Relatou ter realizado uma nova ingestão medicamentosa voluntária (com fluoxetina), tendo depois suspenso a toma, por decisão da mãe.

Tenho a sensação que estão a falar de mim... essas vozes vêm de fora da minha cabeça... julgam-me por tudo, pela aparência, como falo, como ando... agora a que ouço mais é a 9... temos um plano para dominar o mundo, vamos começar pela Alemanha... para poder acabar com as coisas de que não gostamos...

Nesta 2ª consulta a Ana apresenta uma atitude inquieta e desconfiada e verbaliza ideação auto-destrutiva com humor deprimido.

Optámos por ouvir também a mãe: *Eu não consigo estar sempre a guardá-la. Mãe descreve agravamento do funcionamento da Ana nos últimos dias: ... de há um tempo para cá deitava-se e ligava o desumidificador... agora isso já não chega e liga o secador de cabelo pousado na mesa de cabeceira... fica sozinha no quarto mas às vezes ouvimo-la a falar... anda estranha, muito irritável... nunca sabemos o que pode estar a pensar... tem feito mais cortes e fala muito em morrer.*

Pelo quadro de descompensação optamos pelo internamento, concretizado apenas no dia seguinte (06-07-12). Até lá, ficou medicada com risperidona 2mg bid.

INTERNAMENTO

A Ana apresentou-se com postura defensiva, com discurso lógico e coerente, mas muito centrada na pretensão de não querer ficar internada. Humor de tonalidade depressiva sem verbalizar espontaneamente sintomas heterólogos, dizendo já estar bem e reinvidicando não querer estar internada.

Ficou medicada (apenas) com lorazepam, em vigilância durante esse fim-de-semana, em que a única ocorrência descrita foi o ter numa das noites rasurado grande parte da parede do quarto com desenho onde representava a família tendo escrito várias vezes a palavra “mãe” e frases em que exprimia as saudades da mãe.

À entrevista (09-07-12) apresentava discurso circular e reivindicativos em relação à alta, alegando não ter nenhum problema para estar internada e assegurando já não ouvir vozes: *Não percebo porque me internaram agora que eu estava bem, feliz, agora que as vozes estavam a desaparecer...*

Postura pueril. Descreve os sintomas psicóticos sem evidenciar angústia. Alterna períodos de choro com alguns comentários irónicos e com sentido de humor, nos quais ela própria sorri.

No dia seguinte, referia *já não ter episódios de psicose*, que descreve como episódios de maior *ansiedade e raiva... nessas fases de psicose fiquei tipo alucinada... escrevi na parede porque ninguém me estava a ligar... nessas alturas o que eu faço é só metade por eu querer...* Nega ideias auto-agressivas. Sem evidência de sintomatologia psicótica.

Teve alta do internamento, medicada com lorazepam.

EXAMES AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO

Durante o internamento foi realizado estudo analítico (incluindo pesquisa de drogas de abuso), TAC Cerebral e EEG, todos sem alterações. Realizou também Avaliação Psicológica (30-08-12; 13-09-12; 04-10-12) que consistiu na aplicação de: Prova de Machover, Teste de Completamento de Frases de Zelazowska, TAT (Thematic Aperception Test) e Teste de Rorschach, dos quais se apresentam alguns resultados.

PROVA DE MACHOVER



Os desenhos são as minhas duas partes.

A rapariga é o que eu devia ser, e o que eu quero ser um dia: bonita e normal. Tudo nas proporções. Representa o equilíbrio.

Este desenho é o que sou. Um peão. Um peão de xadrez. Move-se só em algumas direcções. Não pode andar como quer. Nas regras do jogo, decidiram que só pode andar para os lados... é como eu... não vou para onde quero... vou para onde posso ir... é mesmo como eu sou... com os genes e a vida que tive... não posso muito mais do que isto... e não sou feia... os cavalos não são feios... mas, também não sou assim... bonita... gostava de ser feminina... não um cavalo...

TESTE DE COMPLEMENTAMENTO DE FRASES DE ZELAZOWSCA

Eu sei que ninguém: é normal na minha família... como poderia eu sê-lo...

Na escola sinto-me: um porco-espinho numa loja de balões... em tudo o que toco, posso estragar...

Se eu pudesse: mudava o passado... e dava-me outras oportunidades.

Tenho vergonha: de ser como as pessoas que desprezo... e às vezes sou igual...

SÍNTESE DAS PROVAS PROJECTIVAS GRÁFICAS:

“Funcionamento com fragilidade ao nível da identidade, necessitando de criar duas imagens de si, que não consegue integrar, mas rico do ponto de vista

simbólico. Paralelamente torna-se evidente o sofrimento depressivo e capacidade de análise e crítica, apesar da mesma não ser acompanhada de mecanismos de defesa que lhe permitam evoluir.”

SÍNTESE DA PROVA PROJECTIVA RORSCHACH

A angústia mais frequente foi a de perda do amor do objecto, sendo contudo de referir que pontualmente emergiu angústia de fragmentação, nomeadamente nas provas que remeteram para a relação e a imagem corporal... pontualmente surgiram mecanismos de defesa da linha maníaca, para tentarem fazer frente ao sofrimento depressivo.

EVOLUÇÃO APÓS O INTERNAMENTO

(16-07-12)

A mãe de Ana contava: *No dia depois da alta fomos fazer a matrícula no 10º ano e teve um ataque de ansiedade... desde então tem estado bem, sem fazer mal a ela própria”.*

A Ana apresentou-se com atitude pouco colaborante, respondendo quando questionada sobre as “vozes”: *Falam quando quero e quando não quero não falam.* Não foi detectada actividade heteróloga ou ideacção auto-destrutiva.

(30-7-12)

Descreve (há 3 dias) novos comportamentos auto-lesivos: *estava confusa... mas tenho medo de desabafar, da última vez que desabafei fui internada... não consigo manter uma linha de raciocínio... se estiver bem-disposta não me importo com os pensamentos, mas se não, eles só me levam para coisas más... quero-me cortar mas depois não sei porque é que quis aquilo...*

É uma mistura de sociopata e querer-me matar... é alguém que não se quer ligar com o mundo...

Atitude mais colaborante que na consulta anterior, com discurso mais espontâneo.

A propósito do Verão: *está a ser mau, mas já houve outros piores... por causa da família... eu quero esquecer mas não esquecer... é como se fossem duas pessoas... eu gostava de me esquecer da minha vida para trás...*

(02-08-12)

Tristeza... pela presença das vozes... pela ausência de algo que me deixe feliz... a voz 879, masculina, aparece quando vou dormir, diz coisas para eu não fazer nada... a 400 – gritos, pessoas a chamar por mim, a voz da minha mãe ou do meu pai... e a 3 é a rapariga que diz para me cortar, é a mais recente...

As lembranças das discussões dos pais: Normalmente são o que preenche os meus dias... sentia tristeza mas muita raiva por não poder ajudar a minha mãe... como se estivesse numa redoma de vidro e não me pudesse mexer... podia ter evitado muita coisa...

Comentamos que nesse tempo era apenas uma menina: Não era, era uma rapariga corajosa que não tinha medo de nada nem de ninguém... agora, tenho medo de tudo.

Apenas com a avó paterna é capaz de falar desses tempos/lembranças; tem estado a retomar o contacto com essa avó. Não tem estado com pares: estou cansada de gente da minha idade.

(13-08-12)

Pensar é muito complicado... mas eu penso... e então pensar em matar-me não faz mal. Não é não querer pensar, é poder ter medo do que se possa encontrar...

Sobre a sua família, comenta enquanto aponta no genograma: A minha família é bonita; esta é a parte normal da minha família (materna)... a outra parte (paterna) é falsa... ninguém diz que se batem, é assunto tabu... tenho genes maus dos dois lados – a parte da minha mãe: divórcios e malucos... da parte do meu pai: agressivos, álcool e mulherengos; todos os homens bateram nas mulheres e as mulheres ficaram com os homens que lhes batem...

(30-08-12)

Já mudei o que sinto em relação a pensar... já é o que vier... já não fico na cama até ao meio-dia, o que não quer dizer que já saia. Às vezes penso em ir à rua, mas e se me perco?

Posso pensar no que vou fazer daqui a 5 minutos que é um futuro rápido, mais do que isso já fico ansiosa...

(13-09-12)

A propósito de tarefa proposta na consulta anterior:

Já consigo ter esta nova maneira de pensar, não andar sempre triste... e ando a aprender japonês... comecei a ver animes...

Conta que o salário da mãe foi penhorado, ainda no contexto do divórcio; vão emigrar para França, para junto de familiares maternos.

(04-10-12/última consulta)

Agora já só uso a cabeça para pensar, porque há decisões para tomar... dantes perguntavam-me se queria sair e eu dizia logo não; agora já vejo o lado positivo e o lado negativo...

Conta como recebeu a notícia da mudança para França: *A minha mãe disse-me a seguir ao jantar, e eu disse-lhe que ia pensar; às 5.30 da manhã saí, fui dar uma volta e fiquei sentada numa paragem de autocarro... é preciso tempo para digerir uma coisas dessas... depois disse-lhe que sim...*

Como se imagina nesse futuro: *Não consigo fazer isso... é ir e ficar.*

Sobre os últimos meses: *Não sei o que me deu, foi a adolescência.*

Se pensarmos como uma tarefa basilar da adolescência o construir a capacidade de criar um ideal de Eu, as condutas de risco farão parte do processo de tentativa/erro, sendo que este faz parte da vida.

Termino com duas “histórias” contados pelo Prof. Alain Braconnier durante a conferência que realizou no Colóquio em que esta história clínica foi apresentada:

A primeira é a do comentário que alguém fez no final de uma conferência sua em que expôs aspectos relativos à adolescência: “O que disse sobre a adolescência é muito interessante mas, de alguma maneira, a adolescência passa sempre!”.

A segunda, contou ser da autoria do Prof. Philippe Jeammet: “Os adolescentes são como os corsos: quando cuidamos deles sentem-se invadidos; se não nos ocupamos deles sentem-se abandonados”.

ABSTRACT

We present the clinical case of a fifteen years old female adolescent whose behaviours are border line between neurosis and psychosis and whose development brings back the question of adolescence as a border line period.

Key-words: Adolescence. Border line. Brief psychotic episode.

LUTO DA PERDA DO BEBÉ PRÉ-TERMO *

Filipa Sobral **

RESUMO

A forma como conseguimos responder a exigências emocionalmente tão fortes como a perda, está intimamente ligada a uma série de constructos que fazem parte do nosso crescimento. O luto é uma reacção característica a uma perda significativa e a forma como enfrentamos o processo depende de factores intrapsíquicos, interpessoais e circunstanciais, daí o seu carácter individual. Perder um filho no período neonatal, apresenta características específicas para além das características individuais de cada família, sendo que estas podem incorrer num luto complicado, dado muitas vezes o carácter súbito da perda. O trabalho do terapeuta de luto passa por ajudar a pessoa a integrar a experiência de perda, tornando-a mais consciente, possibilitando um processo de luto normal.

Palavras-chave: Luto neonatal. Perda. Vinculação.

Numa tentativa de esclarecer a resposta à perda, Eppel (2009) faz uma revisão ao tema complexo das relações humanas, sugerindo que a interacção entre o amor e a perda se situa no epicentro da história humana e que a exploração da relação entre os dois conceitos leva-nos a um bom entendimento do significado das nossas vidas. O ser humano reage mais intensamente à perda, quanto mais significativo for o amor e o compromisso com o objecto perdido.

Em 1980 Bowlby desenvolveu uma teoria sobre perda e luto, que serviu de base para uma melhor compreensão deste fenómeno, tendo argumentado que a forma como o indivíduo responde à perda encontra-se fortemente associada à configuração do seu sistema de vinculação, sendo possível emergirem desde respostas atípicas, como respostas adaptativas ou situações de luto complicado.

* Comunicação apresentada no IV Encontro da Associação “Ser Bebê”.

** Psicóloga Clínica. Unidade de Psiquiatria da Infância e Adolescência. Departamento de Pediatria. Centro Hospitalar Lisboa/Norte, EPE – Hospital de Santa Maria.

Todos os acontecimentos que provocam mudanças importantes na nossa vida, sobretudo aqueles que são inesperados e súbitos, desafiam o nosso mundo presumido, incitando estados emocionais intensos, até que as mudanças necessárias sejam feitas e o equilíbrio seja repostado. A perda de alguém querido pode constituir uma ameaça ao equilíbrio físico e emocional da pessoa, sendo que o carácter súbito da mesma impede que os membros da família se preparem emocionalmente e mobilizem os seus recursos e estratégias de *coping* (Callister, 2006). As perdas inesperadas podem abalar o nosso mundo presumido e minar o nosso sistema de vinculação. As pessoas raramente estão preparadas, o que significa que tais perdas podem dar lugar a lutos problemáticos.

O processo de luto apresenta, na maioria dos casos, um estado de grande sofrimento e dor, de pesar, de incredulidade, de descrença, pautado por vezes, por momentos de grande stress mental e emocional, mas é sempre um percurso individual, em que o sistema de vinculação, o comprometimento com a pessoa perdida, a rede de suporte social e a sua personalidade definem o seu trajecto pessoal.

Perder um filho no período neonatal apresenta algumas características de luto específicas, que se manifestam nos pais de acordo com factores intrapsíquicos, interpessoais e circunstanciais. Da minha experiência de intervenção no luto com estas famílias, essa especificidade reporta a diferentes situações, entre as quais o carácter anti-natural da perda, uma vez que na espécie humana e, com os privilégios médicos e tecnológicos actuais, é difícil aceitar a impossibilidade da sobrevivência de um bebé, que acabou de nascer. Outro factor comum neste tipo de perdas está relacionado com um futuro não vivido e com expectativas que foram frustradas. Estes pais foram representando mentalmente uma série de vivências que esperavam concretizar, desde o assumir o papel parental às mais diversas situações idealizadas que foram, muito precocemente desfeitas. Outra característica prende-se com o facto do tempo e da tecnologia não lhes ter permitido estabelecer a relação e o contacto que desejariam ter tido com o bebé.

É comum as mães culparem-se por não terem conseguido prevenir o parto prematuro ou, as sequelas no bebé responsáveis pela morte, ou então sentirem que não são suficientemente boas para gerar um filho saudável e de termo. Igualmente comum entre estes pais é o facto de sentirem que a expressão do luto é-lhes pouco autorizada e validada pela sociedade em geral, e que as pessoas ao seu redor são, habitualmente, pouco ressonantes às suas expressões de dor e sofrimento.

Por vezes os pais escolhem engravidar num futuro muito próximo, numa tentativa de minorarem o sofrimento causado pela perda anterior e correndo o risco de não entrarem num processo de luto normal e, do futuro bebé vir a substituir o que perderam.

Nesta minha prática salientou-se um aspecto comum nestas famílias, que justifica a atitude de muitos profissionais sensibilizados (tirar fotos e guardar pertences), que é o receio, por vezes medo, de se virem a esquecer da cara do seu bebé, e de não terem mais recordações.

Podem ocorrer disfunções ao nível do casal parental, como em qualquer tipo de perda, quando este é vivido de forma diferente e não há compreensão entre as partes pela individualidade no processo.

Existe uma tipologia de reacções que predominam nestas experiências de perda e que acompanham os pais ao longo do seu processo de luto, como reacções emocionais: “*Sinto-me tão triste e incapaz...*”; cognitivas: “*Não sei se algum dia as coisas poderão vir a ser diferentes, está-me a custar muito...*”; espirituais: “*Deus mo deu e Deus mo tirou...*”; somáticas/sensoriais: “*Tenho uma dor constante no peito...*”, “*Sinto uma espécie de dormência nas pernas que me impede de andar...*”; e comportamentais: “*Todos os dias, quando chego a casa, vou para o quarto dela e fico ali agarrada ao seu ursinho, aquele que a acompanhou na incubadora...*”. Estas reacções traduzem substancialmente a forma como a pessoa está a viver o luto nas diversas dimensões e servem de porta de acesso à nossa intervenção.

Devemos ter em conta a possibilidade de existirem factores de risco nomeadamente, factores circunstanciais (perdas múltiplas, mortes desautorizadas, perdas secundárias e cumulativas, notícia dada de forma brusca e mortes inesperadas), factores intrapsíquicos (estrutura de personalidade, estilo de vinculação inseguro/dependente, ego frágil e dependente, esquema mental imaturo, estilos ruminativos não produtivos e lutos anteriores não resolvidos) e por fim, factores de risco interpessoais (trauma cumulativo por falta de apoio, isolamento, relações conflituosas ou ambivalentes, relações de dependência e pressão social para uma recuperação rápida) que podem perturbar o processo normal de reacção à perda.

O Modelo Integrativo Relacional de Alba Payás (2010), sugere a existência de vários estados, não lineares, no decurso do processo de luto que são: Aturdimento/Choque, Evitamento/Negação, Integração/Conexão e, Crescimento/Transformação.

O “estado de choque” é um termo utilizado para descrever a resposta a eventos aterradores, com presença de reacções muito desorganizadas e que no luto se aplica ao stress mental e emocional que aparece imediatamente depois da morte de uma pessoa querida (Bowlby, 1979; Parkes, 1970, 1972). As estratégias de *coping* mais utilizadas nesta fase são *copings* cognitivos e comportamentais, tais como despersonalização, dissociação, incredulidade, racionalização ou ocuparem-se a cuidar dos demais. Os pais podem verbalizar:

“*Parece que estou a viver um filme de terror...um pesadelo, sinto-me anestesiada, não estou cá...*”, que traduz muito bem todas estas sensações e sentimentos que acabam por cumprir uma função anestésica, uma vez que impedem o contacto consciente com a experiência traumática e permitem uma gradação do nível do impacto. Os mecanismos físicos e emocionais mais utilizados pela pessoa em luto nesta fase são, a euforia, o esgotamento, a ansiedade, o medo, a apatia e o vazio.

É importante que o terapeuta tenha em conta que quando surgem reacções de negação e de evitamento no decurso do processo de luto, como por exemplo “*Há cinco meses que o perdi e não consigo entrar no quarto dele...está fechado à chave... já tinha tudo preparado para a sua chegada*”, que são reacções naturais e necessárias ao processo de luto, que representam esforços mais, ou menos inconscientes para aliviar o sofrimento físico, psicológico e emocional, que funcionam como protecções à fragmentação interna, e que podem coexistir com sintomas de aturdimento e choque, bem como de conexão com a experiência de perda. Nestas situações é importante validar a função do comportamento de evitamento ou de negação, pois desta forma vai ajudá-los a minimizar o sentimento de incompreensão e de estranheza e dar lugar a que os pais se sintam acompanhados e compreendidos no seu sofrimento, tornando-os mais aptos a darem continuidade ao seu trabalho de luto. É frequente nesta fase, a pessoa em luto utilizar estratégias cognitivas como a mumificação, a sublimação, ruminações obsessivas ou luto mascarado; estratégias emocionais como estados emocionais de zanga, raiva e irritabilidade; e estratégias comportamentais, tais como substituições, hiperactividade, isolamento, distrações e adições.

A fase de integração/conexão exige uma mudança de paradigma interno. As estratégias de distorção e de inibição desvanecem e dão lugar a estratégias orientadas para a realidade da perda. A pessoa em luto fala de forma mais consciente e passa a reconhecer a sua realidade subjectiva. Uma frase que ilustra esta etapa é “*Quantas partes de mim desapareceram com ele...*”. Os *copings* caracterizam-se por respostas cognitivas como reminiscência, ruminações produtivas e introspecção, respostas emocionais como tristeza, vergonha, gratidão e amor, perdão e reconciliação e respostas comportamentais como, rituais de recordação ou actividades transicionais de conexão.

A fase de crescimento/transformação pressupõe que a pessoa tenha encontrado um novo sentido para a vida, caracterizado agora por uma maior consciência, plenitude e compromisso consigo, com os outros e com a própria vida.

O que caracteriza esta etapa são o recurso a *copings* de restauração, em que predomina a dimensão cognitiva, em busca duma procura de significado para a

perda. Emerge o planeamento de novos objectivos e tomadas de decisões e, muito comumente, mudanças ao nível da identidade. É possível, nesta fase, a pessoa dizer que agora sente que dá valor ao que realmente interessa, que está mais próxima de quem sofre, que sente mais compaixão e que dá mais valor à vida.

O luto é um grande caminho de aprendizagem e de crescimento. É extremamente importante sensibilizar e formar todos os profissionais de saúde que lidam com a morte, pois uma intervenção pode definir um trajecto, quer seja no bom, como no mau caminho. Quando o luto se torna complicado ou mesmo patológico, deve ter a intervenção de um especialista na área, que irá ajudar a pessoa a transformar e re-significar a experiência da perda significativa.

BIBLIOGRAFIA

- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss: Vol.3. Loss*. New York: Basic Books.
- Bowlby-West, L. (1983). The impact of death on the family system. *Journal of Family Therapy*, 3, 5279-5294.
- Callister, L. C. (2006). Perinatal loss: A family perspective. *Journal of Perinatal and Neonatal Nursing*, 20(3), 227-234.
- Eppel, A. (2009). *Sweet sorrow – Love, loss and attachment in human Life*. London: Karnac Books.
- Payás, A. (2010). *Las tareas del duelo: Psicoterapia de duelo desde un modelo integrativo relacional*. Madrid: Paidós.

ABSTRACT

The way we respond to the emotionally demands as strong as the loss is closely linked to a number of constructs that are part of our growth. Grief is a characteristic reaction to a significant loss and how we face the process depend of the intrapsychic, interpersonal and circumstantial factors, hence its individual character. Losing a child in the neonatal period has specific characteristics in addition to the individual characteristics of each family, and these may incur a complicated grief, since often the character's sudden loss. The work of the therapist is to help the grieving person to integrate the experience of loss, making them more aware, enabling a normal grieving process.

Key-words: Attachment. Loss, Neonatal mourning.

AS VIVÊNCIAS NUMA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAIS *

Joana Pombo *

RESUMO

A presença de um psicólogo numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais permite a criação de espaços psíquicos alargados, espaços que acolhem emoções, sentimentos e pensamentos diversos e dolorosos, pensamentos que podem ser colocados em palavras através de um trabalho de elaboração. A gravidez prematuramente interrompida conduz as mães a vivências de perda e, por vezes, a um processo de luto particular. Neste trabalho pretendemos abordar e reflectir sobre as vivências dos diferentes intervenientes, com a ajuda de dois casos clínicos.

Palavras-chave: Luto. Prematuridade. Unidade de cuidados intensivos neonatais. Vivências.

INTRODUÇÃO

A presença de um psicólogo numa Unidade de Cuidados Intensivos tem um lugar particular, na charneira entre o bebé, os seus pais e os técnicos cuidadores da Unidade, presos às questões vitais. Esta presença permite a criação de novos espaços psíquicos alargados, espaços que acolhem emoções, sentimentos e pensamentos diversos, que podem ser colocados em palavras através de um trabalho de elaboração. De modo a precisar em que consistem estes espaços psíquicos alargados, vamos abordar as vivências dos diferentes intervenientes,

* Comunicação apresentada no IV Encontro da Associação “Ser Bebé”.

** Psicóloga Clínica, Área de Pedopsiquiatria – Unidade de Internamento Ligação, Centro Hospitalar de Lisboa Central E.P.E. – Hospital de Dona Estefânia.

que nutrem, conscientemente e inconscientemente os nossos encontros, através da abordagem de dois casos clínicos.

A gravidez prematuramente interrompida conduz as mães, a vivências de perda e a um processo de luto particular, já que os objectos desta perda nunca foram conhecidos, mas foram imaginados e idealizados: o fim da gravidez antes da mãe poder exibir uma grande barriga, um quarto com o bebé, o aleitamento que recria a relação fusional, as visitas gratificantes. Segundo Vriendt-Goldman e Durieux (2005) esta renúncia infligida às mães, é fonte de sentimentos depressivos mais ou menos intensos e reconhecidos, emergem sentimentos de raiva, subentendidos em movimentos de desejo e rivalidade, face à sua própria mãe, e face às outras mães ou futuras mães, sentidas como completas por terem o seu bebé, bem como os seus objectos idealizados.

Por outro lado, os bebés prematuros situam-se no limite entre a vida e a morte, entre a cura e a evolução com sequelas. Os pais acedem à parentalidade de forma paradoxal. Reconhecidos como pais pelo exterior, são submetidos, no seu mundo interno, a uma tempestade de sentimentos violentos que torna vulnerável e precária a construção do sentimento de identidade parental. No reencontro com o bebé, encontram-se na fronteira entre o investimento afectivo das primeiras relações, ou a antecipação do trabalho de luto (Vriendt-Goldman & Durieux, 2005).

CASO CLÍNICO 1

Gravidez gemelar de 24 semanas, um dos gémeos faleceu ao fim de poucos dias

Ricardo 24 semanas, mãe de 34 anos, pede apoio psicológico pois sente-se muito ansiosa “os meus sentimentos são bipolares por um lado estou muito feliz porque sou mãe, por outro lado perdi um filho e isso é muito difícil. Tenho também muito receio do que possa acontecer com este, sei que é muito pequenino, por enquanto está tudo bem, mas nunca sabemos, todas as manhãs antes de telefonar sinto que o coração me vai saltar pela boca”.

Pai vai-se mantendo silencioso, concordando com o que a mãe diz. A mãe fala do seu internamento num hospital próximo de Lisboa, “durante a noite comecei a sentir umas dores, moinhas, de madrugada tornaram-se mais frequentes, resolvi ir ao hospital mas nunca pensei que os bebés fossem nascer, pensei que era uma dor de barriga. Quando cheguei passado pouco tempo a bolsa rebentou, mas mesmo aí o médico pensou que talvez pudesse ainda

manter a gravidez mais algum tempo, mas quando me fez o toque percebeu que os bebês iam nascer”.

Nem houve tempo para a transferência de hospital nem para cesariana, os bebês nasceram, “ainda os vi e ouvi um choro muito ténue. Foram logo colocados na incubadora e transferidos. Fiquei numa enfermaria com outras mães que tinham os seus bebês, foi muito difícil. No dia em que tive alta foi no dia em que o Rodrigo começou a piorar, fez uma hemorragia intracraniana. Voltei para casa onde tinha tudo para eles já preparado, o quarto, as roupinhas, sabe, foi uma gravidez muito investida... foi muito difícil, sem barriga e sem bebês. Fiquei muito impressionada quando os vi, não pensei que fosse possível, tão pequeninos, cheio de tubos, o Rodrigo era o maior tinha 650 gr. Faleceu dois dias depois da minha alta, peguei-lhe ao colo, senti mesmo necessidade de o fazer. Preparei todo o funeral, fui eu que o preparei, vesti, senti que tinha que ser eu. Tenho lá as roupas que comprei para ele, está tudo guardado no baú do Rodrigo. Sinto muito a falta dele na minha barriga, era com ele que interagia mais, era o que se mexia mais, o Ricardo era mais quietinho; sinto saudades da minha barriga... Num dia tinha tudo, soube há tão pouco tempo que iam ser gémeos, nesse dia senti-me tão feliz, poderosa... de repente perdi a barriga, o Rodrigo... o ser mãe de dois bebês e vê-los crescer, aos dois.” “Com o Ricardo, sinto-me mãe, às vezes, e isso é maravilhoso, sinto-me mesmo feliz, outras é como se não o fosse, não posso cuidar dele, só lhe toco e por vezes tenho receio de lhe estar a fazer mal”. Estas mães sentem muitas vezes que o seu bebé não lhes pertence, têm o sentimento de ser inúteis e atribuem à equipa de enfermagem a função materna.

Numa consulta posterior, refere que a dor da perda do Rodrigo não se tem atenuado, “todos os dias penso e é muito difícil, é muito difícil saber que já não são dois, que não vão crescer juntos, que o tivemos e não o vamos ver crescer, não consigo aceitar. Esta semana está a ser mais difícil, não sei, voltou a menstruação, não sei se terá alguma coisa a ver. No dia em que fizeram um mês peguei no Ricardo, isso foi maravilhoso, depois ao fim do dia fomos ao cemitério por flores ao Rodrigo, é importante para nós ir lá um bocadinho de vez em quando.” Algum tempo depois refere alguma conflitualidade com a própria mãe, que descreve com uma pessoa controladora e autoritária, sente que a mãe não reconhece a perda que sofreu e é intrusiva na relação do casal e com o bebé.

Nas consultas posteriores, após o Ricardo ter feito 2 meses e ultrapassado o 1kg, refere sentir-se melhor, “sinto-me mais mãe quando lhe pego ao colo, ontem peguei-lhe 4 horas, foi maravilhoso”, diz que por vezes ainda é difícil pensar que não os vai ver crescer juntos. Refere que no início ficava com muita

raiva quando via outras grávidas, ou mães com bebês ao colo, diz “agora já não, também acredito que vou levar o Ricardo para casa”. Refere ainda que desfez o quarto dos bebês, “tive que tirar um dos berços, foi muito difícil, as roupinhas que eram para o Rodrigo também as guardei num baú, é o baú dele”.

Neste caso, a mãe sente necessidade de ser reconhecida como a mãe de duas crianças, o bebê morto e o bebê vivo. É-lhe difícil aceitar a mudança de projecto e vida. São situações em que a morte e a vida coexistem em permanência, gerando angústia e agressividade. Há uma desvalorização, falha narcísica intensa que se liga à perda de um ideal de mulher, de futura mãe, desejada e admirada pelos outros. Estes sentimentos podem ser reforçados pela atitude do meio envolvente, que não reconhece a perda sofrida ou a desvaloriza. Há uma coexistência entre a vida e a morte difícil de gerir.

Quando morre um dos gémeos, pode haver dificuldade de criar uma relação de vinculação com o bebê sobrevivente, e fazer o luto do gémeo que morre. Pode haver uma clivagem, negação, necessidade de fazer o luto do bebê idealizado. Devemos perceber o impacto, as consequências emocionais que o nascimento do bebê/ prematuro provocou na família.

CASO CLÍNICO 2

Pais de um recém-nascido prematuro de 25 semanas e três dias de idade gestacional, perderam um bebê, também de 25 semanas e três dias, há 7 meses. O João nasceu de 25 semanas e três dias, o apoio aos pais é pedido pelo neonatologista pois pensa-se que o João dificilmente sobreviverá. Sou chamada num contexto de morte eminente, os pais encontram-se a falar com o padre, aparentam já alguma maturidade, têm um ar pesado (ambos ligeiramente obesos) e não muito jovens. São oriundos duma região autónoma, têm ambos 40 anos. O João é o segundo filho deste casal, o Miguel nasceu há 7 meses atrás, também com 25 semanas e 3 dias, faleceu um mês depois. Na entrevista referem que não sabem o que esperar “os médicos dizem que ele está muito mal, mas nunca se sabe, mantemos alguma esperança. Por outro lado, estamos a reviver a situação de há cerca de 7 meses atrás, do Miguel, aconteceu o mesmo, ele nasceu também de 25 semanas e três dias, tal como o João, eu estava em pânico que isto se voltasse a repetir, a médica internou-me para ver se corria tudo bem, sabe há 16 anos que tentamos ter um bebê, já fiz todos os tratamentos e corri muitas clínicas”.

“O Miguel durou um mês, quando o perdemos foi muito difícil, era um bebé muito desejado. Agora voltamos a reviver tudo, os médicos acham que o João também não vai viver. Sabe, hoje quando sairmos daqui vamos ao cemitério, à campa do Miguel, sentimos-nos bem lá”.

Falámos mais duas vezes antes das minhas férias, o João continua em estado crítico, os pais mantêm alguma esperança. A mãe fala ainda na possibilidade de uma posterior gravidez e coloca a questão se lhe volta a acontecer um parto prematuro. Esta gravidez não foi planeada, a mãe tinha ido fazer exames médicos, dois meses após perder o outro bebé. Três dias depois telefonam-lhe a dizer que estava grávida, já de 8 semanas.

O pai recusa a ideia de uma nova gravidez, refere que não aguenta voltar a sofrer assim. A mãe diz-me que o Miguel foi muito desejado, “este também é mas não é a mesma coisa, esperámos 16 anos pelo Miguel”. Numa consulta posterior refere que numa das ecografias suspeitaram que era uma menina, “fiquei desanimada, queríamos um menino, era para compor, como se continuasse, como se fosse o mesmo...”, o pai enfatiza, “compunha mais”, diz. Quando soubemos que era um rapaz foi uma alegria, eu queria dar-lhe o mesmo nome, Miguel, mas o pai não quis, ficou só o Henrique. Junto à incubadora do João e depois de ter feito canguru no dia anterior, fala-me do Miguel, do seu quarto repleto de anjos, mostra-me umas fotos na máquina fotográfica com o quarto, o baú com a chucha e a fralda, as roupas penduradas num armário. Emociona-se fala-me da única vez que o teve ao colo, para trocarmos a incubadora, e de quando faleceu, aí ambos os pais lhe pegaram. A mãe emociona-se ao recordar tudo isto e termina dizendo “o Miguel é o anjinho que protege o irmão”.

Quando volto de férias o João está melhor, foi operado ao intestino, tem estomas e está a progredir. Os pais encontram-se ausentes, tiveram que ir resolver uns problemas à sua residência. Quando voltam abordo-os, encontram-se mais animados e esperançados com os progressos, contudo não conseguem deixar de falar no Miguel, a mãe refere que é um anjinho e está a olhar pelo irmão. Volta a falar-me do Miguel e de como este foi desejado. “o médico fez-me um tratamento e disse-me que ia ver se eu engravidava espontaneamente, achei impossível já tinha feito tantos tratamentos”.

“Fui de férias com o meu marido, segunda lua-de-mel, descobri que estava grávida, nem queria acreditar, fiz várias vezes o teste, só acreditei mesmo quando fui à Maternidade, foi uma emoção, quando ouvimos o coração a bater. Quando voltámos a casa, oferecemos de presente aos nossos pais que faziam anos, uma roupa de bebé, eles ficaram tão contentes, depois às 25 semanas e 3 dias, sem nada fazer prever entrei em trabalho de parto, ele nasceu e ao fim de

umas horas veio para Lisboa, tal como o João. Sabe os outros pais que aí estão ainda são novos, podem ter outros filhos, nós já não...”.

Perto dos quatro meses é diagnosticada uma retinopatia ao João, que terá que ser transferido para o Hospital onde o irmão esteve internado e onde faleceu, para realizar uma cirurgia. Os pais relatam com grande angústia esta transferência. O João ficará na enfermaria onde esteve o irmão, com os mesmos técnicos e profissionais. Quando regressam, ao fim de 24 horas, os pais referem alívio, dizem que a cirurgia correu bem mas o João terá sido colocado numa cama de grades e não numa incubadora, ele terá arrefecido muito, referem “ainda bem que só lá esteve 24 horas; ficámos muito aliviados quando voltou”. Pouco tempo depois a mãe diz-me, enquanto faz canguru, “sabe é como se eu não acreditasse, toda a gente me diz que ele está muito bem, que vai correr tudo bem, mas eu não consigo pensar no futuro, tenho medo..., não me consigo esquecer do Miguel, ainda ontem fomos ao cemitério, vamos sempre, uma duas vezes por semana. Quando chegámos a Lisboa por causa do João, ao fim de uma semana, quando o João estava muito mal fomos ao cemitério ver o Miguel, nessa altura abriram 5 covinhas para bebés, olhei para o meu marido e questionei-o, será que uma destas covinhas é para o João? Ontem vimos que a última covinha foi tapada, se calhar é um bom sinal!”. “Nós neste momento pensamos é em ter um bebé, queremos que nos suceda, eu tenho um afilhado que nos é muito chegado, já tinha pensado que se não tivéssemos filhos ele ficava com tudo, mas assim é para o João. Sabe o Miguel era o mais desejado foram muitos anos à espera, nesta gravidez, quando soube que estava novamente grávida, nem sei... não fiquei assim tão feliz, só fiquei mais satisfeita quando soube que era um rapaz, o meu marido não gosta que eu fale assim, mas não me consigo esquecer nem deixar de pensar no Miguel, foi o primeiro, quando sairmos do Hospital quero levar o João ao cemitério e depois a Fátima, se calhar acha mal...”. Comento que talvez seja para pensar menos na morte e investir na vida, no futuro, no João. Responde dizendo sabe, “eu acho que o João está cá porque é o irmão que o ajuda, é um anjo”. Em todas as nossas conversas o Miguel vai estando sempre presente, numa delas a mãe refere, “vem cá para falarmos do João e eu só falo do Miguel”. Mais tarde o pai diz, “está quase a fazer um ano que nasceu o Miguel vamos oferecer-lhe a campa”. A mãe diz-me ainda enquanto toca com a mão do João na sua cara “sabe agora que já voltámos do outro hospital e, vimos como o João foi tratado, penso que se o Miguel tivesse vindo para este hospital se calhar ainda cá estava”.

Pouco depois de fazer 4 meses, o João encerra os estomas, a mãe vai-se mostrando mais confiante, tal como o pai. Vai falando progressivamente menos do Miguel, fala mais do futuro, do futuro com o João, do regresso a casa.

Nestes pais parece existir uma dificuldade de investimento neste novo recém-nascido, provavelmente pela perda que sofreram, por culpabilidade e, também pelo receio de que a mesma situação se repita. Há também Dificuldade dos pais no luto do outro bebé, que parece muito idealizado.

A EXPERIÊNCIA DOS PAIS

A experiência emocional destes pais é muito desorganizadora.

Como falar deste momento em que a vulnerabilidade da vida se revela com uma tal violência?

A angústia, o receio de reviver o drama, de ouvir as mesmas palavras, as palavras que falam da mesma catástrofe, as palavras que param a vida. A angústia de reviver as mesmas imagens que anunciam a morte. A angústia de ser traída pelo corpo. A angústia de nunca mais conseguir. É difícil qualificar este processo doloroso, o vazio instala-se, o ventre fica vazio. Não há palavras que qualifiquem este momento. Vazio de estatuto também: ontem futuros pais, hoje... Sem conseguirem projectar o futuro. Numa espécie de evitamento traumático e de formação reactiva, a mãe pode impedir a *revêrie* e o investimento na criança futura. A presença psíquica da criança morta e a angústia podem siderar as representações da futura criança (Soubieux, 2009).

São mães frequentemente invadidas por sentimentos de tristeza e de culpabilidade. Pensam muito no seu bebé morto e têm a impressão de o trair por estar satisfeitas com o novo bebé – que, por vezes, têm tendência a descurar. Devemos autorizar a mãe a pensar no bebé morto e a fazê-lo existir, ajudá-la a investir no novo recém-nascido.

O novo bebé pode igualmente ser considerado como uma denegação da perda e um desejo de reencontrar o mesmo bebé (mãe do Pedro desejava um rapaz, pretendia dar-lhe o mesmo nome).

A identidade do novo bebé constrói-se em ligação com o bebé morto. É aquele que se vai parecer com o outro. Há também um receio de que a mesma situação se repita.

Deve caminhar-se progressivamente do semelhante para o diferente. As mães sentem necessidade de se apoiar sobre o “mesmo”, antes de aceitar

desinvestir o bebé morto, de o sentir e finalmente investir o futuro bebé (Soubieux, 2009).

Assim o trabalho de luto da criança morta e o trabalho de identidade do outro bebé é feito em sinergia. O bebé morto toma existência lado a lado com o bebé que vive.

A Mãe do João parece pensar muito no bebé morto e revela durante algum tempo dificuldade em investi-lo. O novo recém-nascido vem num contexto de falha, há o risco de ser envolvido em movimentos psíquicos violentos com as consequentes idealizações, rejeição ou vivência persecutória. Assim deve ser dada especial atenção a estes recém-nascidos. A elaboração desta perda, deste acontecimento, quando se torna possível, pode permitir uma construção-reconstrução psíquica surpreendente. Assim, é necessário que as mães, e também os pais, de outra forma, não dispendam toda a energia psíquica a manter viva a memória deste bebé morto.

O PAPEL DO PSICÓLOGO

Nesse momento em particular, os pacientes podem ter um funcionamento psíquico marcado essencialmente por uma prevalência da projecção e da clivagem, uma visão persecutória da realidade e uma economia narcísica fragilizada. Os seus objectos internos estão mais vulneráveis, danificados ou fragmentados. Acolher o seu mundo interno e ajudá-los a reencontrar uma capacidade de elaboração e de representação é uma das primeiras tarefas do terapeuta (Soubieux, 2009).

O papel do psicólogo é ajudar a *descongelar, retirar a fixação*, respeitando simultaneamente o ritmo de elaboração de cada um e as defesas psíquicas por vezes indispensáveis à vida. A equipa tem um papel fundamental junto destes pais deprimidos.

O bebé perdido figura agora como bebé imaginário. Em seu torno, movem-se os sonhos, os desejos, a fecundidade, o reassegurar da continuidade geracional, e mesmo a rivalidade dos pais com os seus próprios pais. Quando estes sonhos caem, segundo Kennel e Klaus (1993) deixam um vazio, abre-se uma falha, um sentimento de inferioridade, de insucesso e de indignidade.

A denegação pode funcionar como uma protecção, e dar lugar, posteriormente, a um trabalho de elaboração da morte do bebé. Por vezes a denegação perdura e evita o trabalho doloroso do luto.

A nova gravidez pode ter potencialidades reorganizadoras, através da elaboração do luto, da criança morta, mas pode também reavivar todas as emoções dolorosas.

O trabalho de comparação entre as semelhanças e as diferenças pode ajudar os pais a reconhecer o outro bebé, como um outro e não o mesmo.

Esta forma de estar presente com o outro, de receber as suas projecções, de mostrar que estamos lá, não destruídos, que se podem apoiar em nós e na nossa experiência clínica, deixando-se num primeiro momento sentir sem pensar, e depois pensar o que sentem, permite-lhes fazer um deslocamento e pensar os seus próprios pensamentos.

Devemos suportar e não interpretar.

É preciso aceitar que estas mães não podem cuidar logo do seu recém-nascido. É preciso autoriza-las a pensar no seu bebé morto e a fazê-lo existir, para posteriormente investirem o seu novo recém-nascido.

AS VIVÊNCIAS DOS TÉCNICOS

São lugares onde a morte está lá, incontornável, mesmo sendo impensável. São lugares onde o arcaico, a dualidade de pulsões, vida e morte ocupam a cena psíquica (Soubieud, 2009).

É um reencontro que, por vezes, força o profissional a viver intensamente o drama destes pacientes. Os profissionais podem sentir-se invadidos pelas suas próprias emoções face aos pais que vivem a perda do seu bebé. Estes pais têm vivências muito violentas.

É conveniente encontrar uma forma de estar, trabalhar e de pensar, tendo bem presente os pontos de referência e o quadro interno.

Assim, as situações de prematuridade, com o clima de urgência que implicam, conduzem de forma variada, a um colapso nos espaços de pensamento, nos pais e nos cuidadores, modificando percepção e a gestão da temporalidade.

O psicólogo introduz aqui um espaço de pensamento alargado, que representa o primeiro continente para acolher e elaborar os movimentos emocionais de cada um. A capacidade do psicólogo de pensar e dar sentido é progressivamente interiorizada pelos pais e pelos elementos da equipa. Esta interiorização permite aos pais “sonhar” com o seu bebé, para que este possa começar a existir na sua mente.

Em suma “Devemos ajudar a vestirem-se de luto por estas perdas, a expressar a sua dor, a deprimirem-se, a desequilibrarem-se para que possam reequilibrar de forma estruturada, com o conflito resolvido e não a pseudo equilibrarem-se, organizando a sua vida numa fuga à depressão, que mantém no inconsciente o luto por viver” (Coimbra Matos, 2001).

BIBLIOGRAFIA

- Coimbra de Matos, A. (2001). *A depressão: Episódios de um percurso em busca do seu sentido*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Kay, J., Roman, B., & Schulte, H. (1997). Pregnancy loss and the grief process. In J. Woods & J. Woods (Eds.), *LOSS during pregnancy or in the newborn period*. NJ: Jannetti Publications, Inc.
- Kennel, J., & Klaus, M. (1993). Atendimento aos pais de um natimorto ou de um bebê que morre. In M. Klaus & J. Kennel (Eds.), *PAIS/BEBÊ – A formação do apego*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Soubieux, M.J. (2009). *La deuil périnatal*. Bruxelles: yapaka.be.
- Vrient-Goldman, C., Durieux, M. (2005). Réflexions quant à le accompagnement psychoterapeutique du bébé, des ses parentes et des soignantes en unité néonatale. *Devenir*, 17, 5-37.

ABSTRACT

The presence of a psychologist in a Neonatal Intensive Care Unity opens way to the creation of broader psychological spaces. These spaces gather emotions, feelings and diverse and painful thoughts that can be placed in words through an elaboration work. Prematurely Interrupted Pregnancy leads mothers to experience loss and, sometimes, a particular moarning process. In this paper we intend to reflect and to approach experiences of the different intervenients with the help of two clinical case studies.

Key-words: Experiences. Moarning. Neonatal intensive care unity. Prematurity.

PAI: AFASTA DE MIM ESSE CÁLICE *

Maria José Vidigal **

RESUMO

A autora aborda a importância do papel do pai no desenvolvimento infantil, na compreensão da psicopatologia e também nas intervenções psicoterapêuticas.

A função da figura paterna é enquadrada nas diferentes fases do normal desenvolvimento da criança, com referência particular a Winnicott.

No campo da psicopatologia é reforçada a ideia da importância da constelação familiar, não apenas do pai, no desenvolvimento da doença mental. As investigações têm concluído não ser possível estabelecer uma relação direta entre a psicopatologia infantil e o funcionamento mental específico dos pais.

Por fim, são apresentadas vinhetas clínicas ilustrativas da importância do papel do pai na clínica.

Palavras-chave: Constelação familiar. Desenvolvimento psíquico infantil. Função do pai. Psicopatologia infantil. Psicopatologia parental.

*Vamos, não chores...
A infância está perdida.
A mocidade está perdida.
Mas a vida não se perdeu.*
Carlos Drummond de Andrade

Em homenagem ao Pai, traduzindo a importância que ele tem nas nossas vidas, fui “roubar” a Chico Buarque o título que dei a minha comunicação.

Aqui estou enquanto psiquiatra da infância e da adolescência e portanto irei abordar este tema na base da minha experiência e numa perspectiva transversal.

* Encontro organizado pelo Departamento de Pedopsiquiatria do Centro Hospitalar de Coimbra e o Gabinete de Estudos da Maternidade Bissaya Barreto, sob o tema: “O Pai – da Concepção à Adolescência”.

** Pedopsiquiatra, Psicanalista.

É evidente que será num ponto de vista muito limitado, face a importância e amplitude do tema.

Há relativamente poucos estudos clínicos, em contraste com a abundância dos estudos histórico-sociológicos sobre a evolução da representação social, do papel, estatuto sócio-económico e jurídico do pai nos países ocidentais e dos estudos empíricos, essencialmente anglo-saxónicos sobre a participação do homem no seio das diferentes transacções com a mulher e a criança, sobretudo no quadro da mudança social dos papéis representados pelos dois sexos.

Os autores franceses e anglo-saxónicos têm-se interessado, desde os anos 50, pelos processos psico-afectivos que caracterizam a passagem a paternidade e que estão na origem de várias perturbações psicológicas nos futuros pais e que se organizam essencialmente a volta de três pólos: (1) Intensificam-se as necessidades de dependência do homem; (2) aparece uma realidade inconsciente em relação ao filho, eventualmente percebido como um irmão rival; (3) reactivam-se os conflitos edipianos.

Muitos autores consideram que o acesso à parentalidade, independentemente de se ser pai ou mãe, constitui uma etapa crítica no desenvolvimento psico-sexual de uma pessoa. Actualmente, a crise do papel do pai, em matéria educativa, tem sido largamente evocada.

Há alguns anos dizia-se que, depois da mãe, o pai era a segunda figura de referência mais importante para a criança e que passava a primeiro plano depois dos 2-3 anos.

Seria esta uma forma demasiado simplista de pôr o problema, porquanto foi necessário aprofundar os nossos conhecimentos sobre a organização das relações interpessoais na família: saber o que se passava no casal e nas relações da criança com a mãe e também com o pai, além dos problemas levantados pela valorização que tem sido dada à transgeracionalidade.

A nossa experiência mostra-nos a importância do equilíbrio que deve existir no pai, entre a necessidade de frustrar e gratificar a criança para poder evoluir, além do amor autêntico para temperar esta frustração e reforçar a sua auto-estima.

Pensei trazer exemplos da escrita de artistas, em que se põe em evidência, o papel que o pai representou na orientação dos seus destinos e que tantas vezes vemos na clínica.

Assim, começo pelo “*Diário desgredado de um homem qualquer nascido no princípio do século XX*” do escritor e poeta José Gomes Ferreira que, em

breves pinceladas, nos dá um retrato do pai, pondo nele todo o seu amor e admiração:

“Meu pai pertencia aquela estranha espécie de seres maravilhosos, de Sacerdotes que nasceram para embelezar a vida... Foi ele quem me ensinou a gramática líquida das lágrimas... Agradeço a meu pai a coragem com que, no momento do funeral do Rei, me levou a visitar os covais dos regicidas no Alto de S. João”.

Simone de Beauvoir, nas suas memórias, faz referência ao pai, por ela muito amado que, provavelmente, teria sido o motor para a via da escrita:

“Desde que fui para a escola, meu pai interessava-se pelos meus sucessos, pelos meus progressos e contava muito na minha vida. Ele parecia-me uma espécie mais rara do que o resto dos homens... Eu queria que ele me considerasse; mas eu tinha essencialmente necessidade que ele me aceitasse na minha verdade, com as deficiências da minha idade...”

De igual modo uma paciente me dizia: “Eu adoro o meu pai, não preciso de festejar o Dia do Pai...”.

Depois destes pais idealizados e, em franco contraste, apresento o pai do escritor brasileiro Graciliano Ramos: “[...] Onde estava o cinturão? A pergunta repisada ficou-me na lembrança: parece que foi pregada a martelo... Junto de mim um homem furioso, segurando-me um braço, açoitando-me... O suplício durou bastante, mas, por muito prolongado que tenha sido, não igualava a mortificação da fase preparatória: o olho duro a magnetizar-me, os gestos ameaçadores, a voz rouca a mastigar uma interrogação incompreensível... Depois se afastou... E ali permaneci, miúdo, insignificante, tão insignificante e miúdo como as aranhas que trabalhavam na telha negra. As minhas primeiras relações com a justiça foram dolorosas e deixaram-me funda impressão...”.

Para este pai sádico, é também o pai por ele amado: “Cheguei a amar aquelas mãos peludas”.

O papel do pai de cada um destes autores, pesou muito nos seus destinos. É evidente que também aqui não podemos isolar o seu papel sem ter em conta o das mães, mas deixo em suspenso esta abordagem por não caber no âmbito deste curto trabalho.

O interesse nesta última década, pelos primeiros meses de vida da criança e a observação directa dos bebés e, de igual modo, a contribuição dos analistas que tratam crianças com patologias graves e reconhecido sucesso, tem enriquecido consideravelmente os nossos conhecimentos.

A pouco e pouco, como reacção à valorização excessiva e, até por vezes exclusiva, da relação mãe-criança, começaram a ouvir-se vozes dos que têm vindo a salientar a importância precoce do pai, sendo a sua influência mediatizada quer através da mãe que introduz a figura e o valor simbólico do pai, quer através da sua própria presença e contribuição, tornando assim possível o desenvolvimento do sentido da realidade, da identidade sexual e de outras realizações epigenéticas. Podemos então dizer que para uma boa evolução e desde as primeiras idades, é necessário que haja uma função continente, que seja contentora, bi-parenta (pai e mãe). A combinação e a integração das duas componentes, materna e paterna, vão dar consistência à organização psíquica da criança. Se estas funções psíquicas, por sua vez, estão bem integradas na mãe e no pai, a criança tem melhores possibilidades de evoluir favoravelmente numa família monoparental, para além de outros factores que possam estar em causa nomeadamente o papel da mãe, dos substitutos, factores socioculturais e factores neurobiológicos.

Assim, na evolução da criança, há um lento movimento integrador desde uma primeira fase em que o bebé se vai constituir como pessoa e diferenciar-se mentalmente até à segunda fase, dominada pelo processo da triangulação, no qual o pai é reconhecido como diferente da mãe no seu aspecto e função. Toda a elaboração deste movimento é fundamental para a estruturação do psiquismo.

Mais tarde surge o pai com qualidades mágicas e onnipotentes, qualidades essas que vão desempenhar um papel importante nas tendências para a idealização e para os processos de identificação à imagem paternal.

De certa maneira, a mãe é a pessoa constante junto do bebé e o centro do seu universo. O pai é uma figura mais periférica, especialmente nos primeiros seis a oito meses de idade. No entanto, a capacidade de *rêverie* da mãe, necessária para a organização do mundo interno do bebé, não é somente desta, é também do pai. É importante o investimento que a mãe faz do pai do filho.

Nos cuidados e na satisfação das necessidades físicas que são dadas ao bebé, a actividade de uma mãe contém uma grande variedade de contactos corporais, ao contrário do pai que nunca tem uma relação corporal tão intensa e constante.

Se é um pai fisicamente activo que se diverte com os filhos de uma maneira ruidosa, também brincará com o bebé, em geral depois dele aprender a sentar-se ou quando começa a pôr-se de pé.

Como sabemos, os jogos favoritos do pai são: lançar a criança ao ar, circular com ela ou encavalitá-la nos ombros. Estes jogos são mais excitantes, especialmente no fim do primeiro ano e durante o segundo ano. A identificação

do seu próprio movimento, com o do pai, ocorre em clima de grande jovialidade e excitação. Contudo, o pai pode provocar uma excitação excessiva mas a relação deste com o filho, é mediatizada através da mãe, não se prolongando por demasiado, no tempo, estes contactos corporais.

A criança pode ter temporariamente a ilusão de ser muito grande e activa e a consequente excitação pode ser acentuada pela sua experiência real de ser mais pequena. Mas esta ilusão parece ser benéfica, dando a criança um sentido de vigor e poder.

No caso de ainda ser bebé, sente um forte impulso para a actividade muscular e procura-a com insistência o que dá origem quer a um erotismo difuso do corpo, quer do lado do Eu, a um aumento do sentido de si próprio (self corporal e de uma grande necessidade de exploração do espaço).

As primeiras figuras parentais, a mãe que “tudo dá” e o “pai-herói”, tendem a persistir, mais ou menos, até a entrada no mundo da escola.

Estas figuras parentais reaparecem mais tarde de uma forma embelezada no romance familiar, que a criança tem tendência a organizar face às decepções. Estas existem sempre mas agravam-se quando coincidem com factores negativos da realidade externa (ambientes excessivamente conflituosos, separações, por exemplo).

É claro que na relação com o pai, não há só os aspectos positivos mas também os negativos, aos quais as crianças reagem: os castigos, as zangas, as ausências de resposta e, conforme domina um ou outro destes aspectos, tendem a distinguir e a separar os pais em duas categorias – os bons e os maus. E são estas imagens, com raízes nos primeiros anos, que constituem a tela de fundo das relações ulteriores não só com os próprios pais como com os outros.

Quando Winnicott chamou a atenção para o facto de que um bebé não existia sozinho, só o par mãe-bebé, completou esta afirmação, dizendo: “... só existem tríades pai-mãe-bebé” e, finalmente, chegou-se a todo o grupo familiar em que os diferentes elementos entram em interacção uns com os outros. Consequentemente, parece-nos uma abstracção falarmos só do pai.

Podemos dizer que o seu papel é um dos desafios mais difíceis que o homem tem que enfrentar mas também altamente compensador. Sendo a vida actual complicada, devido as horas gastas na actividade profissional que limitam o tempo de presença do pai na família, preocupações, cansaço pelas horas gastas nos transportes, separações, divórcios, torna difícil a sua intervenção na educação dos filhos. Na nossa prática, é muito comum, sobretudo nas perturbações do comportamento, a ausência do pai, se não

fisicamente pelo menos psicologicamente, levando a uma carência de autoridade e caindo sobre a mãe toda a responsabilidade da educação.

Na conceptualização lacaniana, o pai representa um papel fundamental na estrutura das psicoses. Segundo Lacan, é na psicose que falha a função simbólica do “phalus” (do poder do pai) que não realiza as necessidades irreduzíveis de mediação entre as três personagens da situação edipiana. Por consequência, o filho não encontrará nunca o pai limitador e reconhecido pela autoridade da palavra, levando a situação extrema, no caso da psicose, da forclusão do registo simbólico do pai, elemento fundamental da estrutura psicótica.

Experiência clínica: num grupo de pais de adolescentes com esquizofrenia, há uma mãe que se destaca e que nos pede uma entrevista individual. Foi longa a entrevista, em que a mãe apresenta queixas maciças do comportamento do filho de 13 anos (oposição, violência, além de outras mais da linha psicopatológica). No decorrer da entrevista, surge-me uma dúvida como se, de súbito, se tivesse feito um “branco” dentro de mim, eu que conhecia muito bem a família: há ou não pai? Onde está? Teria morrido?” No discurso da mãe, muito pesado, monocórdico, envolvendo-me como uma teia, não havia nada que me desfizesse a dúvida. Sabendo da existência de irmãos, acabei por perguntar o que diziam as pessoas “lá de casa”. Pois a mãe limitou-se a dar a opinião dos irmãos mais velhos e que finalmente me obrigou a perguntar pelo pai. Respondeu: “ah! Ele não liga!” O importante a salientar é a ausência do pai no discurso e no pensamento da mãe (forclusão), tendo eu próprio sido parcialmente arrastada, numa espécie de escoamento, da lembrança do pai. Não foi totalmente, na medida em que me lembrei da sua existência.

Há muitas investigações sobre o papel que o pai representa na vida da criança. As conclusões não são idênticas, como por exemplo, há os que consideram que os pais dos esquizofrênicos têm funcionamentos mentais específicos, até os que, pelo contrário, renunciaram a isolar mães e pais típicos de esquizofrênicos.

Estas investigações são muito complexas e têm que entrar em linha de conta com múltiplas variáveis, tornando as suas conclusões duvidosas.

Isto não quer dizer que não haja relação entre uma expressão estrutural do funcionamento mental de uma criança e uma determinada constelação do meio, no qual entra, em primeiro lugar, o funcionamento mental parental. No entanto, este aspecto não pode ser isolado dos dados plurifactoriais que estão em causa na psicopatologia de diversos quadros.

Depois de um longo período em que as mães eram as únicas objecto da atenção dos especialistas, visto serem elas a levar os filhos às consultas, passou, como se sabe, a dar-se também importância aos restantes membros da família, acentuando-se o interesse pela abordagem bi-polar pais-criança ou familiar, como fundamental para a mobilização das interacções e dos quadros clínicos.

Actualmente parece impensável que se possa fazer uma intervenção terapêutica sem que se estabeleça uma aliança com o pai ou qualquer outro elemento da rede familiar. E isto é essencial nos casos de psicopatologia grave, nomeadamente no autismo, psicoses em geral, neuroses, depressões e perturbações do comportamento.

Foi a tomada de consciência progressiva de todos estes problemas que se procurou estabelecer uma aliança com os pais (ou responsáveis da criança), por constituir um elemento chave no tratamento destas.

Em princípio temos que estabelecer uma aliança com eles e julgá-los capazes de receber as projecções dos filhos, de as conter, de as elaborar, enfim, de as pensar, compreender os seus problemas. É evidente que nem sempre isso é possível, mas quando o conseguimos, a cooperação recíproca entre nós e eles, dá os melhores resultados.

Há situações, sobretudo no caso de perturbações psiquiátricas graves da mãe, em que os pais representam um papel fundamental na protecção e segurança da criança, evitando quadros dramáticos e de maior desequilíbrio emocional.

As coisas nem sempre correm bem, tal como é sabido, nos casos de maus-tratos, de incesto, fenómenos cada vez mais frequentes ou pelo menos com maior visibilidade. Mesmo nestas condições, por vezes extremas, é extraordinário como as crianças continuam a amar os pais e a protegê-los, o que torna muito difícil e delicada a intervenção terapêutica.

Tem sido possível ouvir o grito destas crianças porque aprendemos a dar-lhes espaço, fazendo renascer nelas a capacidade incalculável que têm de pensar e de comunicar as suas tristezas, medos e sofrimento.

Alfredo, 7 anos: *“Um dia eu disse: qualquer dia atiro-me da janela! – e o meu pai abriu a janela e pôs-me a cabeça de fora e disse – se quiseres eu atiro-te! – eu pensei que ele ia atirar-me mesmo!”* fica pensativo... *“não, eu acho que ele estava só a brincar!”*

A brincar ou não – por vezes estas respostas parecem cruéis, mas entram num registo paradoxal que poderá eventualmente evitar uma passagem ao acto da criança.

E agora Kafka escreveu uma carta ao pai que provavelmente poderia ter sido escrita por alguns de nós ou pelo próprio Alfredo...

“Querido pai:

Perguntaste-me, recentemente, por que razão eu afirmo que tenho medo de ti. Como é habitual, não sabia o que responder, em parte justamente por causa do medo que tenho de ti, em parte porque são tantos os pormenores que justificam esse medo que eu não seria capaz de os manter minimamente coesos ao falar. Se eu procuro agora responder-te por escrito, só o conseguirei fazê-lo de forma muito incompleta, porque também na escrita o medo e as suas consequências me embaraçam face a ti e porque a importância do assunto ultrapassa largamente a minha memória e o meu entendimento”.

E, num movimento de reparação e para salvar a imagem do pai e o amor pelo pai, prosseguiu:

“... É claro que as coisas reais não se ligam uma as outras como se prova na minha carta, a vida é mais do que um jogo de paciência; mas com a correcção que resulta desta objecção, correcção sobre a qual não vou, nem quero falar, pormenorizadamente, chegámos, em meu entender, a qualquer coisa que se aproxima de tal maneira da verdade, que nos pode sossegar aos dois e tornar-nos mais fácil a vida e a morte”.

BIBLIOGRAFIA

Beauvoir, S. de (1958). *Mémoires d'une jeune fille rangée*. Ed. Gallimard.

Ferreira, J.G. (1983). *Calçada do Sol*. Morais Edit.

Kafka, F. (1903). *Carta ao pai*. Hiena Edit.

Naziri, D., et al. (1994). Le passage à la paternité: Une approche clinique. *Psychiat. de l'Enfant*, XXXVII(2), 601-629.

Ody, M. (1985). Carence paternelle. Importance du père et de la fonction paternelle dans le développement du fonctionnement mental. *Traité de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent, III*. Paris: Presses Universitaires de France.

ABSTRACT

The author discusses the importance of father's role in child development, in psychopathology and also in psychotherapeutic interventions.

The father figure is framed in different stages of normal child development, with particular reference to Winnicott.

In the field of psychopathology is reinforced the idea of the importance of family constellation, not just the father, in the development of mental illness. Investigations have concluded that it's not possible to establish a direct relationship between child psychopathology and parent's specific mental functioning.

Finally, the author presents clinical vignettes that illustrate the importance of the father's role in the clinic.

Key-words: Child psychopathology. Constellation family. Father's role. Infant mental development. Parental psychopathology.

“COMPORTAMENTOS DE RISCO – FUNCIONAMENTO E ESTADO LIMITE NA ADOLESCÊNCIA”

CASO CLÍNICO: “GOSTO DE SER O ‘NÃO EU’” *

Otilia Queirós **

RESUMO

Preocupações e angústias identitárias, instabilidade emocional, comportamentos de risco e outras manifestações comportamentais por vezes extremas, são problemas muito comuns na adolescência; no entanto, determinar quando esses problemas são parte do processo normativo de autodescoberta da adolescência ou sintomas de uma doença psiquiátrica grave constitui um desafio crítico na prática clínica.

Neste artigo é descrito detalhadamente o caso clínico de uma jovem que se apresenta com uma complexa e invasiva constelação de sintomas (abrangendo dificuldades de ordem identitária, comportamentos autodestrutivos, instabilidade emocional, um padrão perturbado de relacionamentos interpessoais, entre outros) sugestiva de um estado limite.

Palavras-chave: Adolescência. Estado limite.

Chamemos-lhe Antónia, e é da sua autoria a expressão que intitula este texto (tendo sido proferida enquanto comentário pessoal no final de uma sessão de psicodrama). Atualmente tem 17 anos, frequenta o 12º ano (área de artes), e é natural da cidade do Porto, onde reside com os avós maternos.

* Caso clínico apresentado no Colóquio da Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria, Lisboa, 9 de Novembro de 2012.

** Pedopsiquiatra, Departamento Pedopsiquiatria, Centro Hospitalar do Porto, E.P.E.

O primeiro contacto da Antónia com os nossos Serviços ocorreu aos 15 anos quando foi transferida para observação na urgência após uma ingestão medicamentosa voluntária de 150 mg de diazepam efectuada 2 dias antes; o relato das circunstâncias que precipitaram a ingestão continha um certo toque de puerilidade: nesse dia a Antónia tinha ido ao cinema, acompanhada por uma amiga, ver o filme “O Turista”, recém-estreado; este filme tinha como atractivo especial o facto de ser protagonizado pela actriz Angelina Jolie, uma celebridade que a Antónia idolatrava e por quem, desde há algum tempo, sonhava ser adoptada (ou mais precisamente, e como a própria fazia questão de esclarecer, “pelo casal *Bradjolie*”). À saída do cinema, e ainda deleitada pelo filme, confidenciou à amiga o seu desejo de ser adoptada pela Angelina Jolie, desejo que a amiga não se inibiu de qualificar como “ridículo”, tendo acrescentado que ela nunca iria conhecer a Angelina Jolie. Profundamente decepcionada regressou a casa e ingeriu 30 comprimidos de diazepam; a seguir deitou-se, dormiu toda a noite e só na manhã seguinte, quando a avó a encontrou atáxica e sonolenta, revelou que fizera a ingestão. Pretendia, segundo a própria “*dormir para viver no meu Mundo de Sonho mais tempo*” – sic, acrescentando: “*A minha vida está bem... Eu é que não estou.*” – sic.

Poucos dias depois a Antónia foi observada no contexto de uma Consulta de Crise, para a qual são referenciadas as situações agudas observadas na urgência que necessitam da implementação urgente de uma intervenção estruturada em regime de ambulatório, permitindo uma resposta atempada e mais adequada que a hospitalização face a situações de crise. Seria a partir desta consulta que se desenrolaria todo o acompanhamento subsequente.

A Antónia entrou sozinha no gabinete movimentando-se com à vontade e desenvoltura; o aspecto era cuidado, o arranjo pessoal investido e algo exuberante. Adotou prontamente uma postura colaborante, estabelecendo e mantendo o contacto ocular; o olhar era vivo, a mímica facial rica e muito expressiva e acompanhava com gestos amplos e eloquentes um discurso espontâneo, fluente, coerente, bem estruturado que denotava um bom desenvolvimento cognitivo. Não eram identificáveis alterações da forma e conteúdo do pensamento ou alterações da sensório-percepção que indiciassem qualquer descompensação psicótica ou compromisso do juízo crítico.

De forma espontânea reproduziu um relato, concordante com o registado no episódio de urgência, relativamente à ingestão que motivara a consulta. Embora referisse ter permanentemente ideias de automutilação e de morte, não exibiu ideação suicida estruturada. Manifestava uma labilidade emocional extrema e ao longo da entrevista o seu registo ia oscilando entre o choroso, o irritável e o

reivindicativo. O conteúdo do discurso centrava-se nas suas vivências relacionais e no desejo de ser adotada pela Angelina Jolie; embora consciente de que esse seu desejo não era “realista” reivindicava, num tom hostil, o direito de poder continuar a “sonhar”: “*No meu mundo ideal, estou com a Angelina e a família dela*” - sic. Verbalizava tristeza por viver afastada dos pais e dizia ter escolhido a Angelina Jolie como modelo de figura parental: “*Toda a gente precisa de modelos para crescer*” – sic, “*Ela é a mãe que nunca tive*” – sic.

A narrativa sobre a sua família era dominada pela temática da rejeição e do abandono; referia que não fora desejada e sentia-se abandonada pela mãe e pelo pai: “*Fui um acidente de percurso*”- sic. Verbalizava uma profunda decepção com a mãe que qualificava como “*uma desequilibrada mental*”-sic, e com quem descrevia uma relação mais de tipo fraternal, ou até de amizade, do que mãe-filha: “*É uma boa amiga mas como mãe não serve.*” – sic. Mostrava-se igualmente decepcionada com o pai, comentando sucintamente: “*Esse nem me quis conhecer*” – sic. Embora tenha sido criada pelos avós considerava que isso não colmatava a falta dos pais: “*Não sou ingrata mas viver com os avós é muito diferente de viver com os pais*” – sic; acrescentava que não viver com os pais a fazia sentir-se diminuída e envergonhada perante os amigos; mostrava-se, no entanto, angustiada face às ameaças recorrentes de ir viver com a mãe para Lisboa, ameaças estas proferidas recorrentemente pelos avós.

A Antónia é proveniente de uma família classe média, vive com a avó e o segundo marido desta (que não é seu avô biológico). A avó descreve a mãe da Antónia como uma mulher emocionalmente instável, inconstante nos seus relacionamentos e projectos profissionais, temperamental, impulsiva, conflituosa: “*uma personalidade difícil*” – sic.

A Antónia foi fruto de uma relação fortuita que a mãe tivera aquando dos seus 18 anos sendo, já na altura em que a mãe engravidou, o pai casado com a actual esposa, de quem tem uma filha da mesma idade da Antónia. Só conheceu o pai aos 7 anos, na sequência de um processo de averiguação judicial da paternidade e até essa data a sua existência fora mantida oculta de toda a família paterna.

Após o seu nascimento a mãe continuou a residir em casa dos avós até, pouco tempo depois, ter iniciado uma outra relação e ido viver com um novo companheiro para o Algarve; a Antónia permaneceu com os avós que asseguraram os cuidados desde o seu nascimento até à actualidade. Posteriormente a mãe mudou-se para Lisboa, onde reside actualmente com uma filha, 2 anos mais nova que a Antónia, e com um novo companheiro.

Tem contactos regulares com a mãe, e a meia-irmã materna de 15 anos, com quem passa parte dos períodos de férias escolares, deslocando-se também periodicamente a Lisboa para as visitar.

A família paterna reside no Porto mas, à excepção da sua meia-irmã paterna, da mesma idade, com quem se encontrava frequentemente e que considerava a sua “melhor amiga”, os contactos com o pai e restante família paterna são extremamente irregulares; descreve a relação com o pai como sendo pautada por um desinteresse mútuo, adjetivando-a mesmo de “inexistente”.

Nos seus antecedentes pessoais não existem problemas médico-cirúrgicos relevantes a assinalar nem dificuldades a nível do desenvolvimento psicomotor. Ingressou na escola aos 6 anos, não tendo exibido dificuldades na adaptação, e tem um percurso escolar sem reprovações. Praticou ginástica acrobática e dança contemporânea entre os 5 e os 16 anos.

Descrita, pela avó, como uma criança emocionalmente instável, com baixo autoconceito, intolerante à frustração. Embora revelasse facilidade em estabelecer relações de amizade, estas tornavam-se frequentemente, uma importante fonte de turbulência, sobretudo após a entrada na adolescência; segundo a avó “*Cria obsessões com algumas amigas com muita facilidade, chega a persegui-las*” – sic, “*Tão depressa está obcecada como depois zanga-se, tem raiva e odeia*” – sic. Devido a estas dificuldades, à instabilidade emocional que manifestava, às crises de ansiedade e insónias, a que se viriam a adicionar auto-mutilações (cortes superficiais nos membros superiores) e episódios de *binge-eating*, inicia aos 12 anos um percurso algo errático por Consultas Pedopsiquiatria e Psicologia (a nível particular); nestas consultas a Antónia adoptava habitualmente uma atitude não cooperante e por vezes francamente opositiva, recusando-se a comparecer às marcações e motivando sucessivas desistências.

Apesar deste historial prévio de não colaboração e descontinuidade nos seguimentos, a Antónia viria a aderir com uma surpreendente assiduidade às consultas subsequentes, apresentando um registo que permanece imaculado nos dois anos em que dura o seu seguimento nos nossos Serviços. Durante este período tem vindo a exhibir um quadro clínico caracterizado por uma sucessão e acumulação de sintomas variados mas onde a tônica dominante é um sentimento de mal-estar, vazio emocional e insatisfação permanente: mostra-se incapaz de definir e investir consistentemente em projectos pessoais; a desmotivação escolar é quase uma constante e o seu baixo rendimento reproduz o pouco investimento académico; no entanto, e quando se aproxima o final do

ano lectivo, e movida pelo receio que os avós a mandem para Lisboa, empenha-se nos estudos e consegue subir as notas de forma suficiente para transitar de ano; abandonou abruptamente a dança e a ginástica acrobática, que praticava desde a infância; refere frequentemente sentir-se “perdida”, “sem objectivos”.

Apresenta crises de angústia recorrentes que remetem para questões identitárias (“*Não sei quem sou, não sei o que sou*” – sic), embora por vezes seja a angústia de fragmentação que emerge de forma dramática: “*sinto-me aos pedaços e sempre que tento colar um pedaço ele desfaz-se*” – sic. Frequentemente apresenta-se com sintomas dissociativos, episódios de desrealização e despersonalização: “*Às vezes dou por mim num sítio e não sei como fui ali parar... fico a pensar como e sinto-me muito assustada, em pânico*” – sic; “*Sinto o cérebro desligado, fora de mim*” – sic; alguns desses episódios parecem ser parcialmente autoinduzidos uma vez que surgem na sequência de devaneios aos quais se entrega deliberadamente: “*Às vezes imagino-me na barriga da minha mãe e sinto-me a asfixiar, o coração dispara, é horrível... só sossego quando consigo voltar à realidade*” – sic. Relata também a ocorrência de distorções sensorio-perceptivas: sensações de presença que a assustam, ao deitar sente que a chamam e a tocam, ouve “estrondos, ruídos de coisas a cair”; diz-se apavorada com estas sensações não conseguindo, por esse motivo, estar em casa sozinha. As queixas relativamente ao sono são uma constante, referindo persistentemente pesadelos e terrores nocturnos, “sonhos atribulados”, “pesadelos mórbidos e paranormais” que prefere não evocar embora, quando solicitada, forneça um ou outro exemplo (“*Ontem sonhei que me estavam a cortar os dedos*” – sic). Estes fenómenos perturbam e interrompem-lhe o sono, levando-a a despertar durante a noite “apavorada”, “aos gritos”, e a procurar refúgio na cama da avó.

A sua instabilidade emocional é extrema: exhibe períodos depressivos, de duração variável, dominados por sentimentos de “vazio”, em que se isola, se sente desmotivada para “tudo” e não quer sair da cama; por vezes mostra-se expansiva mas sempre muito lábil e facilmente irritável, intolerante à frustração com frequentes crises disfóricas e acessos de fúria e de heteroagressividade (que se manifestam essencialmente em contexto intrafamiliar).

A dimensão autodestrutiva é praticamente omnipresente expressando-se de formas variadas: ideação suicida, comportamentos parassuicidários, automutilações, consumos abusivos de álcool e drogas, alterações do comportamento alimentar. Apresenta uma ideação suicida recorrente embora não estruturada; refere sentir amiúde “momentos de raiva e de desespero” em que lhe “apetece tomar comprimidos para ficar a dormir” – sic, tendo até à data efectuado quatro ingestões medicamentosas. Exhibe episódios recorrentes de automutilações (cortes nos antebraços e coxas), as quais parecem assumir

diferentes significados e funções conforme as circunstâncias: tanto constituem uma óbvia descarga agressiva (“*estava cheia de raiva e de ódio*” – sic) como, por vezes, parecem ser usadas para debelar uma sensação vaga e desconfortável de anestesia (“*Porque não sentia nada e precisava de me sentir viva*” – sic) chegando a ser equiparadas a um comportamento aditivo (“*Um vício*”, “*só a cortar-me é que me sinto bem*” – sic).

Com o objectivo de induzir estados alterados de consciência recorre a consumos de álcool (ingestão maciça de bebidas destiladas) e de drogas (haxixe e *smart drugs* – sobretudo canabinóides sintéticos); embora estes consumos aconteçam sobretudo em contexto recreativo, repetem-se com alguma regularidade e associam-se a uma ocorrência acrescida de episódios de despersonalização e desrealização (relacionados sobretudo com canabinóides). O seu padrão alimentar caracteriza-se por períodos de restrição alimentar quantitativa e qualitativa que alternam com períodos de hiperfagia e *binge eating* com ou sem comportamentos purgativos (vómitos auto-induzidos).

É no entanto a nível dos seus relacionamentos interpessoais, marcados invariavelmente pela insatisfação, instabilidade, conflituosidade, procura de uma relação exclusiva, rupturas, que reside uma das áreas de maior disfunção psicossocial.

A ausência de uma referência materna é um tema recorrente no seu discurso, ilustrando de forma sensacionalista a inexistência de quaisquer competências maternas na sua mãe biológica: “*A minha mãe já disse que não nasceu para ser mãe*” – sic, “*Costuma dizer que não tem jeito para cuidar de nada que respire*” – sic.

Os períodos passados com a mãe são invariavelmente descritos como penosos, insatisfatórios, marcados por conflitos e frequentemente interrompidos precocemente. Embora as funções parentais tenham sido assumidas pelos avós, não considera que estes, e em particular a avó seja um substituto materno satisfatório “*dão-me tudo o que eu peço... Mas não me dão o pai e a mãe que eu quero*” – sic.

A relação com os avós é pautada por uma intensa conflitualidade que emerge a propósito de questões como as regras, a higiene e arrumação do quarto, horários, alimentação, estudos, etc. Os avós são frequentemente alvo de explosões de raiva, agressões verbais e físicas e até humilhações frente a terceiros, que surgem quer no contexto dos conflitos centrados em questões do quotidiano, quer como retaliação às ameaças de abandono que lhe são feitas pela avó (mandá-la para a mãe, para Lisboa), num ciclo que se perpetua.

Por seu lado, o registo da avó é dominado pela culpa e ambivalência: acha que errou na educação da mãe da Antónia, sentindo-se responsável pelo seu

percurso algo errático, e verbaliza abertamente ter tentado com a neta reparar a sua relação com a filha: “*Tinha muito medo de ter sido eu a errar com a minha filha por isso quis fazer tudo direito desta vez*” – sic; no entanto acha que também falhou na educação da neta que não lhe obedece, não a respeita, não se empenha nos estudos e que está sempre insatisfeita, reivindicativa, agressiva: “*exige tudo e não dá nada*” – sic. Manifesta-se desorientada e impotente perante a sua inconstância: a Antónia tanto a repele e agride, como a meio da noite vem a chorar, profundamente angustiada, procurar conforto na sua cama. Assume que por vezes se desespera, descontrola-se e ameaça entregá-la à mãe. Mas quando afastada da neta sente-se mais inquieta e assustada, sempre receosa que ela não esteja bem, que faça mal a si própria, que piore por sua culpa.

Sendo a generalidade das relações intrafamiliares sentida como insatisfatória e decepcionante, é para os pares que Antónia dirige a procura de uma relação preferencial que de alguma forma gratifique as suas necessidades. A busca incessante de uma relação de exclusividade determina um padrão de comportamento com contornos francamente patológicos e que se repete de forma algo estereotipada: começa por estabelecer um interesse absorvente por uma determinada pessoa, tipicamente uma jovem da sua idade (“fixo”, “colo” – sic) com quem desenvolve uma proximidade crescente, proximidade essa vivenciada pela própria Antónia com grande entusiasmo; dedica a sua atenção a essa pessoa de uma forma que a própria classifica de obsessiva reivindicando, em troca, uma disponibilidade total, constante e exclusiva, dando azo a um comportamento intrusivo, controlador e persecutório; neste contexto, qualquer frustração, crítica, decepção ou tentativa do outro em impor limites é sentida como uma rejeição, um equivalente ou ameaça de abandono, gerando sentimentos intoleráveis de raiva e de ódio que culminam em passagens ao acto. O ódio e o carácter vingativo dessas passagens ao acto, nas quais o próprio corpo é por vezes eleito como instrumento de deliberada retaliação, chega a ser expresso de uma forma crua e literal, como no episódio em que após uma decepção e conseqüente ruptura com uma amiga fez auto-mutilações nas coxas, fotografou as lesões e enviou as imagens para a amiga: “*Para ela ficar assustada e ver a mágoa que me causou*” – explicou, acrescentando “*Disse-lhe que me cortei por causa dela porque era verdade!*” – sic.

Apesar destas relações ocorrerem invariável e repetidamente com jovens do mesmo sexo, nega a existência de qualquer atracção sexual ou componente erótico, considerando-se heterossexual; embora negue qualquer relacionamento significativo nos últimos anos, vai tendo muitos “namorados” com quem estabelece relações superficiais, de muito curta duração e que desqualifica

abertamente: “*não significam nada para mim; eles é que se interessam por mim... ando com eles porque tenho pena ... desprezo-os, por isso acabo tudo!*” – sic. De facto este é um tema surge de forma muito pontual e apenas quando está subjacente a algum conflito com alguma amiga.

A Antónia reconhece o carácter patológico das relações de exclusividade que procura sucessivamente entre as amigas, referindo-se a elas como “obsessões” e “fixações”, designações que aplica igualmente ao seu interesse obsessivo por celebridades. É na alegada busca de um modelo identificatório que fundamenta este aspecto particular do seu comportamento, que a leva a eleger, à vez, uma determinada celebridade a quem devota a sua admiração; a escolha tipicamente recai sobre uma mulher jovem, dotada de algum *glamour*, que detenha o estatuto de vedeta internacional: uma actriz, cantora ou modelo; despende grande parte do seu tempo livre na internet a “perseguir” (segundo as suas próprias palavras) a vida dessa figura famosa: “*Quando me interessa por alguém sei tudo sobre essa pessoa!!*” – sic. Entrega-se a devaneios nos quais se imagina a privar com essa celebridade, fantasia não só estar com ela, mas ser como ela, viver a vida dela, tornar-se “essa pessoa”; tenta apropriar-se dos seus atributos externos, incorporando no seu arranjo pessoal o estilo, as poses, a maquilhagem, e imitando atitudes, comportamentos e parafraseando-as (durante um período de restrição alimentar ostentava no dorso da mão, em letras cuidadosamente desenhadas com eyeliner, a frase “*Nothing tastes as good as skinny feels*” que alegava ter sido proferida por um dos seus “ídolos”, Kate Moss, e que decidira adoptar como mote para si própria).

Também face aos seus “ídolos” fantasia uma relação exclusiva, mostrando-se possessiva e com ciúmes das amigas que referirem partilhar uma admiração semelhante: “*não suporto quando alguém me diz que também admira essa pessoa, fico cheia de raiva*” – sic.

Nos últimos dois anos a Antónia tem sido regularmente acompanhada em consultas terapêuticas, tendo também frequentado (entre Outubro de 2011 e Junho de 2012) sessões semanais de um Grupo de Psicodrama no nosso Serviço paralelamente ao qual, mas com uma frequência quinzenal, decorria um grupo de pais /cuidadores no qual participava a avó. Apesar da sua utilidade (muito) limitada, têm sido utilizados psicofármacos de diferentes categorias (anti-psicóticos de segunda geração, SSRI’s, estabilizadores do humor) conforme os sintomas alvo sobre os quais se pretende actuar.

Globalmente a Antónia tem mantido um padrão muito instável, em termos emocionais e comportamentais, exibindo períodos críticos que alternam com fases de relativa acalmia (embora nunca se apresente assintomática).

As crises surgem habitualmente associadas às suas vivências relacionais, em particular aos conflitos e rupturas, ameaças de abandono, sendo a clínica variável e podendo consistir predominantemente em comportamentos autoagressivos, em alterações do comportamento alimentar ou ainda em crises de angústia ou disforia. Estes períodos críticos apresentam uma duração variável, instalando-se por vezes de forma abrupta e imprevisível; por exemplo, três dias após uma consulta na qual se apresentara expansiva, efusiva, desafiadora, referindo num tom provocatório que andava a vomitar mais vezes, fez nova ingestão medicamentosa (60 comprimidos, variados); esta ingestão fora precipitada por um conflito com a avó a propósito da limpeza do seu quarto, seguido pelas ameaças de a “enviar para Lisboa”; andava também preocupada com a escola (dado o aproximar do final do ano lectivo) e a avó notara o afastamento de uma amiga.

Por vezes, quando as estratégias de manejo em ambulatório se esgotam ou se revelam insuficientes, a sua hospitalização surge como um recurso, tendo tido dois internamentos, ambos com uma duração aproximada de duas semanas. O primeiro internamento, cerca de 4 meses após a sua primeira consulta, foi motivado por uma depressividade persistente com crises disfóricas e isolamento.

O segundo internamento ocorreu no ano seguinte, após dois meses em que se registara um crescendo de queixas e de episódios de urgência por automutilações, ameaças de suicídio, uma ingestão medicamentosa voluntária e agravamento das alterações do comportamento alimentar; aquando da sua admissão, exibia um padrão alimentar caótico com jejuns prolongados, acessos bulmícos seguidos de vômitos auto-induzidos e restrição hídrica; verbalizava o objectivo de “atingir os 45 kg”, como a actriz que tinha como referência, embora fosse pouco consistente quanto ao seu comportamento alimentar – no registo de um episódio de urgência, ocorrido na semana que antecedeu o seu internamento, constava: *Diz ter muita fome mas não quer comer porque “a comida é para a sobrevivência e eu não quero sobreviver” – sic.* O ambiente familiar encontrava-se particularmente tenso e explosivo, os conflitos proliferavam com as questões alimentares a constituírem-se como uma arena privilegiada: os avós pressionavam para que se alimentasse, a Antónia resistia ou então aparentava ceder para depois se fechar no quarto e vomitar na sua própria roupa lavada, que voltava a dobrar e a guardar nos armários.

Apesar das variadas intercorrências que têm marcado a sua evolução, a Antónia exibe a particularidade de nunca ter faltado a qualquer consulta, mostrando-se ao invés algo insaciável, reivindicando uma maior duração do tempo de cada consulta e um menor espaçamento entre as mesmas, com algumas tentativas de obter atendimentos entre as marcações estabelecidas.

A sua postura é variável, entre diferentes sessões mas também dentro de uma mesma sessão, exibindo uma labilidade emocional extrema: tanto se apresenta tensa, angustiada e chorosa, como assume uma postura reivindicativa, irritável e hostil, como ainda se mostra efusiva, expansiva, exibicionista e algo teatral. O registo é predominantemente egocentrado, mostrando-se por vezes verborreica e com um discurso enfático, centrado nas suas vivências relacionais e no seu “sentir”: *“Estar com a minha irmã é o cúmulo máximo da felicidade”* – sic; *“Ando superemotiva e sentimental”* – sic.

Apesar de uma elaboração superficial, pouco consistente e que não se repercute de forma significativa no seu registo funcional, a Antónia exibe consciência mórbida face à sua instabilidade emocional e às “obsessões” que desenvolve, quer pelas celebridades, quer pelas amigas e que ela própria adjetiva de “doentias”. Questiona-se sobre as causas do seu mal-estar, desesperando-se por vezes com a sua constante inconstância, com a incapacidade de encontrar uma estabilidade e coesão minimamente satisfatória nas suas vivências internas, tentando definir-se e situar-se nem que seja dentro dos limites determinados por um diagnóstico psiquiátrico: *“Sou extremamente inconstante, tanto estou bem como estou mal... sou bipolar? Se calhar sou é tripolar!!... (risos)... Ou tenho aquela doença terminada em ‘line’ como numa canção da Madonna?”* – sic.

ABSTRACT

Identity distress, emotional instability, risk and sometimes extreme behaviors are very common problems in adolescence; however, determine when such problems are part of the normative adolescence self-searching process or symptoms of a serious psychiatric disorder remains a critical challenge in clinical practice.

This paper provides a comprehensive description of a young girl’s clinical case presenting a pervasive and complex cluster of symptoms (encompassing serious identity difficulties, self-destructive behaviors, emotional instability, a disturbed pattern of relationships, among others) suggestive of a borderline disorder.

Key-words: Adolescence. Borderline disorder.

DOENÇA PSIQUIÁTRICA PARENTAL – IMPACTO NO DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA

Patricia Pedro*

Magda Mendo Jorge**

Fernando Vieira***

Isabel Ganhão****

RESUMO

Objectivos: 1. Estabelecer algumas ligações entre determinadas doenças psiquiátricas e o seu impacto no desenvolvimento da criança. 2. Apontar quais os possíveis factores envolvidos na associação entre doença psiquiátrica parental e impacto no desenvolvimento da criança.

Métodos: Os artigos e capítulos de livros seleccionados para a revisão, foram identificados através de pesquisas em inglês e português nos motores de busca electrónicos *Pubmed*, *HighWire* e *SpringerLink*, combinando os termos “*parental psychopathology*”, “*parental mental illness*”, “*parental psychiatric disorder*” e “*psychiatric disorder and parental skills*”, com data de publicação entre Janeiro de 1950 e Janeiro de 2013.

Resultados e Conclusões: A doença psiquiátrica parental associa-se a um aumento do risco das perturbações mentais nas crianças. Vários factores parecem estar envolvidos, nomeadamente: genéticos, ambientais pré-natais, interacção progenitor-criança, relação parental, bidireccionais, psicossociais, género e período de desenvolvimento da criança. Destes factores, aqueles em que poderemos ter uma maior intervenção a nível clínico são: interacção progenitor-criança, relação parental e condições psicossociais. O risco de uma criança com um progenitor com doença psiquiátrica vir a desenvolver doença mental, é multifactorial e não está dependente de um diagnóstico psiquiátrico em concreto.

Palavras-chave: Doença mental parental. Doença psiquiátrica parental. Psicopatologia parental.

* Médica Interna de Psiquiatria do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa.

** Assistente Hospitalar Graduada de Pedopsiquiatria do Hospital Dona Estefânia.

*** Psiquiatra, Director do Serviço de Clínica Forense da Delegação Sul do Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses.

**** Assistente Hospitalar de Psiquiatria do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa.

INTRODUÇÃO

Existe evidência de que as perturbações psiquiátricas e físicas nos pais estão associadas a um aumento das perturbações psicológicas nas crianças e que mesmo após a remissão da perturbação nos pais, a perturbação na criança pode persistir¹. Aliado a isto, ocorre o facto de que as perturbações psiquiátricas mais comuns, como a depressão, perturbações de ansiedade, perturbações alimentares e alcoolismo, ocorrem no período de vida em que a maioria das pessoas tem filhos pequenos¹. Por outro lado, sabemos que algumas doenças psiquiátricas se manifestam ou agravam durante o período pós-parto, nomeadamente as perturbações afectivas². Um estudo sobre as condições psiquiátricas levado a cabo no Reino Unido, reportou que cerca de 10% das mulheres e 6% dos homens com doença mental têm filhos³ e outros estudos em crianças e adolescentes que frequentam Serviços de Psiquiatria, mostraram que mais de metade vivia com progenitores com doença mental⁴.

Assim, pretendemos com este trabalho fazer uma revisão da literatura sobre o tema, percebendo de que forma a Perturbação Psiquiátrica Parental pode afectar o desenvolvimento da criança.

OBJECTIVOS

- 1) Estabelecer algumas ligações entre determinadas doenças psiquiátricas e o seu impacto no desenvolvimento da criança.
- 2) Apontar quais os possíveis factores envolvidos na associação entre doença psiquiátrica parental e impacto no desenvolvimento da criança.

MÉTODOS

Os artigos e capítulos de livros seleccionados para a revisão, foram identificados através de pesquisas em inglês e português nos motores de busca electrónicos *Pubmed*, *HighWire* e *SpringerLink*, combinando os termos “*parental psychopathology*”, “*parental mental illness*”, “*parental psychiatric disorder*” e “*psychiatric disorder and parental skills*”, com data de publicação entre Janeiro de 1950 e Janeiro de 2013.

RESULTADOS

Algumas Doenças Psiquiátricas e seu Impacto na Criança

Perturbação depressiva

Trata-se da perturbação psiquiátrica mais comum entre mulheres jovens¹, com uma incidência de pelo menos 9%⁵. As mães tendem a:

- Ser mais preocupadas consigo próprias e conseqüentemente, menos sensíveis às necessidades dos seus filhos⁵;
- Ser menos empáticas e estar menos disponíveis a nível emocional⁴;
- Ter uma menor capacidade de perceber os sinais da criança, interpretá-los correctamente e responder pronta e adequadamente⁴;
- Estimular menos os seus bebés (menos contacto ocular, sorriso, comunicação verbal, imitação, carícias e jogos interactivos)^{4,5};
- Apresentar uma atitude menos consistente em relação à disciplina (vacilam entre um estilo permissivo-controlador)^{4,5};
- Culpar, criticar mais os seus filhos⁵;
- Expressar raramente comentários positivos que reforcem a auto-estima da criança⁴;
- A perceber os seus filhos como mais “difíceis” do que o habitual⁴.

Estas formas distorcidas de viver a parentalidade, aumentam o risco de vinculação insegura ao progenitor deprimido e aumentam a probabilidade de problemas do comportamento (particularmente de perturbações de oposição em crianças em idade escolar e de perturbações psiquiátricas como a depressão ou ansiedade na adolescência)¹. Por outro lado, sabe-se que as experiências interpessoais afectam o tipo de vinculação, a auto-estima e capacidade cognitiva, factores que contribuem e perpetuam os sintomas depressivos na criança⁵.

Depressão pós-parto

Uma vez que o período pós-parto se trata de uma fase crucial para o desenvolvimento do bebé, dado que este se encontra totalmente dependente dos cuidadores para manter a sua saúde e bom desenvolvimento, importa tratá-lo particularmente. Assim, é um problema que afecta cerca de 13% das mulheres,

sendo que estas tendem a ter maiores dificuldades em gerir o choro do bebé e verificam-se várias alterações significativas nos padrões de interacção mãe-criança, nomeadamente uma menor parentalidade positiva, uma diminuição da estimulação parental e um aumento das interacções negativas e intrusivas¹. Os dois primeiros factores, reduzem as oportunidades de aprendizagem da criança num estadio crucial do seu desenvolvimento precoce e por outro lado, as interacções negativas ou hostis, podem interferir com o desenvolvimento da regulação das emoções da criança e afectar as interacções subsequentes com os pares e outros desenvolvimentos emocionais, incluindo a vulnerabilidade à depressão¹. Portanto, estas crianças tendem a apresentar uma vinculação insegura, um desenvolvimento cognitivo mais pobre, problemas emocionais e comportamentais quando atingem a idade escolar (sobretudo perturbações externalizantes nos rapazes e internalizantes nas raparigas) e um risco aumentado para perturbações do humor e da ansiedade^{1,5}.

Psicose pós-parto

A psicose pós-parto afecta uma a duas mulheres em mil e ocorre nas primeiras quatro semanas após o parto^{1,6}. O risco relativo de uma mulher ser internada com uma perturbação psicótica no primeiro mês após o parto é 22 vezes superior do que nos dois anos anteriores ao parto, sendo que esse risco é 35 vezes maior após o nascimento do primeiro filho⁷. 80% das perturbações psicóticas pós-parto são psicoses afectivas, com uma grande proporção de crises maníacas⁷. Nestas situações, a capacidade da mãe para cuidar de si própria e do bebé poderá estar comprometida, podendo inclusive o bebé tornar-se parte de delírios¹. No entanto, os poucos estudos existentes, sugerem uma ausência de efeitos nocivos para o bebé, possivelmente porque os episódios são geralmente detectados precocemente, tendem a ter uma duração limitada e a recuperação é geralmente favorável¹.

Perturbação Bipolar

A perturbação Bipolar parece ter um impacto menor do que a depressão unipolar no desenvolvimento da criança, havendo inclusivamente autores que referem que não tem um impacto significativo na vinculação e que as mães com sintomatologia maníaca tendem a estabelecer um melhor relacionamento com os seus filhos do que aquelas que têm predomínio da sintomatologia depressiva⁸. Ainda assim, verifica-se que as crianças com progenitoras com esta patologia, apresentam um risco aumentado de vir a desenvolver perturbações afectivas,

abuso de substâncias, perturbação de hiperactividade com défice da atenção (PHDA), perturbações do comportamento e de oposição³.

Psicose Esquizofrénica

Poucas mulheres com esta patologia são mães, mas quando acontece, tendem a ter múltiplos parceiros, a não ter parceiro actual, a apresentar taxas mais elevadas de gravidez não planeada e a ser vítimas de violência durante a gravidez^{1,7}. Estas mães geralmente são menos espontâneas, activas e envolvidas, estimulam pouco os seus filhos, podem ser emocionalmente negativas e ter comportamentos hostis⁹. Por todos estes factores, as crianças poderão apresentar défices cognitivos, sociais e emocionais marcados, além de que em alguns casos poderão ter de assumir os seus próprios cuidados físicos (higiene, alimentares), sendo obrigados a assumir responsabilidades que seriam do adulto⁹. Se forem extremos, os comportamentos parentalizados da criança, poderão ter consequências negativas para a sua noção de *self* e para o desenvolvimento a longo-prazo².

Perturbações da Ansiedade

As perturbações de ansiedade são muito comuns entre os progenitores, sendo que a mais prevalente é a fobia social em cerca de 13%¹. As mães com fobia social tendem a dar exemplos de medo e de evitamento, tentam controlar o comportamento da criança limitando a sua autonomia psicológica, uma vez que têm mais dificuldade em suportar as interacções dos seus filhos com outras pessoas e facilitam de forma menos activa o contacto com terceiros^{1,9}. Portanto, estas crianças costumam apresentar uma taxa elevada de problemas do comportamento no geral e inibição, o que são factores precursores das perturbações da ansiedade⁹.

Perturbações Alimentares

As mães com perturbações alimentares, tendem a apresentar sobretudo os diagnósticos de bulimia nervosa e de perturbação alimentar sem outra especificação, uma vez que poucas mulheres com anorexia nervosa conseguem engravidar devido à ocorrência de amenorreia¹. As crianças estão mais vulneráveis, sobretudo em duas fases do seu desenvolvimento – primeira infância e adolescência¹⁰. Na primeira infância, porque as refeições ocupam uma parte significativa do dia e estas mães nem sempre são capazes de viver com paciência as refeições e responder apropriadamente às necessidades

alimentares da criança¹⁰. Na adolescência, porque é uma fase em que começa a haver um maior interesse em corresponder a determinados ideais de beleza, portanto os jovens poderão estar à partida, muito preocupados com o que comem e com o seu peso. Assim, nesta fase, os pais com perturbação alimentar poderão servir de modelos e reforçar comportamentos alimentares incorrectos¹⁰.

Portanto, as mães com perturbações alimentares tendem a impor aos seus filhos restrições alimentares (cerca de 17% das crianças não têm um desenvolvimento normal durante o primeiro ano de vida), são pouco cuidadosas e sensíveis e mais intrusivas e pouco facilitadoras quando interagem com os seus filhos durante as refeições^{1,9}. Estas crianças têm uma maior probabilidade de apresentar dificuldades alimentares e diminuição do crescimento⁹.

Alcoolismo

O impacto do alcoolismo materno pode ocorrer desde o período pré-natal, podendo ter consequências como a síndrome alcoólica fetal, prematuridade ou baixo peso à nascença¹. As mães alcoólicas tendem a rejeitar e ignorar mais os seus filhos, a ser negligentes e menos sensíveis⁸. De facto, dos casos confirmados de maus-tratos a crianças, 40% envolvem o uso de álcool e de outras drogas por um progenitor¹¹. Nas crianças verificam-se maiores dificuldades cognitivas e sociais, maior impulsividade e um risco aumentado para PHDA, problemas de atenção e abuso/dependência de substâncias¹⁰.

Perturbações da Personalidade

Existem poucos estudos sobre a relação entre perturbações da personalidade e a parentalidade⁸. Contudo, a baixa tolerância à frustração, a expressão inadequada da raiva, poucas competências parentais e o isolamento social, são todos factores que se associam aos maus-tratos em crianças⁸. Na verdade, as crianças cujos progenitores têm perturbação da personalidade, poderão ser as mais afectadas comparando com progenitores com outras doenças mentais⁸. A literatura refere-se particularmente ao impacto das perturbações da personalidade do *Cluster B*. Os pais com perturbação da personalidade antissocial têm grandes dificuldades com as relações interpessoais, com a gestão da raiva e estão muito centrados nas suas próprias preocupações⁹. Estas características, criam-lhes dificuldades nas exigências básicas da parentalidade: paciência, tolerância à frustração e empatia, o que aumenta a tendência para os seus filhos serem hiperactivos, antissociais e apresentarem perturbação de oposição e/ou abuso de substâncias⁹. Já os progenitores com perturbação da personalidade

borderline ou narcísica tendem a ter “mundos interpessoais caóticos” o que é obviamente relevante para a parentalidade. Os seus filhos têm propensão a viver assustados e traumatizados pela exposição a alguns sintomas graves, como tentativas de suicídio recorrentes, comportamentos auto-mutilantes, impulsividade, incluindo abuso de substâncias e condução imprudente⁹.

Factores envolvidos na associação entre doença psiquiátrica parental e impacto no desenvolvimento da criança

Mecanismos genéticos

A influência genética de algumas patologias mentais é inegável, embora o risco seja bastante variável consoante a doença em causa¹. Por exemplo em patologias como a doença bipolar ou a esquizofrenia o risco genético é muito elevado, enquanto que nas perturbações da ansiedade o risco é menor¹. O caso da esquizofrenia é particularmente paradigmático: os familiares de primeiro grau de doentes com esquizofrenia têm um risco 10 vezes superior ao da população geral de vir a desenvolver a doença, mas se ambos os progenitores tiverem esquizofrenia, o risco aumenta em 40%⁴.

Mecanismos ambientais pré-natais

O álcool e as drogas ilícitas são tóxicos para a placenta e para o feto, podendo causar síndromes congénitas e sintomas de abstinência. A exposição ao álcool no útero pode provocar a síndrome alcoólica fetal – uma constelação variável de anomalias físicas e cognitivas¹². Outro exemplo, os recém-nascidos de mães consumidoras de cocaína têm um baixo peso à nascença, comprimento e perímetro cefálico reduzidos e índice de Apgar mais baixo podendo apresentar enfartes cerebrais, entre outras anomalias orgânicas, causadas pela intensa vasoconstrição das artérias fetais provocada pela cocaína¹². Outros factores, como o consumo de tabaco ou a desnutrição durante a gravidez, estão também ligados a efeitos nocivos no feto^{1,2}.

Por outro lado, o stress durante a gravidez pode também ter efeitos duradouros no desenvolvimento da criança¹. Parece haver uma associação entre níveis elevados de ansiedade na gravidez e um aumento do risco de problemas comportamentais nas crianças. O mecanismo parece ser através do efeito da gravidez no eixo hipotálamo-hipófise-supra-renal do feto¹. Aliás, mais tarde estas crianças tendem a apresentar níveis elevados de cortisol, o que parece suportar esta associação¹.

Interacção progenitor-criança

Os sintomas da maioria das perturbações psiquiátricas tem impacto nas exigências da parentalidade: positiva, sensível e compreensiva, de forma a facilitar o desenvolvimento da criança e pode interferir com a capacidade do progenitor compreender as necessidades emocionais e físicas do filho². Por outro lado, a criança poderá ver-se envolvida involuntariamente na psicopatologia parental, podendo integrar delírios ou obsessões ou mesmo presenciar comportamentos auto-destrutivos de um progenitor gravemente deprimido, por exemplo¹. Os sintomas psiquiátricos podem também associar-se a abuso ou negligência, sobretudo nos casos em que os progenitores carecem de *insight* sobre a sua situação clínica².

Estilos de parentalidade problemáticos em progenitores com doença mental (hostilidade ou crítica constante) podem aumentar o risco da criança vir ela própria, a ter problemas mentais. Já um estilo de parentalidade adequado (caloroso, receptivo e consistente em relação à definição de limites), parece conferir alguma protecção a crianças em risco².

Contudo, tal como as mães em geral, as mães com doença mental podem apresentar diversos estilos e competências parentais e não é o diagnóstico psiquiátrico que determina se um progenitor tem ou não competências parentais adequadas². O que se sabe, é que os estilos de parentalidade mal-adaptativos são mais prejudiciais para a criança do que propriamente a doença psiquiátrica parental⁵. As alterações psiquiátricas em crianças não estão relacionadas com o diagnóstico parental mas com os tipos de interacções familiares associadas, sendo que o mais prejudicial é a exposição a comportamentos parentais hostis⁵.

Relação inter-parental

As perturbações mentais podem afectar o relacionamento entre os progenitores. Situações como a depressão, o consumo de álcool ou drogas são factores que se associam a um risco aumentado de problemas maritais¹. Sendo que a exposição a conflitos conjugais, aumenta o risco de problemas comportamentais nas crianças, particularmente nos rapazes¹.

Contudo, o progenitor “saudável” pode ter um efeito protector ou deprimir-se também, tendo neste último caso, um efeito nefasto duplo sobre a criança¹. As crianças com progenitores com doença mental são mais afectadas se existir conflito familiar⁵. Aliás, quando um dos progenitores está deprimido ou psicótico mas o outro é saudável, a criança não apresenta um risco aumentado para perturbação psiquiátrica⁵. Mais uma vez, importa reforçar que as alterações

psiquiátricas encontradas em crianças não se relacionam com um diagnóstico parental em particular mas com o tipo de interações familiares⁵. Podemos assim, afirmar que o funcionamento familiar é a variável mais forte na mediação da doença mental³.

Efeitos bidireccionais

Até agora, temo-nos centrado nos efeitos que directa ou indirectamente, advêm dos progenitores, mas a verdade é que a causalidade é mais complexa, pois os pais influenciam os filhos, mas os filhos também influenciam os pais¹. Por exemplo, as crianças com deficiências graves ou com um temperamento “difícil”, requerem capacidades parentais mais exigentes e portanto, é mais frequente encontrarem-se algumas perturbações nos progenitores, como a depressão^{1,10}.

Condições psicossociais

Muitas das famílias em que existe doença mental, encontram-se em desvantagem social apresentando dificuldades económicas, condições habitacionais inadequadas, marginalidade, baixo nível educacional, desemprego e discriminação cultural da família⁴. Todos estes factores, por si só, afectam as relações intrafamiliares, que como já vimos, são a pedra basilar da saúde mental da criança^{3,4}.

Influência do género do progenitor e da criança

Quase todos os estudos sobre o impacto da doença psiquiátrica no desenvolvimento da criança falam das mães, mas será que as consequências são diferentes quando é o pai que está doente? De facto, parece haver diferenças específicas, com os pais a apresentar sobretudo perturbações relacionadas com o consumo de álcool e perturbações anti-sociais, enquanto as mães tendem a ter mais perturbações ansiosas e depressivas¹. Por outro lado, a mesma patologia no pai ou na mãe parece ter impactos diferentes: por exemplo, a depressão no pai associa-se sobretudo a problemas comportamentais na criança, enquanto que a depressão na mãe tem associações mais difusas na psicopatologia da criança¹. Uma das explicações apontadas poderá estar relacionada com o tipo de interacção que tradicionalmente o pai tem com os filhos: os pais tendem a passar menos tempo com os filhos, mas passam mais do seu tempo a brincar com eles, o que pode moderar a exposição das crianças à psicopatologia¹.

E o género da criança? Por exemplo, estudos na depressão pós-parto, mostram uma associação com aumento do risco de alterações cognitivas sobretudo para os

filhos rapazes. Quando existe psicopatologia no pai os rapazes também parecem ser mais susceptíveis e de forma geral, os rapazes são mais sensíveis a *stressors* psicossociais. Não são apontadas razões claras para estas associações^{1,5}.

Período do desenvolvimento da criança

As crianças parecem estar mais vulneráveis ao potencial impacto de uma depressão parental em dois períodos particulares do seu desenvolvimento: período pós-natal e adolescência¹.

No período pós-natal as crianças desenvolvem-se rapidamente, ocorre um enorme crescimento cerebral e apesar da sua imaturidade, eles são altamente sensíveis à qualidade das interações dos outros com eles. São extremamente vulneráveis a factores como a depressão, que possam prejudicar a capacidade do cuidador interagir com eles¹.

Na adolescência ocorre um grande número de mudanças cruciais, tanto a nível fisiológico como psicológico e é também neste período que surgem as perturbações emocionais mais comuns, como a depressão¹.

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

De todos os factores envolvidos na associação entre doença psiquiátrica parental e impacto no desenvolvimento da criança, aqueles em que podemos ter uma intervenção mais directa são a interacção progenitor-criança, a relação parental e as condições psicossociais. Assim sendo, é imprescindível que na nossa prática clínica estejamos atentos à existência de défices na interacção progenitor-criança, ao tipo e qualidade de cuidados que o progenitor consegue prestar, à presença de conflito familiar/conjugal e às emoções/sentimentos que o progenitor doente nos expressa acerca do seu filho¹.

Importa também realçar que o tratamento dos progenitores tem um impacto significativo nas crianças e que este deve ocorrer o mais precocemente possível no desenvolvimento da criança. Exemplo disso, são as *guidelines* da NICE (National Institute of Health and Clinical Excellence) para o tratamento da depressão em crianças que preconizam a avaliação do humor dos pais como parte da avaliação clínica da criança¹.

Outras intervenções, poderão passar pela redução dos factores de stress psicossocial, reforçando os factores protectores individuais e sociais de forma a garantir um desenvolvimento o mais harmonioso possível (integração em

estruturas como jardins de infância, desportivas, promover o envolvimento de um familiar a quem a criança esteja ligada e que promova relações saudáveis, entre outros)⁴. Psico-educação, de forma a promover informação sobre a doença dentro da família, forma de a manter controlada e de minimizar surtos. Consoante a idade da criança, dar informação sobre a doença do progenitor de maneira que fique claro que esta não é uma consequência de um mau comportamento ou culpa sua⁴.

A terapia familiar poderá ser útil na gestão da doença mental, especialmente na redução da emoção expressa em famílias hostis. O treino de competências parentais parece ter uma eficácia elevada na ordem dos 60 a 80% e é mais vantajoso nos casos em que o progenitor tem uma doença mental ligeira a moderada⁸. Já as visitas domiciliárias à mãe-criança, estão mais indicadas para famílias em que existe risco elevado para a criança e em que há doença mental grave².

Em conclusão, a doença psiquiátrica parental associa-se a um aumento do risco das perturbações mentais nas crianças, ainda assim, não devemos assumir que apenas por uma criança ter um progenitor com doença psiquiátrica, estará em perigo¹. Até porque esse risco é multifactorial e uma proporção significativa de crianças não desenvolve problemas, demonstrando uma enorme resiliência¹⁰. Finalmente, os autores gostariam de salientar a importância de uma estreita colaboração entre os serviços de Pedopsiquiatria e de Psiquiatria de adultos, permitindo que os pedopsiquiatras possam referenciar à Psiquiatra de adultos os pais que se encontrem particularmente doentes e que doutra forma não acederiam a essas consultas. Por outro lado, os psiquiatras de adultos deveriam estar mais atentos aos filhos dos seus doentes e sinalizar as crianças à Pedopsiquiatria o mais precocemente possível.

BIBLIOGRAFIA

- ¹ Stein, et al. (2008). Impact of Parental Psychiatric Disorder and Physical Illness. In Rutter et al. (Eds.), *Rutter's child and adolescent psychiatry* (pp. 407-420). Blackwell Publishing Limited.
- ² Brunette, M.F., Jacobsen, T. (2006) Children of Parents with Mental Illness. In V. Hendrick (Ed.), *Current clinical practice: Psychiatric disorders in pregnancy and the postpartum: Principles and treatment*. Humana Press.
- ³ Reupert, A.E., Maybery, D.J., & Kowalenko, N.M. (2012). Children whose parents have a mental illness: Prevalence, need and treatment. *Med J Aust.*, 1, 7-9.
- ⁴ Mattejat, F., & Renschmidt, H. (2008). The children of mentally ill parents. *Deutsches Ärzteblatt International*, 105(23), 413-418.

- ⁵ Minde, K., & Minde, R. (2002). Effect of disordered parenting on the development of children. In M. Lewis (Ed.), *Child and adolescent psychiatry: A comprehensive textbook* (3rd ed., pp. 459-474). Lippincott Williams & Wilkins Publishers.
- ⁶ American Psychiatric Association. (2002). *Mini DSM-IV-TR*. Lisboa: Climepsi Editores.
- ⁷ Bosanac, P., Buist, A., & Burrows, G. (2003). Motherhood and schizophrenic illnesses: A review of the literature. *Aust N J J Psychiatry*, 37, 24-30.
- ⁸ Foreman, D.M. (1998). *Maternal mental illness and mother-child relations. Advances in Psychiatric Treatment*, 135-143.
- ⁹ Rohrbaugh, J.B. (2008). Mental illness in parents. In J.B. Rohrbaugh (Ed.), *A comprehensive guide to child custody evaluations: Mental health and legal perspectives* (pp. 473-497). Springer.
- ¹⁰ Barnes, J., & Stein, A. (2003). Effects of parental psychiatric and physical illness on child development. In M. Gelder et al. (Ed.), *New Oxford textbook of psychiatry*. Oxford University Press.
- ¹¹ Jaffee, S.R. (2005). Family violence and parent psychopathology. In S. Goldstein & R.B. Brooks (Eds.), *Handbook of resilience in children* (pp. 149-163). Springer.
- ¹² Beers, M.H., et al. (2006). *The Merck manual of diagnosis and therapy*. USA: Merck & Co.

ABSTRACT

Aims: 1. To establish impact on child development of parental psychiatric disorders. 2. To identify factors that may be involved in consequences of parental psychiatric disorders on child development.

Methods: The articles and book chapters selected for the review, were chosen using search of keywords in English and Portuguese in the electronic search engines Pubmed, Highwire and SpringerLink, combining the terms “parental psychopathology”, “parental mental illness” and “psychiatric disorder and parental skills”, published between January, 1950 and January, 2013.

Results and Conclusions: Parental psychiatric illness is associated with higher risk of mental disorders in children. Various factors may be involved, namely: genetic, environmental, parent-child interaction, inter-parental relationship, bidirectional, psychosocial, gender and the child’s developmental phase. Of these factors, those where we can have a greater clinical intervention are: parent-child interaction, inter-parental interaction and psychosocial factors. The risk of mental illness for a child whose parent has psychiatric illness is multifactorial and is not associated with any specific psychiatric diagnosis.

Key-words: Parental mental illness. Parental psychiatric disorder. Parental psychopathology.