

**Revista Portuguesa
de
Pedopsiquiatria**

Nº 36

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA
DE PSIQUIATRIA DA INFÂNCIA E DA ADOLESCÊNCIA

DIRETOR

Maria Luís Borges de Castro

COMISSÃO REDATORIAL

Augusto Carreira

Catarina Cordovil

Filipa Ferreira

Neide Urbano

Pedro Pires

Raquel Quelhas de Lima

Sara Pedroso

CONSELHO DE REDAÇÃO

Beatriz Pena

Celeste Malpique

Emílio Salgueiro

José Ferronha

Luís Simões Ferreira

Lurdes Carvalho Santos

Maria Alfredina Guerra e Paz

Maria José Gonçalves

Maria José Vidigal

Orlando Fialho

EDITOR

Associação Portuguesa de Psiquiatria da
Infância e da Adolescência (APPIA)

CORRESPONDÊNCIA

Secretariado

Margarida Matos Moura

Av. do Brasil, 53 – 1700 Lisboa

Clínica Infantil – Pavilhão 25

Tel./Fax: 21 793 43 41

E-mail: appia@sapo.pt

FOTOCOMPOSIÇÃO E PAGINAÇÃO

ISPA – Instituto Universitário

Editorial

Maria Luís Borges de Castro p. 5

ARTIGOS

Psicose dissociativa reactiva.
A propósito de um caso clínico

Ana Moscoso p. 7

Vivências e sentimentos de mães de
crianças com Perturbação do Espectro do
Autismo – Estudo qualitativo

*Joana Calejo Jorge, Manuela Araújo,
Cristina Tavares, &
Graça Fernandes* p. 15

A propósito de um caso sugestivo
de organização estado-limite em
contexto de internamento...

José Estrada & António Trigueiros p. 25

Da diada à triada: Envolvimento
paterno e saúde mental infantil

Marco Torrado p. 37

Psicose Inaugural na adolescência:
Um caso Clínico – A questão da
Identidade e contornos diagnósticos

Maria Garrido Campeão Moura p. 49

Adolescência: Risco e criatividade numa
sociedade multicultural

*Marie Rose Moro &
Viviani Carmo Horta* p. 67

Sobre a esperança na relação terapêutica

*Teresa Santos Neves &
Maria José Vidigal* p. 79

Normas de Publicação p. 95

EDITORIAL

A nossa Revista chegou ao fim de um ciclo!

Como órgão cultural da Associação Portuguesa de Psiquiatria da Infância e Adolescência (APPIA) desde o seu lançamento em Dezembro de 1990 foram apresentados ao público, em papel, 35 volumes, publicados regularmente, ao ritmo de bianual. O seu formato dimensional manteve-se ao longo destes anos, havendo no entanto alterações no seu aspeto gráfico; ultimamente, estabilizou-se um *layout* (desde o número 25) baseado no logotipo da nossa sociedade (APPIA).

Foram publicados os mais diversos artigos de autores portugueses e estrangeiros, que abordaram temas diversos no âmbito da saúde mental infanto-juvenil, como sejam a psicose, a depressão, as perturbações “borderline”, hiperatividade com ou sem défice da atenção, a psicossomática e outros, sob o ponto de vista teórico e prático, nos diversos grupos etários, que a nossa especialidade abrange. Foram também abordados problemas do desenvolvimento sob a ótica do modelo biopsicossocial, como sejam as intervenções na família e na comunidade.

Por iniciativa deste órgão cultural todos os anos têm sido organizados Colóquios em que se convidaram colegas portuguesas (*António Coimbra de Matos, Pedro Luzes, Celeste Malpique, António Bracinha Vieira, Teresa Fagulha, Fernanda Alexandre, Teresa Ferreira, Maria José Vidigal, Maria José Gonçalves, Emílio Salgueiro, Beatriz Pena, entre outros*), e estrangeiros (*Philippe Mazet, Evelyn Granjon, Alain Braconnier, Bernard Golse, Boris Cyrulnik, François Sacco, Gérard Lucas, Philippe Jeammet, Marie Rose Moro, etc.*) com a finalidade de poderem ser apresentados e discutidos temas de interesse na atualidade.

Este nosso trabalho vai prosseguir. Mas, o avanço da tecnologia informática na vertente da comunicação, impõe-se por razões de ordem tecnológica e financeira.

Assim, este próximo volume – o número 36 – deixará de ser apresentado aos leitores em formato de papel, para passar a estar presente na íntegra, no “site” da nossa Associação (Associação Portuguesa de Psiquiatria da Infância e Adolescência). O acesso a esta nova modalidade será posteriormente comunicado no mesmo site.

Tudo vai continuar e preferencialmente com melhor qualidade!

Maria Luís Borges de Castro

Maio de 2014

PSICOSE DISSOCIATIVA REACTIVA. A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Ana Moscoso *

RESUMO

As Psicoses Dissociativas Reactivas constituem uma variante da(s) chamada(s) Psicose(s) Histérica(s) e podem entender-se como uma manifestação ou resposta de stress pós-traumático que se apresenta mediante alucinações, delírios, despersonalização e comportamentos bizarros (Hollender & Hirsch, 1964)¹ muitas vezes com amnésia para o ocorrido. Na génese desta psicose reactiva, a dissociação induzida pelo trauma tem um papel essencial e surge como mecanismo de defesa contra eventos de vida impossíveis de suportar.

Neste artigo propõe-se a utilização na prática clínica desta entidade psicopatológica, ilustrando-se a mesma através de um caso clínico sobre uma jovem adolescente.

Palavras-chave: Psicose Dissociativa. Psicose Histérica. Trauma.

INTRODUÇÃO

Historicamente, o termo psicose histérica foi empregue para designar uma quantidade importante de psicopatologia. A utilização deste diagnóstico teve o seu *zenith* no século XIX, sobretudo através da literatura francesa (Moreau de Tours, Briquet, Legrand du Saule, entre outros) para depois cair em desuso durante o século XX. Uma das possíveis razões para o seu declínio parece ser a conotação pejorativa do termo histeria. Outra razão passível de ser apontada prende-se com as transformações e mudanças de paradigma vividas pela Psiquiatria que na actualidade parece favorecer classificações categóricas em

* Interna de Pedopsiquiatria, Área de Pedopsiquiatria do Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE - Hospital de Dona Estefânia.

detrimento daquelas mais explicativas. Outras denominações aparecem associadas a este quadro psicopatológico, tais como *bouffée delirante*, psicose ciclóide, onirofrenia e psicoses reactivas.

O termo Psicose Dissociativa Reactiva tal como descrito por Onno Van der Haart em 1993² pretende retratar uma entidade psicopatológica que surge como uma manifestação ou resposta de stress pós-traumático e que se apresenta mediante alucinações, delírios, despersonalização e comportamentos bizarros (Hollender & Hirsch, 1964)¹ muitas vezes com amnésia para o ocorrido. Na génese desta psicose reactiva, a dissociação induzida pelo trauma tem um papel essencial e surge como mecanismo de defesa contra eventos de vida impossíveis de suportar. Outro aspecto importante é o da sua curabilidade através da psicoterapia, classicamente através da hipnose mas também através de outras modalidades psicoterapêuticas. Na nosologia actual mais usada não tem espaço próprio, podendo incluir-se nas Perturbações Psicóticas, na subcategoria das Psicoses Agudas Breves (298.8 da DSM 5 e F23 da CID 10) ou nas Perturbações Dissociativas, sub-tipo Outras Perturbações Dissociativas (300.15 das DSM 5 e F44.89 da CID 10)^{3/4}. Curiosamente, na DSM-IV-TR esta última categoria incluía também alterações semelhantes, próprias de determinadas culturas como Amok (Indonésia e outras culturas do pacífico), Bebainan (Indonésia), Latah (Malásia), pibloktoq (Ártico), Ataque de nervios (América Latina) etc.⁵

Manifestações psicóticas traduzidas por actividade alucinatória e outros sintomas positivos surgem frequentemente na nossa prática clínica. No entanto, apenas uma minoria destes pacientes apresenta quadros de verdadeira esquizofrenia, quando observados ao longo do tempo. Isto porque os sintomas psicóticos-like são prevalentes noutros quadros psicopatológicos e mesmo na população geral dita *normal* (Jim van OS, 2001)⁶. As psicoses dissociativas reactivas, tal e como aqui são retratadas, constituem disso exemplo.

CASO CLÍNICO

A doente em questão tinha 14 anos quando foi levada ao serviço de urgências de Pedopsiquiatria num dia de Agosto. Vinha acompanhada pela mãe, após ter sido referenciada pelo centro de saúde da sua área de residência. Tratava-se de uma jovem sem história de psicopatologia anterior. Nesse dia, tinha experimentado uma alteração súbita de comportamento:

Perto da hora do almoço, após ter acompanhado um familiar ao centro de saúde, voltou a entrar em casa. A irmã mais nova notou como se ria e batia palmas

sem motivo aparente, enquanto se descalçava, fazendo menção de sair novamente para ir a casa da tia. Preocupada, a irmã seguiu-a ao sair de casa, descalça, continuando a rir e a bater palmas, observando como passava por casa da tia sem parar. A irmã chamou a tia e juntas conseguiram trazê-la de volta para casa. Já em casa, foi para a banheira tomar banho vestida, dizendo que estava na praia. Apresentava-se irrequieta, pouco atenta ao que os outros lhe diziam, perseverando na ideia de estar na praia. Nunca ninguém a tinha visto a comportar-se daquela forma. Durante a entrevista em urgência, horas depois do ocorrido, a jovem alegava ter passado toda a manhã na praia na companhia de dois rapazes. Tinha ido para a praia pois uma criança chamava incessantemente o seu nome pedindo-lhe que fosse para lá. Desconhecia a que praia tinha ido, alegando ter ido “a pé, pelo caminho” mas lembrava-se da água estar quente. Enquanto contava a sua história, ria de forma desajustada ao seu humor de base, tendencialmente deprimido. Antes de sair de casa, apercebeu-se de que “as coisas estavam diferentes... sentia a casa muito cheia, não havia luz que iluminasse a casa e dei um jeitinho à casa. E depois fui para a praia.” (desrealização incipiente). Durante o caminho “quando olhava para as pessoas via que não tiravam os olhos de mim, via pessoas a chorar, os meus familiares” (auto-relação, demonstrando também desafecção face às demonstrações de sofrimento dos familiares). Referia alucinações auditivo-verbais na forma de comentários e juízos críticos “como se estivessem a dar opiniões, dizer tens de mudar, tens de ser mais *atentiva* para a tua mãe”; “as vozes são femininas, dentro da cabeça, às vezes há pessoas que falam comigo e não ouço porque estou a pensar muito.” E percepção delirante incipiente “só pensava na praia, sentia alegria e sentia-me mais forte, capaz de fazer tudo o que penso em fazer: mudar a minha vida para melhor. O meu sonho é ajudar a minha mãe.” [Mais tarde, apresentava também amnésia para o ocorrido.]. Desde há vários meses que apresentava também alterações do sono sob a forma de sono fragmentado e pesadelos, nos quais sonhava com cobras que se riam dela durante o sonho, e ouvia a voz de um homem durante a noite que chamava por ela e a impedia de adormecer. Referia que por vezes não percebia se a voz vinha de fora ou se era ela quem a criava dentro da cabeça. Quando questionada, a mãe acaba por referir também um isolamento social progressivo, permanecendo mais tempo em casa, que a mãe atribuía ao facto de ter chumbado naquele ano lectivo e que por isso lhe parecia normativo. Antes deste evento, é descrito um funcionamento perfeitamente normal e foi negada patologia psiquiátrica na família.

Nesse dia, depois de ter sido feito despiste toxicológico e de patologias orgânicas, foi enviada para casa sob riperidona pó 1mg ao deitar, com indicação para voltar ao serviço de urgências, caso fosse necessário.

Observei-a passados 10 dias, já em consulta. Desde o evento e sob risperidona, já dormia melhor e a voz do homem que a chamava de noite tinha desaparecido. No entanto, ainda era difícil conciliar o sono, o que demorava cerca de 2 horas. Durante estes dias, tinha apresentado episódios semelhantes, sempre à mesma hora do dia, entre as 13 e as 15h mas agora a família estava em casa e impedia-a de sair. Nestas alturas, a jovem começava a rir-se alegando que a criança a chamava para ir para a praia e fazia menção de sair de casa. Quando a mãe a impedia, a jovem zangava-se, alegando: “tu não me deixaste sair com a criança e agora ela já foi embora”. Após estes eventos, tinha amnésia para o ocorrido e comportava-se como habitualmente, embora claro, sentindo-se embaraçada e com alguma preocupação com o seu comportamento, que parecia estar fora do seu controlo. A mãe passou a dormir com ela, por medo de que acontecesse o mesmo durante a noite, embora tal não se tenha verificado. Em consulta, pude observar como a jovem se comportava normalmente, não demonstrando sinais psicopatológicos de alarme, com teste da realidade intacto.

Neste contexto, e perante uma jovem que se comportava normalmente fora dos episódios, que tinha surgido subitamente na sua vida, indagar sobre história de trauma parecia obrigatório.

Nesse mesmo dia, e a sós com a jovem apurei história de trauma recente. Um vizinho mais velho e dono de um estabelecimento perto de casa, tinha começado a insinuar-se sexualmente, com propostas ocasionais que foram aumentando de intensidade. Um mês antes da vinda a urgência, por volta das 13h, quando a jovem estava sozinha em casa e os irmãos a brincar lá fora, tinha entrado em casa e tentado violá-la. Ela conseguiu defender-se e a violação acabou por não se consumir, mas o mal já estava feito. Não contou a ninguém; o receio e a vergonha pairavam sobre a sua cabeça, como em tantas ocasiões semelhantes. Era a primeira vez que falava sobre isto com alguém.

Ao longo das sessões seguintes, os sintomas foram desaparecendo, à medida que a jovem foi capaz de contar o ocorrido à sua família e terem sido tomadas medidas de precaução. A mãe acreditou nela e defendeu-a. A sensação dominante era a de alívio. A risperidona, de cujo papel terapêutico se duvida neste caso, foi descontinuada após algum tempo. Os fenómenos alucinatorios e as alterações do comportamento desapareceram rapidamente na sua totalidade. Prolongaram-se no tempo outros fenómenos dissociativos (desrealização, despersonalização, *déjà vu*) e foram surgindo *flashbacks* dos episódios, incluindo a ida à urgência, associados a fortes dores de cabeça. Tudo isto foi desaparecendo gradualmente e a jovem teve alta da consulta.

Neste caso clínico houve muitos factores protectores, em concreto a família estruturada, protectora, tratar-se de uma situação de trauma recente, podendo

dizer-se que isolada, e a jovem ter sido capaz de defender-se. Estes factores fizeram com que o evento traumático pudesse ser elaborado e reparado desde a primeira consulta, o que na maioria das vezes não acontece.

DISCUSSÃO

A psicose dissociativa reactiva integra as características clássicas da psicose histórica tendo como epicentro o papel do trauma como desencadeante da mesma. De certa forma, este conceito implica uma evolução do conceito de histeria e psicose histórica.

Ao longo do tempo, foram propostos vários critérios e definições de psicoses históricas entre elas, aquela publicada em 1964 por Hollander e Hirsch¹, propondo um conjunto de 8 critérios clínicos:

- 1 A psicose histórica inicia-se súbita e dramaticamente;
- 2 O início está relacionado temporalmente com um acontecimento ou circunstância perturbadora;
- 3 As manifestações mais frequentes são alucinações, delírios, despersonalização ou comportamentos bizarros;
- 4 Os afectos quando alterados são no sentido da labilidade e não do embotamento;
- 5 As alterações do pensamento, quando ocorrem, são circunscritas e transitórias;
- 6 Episódio agudo raramente se prolonga mais de 3 semanas e o processo regride tão súbita e dramaticamente como começou, não deixando praticamente resíduos;
- 7 Segundos e terceiros episódios podem ocorrer e normalmente ocorrem;
- 8 Indivíduos vulneráveis têm carácter histórico ou personalidade histórica.

Posteriormente, Ross (2004)⁷ propôs critérios para uma esquizofrenia de tipo dissociativo, nos quais teriam de estar presentes pelo menos três dos seguintes critérios:

- 1 Amnésia dissociativa;
- 2 Despersonalização;
- 3 Presença de duas ou mais identidades distintas ou estados de personalidade;

- 4 Alucinações auditivas;
- 5 Comorbilidade com outros diagnósticos (Perturbação por Stress Pós-Traumático, Perturbação *Borderline* da Personalidade, Dependência de Substancias, etc.);
- 6 Trauma infantil grave.

Como se pode facilmente perceber, estes critérios diagnósticos não são sobreponíveis na sua concepção (descritiva *vs.* categórica) mas acrescentam e contribuem para a descrição desta patologia. Em todo o caso, aquilo que se propõe na evolução do conceito é que o carácter dissociativo desencadeado pelo trauma tem um significado mais importante e poderoso do que o possível carácter histérico ou histriónico de base do paciente. Outros autores criticam, também, a durabilidade proposta por Hollander e Hirsch, admitindo maior durabilidade.

Parece-me importante referir aqui a necessidade de realizar diagnóstico diferencial que deve incluir também as patologias orgânicas. Alterações orgânicas passíveis de mimetizar um quadro psicótico com sintomas dissociativos incluem a epilepsia (sobretudo temporal), as meningo-encefalites (sobretudo herpética), ingestão ou carência de substâncias (cannabinóides, álcool e carências vitamínicas), acidentes vasculares (sobretudo da ACP) e alterações metabólicas, entre outras causas, cuja resposta terapêutica é bem diferente da psicoterapia.

Na psicose dissociativa reactiva, a alteração de consciência surge como um mecanismo de escape em momentos de grande stress. Os episódios surgem subitamente, de forma quase onírica. Tal como referido por Pierre Janet, uma forma de sonho estando acordado, no qual o sujeito não consegue diferenciar entre os elementos do sonho e as percepções normais (Janet 394/5, 1901)⁸. Por outro lado, a actividade delirante não tem a estabilidade dos delírios paranóides. O conteúdo do delírio apresenta uma elevada frequência de temática místico-sexual em cenários oniróides, polimorfos com um nível de consciência apenas alterado sob a forma de distractibilidade (Follin, Chazaud, & Pilon, 1961)⁹. Neste caso clínico em concreto, durante os episódios dissociativos a doente reencarna simbolicamente o seu conflito interno e a situação traumática, ou possíveis consequências da mesma, neste caso, a maternidade. No sonho com a cobra, o elemento fálico surge de forma bastante explícita. Assim, a perturbação desencadeada pelo stress pós-traumático pode adquirir a forma de manifestações psicóticas, mas estas desaparecem assim que a sua origem traumática for identificada.

Apesar de não ser um diagnóstico contemplado de forma convicta nos manuais diagnósticos da actualidade, parece importante revisitar as Psicoses Dissociativas Reactivas pela qualidade distinta das suas manifestações, a sua etiologia sempre associada a aspectos traumáticos, as diferenças na abordagem terapêutica e claro, a sua potencial curabilidade.

BIBLIOGRAFIA

- ¹ Hollender, M.H., & Hirsch, S.J. (1969). Hysterical Psychosis: Clarification of the concept. *Am J Psychiatry*, 125, 909-915.
- ² Van der Hart, O., Witzum, E., & Friedman, B. (1993). From hysterical psychosis to Reactive Dissociative Psychosis. *J Trauma Stress*, 6(1), 43-53.
- ³ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision (DSM 5TM). (2013). *American Psychiatric Association*.
- ⁴ *Classificação Internacional de Doenças*, Décima Edição CID 10, OMS.
- ⁵ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision (DSM-IV-TR[®]). (2000). *American Psychiatric Association*.
- ⁶ Van Os, J., e cols. (2001). Prevalence of Psychotic Disorder and Community level of Psychotic Symptoms. *Arch Gen Psychiatry*, 58, 663-668.
- ⁷ Ross, C.A. (2004). *Schizophrenia: Innovations in diagnosis and treatment*. New York: Haworth.
- ⁸ Janet, P. (1977). *The mental state of hystericals*. New York: Putnam & sons. Reprint: Washington, DC: University publications of America.
- ⁹ Follin S., Chazaud, J., & Pilon, L. (1961). Cas clinique de psychoses hystériques. In *L'évolution psychiatrique*, n° XXVI. Toulouse: Privat.

ABSTRACT

Reactive Dissociative Psychosis can be considered a variant of Hysterical Psychosis and can be seen as a post-traumatic stress response that manifests through hallucinations, delusions, depersonalization and bizarre behaviour (Hollender e Hirsch, 1964)¹ usually with amnesia after the episode. Dissociation induced by trauma is a primary defence in overwhelming life events and is the key for the diagnosis.

In this article the concept and its usefulness is revisited. A case report, regarding a young adolescent, will illustrate the basic features of the disease.

Key-words: Dissociative Psychosis. Hysterical Psychosis. Trauma.

RESUME

La psychose dissociative réactionnelle peut être considérée comme une variante de la psychose hystérique et peut être conçue comme une réponse à un stress post-traumatique se manifestant par des hallucinations, des idées délirantes, de la dépersonnalisation et un comportement bizarre (Hollender & Hirsch, 1964)¹ suivis en général par une amnésie de l'épisode.

La dissociation induite par le trauma est une défense primaire dans le contexte d'événements de vie sidérants. Elle est la clef du diagnostic.

Dans cet article, on revisite ce concept et son utilité. Un cas clinique concernant une jeune adolescent, illustrera les fonctions de base de cette maladie.

Mots-clé: Psychose Dissociative. Psychose Hystérique. Trauma.

VIVÊNCIAS E SENTIMENTOS DE MÃES DE CRIANÇAS COM PERTURBAÇÃO DO ESPECTRO DO AUTISMO – ESTUDO QUALITATIVO

Joana Calejo Jorge*
Manuela Araújo*
Cristina Tavares*
Graça Fernandes **

RESUMO

O presente trabalho debruça-se sobre as vivências e sentimentos de mães de crianças que apresentam Perturbação do Espectro do Autismo (PEA). Após algumas considerações sobre a PEA e uma breve revisão da literatura sobre o impacto vivencial da patologia nas mães destas crianças, apresentam-se os resultados de um estudo realizado na Unidade de Primeira Infância do Centro Hospitalar do Porto sobre as vivências e sentimentos de mães de crianças com PEA. Para avaliação da especificidade das crianças com PEA, foi usado um grupo de controlo (mães de crianças com atraso global do desenvolvimento sem psicopatologia). Foram realizadas entrevistas a dez mães de crianças com PEA e a dez mães de crianças com atraso global do desenvolvimento, com idades compreendidas entre os 4 e os 10 anos de idade. A análise dos discursos das mães revela a unicidade e intensidade da experiência de ter um filho com PEA. Por outro lado, comparando com as mães de crianças sem psicopatologia, verifica-se a especificidade das vivências das mães de crianças com PEA.

Pretende-se com este trabalho sensibilizar para a especificidade da maternidade face à problemática do Autismo e para a necessidade de uma abordagem multidisciplinar no acompanhamento destas crianças e suas famílias.

Palavras-chave: Perturbação do espectro do autismo. Atraso global do desenvolvimento. Stress materno.

* Interna de Formação Específica de Psiquiatria da Infância e da Adolescência.

** Departamento de Pedopsiquiatria, Centro Hospitalar do Porto.

ALGUMAS CONSIDERAÇÕES SOBRE O AUTISMO

O Autismo é uma perturbação do neurodesenvolvimento caracterizada pelo défice em 3 áreas fundamentais- comunicação, interacção social e comportamentos restritos e/ou repetitivos (DSM IV-TR). É, actualmente, englobado num grupo mais abrangente, o de Perturbação do Espectro do Autismo (PEA) dada a grande variabilidade fenotípica.

O défice ao nível da comunicação, não obstante a grande variabilidade clínica, caracteriza-se pela perturbação da intencionalidade comunicativa e das componentes receptiva e não-verbal da linguagem. Com efeito, estas crianças evidenciam frequentemente dificuldades de compreensão, pragmática e semântica peculiares e uma pobreza/inadequação da mímica gestual, um olhar fugaz ou pouco comunicativo e um aspecto inexpressivo e/ou enigmático.

O défice ao nível da interacção social remete para as dificuldades que as crianças com PEA têm de relacionar-se com o outro, existindo reduzidas reciprocidade e iniciativa de contacto social.

Finalmente, são característicos os interesses restritos e os comportamentos repetitivos, sobressaindo uma inflexibilidade, resistência à mudança, adesão repetitiva a rotinas e rituais pouco funcionais e, por fim, uma dificuldade na imaginação e simbolização.

Compreende-se, assim, que este modo de viver mentalmente sozinho, aliado à necessidade de preservar a constância do meio, coloque às mães, o principal cuidador, dificuldades acrescidas na vivência do dia-a-dia, sentimentos ambivalentes, angústias...

OLHAR DIRIGIDO ÀS MÃES...

Revisando a literatura, encontram-se cada vez mais estudos que documentam o stress vivenciado pelos familiares, em particular as mães de crianças com PEA^{1/2}.

Estudos comparativos entre crianças com PEA e crianças com outras perturbações do desenvolvimento salientam a influência das características específicas da PEA na origem das dificuldades acrescidas do cuidador³. Entre outras características, identificam-se o elevado grau de dependência, as dificuldades da comunicação, o défice cognitivo, os problemas de comportamento e as dificuldades regulatórias frequentemente associados à PEA como potenciais

causas das dificuldades vivenciais e do stress diário que os cuidadores enfrentam^{4/5}.

A constatação das dificuldades da criança e a confirmação do diagnóstico implicam inevitavelmente o confronto com o seu bebé imaginário. Se a isto aliarmos a imprevisibilidade da patologia, as múltiplas e complexas exigências diárias, o facto de a etiologia e cura serem ainda desconhecidas e a discriminação social ainda existente, compreende-se a tensão física e psicológica, especificamente, sentimento de culpa, incerteza e de insegurança nas competências maternas¹.

OBJECTIVOS

Partindo destas questões teóricas e da percepção na clínica, pretendeu-se com este estudo conhecer de modo aprofundado as vivências das mães de crianças com PEA e, especificamente, elucidar os sentimentos que experienciaram aquando das suspeitas iniciais e da confirmação do diagnóstico, as dificuldades familiares e sociais vividas e, por fim, as expectativas e preocupações em relação ao futuro.

Suspeitando da especificidade da problemática da PEA, compararam-se os resultados com as mães de crianças com atraso global do desenvolvimento (AGD) sem psicopatologia.

METODOLOGIA

Foi realizado um estudo qualitativo de casos-controlo através de uma entrevista semi-estruturada com questões predominantemente abertas de modo a obter descrições detalhadas das vivências das mães, enquanto cuidadores principais.

As díades foram seleccionadas aleatoriamente a partir da consulta de Primeira Infância do Departamento de Pedopsiquiatria do CHP, sendo utilizados os seguintes critérios de inclusão: diagnóstico de PEA (casos) ou de AGD (controlos) antes dos seis anos, diagnóstico realizado nos últimos dois anos, mãe biológica, escolaridade mínima de quatro anos, principal cuidador.

O estudo foi avaliado e autorizado pela Comissão de Ética e pelo Gabinete Coordenador de Investigação do CHP.

RESULTADOS

Caracterização da amostra

Foram entrevistadas dez mães de crianças com PEA e dez mães de crianças com AGD, verificando-se uma distribuição homogênea nos dois grupos: predomínio de díades oriundas do Grande Porto (65%), classificadas sob o Índice de Graffar III (65%) e inseridas em família nuclear (85%).

Crianças

As crianças apresentavam idades compreendidas entre os quatro e os oito anos de idade, com predomínio do género masculino (60% dos casos)

No que respeita ao tipo de PEA, segundo o DSM IV-TR, seis crianças eram autistas, duas apresentavam uma PEA sem outra especificação e duas o Perturbação de Asperger.

O nível de desenvolvimento das crianças, avaliado por meio da Escala de Avaliação do Desenvolvimento de R. Griffiths, era semelhante nos dois grupos: quociente global do desenvolvimento médio de 64 no grupo de crianças com PEA (casos) e de 69, no grupo de crianças com AGD (controlos). Considerando as diferentes subescalas de avaliação do desenvolvimento, verificou-se uma distribuição relativamente homogênea nos dois grupos à excepção da subescala audição/linguagem na qual as crianças com PEA pontuaram substancialmente abaixo das crianças com AGD (40 *versus* 60 pontos, respectivamente).

Mães

As mães das crianças apresentavam idades compreendidas entre os vinte e sete e os quarenta e cinco anos de idade, com uma idade média de trinta e cinco anos. Mais uma vez, verificou-se uma distribuição homogênea nos dois grupos, sendo a escolaridade média de sete a doze anos (70% dos casos).

Entrevistas

As entrevistas geraram algum desconforto pela intensidade das experiências vividas. Procurou-se um clima tranquilo e empático de modo a que as mães pudessem expor livremente os seus pensamentos e sentimentos.

As respostas foram transcritas e analisadas no sentido de captar a emergência das categorias pretendidas.

Suspeita do Problema

Nos discursos de todas as mães de crianças com PEA, foi evidente que, antes da confirmação do diagnóstico, já sentiam que o filho era diferente e apresentava comportamentos que se afastavam dos das crianças da sua idade, em média, logo a partir dos vinte e um meses. Entre os sinais ou sintomas de alarme, os mais frequentes foram a ausência de linguagem, o isolamento, o diminuído contacto ocular e a pequena reciprocidade social.

Seguem-se alguns excertos dos discursos das mães:

“Aos 2 anos, achei que era muito apagada, não falava nem comunicava com os outros...”

“Quando ela tinha 1 ano e meio já percebia que algo se passava, não repetia, não brincava como os outros, não falava para mim.”

No grupo das mães de crianças com AGD, a idade média da criança em que suspeitaram de um problema foi mais tardia, trinta e um meses, existindo três mães que não tinham suspeitado da deficiência dos seus filhos, sendo o infantiário ($n=2$) ou a escola ($n=1$) que as sinalizaram. Entre as mães que suspeitaram de um problema no filho, foram a ausência de linguagem e o atraso em relação às outras crianças que as alertaram.

Confirmação do diagnóstico

A revelação do diagnóstico de PEA e a confirmação das suas suspeitas revelou-se como uma experiência intensa. Entre os sentimentos mais verbalizados pelas mães de crianças com PEA, identificaram-se sentimentos de perda, revolta, dúvida e desespero.

“Senti-me perdida, desorientada, traumatizada, com vontade de escapar para outro mundo, mas depois decidi que já que não o vou curar vou pô-lo o melhor possível.”

“(…) custou-me acreditar, era um menino tão lindo que não parecia ter nenhum problema, depois fiquei triste e desesperada, como se tivesse perdido algo.”

Curiosamente, uma mãe descreveu sentimento de alívio perante a confirmação do diagnóstico, descrevendo maior disponibilidade e coragem para, a partir daí, ajudar o seu filho.

Entre os sentimentos mais verbalizados pelas mães de crianças com AGD, identificaram-se sentimentos de tristeza, injustiça e culpa.

“culpa por não termos reparado antes, se fosse mais cedo seria melhor.”

“fiquei triste mas não vencida, sabia que ia ter de me esforçar.”

“sentimento de injustiça – porquê o meu filho? – e culpa por não termos percebido antes.”

Comparação com outra experiência

Aprofundando o significado da doença para as mães, questionámo-las se conseguiam comparar a experiência de ter um filho com PEA com outro tipo de experiência. Foram obtidos dois tipos de respostas: algumas mães equipararam a uma doença crónica muito grave, tipo leucemia ou outro tipo de cancro fatal ($n=4$) e outras mães excluíram a possibilidade de qualquer comparação, descrevendo a experiência como única e muito dolorosa ($n=6$).

“não consigo comparar, nem com um cancro, o cancro pode ser resolvido ou trazer a morte, isto não, não tem cura.”

“não consigo comparar com outra experiência, é única não consegui em 4 anos que a minha filha olhasse para mim.”

Entre as mães de crianças com AGD, foram evidentes sentimentos de maior aceitabilidade e esperança.

“tem um tratamento mais difícil e demorado do que outro problema de saúde mas não é um desespero, tem evolução.”

“há coisas piores, já me conformei, tenho esperança.”

Dificuldades familiares e sociais

Tentando explorar as dificuldades familiares e sociais, foram abordadas algumas dimensões inerentes à vivência materna face à doença crónica do seu filho.

No que respeita à *relação conjugal*, verificou-se que, no caso das mães de crianças com PEA, o impacto da doença foi significativo, negativo na maioria dos casos.

Curiosamente, 3 mães referiram um impacto positivo da doença pela aproximação entre o casal e relação de companheirismo que se desenvolveu.

Relativamente às mães de crianças com AGD, na sua maioria, descreveram a sua relação como sobreponível.

No que respeita ao *apoio do pai* percebido pelas mães e ao *desejo de ter mais filhos*, os resultados foram similares nos dois grupos. Na sua maioria, as mães de crianças com PEA e de crianças com AGD descreveram o apoio do

marido como insuficiente e revelaram não desejar ter mais filhos apontando dificuldades económicas, pessoais e familiares.

Os *contactos sociais* também foram identificados pelas mães de crianças com PEA como grandemente afectados. Pelo contrário, entre as mães de crianças com AGD, não foi identificado um impacto significativo na maioria dos casos.

Não se identificaram diferenças significativas na percepção do *suporte das equipas de terapeutas e médicos*, sendo globalmente descrito como positivo.

Contudo, os resultados foram discrepantes no que respeita ao *suporte de Educadores e apoio escolar*, sobressaindo uma global insatisfação entre as mães de crianças com PEA.

Futuro

Quando abordado o futuro, a tensão emocional aumentou, denotando-se uma preocupação e sofrimento pré-existentes activados, então, durante a entrevista.

Três grandes categorias emergiram nos discursos das mães: autonomia/independência, inclusão social e aprendizagem/sucesso escolar/profissional.

Entre as mães de crianças com PEA, foram transversais as angústias e preocupações relativamente à primeira categoria: autonomia e independência.

Analisando as suas respostas, percebe-se como as atormenta saber que um dia poderão deixar os seus filhos indefesos aos cuidados de outro.

“Gostava que tivesse alguém de confiança para tomar conta dela. Queria tanto que ela adquirisse linguagem para poder dizer o que precisa (...) Quando eu morrer, se ela não ficar bem que venha comigo (...).”

“Que não o saibam compreender... Como vai sobreviver quando nós morrermos.”

Para as mães de crianças com AGD, a inclusão na sociedade e a aprendizagem foram mais valorizadas, sobressaindo a sua preocupação com o desempenho académico e desejo de aquisição de uma profissão socialmente valorizada, denotando-se maior facilidade em vislumbrar um futuro distante para a criança.

“Queria que ultrapassasse as suas dificuldades e se tornasse igual à irmã e aos outros...”

“Diminuição do atraso para poder ter uma vida profissional de sucesso diferente da que os pais tiveram.”

Nos seus discursos, foi visível um cariz menos concreto das dificuldades evocadas, predominando preocupações e desejos mais gerais (saúde, felicidade, sucesso), sugerindo uma expectativa mais positiva e esperançosa da condição clínica, sendo-lhes permitido emocionalmente uma maior projecção no futuro.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Não obstante o reduzido número da amostra, este estudo procurou conhecer o processo complexo da maternidade no Autismo, tentando alcançar o sentido das experiências de ser “mãe” de uma criança com PEA.

Uma criança com PEA, pelas características específicas da sua condição, apresenta aos seus cuidadores novas tarefas, exigências e reorganizações psicológicas e relacionais. Ser mãe de uma criança com PEA pressupõe transformações individuais, familiares e sociais que cada vez mais são reconhecidas.

Considerando os sentimentos de perda associados à deficiência do filho (perda do bebé imaginário, perda da autoestima, perda existencial, perda do futuro antecipado e imaginado) podem ser identificadas nas vivências das mães as fases de um processo de Luto, com evidentes maiores vulnerabilidades no caso das crianças com PEA. Estas mães têm pela sua frente um longo e doloroso caminho ao longo do qual terão de ultrapassar uma fase de choque/negação, revolta e culpa e, por fim, resolução até atingirem um estado de re-organização psicológica ao mundo real. Pela experiência clínica, verificamos que nem sempre esta ordem é mantida e nem todas as fases são vividas pelas Mães.

Face à unicidade e intensidade da experiência de ter um filho com PEA, cabe ao profissional dirigir às mães um olhar atento, disponível e empático.

Realça-se a importância de uma abordagem multidisciplinar face à problemática da PEA, com uma atenção especial aos cuidadores. Através de um espaço de escuta, partilha de experiências e de apaziguamento de dúvidas e angústias, torna-se mais provável a emancipação e transformação do sofrimento na experiência gratificante da maternidade de uma criança com PEA.

Um especial reconhecimento e agradecimento ao Centro de Acolhimento Mãe D'Água, pelo trabalho dedicado junto de crianças em risco e pelo interesse e disponibilidade manifestada, que contribuiu para a realização deste trabalho.

BIBLIOGRAFIA

- ¹ Konstantareas, M.M., & Homatidis, S. (1989). Assessing child symptom severity and stress in parents of autistic children. *Journal of Psychology and Psychiatry*, 30, 459-470.
- ² Koegel, R.L., Schreibman, L., Loos, L., Dilrich-Wilhelm, H., Dunlap, G., Robbins, R., et al. (1992). Consistent stress profiles in mothers of children with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 22, 205-215.
- ³ Hoffman, C., Sweeney, D., Hodge, D., Lopez-Wagner, M., & Looney, L. (2009). Parenting stress and closeness: Mothers of typically developing children and mothers of children with autism. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*, 24(3), 178-187.
- ⁴ Tomanik, S., Harris, G., & Hawkins, J. (2004). The relationship between behaviours exhibited by children with autism and maternal stress. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, 29, 16-26.
- ⁵ Hoffman, C., Sweeney, D., Lopez-Wagner, M., Hodge, D., Nam, C., & Botts, B. (2008). Children with autism: Sleep problems and mothers' stress. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*, 23(3), 155-165.

ABSTRACT

This paper focuses on the experiences and feelings of mothers of children with Autism Spectrum Disorder (ASD). After some considerations about the ASD and a brief review of the literature on experiential impact of disease in the mothers of these children, we hereby present the results of a study conducted at the Infancy and Toddlerhood Unit, at Centro Hospitalar do Porto, on the experiences and feelings of the mothers of children with ASD. To assess the specificity of children with ASD, we used a control group, formed by mothers of children with global developmental delay without psychopathology. Interviews with ten mothers of children with ASD and ten mothers of children with global developmental delay, aged from 4 to 10 years old, were performed. The analysis of mothers reveals the uniqueness and intensity of the experience of having a child with ASD. On the other hand, compared with mothers of children without psychopathology, it is possible to verify the specificity of the experiences of mothers of children with ASD.

This paper intends to raise awareness of the specificity of this motherhood when facing the problem of autism and the need for a multidisciplinary approach while monitoring these children and their families.

Key-words: Autism spectrum disorder. Global developmental delay. Maternal stress.

A PROPÓSITO DE UM CASO SUGESTIVO DE ORGANIZAÇÃO ESTADO-LIMITE EM CONTEXTO DE INTERNAMENTO

Por José Estrada*
António Trigueiros **

RESUMO

Os autores procuram fazer uma breve apresentação de uma Vinheta Clínica apresentada no XIV Colóquio da Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria e que é relativa a jovem de 13 anos, internada no Serviço de Pedopsiquiatria do Hospital Dona Estefânia, em 2012. Posteriormente são discutidos alguns aspectos do seu funcionamento que apontam para uma organização estado limite. Por último, os autores descrevem o plano terapêutico delineado e a evolução clínica. Foi pedido consentimento informado aos pais para a apresentação do Caso Clínico.

Palavras-chave: Adolescência. Borderline.

Os Adolescentes com organização estado-limite são um grupo de risco associado a morbilidade e mortalidade considerável.

Tal como Braconnier mencionou na Conferência, os ensaios farmacológicos são uma medida adjuvante importante para o controlo de episódios de labilidade emocional e agressividade, frequentemente observados, contudo são a psicoeducação e a psicoterapia, as modalidades terapêuticas de eleição.

Nos casos de maior severidade, o internamento acaba por constituir uma medida temporária de suporte e contenção sobretudo quando está em causa um comportamento destrutivo com impulsividade marcada. Outros exemplos de necessidade de internamento são os jovens com funcionamento estado-limite

* Interno de Pedopsiquiatria do Centro Hospitalar Lisboa Ocidental, Hospital São Francisco Xavier.

** Pedopsiquiatra, Chefe de Serviço da Unidade de Internamento da Área de Psiquiatria da Infância e Adolescência do Hospital Dona Estefânia, Centro Hospitalar Lisboa Central.

que concomitantemente manifestam sintomas psicóticos; depressão melancólica, perturbação aditiva, perturbações graves do comportamento alimentar.

Tal como em ambulatório, uma boa comunicação entre os técnicos da equipa de internamento e a supervisão da contratransferência (técnicos-doente) é fundamental devido ao uso recorrente da clivagem e projecção e ao risco da equipa identificar-se com o que é projectado.

Durante este período breve de amparo seguro há partilha do sofrimento e o início da elaboração do mesmo quando já tudo parecia perdido. Há assim oportunidade de pensar em vez de agir e de integrar as expectativas e desilusões como um todo contínuo e organizador. São retomadas as condições para a continuação do trabalho terapêutico individual e familiar.

Com o propósito de ilustrar a importância do internamento como experiência organizadora nos casos severos de psicopatologia estado-limite é apresentada a seguinte vinheta clínica.

Adolescente de 13 anos, acompanhada em Consulta de Pedopsiquiatria desde Fevereiro de 2010 por ansiedade e queixas somáticas foi levada ao S.U. do Hospital Dona Estefânia, em Novembro de 2012 por indicação da médica assistente por agravamento do quadro clínico. A jovem apresentava maior irritabilidade, labilidade emocional, insónia, maior número de episódios de hétero-agressividade verbal; maior desmotivação na escola. Há uma terceira tentativa de suicídio (TS) nos últimos 6 meses por intoxicação medicamentosa tendo decorrido em casa enquanto os progenitores dormiam. A Joana acordou a mãe às 2h da manhã, logo após toma de alguns comprimidos do pai (10cp Clobazam e 6cp de Fluvoxamina) queixando-se que não se sentia bem... e após insistência da mãe, a adolescente acaba por confessar.

A penúltima TS ocorreu há 1 mês (também em casa nos mesmos moldes e com a medicação do pai). A primeira tentativa ocorreu em Agosto após discussão com o pai. Nesse episódio juntou alguns comprimidos do progenitor e colocou-os num prato em cima da mesa da sala de jantar na presença dos pais. Na sequência dessa atitude, o pai comentou: “Queres-te matar... tu é que sabes... então mata-te e acabas com o sofrimento de todos...” – dito isto, a Joana tentou defenestrar-se mas a mãe acaba por conseguir contê-la.

O sofrimento da adolescente remonta há bastante tempo contudo aparentemente apenas se manifestou, segundo a própria e segundo os pais, a partir dos 9 anos altura em começou a frequentar o 5º ano. Houve uma má adaptação ao 2º ciclo sendo várias as queixas de *bullying* e desentendimento com os professores tendo sido difícil fazer amizades ao contrário do que acontecia na escola primária e no Jardim de Infância.

Passo a citar alguns comentários relevantes da adolescente: “Para mim foi um choque como as pessoas podem ser más para as outras...”; “A minha melhor amiga da escola primária trocou-me totalmente no ciclo... só falava comigo para ter alguma coisa... eu não deixo que se aproveitem de mim...”; “Eu sabia o feitio de todos à minha volta... eu observava mais do que falava... eu via as pessoas e sabia que não valia a pena falar... as pessoas da minha terra são más...”.

Para além de falta de confiança nos outros surgiu descontentamento com a sua imagem particularmente com a sua silhueta. Negava receio de aumentar de peso assim como alterações da dieta por iniciativa própria.

Quando questionados outros factores precipitantes ou concomitantes do sofrimento descrito, foi revelado pela jovem que teria sido abusada sexualmente por uma pessoa conhecida da paróquia, à saída da igreja. Em consequência desse evento referiu ter deixado de ser ingénuo. Ela começou a ter dificuldades em sentir confiança nas outras pessoas que as interpretava como pouco genuínas. “Aos 9 anos, num dia depois de sair da igreja um homem que dava formação de catequese tocou-me na rua...”; “Eu não disse aos pais durante muito tempo... porque essa pessoa era conhecida na paróquia...” – disse a jovem. Os pais decidiram não fazer queixa porque o presumível abusador era alguém conhecido da família.

No 6º ano iniciou quadro de ansiedade generalizada com queixas somáticas (torcálgias, cefaleias) quer na escola quer em casa e em consequência disso é troçada por alguns colegas. Foram observadas repercussões no aproveitamento escolar, anedonia, humor depressivo. O receio de perder os pais era por vezes verbalizado. A mãe relacionava essa angústia com dois eventos importantes: com uma histerectomia a que a mãe foi submetida e posteriormente com um funeral de uma vizinha amiga da família que morreu aos 21 anos. Alguém terá comentado nesse funeral que o pai seria o próximo a morrer.

Face ao mau aproveitamento escolar e às alterações de comportamento começaram os comentários depreciativos constantes do pai segundo a adolescente que passou da filha adorada para a principal causa de sofrimento e vergonha.

A pedido da médica de família, iniciou acompanhamento em Consulta de Pedopsiquiatria e acompanhamento em Psicoterapia Individual. Iniciou ensaio farmacológico com Sertralina 50mg e Atarax em SOS. Conseguiu mudar de escola passando a frequentar o 7º ano num Colégio Católico com melhoria do relacionamento interpessoal e do quadro clínico. Em função disso, a Joana voltou a ser o orgulho do pai. A jovem acabou por ter alta clínica no final desse ano lectivo.

No início do 8º ano houve recidiva do quadro com labilidade emocional, baixa tolerância à frustração com agressividade verbal, ideação mórbida

esporádica sem plano; maior isolamento; desmotivação para estudar. A jovem mencionava confusão em termos de identidade (aspectos do corpo e da sua personalidade) e em termos de sentimentos acabando por sentir desconforto na relação com os pares na medida que era muito instável. Tanto idealizava e se aproximava como se desiludia e por conseguinte se afastava das mesmas pessoas.

Negou consumo de estupefacientes.

O pai voltou a fazer comentários depreciativos à filha.

Reiniciou acompanhamento em Consulta de Pedopsiquiatria e o mesmo ensaio farmacológico contudo não fora possível retomar a psicoterapia individual pois a Terapeuta já não trabalhava no Serviço de Pedopsiquiatria.

Houve agravamento do quadro nas férias de verão ao nível da labilidade emocional sendo cada vez mais frequente a ideação suicida e na sequência disso faz três tentativas de suicídio nos últimos 6 meses anteriores ao internamento. Houve mudança do ensaio farmacológico para Escitalopram 10mg/dia; Clobazam 10mg/dia e Piracetam 1200mg (1cp à noite).

Durante o período das férias eram também descritas pela própria: insónia inicial, menor vontade de sair de casa e auto-mutilações nos braços (cortes) sobretudo após discussão com os pais.

Acabou por passar algumas semanas das férias de verão com os irmãos tendo regressado desiludida. Confessa ter sido chamada à atenção pelos irmãos quanto aos seus comportamentos pois podiam afectar a saúde do pai. Passo a citar: “nas férias tentava mostrar só o melhor de mim e isso deixou-me cansada... apetecia-me ter algum tempo sozinha para chorar...”.

O pai manifestava-se cada vez mais demitido segundo a jovem. Passo a citar. “Ele parece um doce fora de casa... fala da guerra no ultramar com orgulho... em casa é completamente diferente pois não tem paciência para nada, não mede as palavras e o impacto que tem...”; “Eu adoro o meu pai mas também tenho medo dele... diz-me coisas que eu não vou esquecer nem aos 58 anos...” sic.

Em função do sofrimento apresentado e da sensação de desamparo, a jovem pede aos pais e à médica assistente para ser internada.

Outros dados relevantes da história pregressa

A gravidez acabou por ser planeada apesar de algumas objecções levantadas pelo pai dada a sua idade – segundo as palavras do próprio.

Há conflitualidade familiar entre mãe e tios maternos desde o nascimento da Joana por causa da partilha de herança. A jovem chegou a assistir a agressões físicas dos tios à mãe aos 4 e 5 anos tendo, inclusive, se colocado à sua frente para a proteger. O conflito persiste actualmente apesar de não haver

ofensas físicas. Os pais e a jovem vivem num terreno, lado a lado com as moradias dos tios. Relativamente à família paterna existia aparentemente um bom relacionamento entre a adolescente e os irmãos.

Em termos de desenvolvimento psicomotor não foram observadas alterações.

O aproveitamento escolar era excelente na escola primária e era relatado bom relacionamento com os pares.

Em termos de antecedentes médicos é seguida em Consulta de Ginecologia por quadro sugestivo de ovário poliquístico.

Menarca aos 10 anos. Com alguma dificuldade na adaptação ao início segundo a mãe.

Em termos de dinâmica familiar

Pais com 30 anos de diferença entre si. Pai com 83 anos e com relacionamento prévio do qual teve 3 filhos. O filho mais novo desse primeiro relacionamento tem 50 anos. A Joana e a mãe eram comparadas várias vezes pelo pai de forma negativa com a sua primeira família que era idealizada. Pais com conflitos esporádicos.

A jovem referiu que já teve que se colocar à frente da mãe para que ela não fosse agredida pelo progenitor. O pai fazia vários comentários desadequados em relação aos comportamentos disruptivos da filha: “Tu causas tanto sofrimento que mais valia acabarmos todos na ravina...” – disse a jovem.

Havia desautorização mútua entre eles assim como envolvimento da menor em conflitos que só deveriam dizer respeito aos adultos expondo a menor a uma indefinição de papéis intra-familiares assim como facilitando registo de onnipotência, projecção.

Existia grande dificuldade dos pais em colocarem regras e rotinas: “Passa horas ao computador até tarde em vez de se deitar...” – comentou a mãe.

“Fizeram-lhe sempre as vontades todas... foi muito mimada...” – disse um dos irmãos.

Em termos de antecedentes familiares

O pai foi militar tendo feito várias campanhas na guerra do Ultramar. Tem história prévia de episódio depressivo mas sem acompanhamento em Consulta de Psiquiatria. A mãe é cabeleireira. Teve episódio depressivo aos 18 anos mas sem acompanhamento. Sem conhecimento de outros familiares com antecedentes psiquiátricos.

À entrada

A adolescente encontrava-se com atenção captável e fixável, com contacto sintónico, orientada nas 4 referências, com humor depressivo, com discurso sem perda da tendência determinante; com pensamento organizado.

O conteúdo do pensamento era dominado por ideias sobrevalorizadas de depreciação em relação à própria quer ao nível da personalidade quer ao nível da forma: “acho-me gorda na barriga... sou grande demais...”, “nada que eu faça é bem feito...” sic. A alteração da percepção da imagem corporal não era acompanhada por receio em engordar. Revelava ideação suicida desde os 9 anos que tem sido mais frequente há 2 anos. A depressividade acabou por ser apurada como reactiva sobretudo às qualidades dos outros e não dos aspectos do “Eu”, ao contrário do que tinha verbalizado no início da observação.

À entrada, a ideação suicida mantinha-se pelo que o suicídio era considerado pela própria como resposta viável ao seu sofrimento e uma via de retaliação relativamente a quem a tinha desiludido.

Existia receio de perda de suporte e de abandono na medida que ninguém aos olhos da jovem era contentor, protector e merecedor de confiança até mesmo as figuras de referência: “medo de confiar e ficar desiludida.” sic.

Refere que deixou de confiar a partir do momento em que deixou de ser criança, aos 9 anos, altura em que alega ter sido abusada por um adulto à saída da igreja. A adolescente só há pouco tempo revelou o segredo aos pais pois tinha receio de sofrer represálias.

Relacionou ainda sofrimento com conflitualidade familiar e com os comentários depreciativos recorrentes do pai desde o seu mau aproveitamento escolar: “Eu na escola primária era a jóia da família... agora sou toda o desgosto do meu pai que me compara com os meus irmãos...” (sic)

Referia sentimento de não ser amada e de ser excluída.

Sem perda do princípio da realidade contudo uso recorrente de mecanismos de defesa primários tais como a projecção; identificação projectiva; negação; onnipotência; clivagem. “As pessoas são más... deixei de acreditar nelas por isso... e as que consigo confiar são excepcionalmente boas...” sic.

Era marcada a dificuldade na reparação o que a levava a ter reacções intempestuosas de ruptura com os amigos quando sente que as suas expectativas não foram correspondidas. “Se a nossa amizade fosse um prato e se esse prato caísse ao chão do que servia mesmo que fossem colados os cacós...” sic.

Há grande vulnerabilidade à crítica apesar de ser negada.

Relativamente a alterações da percepção descrevia experiências pouco sugestivas de alucinações auditivas: “Quando estou muito zangada parece que ouço vozes a fazer maus comentários sobre mim...” sic.

DISCUSSÃO

Adolescente com sentimento de si frágil, com dificuldade no controlo dos impulsos e fraca tolerância a sentimentos de desvalorização. A fuga ao pensamento é evidente pelos comportamentos destrutivos contra a própria (auto-mutilações; intoxicação medicamentosa). Esse sofrimento tem base em feridas narcísicas precoces ao presenciar desde muito cedo experiências de ameaças contínuas à mãe que condicionaram uma existência de vulnerabilidade à figura que poderia servir de identificação. Há um segundo traumatismo importante com o abuso sexual aos 9 anos que marca de forma conturbada o início da vivência da libido genital no período pré-pubertário e por conseguinte dificulta uma possível evolução aguda do funcionamento estado-limite pela via neurótica (Bergeret).

Com uma melhoria do aproveitamento escolar há uma “aparente” reconquista do investimento narcísico do pai mas que acaba por terminar assim que há recidiva do quadro clínico. O ressentimento da jovem pelo pai leva a rotura relacional e desistência de uma possível reconquista: “O pai diz que eu deixei de ser a menina do pai... diz que eu mudei muito...”; “Eu gostava de agradar o pai da maneira como sou...”; “Eu ainda sou a menina querida...” sic.

A adolescente ao não conseguir ser valorizada pelo pai, demonstra a sua agressividade perante o mau objecto – não sendo por acaso que usa a medicação do pai nas 3 TS. Faz também uma identificação a esse objecto: as queixas somáticas são semelhantes às queixas do pai.

Por outro lado com a introjecção de uma imagem parental, em particular paterna, temível há a criação de um Superego tirânico por vezes visível pelo julgamento intransigente em relação aos outros e em relação à sua imagem.

Os comportamentos de destruição auto-infligidos podem fazê-la sentir que tem controlo do sofrimento. Há precipitação das intoxicações com os movimentos de rejeição do pai.

É observada vulnerabilidade narcísica com génese na insuficiente confirmação narcísica no processo de reaproximação da fase de separação-individação: há falta dum amor de qualidade incondicional que a tivesse

preenchido e que não dependesse dos seus desempenhos mas sim da sua própria condição de filha.

A clivagem afectiva com alternância de relação boa ou má estende-se do núcleo familiar ao grupo de pares. O objecto interno está clivado pelo que o que foi agressivo ou frustrante ou rejeitante poderá ser interessante e alvo de reinvestimento resultando uma difusão de identidade e incapacidade para persistir nos investimentos.

Há uma dupla desilusão: a que constrói das pessoas e a real na medida que o objecto externo se identifica de facto com o que é projectado.

Sem perda do princípio da realidade contudo com o uso recorrente de mecanismos de defesa primários tais como a projecção; identificação projectiva; negação; onnipotência; clivagem há uma distorção qualitativa da realidade comprometendo o funcionamento interpessoal.

Por vezes, foi também observada denegação dos afectos e pensamentos contrários. A Joana referia que não expressava o que sentia em relação ao outro para não o magoar mas por várias vezes culpabilizava o pai à frente dos técnicos.

A falta de confiança no próprio e nos outros e a falha na capacidade reparadora tem base num inconsistente acesso à permanência do objecto libidinal.

Por sua vez esta condição torna difícil o acesso à reversibilidade na vida da Joana e isso é visível pela dificuldade que demonstra em acreditar na possibilidade de mudança.

Sentimentos de abandono e de vazio poderão ser equivalentes depressivos numa jovem com angústia de separação e desamparo. Esta realidade acaba por ser reforçada com a atitude de neutralidade por parte dos pais após a revelação do segredo relativo ao abuso assim como pela condição de vulnerabilidade dada a idade do pai e sua vitimização constante.

Dada a dificuldade de suporte familiar e a severidade do quadro clínico, a medida de internamento no Serviço de Pedopsiquiatria permitirá quebrar com o ciclo de interações perniciosas no núcleo familiar e proporcionar um tempo breve de reflexão para a jovem e para a família apelando à mudança. Por outro lado ao se sentir contida e amparada, as distorções qualitativas que tinha da realidade tornam-se mais maleáveis e propícias a outro modo de pensar e agir. Esse processo é facilitado pelo trabalho de equipa diário no internamento (pedopsiquiatras, enfermeiros, psicólogos, assistente social, monitores) que visa o treino de competências sociais, discussão de estratégias de comunicação e resolução de conflitos, regulação dos afectos. É assim o recomeço de um

processo de reflexão e reintegração em conjunto com os doentes que continuará em ambulatório.

São de facto a psicoterapia individual e a psicoeducação as modalidades terapêuticas de primeira linha no funcionamento estado-limite.

Apesar do ensaio farmacológico ser uma intervenção adjuvante, o seu recurso é fundamental nestes casos de grande auto-destrutividade. Em comparação entre os diferentes grupos de fármacos são os antipsicóticos de segunda geração e estabilizadores de humor que estão associados a maior evidência de controlo na desregulação dos afectos (incluído zanga e irritabilidade marcada). Demonstram também benefícios no controlo da impulsividade, agressividade e nos conflitos interpessoais. Há contudo benefício adicional nas alterações do conteúdo do pensamento se usado o antipsicótico.

Hipóteses de Diagnóstico

- Perturbação Depressiva SOE (DSM IV)
- Organização *Borderline*

Evolução no internamento de Pedopsiquiatria

Durante o internamento foram realizados os exames complementares de diagnóstico: revisão analítica (sem alterações).

Foi efectuado ensaio farmacológico com Seroquel Sr 50 mg (Quetiapina de libertação prolongada) – 1cp por dia. Com boa resposta terapêutica.

Para além da intervenção individual e das sessões de intervenção familiar foi efectuada mediação das visitas assim como a integração da jovem em diversas actividades em grupo: relaxamento, auto-conhecimento, dramatização, reunião comunitária.

Durante o internamento manteve-se integrada nas diferentes actividades programadas. Pelo interesse ilustrativo de alguns aspectos do seu funcionamento são descritas 2 das actividades realizadas em grupo:

- No seu auto-retrato, estava marcada uma nuvem negra na cabeça. A jovem justificava-a com a confusão que sentia na cabeça quer em termos de sentimentos quer em termos de si (identidade). No braço direito não ficaram esquecidos os cortes. Ela mencionava que se cortava quando se sentia de tal forma zangada que era difícil de suportar a dor.

- Ao contemplar imagem de um homem que carregava um cavalo às costas, partilhou comentário com o grupo: “está tudo ao contrário... é um fardo pesado para carregar... é como acontece comigo...”. Acaba por relacionar esse fardo com o relacionamento que tinha com o pai na medida que não se sentia suportada na figura masculina mas sim constrangida a manter as aparências para não lesá-lo. “Quando o meu pai soube que eu ia ser internada começou a chorar e eu é que ainda tive de o acalmar...” sic.

Houve melhoria progressiva da labilidade emocional, da insónia e do conteúdo do pensamento com repercussões na percepção da sua imagem.

Foi observado aumento da capacidade crítica para a necessidade de se distanciar da problemática dos adultos assim como para os riscos e consequências dos movimentos de auto-agressividade. Com maior compreensão para exemplos de projectos adequados ao seu desenvolvimento. Sem ideação suicida. Referiu motivação para ir à escola. Com maior crítica relativamente aos aspectos característicos da sua personalidade mostrando maior disponibilidade para o exercício da sublimação e reparação em detrimento do funcionamento projectivo primário. “Percebo agora que tenho que aceitar o que tenho... eu tenho que crescer e me adaptar.” sic.

Também com maior disponibilidade para o exercício da mentalização: perceber a posição e perspectiva dos outros em situação de conflito ou desentendimento. “Percebo que devo aceitar os erros e desilusões na relação com os outros... é melhor do que ficar sozinha...” sic.

Foram efectuadas sessões de intervenção familiar aos pais e irmã nas quais foi abordada a necessidade de imposição de limites assim como o evitamento de desautorização mútua.

Foram discutidas estratégias de resolução de conflitos e de comunicação de forma a evitar assertividade com recurso à punição física ou agressão verbal ou comentários depreciativos constantes.

O pai compreendeu que não devia compará-la com a criança que foi nem com a história de vida dos irmãos. Os pais perceberam a importância de devolverem atenção incondicional à Joana e não apenas quando ela tem sucesso ou bom comportamento. Esta mudança de registo fomentaria constância objectal e por conseguinte maior capacidade de reparação na jovem e também menor recurso à clivagem. Os pais e irmã compreenderam a importância de rotinas e limites. Também compreenderam que o estado de saúde do pai não deve ser entendido como consequência dos comportamentos disruptivos da Joana evitando assim por um lado a vitimização do pai e sua demissão e por outro lado evitando a culpabilização e uso recorrente de clivagem por parte da

adolescente: “uso frequente de uma máscara em que só mostro a minha parte boa...” sic.

Por melhoria franca do seu quadro foi programada alta do Internamento com indicação para manter acompanhamento em Consulta de Pedopsiquiatria e em Psicoterapia Individual no Hospital da área de referência e para manter medicação em ambulatório: Seroquel Sr 50mg/dia; Cloropromazina 25mg 1cp em SOS.

Foi aconselhado o acompanhamento dos pais em Consulta de Intervenção familiar de forma a dar continuidade à discussão de estratégias discutidas durante o internamento.

BIBLIOGRAFIA

Jean Bergeret. *Psicologia Patológica Teórica e Clínica* (2ª ed.). Climepsi Editores.

Daniel Marcelli & Alain Braconnier. *Adolescência e Psicopatologia* (1ª ed.). Climepsi Editores.

António Coimbra de Matos. *O Desespero – Aquém da depressão*. Climepsi Editores.

Nosè, M., Cipriani, A., Biancosino, B., et al. (2006). Efficacy of pharmacotherapy against core traits of borderline personality disorder: Meta-analysis of randomized controlled trials. *Int Clin Psychopharmacol*, 21, 345.

ABSTRACT

The authors propose to make a short presentation of a Case Report presented in the XIV Conference of the Portuguese Field and Adolescent Psychiatry Review, referring to a young woman of 13 years of age hospitalised in the Child and Adolescent Psychiatry Service at the D. Estefânia Hospital in 2012. The paper discusses some aspects of the patient's functioning which point towards traces of borderline personality. Finally, the authors describe the devised therapeutical plan followed by the clinical evaluation. The Case Report is presented after informed parental consent.

Key-words: Adolescence. Borderline.

DA DÍADA À TRÍADA: ENVOLVIMENTO PATERNO E SAÚDE MENTAL INFANTIL

Marco Torrado *

RESUMO

Pese embora a díada mãe-bebé constitua uma dimensão nuclear do desenvolvimento humano, nos seus múltiplos determinantes, o crescente interesse pelo papel do pai no domínio da investigação salienta a importância desta figura, evocando concepções que, em certa medida, a clínica de inspiração psicanalítica cedo formulou. Discutem-se contributos recentes em torno das particularidades observadas na interação pai-bebé e da sua relevância quer para a construção identitária, quer para o risco de desenvolvimento de perturbações da regulação emocional. Reflecte-se ainda sobre a importância da 'lei do pai' enquanto instância simbólica estruturante do desenvolvimento psicológico das crianças e adolescentes, feita predominantemente na presença de um pai real, e no modo como o sistema social tem evoluído na tentativa de garantir esse pilar co-fundador do psiquismo.

Palavras-chave: Pai. Vinculação. Figura materna. Desenvolvimento. Lei do pai.

INTRODUÇÃO

A crescente literatura em torno do papel do pai no desenvolvimento global das crianças tem oferecido novas e mais abrangentes perspectivas de entendimento da saúde mental. Partindo de uma concepção do pai como elemento predominantemente diferenciador e delimitador do funcionamento psíquico, desde que internalizado como uma *imago* estruturante e securizante, a investigação mais contemporânea tem salientado a sua relevância particular na

* Psicólogo Infantil. Doutorado em Desenvolvimento Humano pela Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa. Docente convidado na Clínica Universitária de Psiquiatria e Psicologia Médica na FMUL.

qualidade da maturação emocional e sócio-cognitiva dos indivíduos, com necessárias implicações nos seus percursos afiliativos e afectivos até à adultícia (Allen & Daly, 2007). Trata-se de uma discussão que não pretende reificar a especificidade do vínculo paterno, nem tão pouco subvalorizar a díada materna. Antes, pretende propor a reflexão sobre uma figura que é ainda tipicamente, nas sociedades ocidentais, a primeira das terceiras relativamente a uma relação de vinculação inicial tipicamente materna, e de como a sua presença (nem que apenas veiculada pelo discurso materno) pode ser particularmente relevante em múltiplas esferas do desenvolvimento afectivo. Toma-se um referencial tendencialmente integrador de vários quadrantes teóricos neste artigo, mas onde as teorias psicodinâmicas e da psicopatologia do desenvolvimento são naturalmente pontos de partida inequívocos.

DA INEQUÍVOCA CENTRALIDADE DA FIGURA MATERNA À IMPORTÂNCIA CENTRAL DO PAI

A díada mãe-bebé constitui o cerne originário do desenvolvimento psicológico, comportando dimensões que alicerçam a pessoa humana nos seus determinantes neurobiológicos, sócio-afectivos e intrapsíquicos.

Autores de diferentes correntes, mas em especial daquelas que emergiram do conhecimento psicanalítico, com um objecto de estudo fortemente sustentado na observação clínica, cedo salientaram o papel de uma figura materna disponível, sintonizada e responsiva às necessidades primordialmente manifestadas somaticamente pelo bebé, como o núcleo da construção do *self*. Uma figura que se permita ser a primeira pele e interiorizada como consistente, contentora e integradora de sensações inicialmente caóticas vividas pelo bebé, mas que mais tarde poderão estruturar-se graças a essa coerência relacional dos primeiros tempos de vida e aos significados conferidos a tais vivências.

Partindo de dados da etologia animal e de uma extensa actividade clínica, Bowlby faz nascer no final dos anos 50 a sua primeira teoria da vinculação. Este autor centrou-se em investigações desenvolvidas junto de crianças privadas do contacto materno e em estudos desenvolvidos por outros autores para salientar a relevância da figura materna como preponderante no desenvolvimento de um sistema de vinculação securizante que é base da capacidade de estabelecer vinculações futuras de qualidade. Na perspectiva de que a relação materna não se assumia estritamente a uma relação de gratificação oral, este autor desenvolveu os seus postulados nomeadamente

partindo de estudos que Harlow desenvolveu *a posteriori* com macacos ‘rhesus’ bebés, que preferiam uma mãe artificial de pêlo em detrimento de uma de arame, mesmo que dotada de alimento.

Bowlby enfatiza que a vinculação do bebé à mãe ocorria pela integração progressiva de respostas instintivas básicas como o chupar, agarrar, sorrir, chorar dirigidas à figura primordial de cuidados, ao longo do primeiro ano de vida. Esta figura primordial, além de satisfazer as necessidades básicas do bebé, pretende-se uma figura promotora de experiências de conforto e segurança através de interacções emocionalmente significativas. Do mesmo modo, a sua ausência voluntária ou involuntária é promotora de perturbação emocional na criança.

Conforme a qualidade desta responsividade materna precocíssima, o bebé desenvolve uma gama de conhecimentos e expectativas sobre o modo como esta figura actua e responde às suas solicitações de protecção, mas também sobre o seu próprio ‘self’, em termos do seu valor próprio e da capacidade para influenciar os outros.

Este conjunto de conhecimentos e expectativas progressivamente construídas neste íntimo diálogo, os designados *modelos internos dinâmicos de vinculação*, são internamente organizados sob a forma de representações generalizadas sobre o ‘self’, sobre as figuras afectivas e sobre as relações em geral. Naturalmente que as relações subsequentes, nomeadamente as que se constroem com os ‘terceiros’ à díada inicial, dependem em muito da qualidade e da segurança inerente a esta organização basilar de componentes de nível comportamental, emocional e cognitivo que constitui os modelos dinâmicos de funcionamento, o que analogamente remete para a qualidade do objecto materno, num prisma psicanalítico, e para a sua influência nas relações de objecto subsequentes.

Os paradigmas mais recentes focados na evidência promovida pelo campo das neurociências afectivas reforçam a importância das vivências na díada precoce mãe-bebé para o potencial de desenvolvimento neurobiológico. Estes têm salientado a importância de uma figura cuidadora e reguladora externa dos processos psicobiológicos do bebé, parecendo objectivar aquilo a que Vygotsky se referia quando sublinhava que o desenvolvimento dos processos psicológicos ocorre ‘primeiro a nível interpessoal e só depois a nível intrapessoal’.

As protoconversações do primeiro trimestre de vida entre mãe e bebé (mediadas pelo olhar, vocalizações e movimentos das mãos e braços), se dotadas de ressonância intersubjectiva e sincronia afectiva, permitem a maturação da actividade do hemisfério direito pela regulação materna de neurotransmissores e modulação dos níveis de activação somática do bebé, como Trevarthen salientou (1993, 2006).

Allan Schore (1997, 2000) realça nos seus vários trabalhos que esta regulação externa primordial desencadeia padrões neurohormonais e substâncias neuromoduladoras catecolaminérgicas essenciais à morfogénese das regiões corticais. Ao longo do primeiro ano estas interacções determinam ainda que se processe de forma decisiva a organização e processos regulatórios do sistema límbico do hemisfério direito não-verbal e do cíngulo anterior direito, implicados no reconhecimento facial e processamento não consciente das emoções. Tais estruturas integram o designado ‘cérebro social’, sendo sobejamente determinantes para as capacidades de auto-regulação e de interacção social futuras.

Schore enfatizou que estas regiões, em maturação nos primeiros tempos de vida, integram simultaneamente um circuito que modula e é reciprocamente modulado pelo sistema imunitário. Desde que gratificante, a interacção emocional diádica precoce, introduz alterações a curto prazo em termos de alterações estruturais a nível cortico-subcortical, determinando futuros mecanismos de mediação da influência dos factores psicossociais sobre o funcionamento imunológico. Nesta perspectiva, a vulnerabilidade psiquiátrica, em geral, e psicossomática em particular, são também consequência da falência de processos reguladores estabelecida em fases precocíssimas do desenvolvimento (Ouakinin, 2011; Mota-Cardoso, 2001; Schore, 1994, 1997).

Talvez pela evidente relevância da figura primordial de cuidados a investigação mais sistemática sobre o papel da figura paterna tenha sido pouco expressiva durante décadas, remetendo o pai para um papel secundário. A própria literatura vigente talvez reforçasse essa secundarização ao considerá-lo predominantemente um terceiro elemento à díada mãe-bebé. Não é que a figura do pai estivesse esquecida, mas o realce em torno da importância da mãe na configuração de um *hardware* pessoal, em permanente reactualização, é certo, terá sobrevalorizado a díada e atribuído ao pai uma peso indirecto e menos substancial.

O PAI: O INTERDITO NECESSÁRIO

O pai é o primeiro dos terceiros, não obstante as mudanças culturais e civilizacionais a que temos assistido. O pai é convidado a participar na construção da identidade de um bebé cujo aparelho psíquico que se estrutura inicialmente num terreno simbiótico, dominado pela mente materna. Numa perspectiva analítica, ele surge primeiro como uma ‘não-mãe’, para *a posteriori*

ser sentido como o ‘outro’ que interdiz, por exemplo nos rapazes, a posse edipiana da mãe (Malpique, 1998).

Todavia, a observação atenta de bebés na interacção com o pai denuncia que a receptividade mútua que se desenha entre ambos é bem mais precoce do que se admitia há várias décadas atrás, sendo que estudos recentes demonstram que a qualidade do envolvimento paterno no estabelecimento de uma boa vinculação precoce ao ano de idade parece predizer uma vinculação segura da criança em idade pré-escolar (Brown et al., 2012). Se bem que a relação materna até cerca dos 8 meses do bebé seja preponderante, sendo a vinculação diádica reforçada por comportamentos específicos e activos, a ligação ao pai, o *bonding*, estabelece-se igualmente desde os primeiros tempos de vida, sobretudo se a figura materna o incluir na sua interacção (e discurso) com o bebé, na presença ou na ausência real do pai. Tal implicará que a representação do paterno e da sua importância esteja suficientemente inteira no psiquismo da mãe.

Como terceiro à díada inicial e separador da simbiose mãe-bebé, a presença do pai introduz explícita e implicitamente pilares organizadores do psiquismo humano: a proibição do incesto ou do homicídio, por exemplo, são interditos que fundamentam a saúde mental de crianças em desenvolvimento e que a par da não transgressão de gerações e da diferenciação entre os sexos compõem aquilo a que se denomina de Lei do Pai ou Pai Simbólico. A interiorização destes interditos é fundamental para que as tarefas psíquicas com que as crianças e adolescentes se confrontam, nomeadamente de separação e individuação visando a sua consolidação identitária, decorram de modo estruturante, permitindo que outros sistemas de leis (como as leis civis e morais) que regulam a vida em sociedade possam igualmente ser integrados (Anatrella, 2004).

Estes pilares organizadores que caracterizam a função paterna sustentam-se numa relação com a criança que se pretende afectuosa e pautada pelo sentido da realidade; que permite a identificação sexual e incentiva a socialização por contacto com o mundo externo; que confere autoridade e ordem sem que tal exija o ‘ser autoritário’ e que, em paralelo, confere um suporte psicológico à mãe.

Chasseguet-Smirgel (cit. por Fogel et al., 1989) salienta que não raras vezes se observam mães que desqualificam a palavra paterna perante o filho e se colocam numa cumplicidade erotizada com o mesmo contra o pai, iludindo a diferença de gerações e impedindo os filhos de se projectar no futuro com o desejo de vir a ser como o pai. Lacan refere-se ao facto da atitude mental da mãe poder excluir o pai da relação com o filho – aquilo que denominou de *forclusão* do pai – impedindo a criança de aceder a uma relação paterna e a um registo triangular indispensável ao seu processo de maturação psíquica.

A introdução da relação e lei paternas depende necessariamente também do modo como o pai, na realidade, se posiciona face aos filhos no que concerne à aceitação quer dos aspectos de rivalidade (edipiana), quer dos sentimentos de admiração que a criança lhe dedica. A esse propósito, Nicole Jeammet (1991) refere que é precisamente na aceitação destes últimos que o pai frequentemente tem maior dificuldade, ainda que sejam os mais importantes para a edificação da auto-estima. Uma criança (sobretudo no caso do rapaz) que admira o seu pai encontra uma base de desenvolvimento da sua auto-estima, o que lhe permitirá, mais tarde, desidealizar esta figura parental de uma forma positiva. Segundo esta autora, tal implica que o pai detenha uma forte estima por si próprio que lhe permita exercer o seu papel de referência e autoridade, não temendo a desidealização que mais tarde o jovem terá que promover para se autonomizar, com os conflitos e tensões que daí advêm. De facto, muitos são os pais que abdicam de assumir-se como modelo e autoridade necessários à maturação psíquica dos filhos, tendo como única preocupação que os seus filhos nada tenham a censurar-lhes, procurando uma cumplicidade pouco delimitada com os mesmos e revelando concomitantes dificuldades em impor limites mínimos (Farate, 2001; Jeammet, 1991).

RESPONSIVIDADE PATERNA E MATERNA: DIFERENÇAS, SEMELHANÇAS, ESPECIFICIDADES

A clínica e a investigação, ainda que de modo não totalmente consensual, tem demonstrado que as funções materna e paterna se diferenciam sobrejamente e vários estudos têm trazido contributos relevantes para essa compreensão.

De entre pais disponíveis e próximos, ausentes e demitidos, maternais e incestuosos, a literatura tem salientado que os pais mais adequados são aqueles que são internalizados pela mãe na relação de casal como “*o seu homem*”. Parecem ser pais que percebem maior intimidade conjugal e apoio das mães no estabelecimento do vínculos com os filhos, o que detém um impacto significativo na qualidade do ligação aos filhos (Yun Yu et al., 2012). Por outro lado, não temem a proximidade com os filhos e reforçam os processos de vinculação, transmitindo segurança e promovendo uma separação progressiva na díada mãe-filho; instauram a ordem pelo exercício de uma autoridade consistente (*vs.* autoritarismo) embora tolerem ser objecto das pulsões agressivas dos filhos (*i.e.*, adolescência) conferindo-lhes significados subjacentes ao processo de autonomia dos mesmos.

Em termos das semelhanças e diferenças na responsividade de mães e pais, alguns autores referem, ainda que de modo relativamente pouco consensual, que pais e mães não apresentam diferenças significativas na responsividade às crianças, em termos da satisfação das necessidades básicas, quando uns e outros assumem o papel de cuidador principal (Park & Swain, 1997).

Outros apresentam evidência de que mães e pais interagem de modo bastante diferenciado com as crianças desde idades muito precoces. Investigações têm salientado que:

- os pais sobressaem como figuras que dispensam maior tempo a jogar com os filhos e incitam tarefas exploratórias de tipo cognitivo e motor, enquanto as mães tendem a adoptar uma posição mais protectora e a inibir em certa medida essa exploração (Lewis & Lamb, 2003);
- os pais adoptam interacções mais curtas, ‘físicas’ e menos previsíveis com bebés, enquanto que as mães tendem a mostrar-se mais adaptadas e moduladas às respostas do bebé (Pruett, 1998);
- pais menos responsivos e com dificuldades particulares em conter as emoções negativas das crianças parecem contribuir para o desenvolvimento de padrões de vinculação insegura-evitante nas crianças; enquanto que mães globalmente menos responsivas parecem contribuir para padrões de vinculação insegura-ambivalente (George et al., 2010; Brown et al., 2012).
- pais e mães adequadamente responsivos parecem contribuir activamente para o desenvolvimento de padrões de vinculação segura, enquanto que um contexto familiar caótico, pautado por uma maior indiferenciação relacional e de papéis sustenta padrões de vinculação desorganizada, compatível com dimensões psicopatológicas mais graves (Soares, 2009).

Os dados da investigação em torno do papel do pai têm vindo igualmente a ser sugestivos da especificidade do vínculo paterno no desenvolvimento infantil, nomeadamente em termos afectivos, morais e sociais. Alguns estudos têm realçado associações entre práticas educativas rígidas, punitivas ou coercivas paternas como particularmente associadas a condutas externalizadas ou comportamentos anti-sociais nos filhos, comparativamente às maternas (Dishion & Patterson, 1999; Deklyen et al., 1998). Outros têm salientado que o fraco envolvimento paterno e interacções afectivas pouco gratificantes se associam a padrões de comportamento disruptivo (Baker & Heller, 1996), a comportamentos sociais negativos preditivos de uma menor aceitação pelos pares (Paley et al., 2000) e a comportamentos de externalização muito precoces

(Ramchandani et al., 2012). Um envolvimento paterno positivo e securizante tem por seu turno sido descrito como associado a baixos níveis de perturbações de externalização e internalização e a mais comportamentos pró-sociais em crianças de ambos os sexos, independentemente do envolvimento materno e do nível sócio-económico (Mosley & Thompson, 1995). Alguma investigação tem igualmente salientado que a depressão paterna se relaciona significativamente com o desenvolvimento de perturbações de internalização (ex.: depressivas) nas crianças (Schacht et al., 2009).

Estes dados da investigação, com uma ponte inegável com a clínica, reforçam a importância da presença paterna, senão sempre real pelo menos simbólica, no desenvolvimento emocional de crianças e adolescentes, detendo uma especificidade na garantia da estruturação da personalidade dos indivíduos e de eventuais síndromes psicopatológicas.

Na ausência emocional do pai, os filhos parecem resistir ao crescer, permanecendo numa certa idealização da figura paterna, o que frequentemente esconde a raiva inerente a sentimentos de abandono e desamparo. Mostram dificuldades em encontrar no meio comunitário modelos a quem se identifiquem, experienciam em média uma maior desadaptação escolar (Horn & Sylvester, 2002), alguns parecem ligar-se em termos sócio-emocionais embora de uma forma relativamente indiferenciada, ficando apegados a um pai imaginário, idealizado, pouco consonante com um pai real, um pai longínquo do diálogo identificatório. A ausência de uma dimensão de paternidade nas suas componentes identificatória e de autoridade deixa as crianças frequentemente expostas às suas transformações corporais e às vivências que vão experimentando, por vezes sentidas como alienantes, sem poder usufruir de um entendedor que as ajude a pensar.

LEI DO PAI E ORGANIZAÇÃO SOCIAL: À PROCURA DE NOVOS SENTIDOS

Sendo a lei paterna possibilitada pela presença de um pai real, mais do que um imaginário, os vários símbolos que compõem a cultura, os códigos sociais e as figuras substitutivas ou as instituições adquirem um papel de relevo no apoio à interiorização do *pai simbólico* junto de crianças que não puderem beneficiar de um pai real suficientemente presente ou organizador.

Não obstante a constatação de que a figura do pai no desenvolvimento harmonioso dos filhos detém uma importância particular, as últimas décadas

continuam a ser férteis numa gradativa desvalorização social do pai, naquilo que este simboliza em termos da introdução de regras e normas e se corporiza nas referências adultas e nas figuras de autoridade. Esta volatilização da autoridade, aparentemente aliciante para o adolescente, põe frequentemente em causa o seu real processo de autonomia, dado que para se individualizar precisa de se assegurar de que há um porto seguro que o contém mas também um outro que o orienta no princípio da realidade, sobretudo quando confrontado (como necessário) com momentos de maior tempestade interna.

Esta desvalorização social parece de certo modo paradoxal com o facto de nunca se ter falado tanto da importância das referências masculinas nos contextos sócio-educativos junto de jovens que não viveram a possibilidade de um vínculo paterno securizante. A recomendação incomensurável de medidas especiais de apoio de tutoria a crianças, sobretudo rapazes, é disso mesmo um exemplo, no sentido de que a sua integração escolar decorra de um modo mais organizado e a dimensão pulsional agressiva possa ser devidamente canalizada para uma aprendizagem e uma socialização estruturantes.

Estar-se-á perante o reconhecimento das reais necessidades desenvolvimentistas das crianças e dos jovens de hoje ou estaremos, num olhar que designaria de sociopsicanalítico, perante uma tentativa de reparação colectiva de uma culpabilidade latente, sentida por uma sociedade cada vez mais intelectualizada mas eventualmente pouco clarividente e cuja organização social em muito privou as suas crianças do pai real?

O refinamento do sistema de protecção a que temos assistido pelo menos nos últimos dez anos parece constituir como que um movimento pré-consciente que as sociedades vão reconhecendo sobre a fragilidade da Lei do Pai, e por conseguinte da precariedade transgeracional da função paterna identificada em muitas famílias. A lei de protecção de crianças e jovens, por exemplo, notoriamente um instrumento muito relevante na garantia da salvaguarda dos direitos das crianças e jovens, agrega códigos sociais que pretendem impor a ordem junto de famílias tendencialmente caóticas, onde os limites intra-familiares impostos pela palavra são escassos porque, naturalmente, também os limites internos dos elementos que as compõem são rudimentares.

Os técnicos de intervenção psicossocial e de saúde mental, as comissões de protecção e os tribunais parecem muitas vezes ser convidados a triangular com as partes saudáveis de algumas famílias, na presença de pais frequentemente auto ou hetero-demitidos, tentando minimizar funcionamentos emaranhados no seio das famílias pela imposição de uma ordem que estruture o desenvolvimento psicológico das crianças. Embora essa intervenção seja fundamental e em muitos casos verdadeiramente determinante, talvez seja lícito questionar em

que medida o sistema social não estará a investir de modo insuficiente os *pais reais* no seu desenvolvimento e formação pessoal, no seu acompanhamento – que, tipicamente, é centrado nas crianças e nas suas mães – e nos espaços que lhes são disponibilizados, para os ouvir e compreender. Não estaremos, como sociedade, a investir mais no *pai simbólico* do que no *pai real*?

CONCLUSÃO

A relevância que a investigação em torno do papel do pai assumiu nos últimos anos parece não apenas enfatizar as particularidades do vínculo paterno no desenvolvimento psicológico, como a sua importância no esclarecimento de dimensões etiológicas das perturbações mentais na infância e na formulação de hipóteses acerca de certas características de funcionamento do adulto. Os contributos recentes, que em muito reforçam o conhecimento clínico prévio nomeadamente de domínios como a psicopatologia do desenvolvimento ou da psicanálise, cooperam com uma visão holística do desenvolvimento humano, enfatizando a importância do pai como o precursor dos *terceiros* à diada fundadora do psiquismo. Num tempo marcado pelo soberbo impulso das neurociências afectivas, a procura da evidência científica ao nível molecular contrasta, porém, com uma ainda inocência explicativa acerca da subjectividade inerente aos fenómenos da vinculação paterna. Talvez a comunidade científica ainda venha a perscrutar sobre os correlatos neurobiológicos de tais experiências, pese embora o nível ‘molecular’ de tais fenómenos, *per se*, nos possa eventualmente dizer pouco sobre a grandeza e longevidade destes processos na singularidade de cada história individual.

BIBLIOGRAFIA

- Allen, S., & Daly, K. (2007). *The effects of father involvement: An updated research summary of the evidence*. Guelph: FIRA, Father Involvement Research Alliance. Disponível em: www.fira.uoguelph.ca
- Anatrella, T. (2004). *Liberdade Destruída*. Estoril: Principia.
- Baker, B.L., & Heller, T.L. (1996). Preschool children with externalizing behaviors: experience of fathers and mothers. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 24(4), 513-532.
- Brown, G.L., Mangelsdorf, S.C., & Neff, C. (2012). Father involvement, paternal sensitivity and father-child attachment security in the first 3 years. *Journal of Family Psychology*, 26(3), 421-430.

- DeKlyen, M., Biernbaum, M., Speltz, L., & Greenberg, M. (1998). Fathers and preschool behaviour problems. *Developmental Psychology, 34*, 264-275.
- Dishion, T.J., & Patterson, G.R. (1999). Model building in developmental psychopathology: A pragmatic approach to understanding and intervention. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 28*(4), 502-512.
- Farate, C. (2001). *O acto de consumo e o gesto que consome – Risco relacional e consumo de drogas no início da adolescência*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Fogel, G., Lane, F., & Liebert, R. (1989). *Psicologia Masculina, novas perspectivas psicanalíticas*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- George, M., Cummings, E., & Davies, P. (2010). Positive aspects of fathering and mothering, and children's attachment in kindergarten. *Early Child Development and Care, 180*(1-2), 107-119.
- Horn, W.F., & Sylvester, T. (2002). *National fatherhood initiative*. (on-line). Disponível em: <http://www.fatherhood.org/>
- Jeammet, N. (1991). *O ódio necessário*. Lisboa: Editorial Estampa.
- Lewis, C., & Lamb, M. (2003). Fathers' influences on children's development: The evidence from two-parent families. *European Journal of Psychology of Education, XVIII*, 211-228.
- Malpique, C. (1998). *A ausência do pai – Estudo sociopsicológico*. Porto: Edições Afrontamento (3ª ed.).
- Mota-Cardoso, R. (2001). Auto-regulação dos sistemas naturais. *Revista Portuguesa de Psicossomática, 3*(2), 39-96.
- Mosley, J., & Thompson, E. (1995). Fathering behavior and child outcomes: The role of race and poverty. In W. Marsiglio, (Ed.), *Fatherhood: Contemporary theory, research, and social policy* (pp. 148-165). Thousand Oaks, CA.
- Ouakinin, S. (2011). Regulação psicobiológica e vulnerabilidade psicossomática. *Revista Portuguesa de Psicossomática, Vol. I On-line*.
- Paley, B., Conger, R.D., & Harold, G.T. (2000). Parents' affect adolescent cognitive representations, and adolescent social development. *Journal of Marriage and Family, 62*(3), 761-776.
- Parke, R.D., & Sawin, D.B. (1997). *The family in early infancy: social interactional and attitudinal analyses*. Presented at the meeting of the Society for Research in Child Development; March 1997. New Orleans, LA.
- Pruett, K. (1998). Role of the Father. *Pediatrics, 102*(5), 1253-1261.
- Ramchandani, P.J., Domoney, J., Sethna, V., Psychogiou, L., Vlachos, H., & Murray, L. (2012). Do early father-infant interactions predict the onset of externalising behaviours in young children? Findings from a longitudinal cohort study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 54*(1), 56-64.
- Schacht, P., Cummings, E., & Davies, P. (2009). Fathering in family context and child adjustment: A longitudinal analysis. *Journal of Family Psychology, 23*(6), 790-797.
- Schore, A. (1994). *Affect regulation and the origin of the self: The neurobiology of emotional development*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.

- Schore, A. (1997). Early organization of the nonlinear right brain and development of a predisposition to psychiatric disorders. *Development and Psychopathology*, 9, 595-631.
- Schore, A. (2000). Attachment and the regulation of the right brain. *Attachment & Human Development*, 1(2), 23-47.
- Soares, I. (2009). *Relações de vinculação ao longo do desenvolvimento: Teoria e avaliação* (2ª ed.). Braga: Psiquilíbrios Edições.
- Trevarthen, C. (1993). The self born in intersubjectivity: The psychology of an infant communicating. In U. Neisser (Ed.), *The perceived self: Ecological and interpersonal sources of self-knowledge* (pp. 121-173). New York: Cambridge University Press.
- Trevarthen, C., Aitken, K. J., Vandekerckhove, M., Delafield-Butt, J., & Nagy, E. (2006). Collaborative regulations of vitality in early childhood: Stress in intimate relationships and postnatal psychopathology. In D. Cicchetti D.J. & Cohen (Eds.), *Developmental Psychopathology, Volume 2: Developmental Neuroscience* (2nd ed., pp. 65-126). New York: Wileys.
- Yu, C.Y., Hung, C.H., Chan, T.F., Yeh, C.H., & Lai, C.Y. (2012). Prenatal predictors for father-infant attachment after childbirth. *Journal of Clinical Nursing*, 21(11-12), 1577-1583.

ABSTRACT

Despite the mother-infant dyad constitutes a nuclear dimension of human development in its multiple determinants, the growing interest on the role of fathers in research points the importance of this figure, evoking concepts that, to some extent, psychoanalytic theories formulated earlier. We discuss recent outcomes concerning particularities observed in parent-infant interactions and its relevance both to the identity construction and the risk for developing disorders of emotional regulation. It is also discussed the importance of the 'law of the father' as a symbolic instance for structuring the psychological development of children and adolescents, carried out in the presence of a real father, and how the social system has been evolved in an attempt to ensure this co-founder of the mind.

Key-words: Father. Attachment. Mother figure. Development. Law of the Father.

PSICOSE INAUGURAL NA ADOLESCÊNCIA: UM CASO CLÍNICO – A QUESTÃO DA IDENTIDADE E CONTORNOS DIAGNÓSTICOS

Maria Garrido Campeão Moura *

Discussão diagnóstica sindromática e compreensiva de um caso de psicose inaugural na adolescência. Pretende-se dar enfoque às questões identitárias, como cerne do processo psicótico, pela falência de integração psíquica. Apontam-se características semiológicas para melhor discernimento das psicoses afectivas e esquizofrénicas.

RESUMO

Emergem muitas questões no despoletar do primeiro episódio psicótico e da sua relação com a adolescência, fase em que a consolidação da Identidade é uma das mais importantes aquisições. Nesse sentido, dar-se-á enfoque às questões identitárias na sua relação com a vulnerabilidade psicopatológica. Acresce essencial tentar discriminar o significado da expressão fenomenológica da psicose

Pretende-se ilustrar, a propósito de um caso clínico de um adolescente com 15 anos, com um episódio psicótico inaugural – e internado num Serviço de Pedopsiquiatria –, as características fenomenológicas do processo psicótico, nomeadamente no que concerne aos três distúrbios básicos do quadro psicótico (Perturbação da Actividade do Ego, perda dos limites do Eu e Fragmentação do Ego).

Levantam-se varias questões no que concerne à discussão diagnóstica em relação ao quadro subjacente, numa perspectiva descritiva e, paralelamente, numa perspectiva mais compreensiva do quadro, onde se explanam as questões em torno da identidade. Cada vez mais será essencial a integração de aspectos biológicos e ambientais com fim a uma psiquiatria compreensiva.

Palavras-chave: Adolescência. Identidade. Psicose inaugural. Depressão. Self.

* Interna de Pedopsiquiatria do HDE-CHLC (Hospital Dona Estefânia – Centro Hospitalar Lisboa Central).

DEBATE TEÓRICO

«A distorção do processo comunicacional produz, possivelmente, uma deficiência na nutrição psicobiológica, que por sua vez agrava a efemeridade hereditária e é congruente com ela»¹. (Benedeti, 1987)

Identidade

O conceito de identidade relaciona-se com a consciência reflexiva ligada ao reconhecimento de si². Compreende a *representação* do Eu estruturada numa *continuidade* temporal³. A construção da identidade é um fenómeno progressivo, procedente das *identificações realizadas ao longo do desenvolvimento infantil*⁴. A interação com o outro providencia o contexto onde o *Self* pode encontrar coerência e significado⁵. Meltzer (1973) acentua que a construção da identidade não pode existir se isolada do mundo objectal⁶. É através do elo relacional que surge a sensação de um *Self* coerente, porém capaz de flexibilidade e autonomia em relação à categorização atribuída pelos outros⁷.

Nesta diferenciação progressiva haverá um enriquecimento sucessivo com uma «*Síntese integrativa*»⁸ que se vai operar no decurso da adolescência. Nesta fase haverá uma “rejeição parcial” das identificações anteriores e uma procura de novos objetos de identificação. Para Erikson (1980) o desafio da adolescência consiste na *formação da identidade adulta*, e resulta da maturação biológica, das expectativas culturais e das pressões sociais. Inscrita no estádio psicossocial da adolescência – a “*crise de identidade*” envolverá a criação de «um sentido de *unidade*» que se vai tornando *consistente* ao longo do tempo^{9/10}. Na opinião de Erikson, o fracasso na formação de uma consciência do Eu, forte e coerente, durante a adolescência, tem como consequência uma *identidade difusa* – onde o sujeito tenta desempenhar alguns papéis sociais, abandonando-os rapidamente⁹. Pode ainda ocorrer uma *identidade negativa*, baseada em todas as identificações e papéis que, em estados críticos do desenvolvimento, foram vivenciados como indesejáveis e perigosos¹⁰.

A *identidade sexual* representa um aspecto fundamental da construção da Identidade. Segundo alguns autores, a identidade sexual consiste na integração de três aspectos: o core da identidade de género, termo apadrinhado por Stoller (1968) e que diz respeito ao aceitar ter genitais referentes ao seu género; o papel do género (comportamento relacional de acordo com o seu género) e orientação sexual (escolha do género do objecto)^{15/16}. Blos (1979) refere como tarefa inerente da adolescência uma reformulação de componentes homos-

sexuais da sexualidade⁵. Embora, as fantasias sexuais que determinam a orientação sexual estejam atuantes na infância tardia (Herdt & McClintock, 2000)¹³.

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

Psicose na adolescência e a (des)organização psíquica

Para alguns autores a *vulnerabilidade* a patologias várias poderá estar relacionada com a *fragilidade da identidade* (Laufer, 1989¹⁴; Benedetti, 1987¹; C. Matos, 2002¹⁵). Laufer – colocando o enfoque na maturação corporal pubertária e na dificuldade de integração de uma identidade sexual – refere a possibilidade da ocorrência, nesta fase, de uma ruptura no processo desenvolvimental à qual chamou “*Breakdown*”¹⁴.

Para Benedetti, a psicose emerge em *momentos chave* da história pessoal do indivíduo, quando se devem assumir novas tarefas e responsabilidades e se perde o suporte de segurança e dependência próprios da infância¹⁶.

A psicose pode funcionar como escape, em que a construção de uma história e identidade alternativa surge como substituta de uma situação incomportável. Estes sintomas psicóticos podem ser o último recurso de prevenir o colapso da narrativa identitária (Holma & Aaltonen, 1995)¹⁷. Porém, sendo uma forma destrutiva de lidar com o sofrimento mental – à custa de um isolamento progressivo e da destruição da identidade pessoal, resultando num caos ao nível das percepções¹⁸. É de realçar que a vivência subliminar de uma identidade diferente «domina a experiência subjectiva do doente psicótico» (C. Matos, 2002)¹⁵.

Tanto na fase inicial da psicose, como na fase prodrómica há um sentimento de que o *Self já não satura a experiência*, mas que se encontra alienado desta. Estudos recentes referem-se a uma “*agnosia auto-noética*” como a dificuldade de identificar eventos gerados pelo *Self*. Como uma das funções do Ego é a consciência do *Self*¹⁹, a patologia do Ego é descrita como estando na base da psicose, pelo *defeito na integração psíquica*^{1/16}. Assim há uma perda da normal relação do Ego com o aparelho perceptivo, ou seja, aquilo que permite a ligação à realidade¹.

A incapacidade do Ego integrar as percepções, como suas, leva à sensação de uma *percepção com “actividade própria”*. As novas percepções, em vez de se ligarem às do passado e serem armazenadas em traços mnésicos, irão

contribuir para uma *desorganização dos traços de memória prévios*. Assim, *a identidade própria modifica-se*, e o mundo interno torna-se desconhecido, dentro do seu cenário de descontinuidade temporal. Benedetti (1987) enfatiza a angústia de fragmentação do doente psicótico, como sentindo-se «um observador passivo de fragmentos autónomos do Ego»¹.

A psicose causa a *deformação da experiência* que corrompe «a imago do mundo objectivo»⁴. O Ego é invadido pelo inconsciente e, assim, emerge o processo primário que envolve a ausência da negação ou dúvida, a indiferença em relação à realidade e o primado do princípio do prazer¹⁸.

Na psicose a destruição do significado poderá ser vista como uma forma de ataque das funções de aprendizagem da experiência emocional. Gera-se a dependência de um sistema onipotente parasitário da produção da mente. Assim, emergem os *delírios*, como representações que correspondem a esforços cognitivos para dar sentido a experiências emocionais distorcidas e aberrantes. O pensando torna-se um “mecanismo de controlo mágico perdendo o aspecto comunicacional” (Bleuler, 1911)¹⁹.

Análise da Identidade como ferramenta no diagnóstico da Psicose Inaugural?

Alguns estudos apontam a dificuldade do diagnóstico aquando de um episódio psicótico inaugural. Quando se tenta diferenciar as psicoses esquizofrénicas e bipolares tendo em conta a questão da identidade, apura-se que o desenvolvimento da identidade (de acordo com estádios de Erikson) é menor na esquizofrenia. Os doentes com uma perturbação afectiva não parecem ter tanta dificuldade na consolidação da identidade, nomeadamente ao nível da identidade sexual.

Outras características que devem ser tidas em linha de conta dizem respeito ao facto de a esquizofrenia estar associada ao aumento dos níveis de alterações na experiência de auto-conhecimento, articulação com a função pré-reflexiva do Eu e experiência perceptual, quando comparada com a psicose afectiva. As alterações qualitativas no auto-conhecimento parecem ser dominantes nas fases prodrómicas. Poderão assim constituir-se enquanto características fenomenológicas da esquizofrenia²⁰.

A vulnerabilidade do jovem pré-esquizofrénico teria uma consequência no mau desempenho das fases chave do desenvolvimento da identidade sexual; pela sensibilidade e temor fase ao objecto, pelas necessidades excessivas de dependência, pelas suas tendências regressivas e de isolamento e pelos problemas de empatia e ambivalência afectiva. Surgem assim os temores a

respeito da própria orientação sexual do tipo homossexual, aumentando o isolamento e favorecendo a despersonalização. Paralelamente vai-se operando uma perda do sentido do Eu e uma difusão da identidade pessoal. Porque a questão central é a incapacidade de desenvolver uma identidade sexual segura, que não ameace a integridade interna (independentemente da orientação sexual).

CASO CLÍNICO

Adolescente do sexo masculino (P.) com 15 anos, natural do Peru, residente em Portugal, com a mãe e o padrasto, desde há 5 anos (com meio-irmão materno de 2 anos). Frequenta o 10º ano da área de ciências. O P. esteve no Peru até aos 11 anos; mãe tinha vindo 1 ano antes, com o companheiro com quem está há 10 anos. O P., na altura, ficou com os avós maternos.

Internado numa Unidade de Pedopsiquiatria por episódio psicótico inaugural. Um mês antes do internamento apura-se uma mudança no relacionamento entre Mãe e o P. (havia muitos conflitos previamente). Esta mudança é referida na sequência de intoxicação alcoólica aguda em bar de “karaoke” que ele frequentava regularmente (desde os 13 anos), mas não ingerindo álcool até então. Foram negados consumos de tóxicos. Desde então, o P. passou a ser muito carinhoso para a mãe, *sem capacidade de dormir sozinho, muito ansioso, com hipercinésia, descrição de uma inquietação marcada, com insónia quase total* (anteriormente com inversão do ritmo do sono), *quadro de obstipação, anorexia e emagrecimento com perda de peso* (que não sabe quantificar).

Concomitantemente, e segundo informação de familiares, inicia um discurso com temáticas auto-punitivas, *alucinações auditivo verbais* na forma de *comentários depreciativos* «*anda pela casa, chora e “ouve vozes” que lhe perguntam o que anda cá a fazer, que mais vale que morra, mandam-no voltar para a sua terra*»; «*dizia que ouvia vozes, que a destruição do mundo era culpa dele*». *Comportamentos desorganizados* «*pegava num isqueiro, pegava nas facas a remexer... nunca fez ameaças, verbalizava que tinha uma coisa na mente dele, dizia que ouvia vozes que diziam que ia morrer queimado*». Sentimento subjetivo de dificuldades de realização «*dizia que não conseguia assimilar os conhecimentos da sala de aulas*». Iniciando um quadro de recusa escolar. Pensamentos ruminantes em torno de eventos do passado «*olhava para o irmão e pedia perdão por ter levantado a mão à Mãe durante a gravidez*». Transparece um quadro de *culpabilidade* em que o P. pedia frequentemente perdão, à Mãe, pelas discussões que tinham.

Ficou 2 semanas em casa, começou a ir à igreja evangélica, e inicia um discurso autocrítico «você é um anjo mau, não tem mais perdão» com um pedido de desculpa recorrente. Melhoria espontânea e regresso à escola durante uma semana (cerca de 15 dias depois do início do quadro). Entretanto teve uma amigdalite (tratada com *cefuroxina* 500 mg 12/12h), que interrompeu ao fim de 2 dias, por ideias persecutórias «estão-me a matar». Novo quadro de descompensação delirante (24 dias depois do episódio inaugural) tendo, entretanto, entrado de férias. Insónia total e anorexia. Terá verbalizado *ideação suicida* «vou enforcar-me, cortar os pulsos, quero não voltar a sentir».

Antes do internamento sem aparentes problemas de comportamento nem de socialização fora da família, excepto oposição em relação à Mãe. Bom aluno, frequentava o 10º ano – área de ciências – muito competitivo com as notas, desde entrada no 10º ano. O P. cantava numa banda de rock, era delegado de turma, mas a mãe refere que não estaria muito integrado na turma, preferindo fazer os trabalhos de modo individual.

Apura-se, contudo, um aparente *isolamento* progressivo no último ano, que o P. associa com algum grau de desconfiança em relação aos outros. Com alterações do ciclo do sono: dormia entre as 14h-21h e as 4h-7h. Este padrão de sono iniciou-se em aparente registo de oposição com a mãe. Na altura a mãe trabalhava das 8h-24h referindo uma desautorização progressiva do P. em relação a si: «ele não me ouve, não me obedece, não me respeita». No período estival (4 meses antes) terá havido uma situação recorrente de contactos sexuais com uns primos (12 e 11 anos), sendo que o P. sentirá tê-los coagido, com intenso sentimento de culpabilidade actual. Apura-se igualmente, aos 13 anos, uma relação muito próxima com irmão do padrasto (na altura com 19 anos), onde terão havido contactos sexuais (temporalmente coincidindo com o nascimento do irmão).

Não se apuram sintomas de patologia depressiva expressa, previamente ao quadro psicótico (foi negado humor depressivo, anedonia, desinteresse pelas actividades habituais ou perda do rendimento escolar); nem sintomatologia maniforme (como elação do humor ou oscilação do humor, desinibição, pressão do discurso ou aumento da energia).

Antecedentes Pessoais

Gravidez não planeada (19 anos). Parto de termo eutócico. Sem alterações psicomotoras. Amamentação até aos 4 anos.

Descrição de dificuldade em aceitar a frustração verbalizando «eu não gosto de você, vou fugir e ficar na rua». Descrito como um menino reservado «sempre

pouco falador, com pouca vontade de sair, mas muito gostado por todos». Sem amigos preferenciais. Em criança com interesses restritos sugestivos de colagem aos adultos «não pedia brinquedos, mas livros e roupas». Posteriormente, períodos de comportamento maispositor, que a família associa à vinda da Mãe para Portugal (quando o P. tinha 10 anos). Sempre com óptimas notas. Interrompeu o 6º ano no Peru e retomou cá com boa integração e com amigos.

Descrita exacerbação do *comportamento de oposição*, aquando da vinda para Portugal (11 anos) – 3 meses após início das aulas houve um agravamento dos comportamentos «o meu filho era terrível, conseguia distrair a turma toda, só ele é que não se prejudicava», na altura grande conflituosidade Mãe/ P., em que a mãe referia «assim vou mandar-te para o Peru». Chegou a ter três episódios de hetero-agressividade física com a Mãe. Descrito como uma criança que desafiava a autoridade «não trouxe o livro porque não me apetece»; «ele é que mandava, estava tipo chefe da casa, perdi o pulso com o P.»; «dizia que não gosta do não», situação que se prolongou por dois anos, tornando-se progressivamente mais ténue e circunscrita à relação familiar. A Mãe entraria também numa situação de conflituosidade directa com o P. e associa a melhoria do comportamento ao nascimento do irmão e ao facto de uma desistência, da sua parte, na colocação de regras. A partir do 7º ano melhorou o comportamento na escola.

Antecedentes Familiares

Apura-se situação de grande conflituosidade do casal parental, previamente ao nascimento do P., com pouca estruturação do ambiente familiar. Separação do pai quando o P. tinha 4 anos. Os Pais viviam com os avós maternos, que são figuras de referência para o P. Sentimento na Mãe de P. de falta de suporte afectivo: «o pai saía e sumia e eu ficava em casa a chorar». Durante o período precoce de P. a Mãe teve quadro depressivo.

Dos antecedentes psicopatológicos na família, a mãe refere história de suicídio de dois primos do seu pai e descreve um Bisavô materno com quadro compatível com esquizofrenia. Desconhece patologia psiquiátrica na família do pai do P. Mãe com história de depressão pós-parto na última gravidez.

Observação Psiquiátrica (Durante a primeira semana do Internamento)

Adolescente com idade aparente coincidente com a real, com *ansiedade* marcada, colaborante, contacto ligeiramente *desconfiado*, orientado nas quatro referências e com humor depressivo. Discurso, por vezes, ligeiramente

desorganizado com fenómenos de afrouxamento associativo. Pensamento lentificado e circunstanciado, com *bloqueios do pensamento*. Apura-se uma *auto-relação com desconfiança de terceiros* e ideias de conteúdo *persecutório* «acho que me querem matar pelo que fiz, que posso ser preso», «penso que me vão matar»; Ideias delirantes de *culpa e retaliação* «julgava o mundo todo... sempre mandava as pessoas abaixo, comecei a sentir nojo de mim mesmo; acho que me querem matar pelo que fiz»; Ideias ruminantes em torno de aspectos da *sexualidade* com um componente auto-depreciativo «eu sempre julguei os Gay e no fundo também sou, não sei, na noite do Karaoke dancei à gay, estava à vontade... eu acho que sou homossexual»; «já tive que inventar que tinha uma namorada, para não desiludir a minha Mãe» e *ideias delirantes hipocôndricas* em torno da morte «achei que tinha uma doença, que podia morrer». Apuram-se ilusões visuais hipnagógicas «à noite vejo umas sombras, não sei se são bruxas?!». Apresentava *perda dos limites do Eu* com fenómenos de aparente alteração da posse do pensamento (inserção do pensamento): «Penso que controlam os meus movimentos e que colocam um chip nos meus pensamentos». Com experiências de *passividade* «senti que estavam a controlar o que estava a fazer na Play Station, controlavam o movimento do comando»; Alteração da actividade do Eu com sentimento de *Despersonalização* «parece que perdi a minha identidade, eu me olho no espelho e não sei quem sou»; «parece que não tenho voz, acho que me fizeram vodu»; *Desrealização* «parece que vai acontecer alguma coisa, quando olho lá para fora parece que o mundo está a acabar... está diferente». Inicialmente com Crítica parcial «Se calhar fui mordido por um vampiro... não sei, é muito confuso, parece que é por causa da depressão que apanhei!».

Durante o internamento foram realizados:

Avaliação analítica geral com estudo metabólico e serológico e com pesquisa de tóxicos que foi negativa; EEG e RM-CE: sem alterações significativas; e Avaliação psicológica.

Por manutenção do quadro delirante, foi feita pesquisa do TASO que se encontrava ligeiramente elevado, mas com agravamento relativo do valor. Nesse sentido, foi prescrita penicilina benzatínica 120000U, em adição à terapêutica psicofarmacológica.

O P. teve alta ao fim de um mês e meio de Internamento, melhorado, com indicação para manter terapêutica psicofarmacológica (com anti-psicótico, estabilizador do humor e ansiolítico) e iniciar acompanhamento Pedopsiquiátrico e integração no Hospital de Dia. Posteriormente foi promovido o regresso à Escola (ao fim de duas semanas).

DISCUSSÃO

Discussão do Caso – Hipóteses Diagnósticas

Este caso levanta numerosas questões a nível do diagnóstico subjacente. No início da avaliação é premente o despiste de uma causa orgânica subjacente ao quadro psicótico. No P. foi feita um exclusão de patologia orgânica (nomeadamente epilepsia do lobo temporal, tumores cerebrais, abuso de substâncias e erros inatos do metabolismo)²¹, permanecendo apenas a aparente susceptibilidade imulógica à infecção estreptococia. Até à data não parecem existir dados que suportem a associação entre PANDAS (paediatric autoimmune neuropsychiatric disorder associated with streptococcos) e Psicose²². Um outro aspecto prende-se com a aparente recorrência do quadro, que poderá ter sido facilitada pela cefuroxima, havendo um caso descrito, não obstante esse ter sido reversível com a paragem do antibiótico²³.

Cada vez mais surgem estudos de neuroimunologia que levantam muitas questões na ligação entre o sistema imune e a psicopatologia. Sabe-se que o sistema imune é mais susceptível a influência extrínseca do que previamente se pensava²⁴. Reforça-se a relação entre o estado psicopatológico, o cérebro e a activação imune (Dantzer, 2001; Maier, 2003)²⁵. As relações parecem bidireccionais. As alterações imunológicas associadas com a psicopatologia parecem traduzir-se pela inibição de certos tipos de resposta imune e aumento de alguns aspectos da imunidade inata e inflamação²⁵. Estudos recentes sugerem que há uma alteração do balanço entre os factores de protecção neuronal como o BDNF e a inflamação, que por sua vez regula factores apoptóticos e a manutenção neuronal, como possíveis contribuidores do desenvolvimento da psicose e as anomalias estruturais subsequentes²⁶.

Outra situação que se tem que excluir é a Perturbação Aguda de Stress. Contudo, nesta, para além de ocorrerem taxas menores de alterações do pensamento e de comportamento psicótico bizarro, não fazem parte, das características diagnósticas, os sintomas produtivos psicóticos²⁷. Não obstante, numa perspectiva desenvolvimental, este episódio poderia traduzir o fenómeno de *Breakdown*, descrito por Laufer (1997), com uma perda de contacto com a vida mental do próprio, com consequências que podem chegar a um quadro psicótico²⁸. Nesta entidade as questões da dificuldade de integração da identidade têm primazia. No caso de P. as questões em torno da identidade sexual, nomeadamente ao nível da orientação sexual, parecem prementes. Este aspecto deve ter sido em conta, não obstante estarmos perante uma situação clinica que parece ser mais abrangente. Não se deve negligenciar que as experiências sexuais

precoces poderão ter tido impacto e significância no desenvolvimento de P.. Enquanto a natureza destas experiências é incerta, a idade precoce de P. leva à questão do possível trauma causado por estas experiências. De facto, a psicose pode emergir quando há antecedentes de abuso²⁹.

A diferenciação entre os dois grupos principais de psicoses (afectivas/ esquizofrénicas) é essencial no aprofundar da discussão diagnóstica do caso.

Diagnostico Diferencial entre psicoses esquizofrénicas e afectivas

É referido que 50% das crianças originalmente diagnosticadas como tendo esquizofrenia têm ou uma perturbação bipolar (PB) ou uma perturbação esquizo-afectiva, no *follow-up*³⁰.

O pródromo da esquizofrénica é similar ao da perturbação bipolar aguda, em termos dos problemas do sono, irritabilidade e depressão. Alguns elementos podem ajudar a diferenciar as psicoses afectivas e esquizofrénicas. O desenvolvimento de um episódio psicótico é também muito importante no diagnóstico diferencial.

Rutter (2008) aponta como melhor discriminador de psicose esquizofrénica o início insidioso e a presença de sintomas negativos³¹. Nas psicoses esquizofrénicas há maiores taxas de sintomas negativos e disfunção pré-mórbida. A diferença é notória na relação interpares, com perda social e avolição associadas ao pródromo da esquizofrenia. O indivíduo esquizotípico demonstra perturbações na identidade e comunicação, desconfiança, pensamento mágico (clarividência, superstição), ansiedade social, hipersensibilidade ao criticismo e isolamento social (Spitzer & Endicott, 1979), muitas vezes com comportamento agressivo³¹. Adicionalmente há uma maior tendência a um impacto crónico, mesmo nas fases residuais. No caso de P., antes do episódio psicótico, não há evidência de problemas comportamentais e de socialização evidentes com os pares, como se vê no pródromo da esquizofrenia. Embora, na avaliação do presente episódio psicótico se deva analisar este diagnóstico.

No caso de P., devido à questão temporal, poderíamos colocar a hipótese da perturbação esquizofreniforme (1-6 meses), baseando-nos na presença de ideias delirantes, alucinações e discurso desorganizado. Porém, e de acordo com o critério D da DSM-IV-TR, este diagnóstico exige a Exclusão de Perturbação Esquizoafectiva ou da linha do humor. No caso de P. estão presentes sintomas da linha depressiva.

A questão da Perturbação Esquizoafectiva também surge como hipótese pertinente – Síndrome em que sintomas de humor e psicóticos surgem juntos numa forma cónica. Alguns aspectos de estudos genéticos sugerem que os

subtipos deprimidos, de P. Esquizoafectiva estão agregados a famílias com esquizofrenia, e podem representar uma apresentação suave de esquizofrenia³⁴. O dano funcional é usualmente menos marcado. Por contraste, os subtipos bipolares preferencialmente estão agregados a doença bipolar na família, e podem ser vistos como uma variedade mais severa da doença bipolar. Porém, para este diagnóstico, tem que haver um intervalo com sintomatologia psicótica, na ausência de sintomas do humor proeminentes. No caso do P. o humor depressivo permaneceu uma constante. Podemos questionar-nos da possível existência de sintomas negativos que pudessem ser confundentes com o humor depressivo, contudo, um dado contra esta possibilidade é o facto de P. apresentar uma manutenção dos afectos.

O episódio psicótico de P. parece corresponder a uma psicose afectiva. Os sintomas corroboram um episódio depressivo major: humor deprimido, perda de peso e anorexia, insónia, agitação, sentimentos de culpa e ideação suicida. Após o exposto, o caso do P. parece enquadrar-se numa Depressão Psicótica com ideias delirantes de culpa, destruição e somáticas. Embora não se encontre um funcionamento pré-mórbido da linha afectiva, o P. Sempre teve como sintomas progressos uma irritabilidade, baixa tolerância à frustração, explosões de zanga, que podem inscrever-se como manifestação de um quadro depressivo.

O P. não tem critérios, até à data, para episódio hipomaniaco/maníaco. Porém, os casos com Depressão psicótica têm sido associados com uma história familiar de depressão bipolar ou psicótica (Haley et al., 1988; Strober et al., 1993)³³, depressão mais severa, maior morbidade, resistência à monoterapia com antidepressivos, e um mais notável risco de perturbação bipolar (Strober & Carlson, 1982)³³. Nesse sentido, poderemos estar perante numa situação de depressão bipolar, que só a avaliação longitudinal poderá elucidar.

Depressão Unipolar ou Bipolar?!

Estudos recentes têm vindo a tentar discriminar características que permitam uma melhor distinção de depressões unipolares ou bipolares. Os sintomas mais comuns durante um episódio depressivo major entre sujeitos com PB incluem agitação, ideação suicida, sintomas de ansiedade e irritabilidade. Um outro aspecto é que a presença de agitação e irritabilidade durante o período depressivo pode refletir a presença de sintomas maniformes subclínicos (Angst et al., 2009)³⁶. Podemos também pesquisar sintomas de depressão atípicos de hipersónia e hiperfagia, porém nem sempre presentes nos casos de depressão bipolar, parecendo mais comuns no subtipo II da PB ou durante episódios depressivos ligeiros (Akiskal & Benazzi, 2006; Brugue et al., 2008)³⁴.

O P. durante o quadro depressivo tinha um humor depressivo e não irritável, porém eram notórios sintomas de agitação, ideação suicida e ansiedade, mas concomitantes com os sintomas psicóticos, pelo que os torna difícil de valorizar no contexto diferencial entre uma depressão bipolar ou unipolar.

Olhando para a história pregressa de P. podemos tentar analisar sintomas pródromicos da PB. Os estudos de revisão sobre a fase prodrômica da PB apontam como sintomas comuns na infância: a irritabilidade com momentos explosivos de zanga, impulsividade, episódios de comportamento mais disruptivo com agressividade, alterações do humor e sono, hiperatividade e ansiedade. A elação do humor e aumento de energia podem também estar presentes³⁵. A ansiedade na infância parece ser um grande preditor de desenvolvimento de PB, surgindo a irritabilidade como importante componente discriminador mais precoce³³. Contudo ainda constitui um grande desafio delimitar a PB na infância. Na história pregressa do P. surgem sintomas opositivos de agressividade e irritabilidade, mas não são descritos nenhuns sintomas de hiperactividade, ansiedade ou oscilação do humor³⁶.

Já em adolescentes, as características clínicas associadas com a PB incluem: número elevado de episódios depressivo, idade precoce de um 1º episódio depressivo, história de perturbação de ansiedade, abuso de substância e tentativa de suicídio. Akissal (1981) nota que na PB há irregularidades no rendimento escolar³⁵. Acentua que estes adolescentes têm dificuldade em estar sós e descrevem, muitas vezes, um sentimento crónico de vazio³⁶. Há um padrão mais cíclico de doença. No caso de P. não há evidência óbvia de precedentes psicopatológicos.

Preconiza-se uma avaliação estrita dos critérios diagnósticos com reavaliações periódicas ao longo do tempo, para melhorar a acurácia diagnóstica²⁷. Note-se que a remissão completa do 1º episódio psicótico dentro de 6 meses após início do quadro é o melhor preditor de psicose afectiva (Hollis, 1999)¹¹.

Discussão do caso – A Questão da Identidade

O P. inicia um quadro agudo de natureza delirante com características hipocondríacas. Segundo Marcelli (2005)³⁷, as angústias hipocondríacas traduziriam uma fragilidade da vivência corporal, pelo corpo em transformação ou uma ameaça de fragmentação. No P. emerge o fenómeno de despersonalização de modo muito explícito: «parece que perdi a minha identidade, eu me olho no espelho e não sei quem sou».

Na avaliação do estado mental de P. podemos notar a perda de capacidade de auto-observação e de consciência da actividade mental e dos processos

mentais do próprio¹⁸. A falha de integração Egóica leva a que tanto os instintos como as funções superegóicas sejam percebidas como forças externas ao *Self*, levando a estranheza quanto à intencionalidade própria. Este aspecto pode conduzir às chamadas experiências de passividade¹⁸.

De acordo com Jasper (1913) há diferentes modos do *Self* ser consciente de si: *actividade do Self, unidade e continuidade* da identidade do *Self* ao longo do tempo e *distinção* entre o *Self* e o mundo exterior³⁸. Schneider reforça que é a consciência de actividade do *Self* que está perturbada na psicose, expressando-se na forma de *despersonalização*³⁸. Nesta, ocorre uma destruturação do *Self* corporal (da representação do corpo) que se acompanha, na maioria das vezes, de desrealização, uma vez que se perde o referencial da experiência³⁹. No extremo, o *Self* aliena-se do mundo de relação assim como do seu próprio corpo. Alguns autores reforçam a noção de uma “insegurança ontológica”, como falha da experiência de existir para si próprio, levando a um sentimento de “insubstancialidade”⁷.

As relações do P. com colegas num registo de alguma competitividade, e sem amigos preferenciais, serão um factor agravante. O grupo e «os processos sociais favorecem, através da realização, a diminuição gradual da clivagem, o declínio da onipotência e a diminuição da angústia de perseguição» (D. Meltzer, 1977)³⁷. O adolescente sentir-se-á cada vez mais “idêntico a si próprio”, se sentir que «as suas partes projectadas no grupo são aceites e metabolizadas»³.

A questão da temática recorrente em torno das dúvidas acerca da sexualidade sublinham dúvidas mais abrangentes em torno da identidade. O P. teve experiências sexuais de natureza homossexual. Apura-se uma relação temporal das primeiras experiências sexuais com o nascimento do irmão. Este facto poderá, em parte, revelar um lado mais carencial, com um possível reacender de sentimentos de abandono, que poderão ter vulnerabilizado o P. na necessidade de procurar uma forma sexual de conforto afectivo.

Erikson acentua que muito do jogo sexual que antecede uma relação sentimental pertence à busca da própria identidade. Tanto a fase da formação da identidade como da intimidade se relacionam com a consolidação da identidade, podendo representar um risco na emergência psicótica¹⁶. Sullivan acentua como traço vulnerabilizante desta fase, a transição da eleição objectal homossexual para a heterossexual¹¹.

Pensar na sexualidade numa perspectiva desenvolvimental leva a um olhar alargado sobre o desenvolvimento da identidade de género e das relações familiares.

Uma perspectiva psicodinâmica clássica sugere que para um rapaz poder assumir a sua identidade sexual precisa de mudar a sua identificação primária com a Mãe para o Pai. Segundo Greenson (1968), a capacidade do rapaz se des-identificar com a Mãe determina o sucesso ou falha na identificação posterior com o Pai. A relação positiva com o pai numa fase pré-edípica será facilitadora da des-identificação inicial com a Mãe¹⁶. Note-se que quanto mais forte for o laço simbiótico com a Mãe, maior a dificuldade do desencadear da sua autonomia em relação à Mãe e maior a inabilidade de se identificar ao seu Pai.

Este processo torna-se mais difícil quando o Pai surge como uma figura desvalorizada, ausente, objecto de escárnio materno, ou como modelo masculino inadequado. De salientar, que o risco advém, em grande medida, do lugar que o Pai ocupa na representação mental da Mãe. Na situação do P., nos primeiros anos, podemos pensar acerca do eventual papel desempenhado por estes aspectos. É importante referir que uma ausência real do Pai não implica uma ausência da representação que a criança constrói¹⁶.

Um outro aspecto referido por Mc Dougall é que a escolha homossexual estará em parte ligada à interpretação do discurso parental relacionado com a vinculação ao “diferente”, assim como ao modelo do casal parental que a criança apreende¹⁶. Porém, a escolha sexual final e decisiva é feita na adolescência, quando os problemas da bissexualidade e narcisismo emergem (Blos, 1962)⁴⁰.

Para alguns autores psicodinâmicos contemporâneos é essencial integrar o papel de aspectos biológicos e genéticos neste complexo assunto (Friedman & Downey, 2008)⁴¹. Note-se que importantes diferenças no comportamento são atribuídas a uma diferenciação sexual ao nível do cérebro (Friedman, Richart, & Vande Wiele, 1974; Maccoby, 1998; Maccoby & Jacklin, 1974)⁴², algumas das quais no período pré-natal sobre influência da testosterona (Thorne, 1993)⁴². Deve-se eventualmente considerar a influência hormonal nos processos de internalização. Para além de um enfoque a nível individual, é também necessário entender o comportamento ao nível do grupo. Numa forma consciente as motivações humanas são organizadas pela construção de narrativas, que incluem o género, e funcionam como mapas mentais para as relações. Mais tarde, durante a infância tardia e adolescência precoce, no sexo masculino, o início de fantasias eróticas conscientes tende a ocorrer (Herdt & McClintock, 2000). Estas imagens associadas com o despertar sexual (fantasias que determinam a orientação sexual) são parte da narrativa erótica internalizada (Person, 1995; Stoler, 1975a, 1976, 1979b)⁴². Uma vez estabelecidas, estas fantasias tendem a permanecer mais ao menos constantes ao longo da vida (Baumeister, 2000)⁴², predominantemente no género masculino.

No P. as questões em torno da identidade parecem inscrever-se numa culpabilidade depressiva. No discurso de P. predomina a culpa pela crítica do outro e um sentimento de inferioridade pela orientação sexual incipiente. Nesse sentido, talvez o mais premente não seja o temor em relação ao vivenciar de desejos homossexuais, mas o receio de não ser aceite e as incertezas quanto aos seus desejos e afectos, numa tentativa de integração e estabilização identitária.

CONCLUSÃO

Na adolescência há todo um processo de maturação cerebral e desenvolvimento psicológico que levanta muitas questões quanto à evolução posterior do quadro de psicose inaugural, e eventual enquadramento em patologia do espectro esquizofrénico ou afectivo.

O caso descrito parece enquadrar-se numa Psicose afectiva – PDM com sintomas psicóticos (DSM-IV-TR). Porém, só a evolução permitirá mais certezas diagnósticas. A questão de identidade surgiu como importante temática no discurso do jovem do caso apresentado, traduzindo a fragilidade do Eu no processo psicótico. Nesse sentido, seria importante avaliar a posterior integração e possível consolidação da sua identidade, como forma de ajudar na clarificação diagnóstica e no prognóstico. De acordo com estudos recentes, a dificuldade maior numa identidade íntegra estará mais associada às psicoses esquizofrénicas que às afectivas.

A identidade assim como o seu desenvolvimento parecem ser relevantes para a descrição, compreensão e diferenciação em psicopatologia, diagnóstico e terapêutica, numa perspectiva da psiquiatria compreensiva¹¹.

AGRADECIMENTOS

À Equipa da Unidade de Internamento Pedopsiquiátrico do HDE-CHLC, nomeadamente ao Dr. António Trigueiros (Chefe de equipa) pelos momentos de reflexão e discussão conjunta. Ao Dr. Luís Simões Ferreira (Director da Área de Pedopsiquiatria do HDE-CHLC) pelo aporte crítico e bibliográfico sobre o tema.

BIBLIOGRAFIA

- ¹ Benedetti, G. (1987). *Psychotherapy of Schizophrenia*. NY: University Press.
- ² Minolli, M. (2004). Identity and Relational Psychoanalysis. *International Forum of Psychoanalysis*, 13(4), 237-246.
- ³ Milheiro, J. (1988). Identidade Sexual. *Jornal de Psicologia*, 7, 3-9.
- ⁴ Ferreira, T. (2002) *Em defesa da criança*. Assirio e Alvim.
- ⁵ Kroger, J. (1947). Adolescence as a second individualisation process: Blos's psychoanalytic perspective and an object relations view. In J. Kroger (Ed.), *Identity in Adolescence* (pp. 46-79). Routledge.
- ⁶ Meltzer, D. (1973). Identification and socialization in adolescence. In D. Meltzer (Ed.), *Sexual states of Mind* (pp. 51-57). Clunie Press.
- ⁷ Burkitt, I., & Sullivan, P. (2009). Embodied ideas and psychotic self: Revisiting Laing via Bakhtin. *British Journal of Social Psychology*, 48, 563-577.
- ⁸ Sequeira F. (1992). A propósito da síntese da identidade na adolescência. *Psicologia*, VIII(3), 317-322.
- ⁹ Sprinthall, N., & Collins, W. (Eds.). (2008). *A Psicologia do Adolescente* (4th ed.). Fundação Calouste Gulbenkian.
- ¹⁰ Erikson, E. (1980). *Identity and the life cycle*. Norton.
- ¹¹ Akhtar, S., & Samuel, S. (1996). The concept of identity: Developmental origins, phenomenology, clinical relevance, and measurement. *Harv Rev Psychiatry*, 3, 254-267.
- ¹² Breen, D. (Ed.). (1993). *The Gender conundrum: psychoanalytic perspectives on femininity and masculinity*. Routledge.
- ¹³ Friedman, R., & Downey, J. (2002). *Sexual orientation and psychoanalysis: Sexual science and clinical practice*. Columbia University Press.
- ¹⁴ Laufer, M. (1989). *Rupture du développement*. Paris: Presses Universitaires de France.
- ¹⁵ Matos, C. (2002). *Adolescência: O Triunfo do Pensamento e a Descoberta do Amor*. Climepsi
- ¹⁶ Heerlein, A. (2005). Formación de la identidad en la esquizofrenia y el transtorno Bipolar. *Rev Arg Psiquiat*, XVI, 95-101.
- ¹⁷ Holma, J., & Aaltonen, J. (1997). The sense of agency and the search for a narrative in acute psychosis. *Contemporary Family Therapy*, 19(4), 463-477.
- ¹⁸ Mase, F. (2000). The Unconscious and Psychosis: Some Considerations on the Psychoanalytic. *International Journal of Psycho-Analysis*, 81(1), 1-20.
- ¹⁹ Beres, D. (1956). Ego Deviation and the Concept of Schizophrenia. *Psychoanalytic Study of the Child*, 11, 164-236.
- ²⁰ Parnas, et al. (2003). Anomalies of subjective experience in schizophrenia and psychotic bipolar illness. *Acta Psychiatr Scand*, 108, 126-133.

- 21 White, T., Anjum, A., & Schulz, S. (2006). The Schizophrenia Prodromal. *Am J Psychiatry*, 163(3), 376-380.
- 22 Kerbeshian, J., Burd, L., & Tait, A. (2007). Case report: Chain reaction or time bomb: A neuropsychiatric-developmental/neurodevelopmental formulation of tourettisms, pervasive developmental disorder, and schizophreniform symptomatology associated with PANDAS. *The World Journal of Biological Psychiatry*, 8(3), 201-207.
- 23 Vincken, W. (1984). Psychotic reaction to cefuroxime. *Lancet*, 28(1), 965.
- 24 Coe, C., & Lubach, G. (2003). Critical periods of special health relevance for psychoneuroimmunology. *Brain, Behavior, and Immunity*, 17, 3-12.
- 25 Coe, C., & Laudenslager, M. (2007). Psychosocial influences on immunity, including effects on immune maturation and senescence. *Brain, Behavior, and Immunity*, 21, 1000-1008.
- 26 Aas, M., Mondelli, V., Touloupoulou, T., et al. (2010). Is inflammation linked to cognitive impairment in first-episode psychosis and in healthy controls? *Abstracts / Brain, Behavior, and Immunity*, 24, 1-71.
- 27 American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical manual of Mental Disorders* (4th ed., text revision). Washington DC.
- 28 Laufer, M. (Ed.). (1997). Developmental breakdown in adolescence: Problems of understanding and helping. In M. Laufer (Ed.), *Adolescent Breakdown and Beyond* (1st ed, pp. 3-15). Karnac Books.
- 29 Manning, C., & Stickley, T. (2009). Childhood abuse and psychosis; A critical review of the literature. *Journal of Research in Nursing*, 14(6), 531-547.
- 30 McClellan, J., & McCurry, C. (1999). Early onset psychotic disorders: Diagnostic stability and clinical Characteristics. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 8(1), 13-19.
- 31 Hollis, C. (2008). Schizophrenia and allied disorders. In M. Rutter (Ed.), *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry* (pp. 737-758). Blackwell Publishing.
- 32 Ghaemi, N., Bauer, M., Cassidy, F., Malhi, S., Mitchell, P., Phelps, J., Vieta, E., & Youngstrom, E. (2008). Diagnostic guidelines for bipolar disorder: A summary of the International Society for Bipolar Disorders. *Bipolar Disorder*, 10, 117-128.
- 33 Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Depressive Disorders (editorial). (2007). *J. A. Adad. Child Adolesces. Psychiatry*, 46(11), 1503-1526.
- 34 Schaffer, A., Caine, J., Veldhuizen, S., et al. (2010). A population-based analysis of distinguishers of bipolar disorder from major depressive disorder. *Journal of Affective Disorders*, 125, 103-110.
- 35 Kestenbaum C. (1985). Putting it all together: A multidimensional assessment of psychotic potential in adolescence. *Adolesc Psychiatry*, 12, 5-16.
- 36 Skjelstad, D., Malt, U., & Holte, A. (2010) Symptoms and signs of the initial prodrome of bipolar disorder. A Systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 126, 1-13.
- 37 Marcelli, D. (Ed.). (2005). *Infância e psicopatologia*. Climepsi.
- 38 Burgy, M. (2008). The concept of Psychosis: Historical and Phenomenological Aspects. *Schizophrenia Bulletin*, 34, 1200-1210.

- ³⁹ Matos, C. (2007). *O desespero* (2nd ed.). Climepsi.
- ⁴⁰ Robert, C., & Bradley, G. (1998). Identity confusion, bisexuality, and flight from the mother. *Clinical Psychology Review, 18*(3), 259-272.
- ⁴¹ Friedman, R., & Downey, J. (2008). *Sexual Differentiation of Behavior: The Foundation of a Developmental Model of Psychosexuality. J Am Psychoanal Assoc, 56*, 147-175.
- ⁴² Friedman, R. (2009). The issue of homosexuality in psychoanalysis. In P. Fonagy, R. Krause, & M. Leuzinger Bohleber (Eds.), *Identity, gender, and sexuality* (pp. 79-102). Karnac.

ABSTRACT

Several issues arise from the triggering of the first psychotic episode and its relation to adolescence, a phase in which one of the most critical acquisitions is in the consolidation of one's identity. To that end, there will be a focus on issues of identity in relation to the vulnerability in psychopathology. In addition, it is essential to try to examine the significance of the phenomenological expression of psychosis.

We shall illustrate the phenomenological characteristics of the psychotic process – particularly in relation to the three basic psychotic disorders (the Impairment of the Ego, the loss of boundaries of Self and Ego Fragmentation) – in view of a clinical case of a 15 year old suffering from the first psychotic episode and admitted to a Child Psychiatry hospital.

There are several interesting issues arising from the diagnostic discussion about the underlying psychopathology: From both a descriptive perspective – focused on the differential diagnosis of an affective and schizophrenic psychosis; and a comprehensive perspective – which define the issues around identity. It becomes increasingly important to integrate the biological and environmental aspects with a view to developing an understanding of comprehensive psychiatry.

Key-words: Adolescence. Identity. First psychosis. Affective disorder, Depression. Self.

ADOLESCÊNCIA: RISCO E CRIATIVIDADE NUMA SOCIEDADE MULTICULTURAL

Marie Rose Moro *
Viviani Carmo Huerta *

RESUMO

Neste artigo buscaremos apontar os riscos da situação transcultural para os adolescentes filhos de migrantes. A entrada do adolescente filho de migrante no laço social será um processo de dupla inscrição, na cultura familiar de origem e na cultura do país de acolhida, sob o risco de deriva subjetiva e sofrimento quando os aspectos fundamentais a este processo não são contemplados ou são conflitantes. Para a construção de suas bases narcísicas sólidas, o adolescente deverá se apoiar nas representações imaginárias de seu lugar numa ficção familiar e na eficácia da transmissão simbólica dos traços de cultura parental. Mas não apenas, pois no âmbito externo, do social, a força das afiliações – no país familiar de origem e no país de destino – deverão garantir aos sujeitos um lugar positivo no campo social, não marcado pela exclusão. Serão essas as condições para a inscrição psíquica desses adolescentes numa dupla cultura. Isso lhes permitirá fazer a passagem do risco de vulnerabilidade da situação transcultural, para aceder a sua dimensão criativa.

Palavras-chave: Clínica transcultural. Adolescência. Imigração. Risco. Criatividade.

Os adolescentes filhos de migrantes, assim como todos adolescentes europeus, como todos os adolescentes do mundo, fruto das migrações parentais e dos movimentos da história, estão à procura de sentido, de identidades complexas, de histórias que lhes permitam assumir suas múltiplas facetas. Em

* Professora de psiquiatria da criança e do adolescente, Universidade Paris Descartes. Chefe de Serviço da Maison des adolescents de Cochin e do serviço de psicopatologia da criança e do adolescente do hospital Avicenne, Bobigny, AP-HP. Diretora da revista transcultural L'autre.

** Doutora em Psicologia Clínica. Pós-Doutoranda USP/ParisV. Pesquisadora do Laboratório Psicanálise e Sociedade, USP-Brasil. Membro do Laboratório «Clinique Transculturelle et immigration», Universidade Paris V Descartes e da Unidade Inserm U669. Apoio FAPESP.

nossos dias, devido às crises econômicas, às guerras, ou ainda, a necessidade ou a escolha dos indivíduos, os fluxos migratórios são cada vez mais intensos. Muito em breve, os migrantes serão mais numerosos que àqueles que vivem e morrem sob o mesmo solo. Será necessário encontrarmos outras modalidades de construção identitária que não se enraizem tanto na terra, no solo histórico, mas naquilo que se pode transportar: nas palavras, nas lembranças, nos pensamentos, nos corpos... identidades efêmeras, mas consistentes, que irão nos permitir pensar, agir e sentirmo-nos vivos.

Pensar a questão crucial dos adolescentes da segunda geração de migrantes é algo delicado. Fazer dessa questão um tema epistemológico e clínico de pesquisa, constitui um belo desafio que vemos se desenvolver em toda Europa. Por exemplo, no que concerne ao campo da educação, uma metanálise recente retomada na Resolução do Parlamento Europeuⁱ de 2 abril 2009 sobre a educação dos filhos de migrantes, identificou que estas crianças apresentariam mais dificuldades escolares que as demais, sobretudo no que concerne às aprendizagens pré-escolares, onde podem apresentar um empobrecimento da linguagem – sob a forma de um atraso que tende a se acentuar com a idade e se instalar de forma preocupante na adolescência. O fracasso escolar é importante e podemos constatar uma maior perda de oportunidades desses adolescentes, filhos de migrantes, quando comparados aos jovens autóctones de nível social equivalente. A questão da escola é crucial, pois irá determinar, em parte, o futuro desses adolescentes na sociedade de acolhida de seus pais.

Partindo da experiência clínica com esses adolescentes e das questões que essa prática nos coloca, podemos afirmar que as configurações culturais podem complexificar as análises individuais. Desta forma, consideramos que ambos os aspectos, culturais e individuais, devem integrar nosso campo de reflexão. Para fins deste artigo, iremos apontar os riscos da situação transcultural para os adolescentes filhos de migrantes, mas também a possibilidade de abertura criativa quando os fatores necessários para a inscrição numa dupla cultura será alcançada pelo jovem sujeito.

OS ADOLESCENTES E A NEGOCIAÇÃO ENTRE O *MESMO* E O *OUTRO*

Conhecemos o que mobiliza o *processus* adolescente. A transformação física da puberdade coloca o adolescente face a uma obrigação: retomar os

ⁱ Disponível no site www.clinique-transculturelle.org

conflitos adormecidos no período de latência e se situar face a sua identidade sexual a partir da reelaboração do conflito edipiano anterior e da construção da ficção fantasmática arcaica de outrora. O adolescente deverá ser capaz de um trabalho psíquico considerável, uma vez que deverá “se modificar”, ou seja, aceitar as diferenças que lhe separam do seu “eu-infantil”; diferenças físicas, mas também psíquicas que irão lhe singularizar, e ao mesmo tempo irão lhe atribuir um lugar numa ficção familiar, como nos diz Aulagnier¹. O questionamento e a ansiedade adolescente quanto a sua identidade sexual é reforçada pelo sentimento de inadequação ou “estrangeiridade” face a sua nova imagem corporal. O acesso a uma identidade sexual lhe obriga a fazer o luto de uma megalomania infantil e de uma bissexualidade outrora triunfante. Abandonar esse estado de superpotência infantil irá mobilizar as capacidades do jovem indivíduo em avançar rumo a este estranho e desconhecido estatuto, a saber, do adulto.

No caso dos adolescentes filhos de migrantes, trata-se de uma viagem interior que desestabiliza e que recoloca em cena às imagens parentais, através por exemplo, do questionamento dos afetos ligados à viagem migratória parental e as lembranças – muitas vezes dolorosas – que a ela estão relacionadas. A adolescência, pela modificação que introduz no corpo-próprio, este pensado como referência última do sujeito, faz emergir a fragilidade ligada às separações precedentes e às rupturas do contexto cultural externo, aqui tomado enquanto envelope sensorial, estruturante e organizador (Moro²; Baubet & Moro³). É então neste momento que a ruptura migratória vivida pelos pais, e transmitida a criança, reaparece sob forma de angústia de ruptura, de separação. As experiências de não-sentido vivenciadas por esses adolescentes imersos num mundo imprevisível e inquietante, podem adquirir, *après-coup*, um valor traumático, sobretudo quando não são exauridos pelo ato progressivo de «recolocar em história», segundo as palavras de Aulagnier¹. O adolescente deverá negociar sua identidade entre essas duas dimensões, do *mesmo* e do *outro*; ele deverá ser capaz de identificar semelhanças e diferenças para se construir como sujeito autônomo.

Nesta passagem adolescente, serão solicitadas às bases narcísicas da personalidade enquanto garantidoras de um sentimento de continuidade psíquica. O adolescente, ao se colocar a questão sobre sua história, coloca também a do seu laço de filiação com aqueles que o engendraram. Para o adolescente filho de migrante, esta passagem é ainda mais complexa, graças a descontinuidade cultural que atravessa os laços de filiação e de afiliação. Em efeito, o processo de separação parental e seus movimentos de des-idealização, passam pelo questionamento dos valores por eles transmitidos, pelos modos de

ser e de se comportar de seus pais. Muitas vezes, os adolescentes se distanciam da admiração outrora dedicada a seus pais, não querem mais ser como eles, lhes criticam e lhes julgam. Eles tomam distância das imagens parentais e remodelam seus “ideais do eu” em função do encontro, no social, com novas figuras substitutas.

COM QUEM ME PAREÇO?

Neste movimento de redefinição necessária do *mesmo* e do *outro* que todo adolescente deverá realizar, a confrontação com a escolha de um parceiro sexual, eventualmente de um mundo cultural diferente daquele de seus pais, é um momento crucial. Esse encontro com o outro, sexual, quando é fortuito, não preparado e não mediado pelo grupo familiar, nem pelo grupo social, pode se configurar como acontecimento traumático. Com quem me pareço e quem se parece comigo? Quem é o *mesmo* e quem é o *outro*? O que me foi transmitido? O que deverei transmitir? Quais são meus laços de pertencimento? Será neste contexto que a questão da escolha do parceiro sexual irá se inscrever. Esta escolha toca o ponto das afiliações, que é necessariamente cultural. No ocidente, o momento do casamento é, antes de tudo, uma escolha individual, mesmo se sabemos que pode existir uma espécie de determinismo social na aliança. Em outras culturas, nas sociedades tradicionais, o casamento é primeiramente uma escolha familiar. Igualmente, não devemos esquecer as representações da mulher e do homem nas diferentes culturas, nem o sentido complexo de cada uma dessas funções e das modalidades de seus encontros.

Mas retornemos ao campo da clínica, uma vez que essas questões pedem uma análise antropológica e sociológica mais aprofundada. Devemos nos eximir de julgamentos que seriam considerações puramente ideológicas e teriam tendência a obscurecer nossa posição clínica. Um estudo aprofundado deverá buscar analisar grupo por grupo levando em conta a situação individual e o contexto familiar e social dos sujeitos. Algumas intervenções médico-sociais equivocadas e intempestivas podem ter efeitos devastadores para os sujeitos. Toda intervenção deve ser pensada caso a caso.

A escolha do parceiro é um momento de inscrição quase definitiva para o adolescente na sociedade de acolhida, uma vez que coloca a questão do pertencimento de seus futuros filhos e seus laços com sua própria família. Este é um momento de grande vulnerabilidade para o adolescente e de particular fragilidade para a família. Não é raro vermos casos de pais entrarem em

depressão grave ou padecerem de outras afecções ligadas à neurose traumática. Em geral, é o lugar paterno que encontra-se ameaçado por essa nova inscrição, uma vez que é a questão da filiação e da afiliação que acabam sendo trazidas por esses jovens. De acordo com nossos estudos², antes do tempo da adolescência, o filho de migrante pôde fazer uso do recurso da clivagem fenomenológica do ser a fim de conservar seus laços com os dois mundos que o envolvem; mundos que muitas vezes são vividos na adolescência como irreconciliáveis ou mesmo contraditórios. Como saída, na adolescência, o jovem sujeito deverá se mestiçar. A mestiçagem cultural passa por uma dupla integração em cada um dos dois mundos, do *lá* e do *aqui*, pelo conhecimento razoável das regras implícitas que regem os dois sistemas culturais, para por fim, se poder criar um novo sistema mestiço. Esta mestiçagem que fragiliza, pode ser extremamente enriquecedora para o sujeito quando os dois pólos culturais são reconhecidos e incorporados pelo indivíduo sem hierarquias. Mas este processo de dupla incorporação está longe de ser evidente na adolescência, período de construção identitária, de dúvidas e de questionamentos.

O CONFLITO NECESSÁRIO ENTRE O INTERSUBJETIVO E O COLETIVO

Os adolescentes migrantes são submetidos a uma realidade duplamente exigente: deverão ser capazes de esgarçar os laços de sua cultura parental de origem, sem no entanto rejeitar seu pertencimento familiar uma vez que este supõe laços afetivos profundos, mesmo quando ambivalentes e conflitivos. É fundamental entendermos o discurso adolescente sobre seus laços de pertencimento em sua complexidade e em sua necessária conflitualidade.

A passagem não é tranquila entre as bases narcísicas que, até então, garantiam uma certa harmonia entre o supereu ligado a introjeção da imagem parental e àquele construído a partir dos valores que o adolescente irá encontrar em seus pares de idade. Por outro lado, o *ideal do eu* resta ligado ao conflito narcísico parental, uma vez que sua base não foi modificada. Os novos encontros identitários e as outras possibilidades de investimento que serão ofertados pelo grupo ao jovem sujeito irão funcionar como figuras do deslocamento do amor parental, e irão servir de apoio ao adolescente no movimento posterior de desidealização e desinvestimento destas figuras. No entanto, no caso dos adolescentes filhos de migrantes, nem sempre esse mecanismo será colocado em prática. O mundo francês, e de modo geral, o mundo europeu, não se presta

voluntariamente à novas identificações que poderiam permitir uma afiliação mais flexível e mestiça a este novo universo cultural escolhido pelos pais.

Mas o que os pais transmitem de sua história migratória a seus filhos adolescentes?

O ACONTECIMENTO MIGRATÓRIO PARENTAL

Sabemos que existem inúmeros tipos de migração: migrações internas do campo à cidade, migrações externas de um país a outro, de um continente a outro... Existem também inúmeras formas de ruptura violenta que acontecem no próprio território como no caso das guerras ou de catástrofes naturais... Tudo isto é bastante heterogêneo, por isso iremos nos limitar a analisar um tipo de acontecimento migratório, em si mesmo polimorfo, a saber, a viagem de um país a outro e o exílio que implica este deslocamento. Iremos considerar o acontecimento migratório como um evento psíquico: a migração, pela ruptura com o contexto externo que ela implica, pode levar à uma ruptura no nível do envelope cultural interiorizado pelo paciente, já que entendemos haver uma homologia entre a estruturação cultural e a estruturação psíquica do sujeito (Devereux⁴; Nathan⁵; Moro⁶).

Primeiramente, a migração é um acontecimento sociológico inscrito num contexto histórico e político específico. As razões que levam à migração são inúmeras. Às vezes se é levado a partir por razões políticas, outras vezes, por razões econômicas. Às vezes, se escolhe migrar com a esperança de encontrar uma vida melhor e mais decente num outro lugar. Às vezes, trata-se de uma sede de liberdade individual, de aventura ou exotismo. Entendemos que a cada experiência migratória virá se somar outras circunstâncias anteriores a migração que irão singularizar o deslocamento de cada sujeito. Os refugiados políticos submetidos à tortura ou à violências no próprio país tem um passado pré-migratório que irá modificar o modo como irão viver o exílio. Mas mesmo quando escolhida ou imposta, toda migração é um ato de coragem onde o indivíduo engaja a própria vida e que trará inúmeras modificações para sua história familiar. A migração é um ato complexo, ambíguo, profundamente humano, e é nisto que podemos localizar sua grandeza existencial.

Diremos que quais sejam suas motivações, a migração é um ato potencialmente traumático. Mas não apenas no sentido negativo do termo. Em psicanálise, o trauma é o que irá induzir no sujeito alguns rearranjos defensivos, adaptativos ou estruturantes. Freud, e de uma maneira geral a psicanálise,

reconhece três significados para a noção de traumatismo: “como um choque violento, como uma efração, como consequência sobre o todo da organização (Laplanche et Pontalis⁷, 1967, p. 500). Mas devemos distinguir algumas dimensões do traumatismo migratório. Para Nathan⁸, “1 – o traumatismo classicamente descrito pela teoria psicanalítica poderia ser definido como um repentino afluxo pulsional não elaborado e não suscetível de ser recalçado do fato da ausência da angústia no momento do acontecimento” (Nathan, *ibid*, p. 8). Ao lado desta primeira definição de traumatismo, Nathan (*ibid.*) diferencia dois outros: “2 – o traumatismo intelectual ou do ‘não-sentido’ cujo modelo nos é dado por G. Bateson em sua definição de ‘double bind’ (dupla restrição); 3 – enfim, um terceiro tipo, o traumatismo da perda do contexto cultural interno, a partir do qual a realidade externa do sujeito é codificada”. Quando o traumatismo migratório emerge, trata-se geralmente do “terceiro tipo”, mas os outros dois tipos podem vir a associar-se numa relação complexa onde as dimensões afetivas, cognitivas e culturais irão se enlaçar, como pode apontar Devereux⁹.

O traumatismo migratório não é constante nem inevitável; no entanto, ele pode emergir independentemente da personalidade do sujeito antes da migração. As condições sociais desfavoráveis (no país de origem ou no país de destino) são fatores agravantes para a emergência do trauma. Mas, mesmo quando a migração impulsiona a irrupção traumática, não necessariamente iremos nos confrontar com a produção de efeitos patogênicos. Como dissemos, o traumatismo pode ser estruturante e portador de uma nova dinâmica para o sujeito. Diremos que a migração pode ser pensada como capaz de produzir novas potencialidades criativas, daí a necessidade de identificarmos os fatores capazes de minimizar o risco transcultural, transformando-o em potencialidade criativa para o sujeito e a sociedade. O trauma migratório é vivido diretamente pelos pais e é transmitido para os filhos sob a forma, muitas vezes, de um relato idealizado, às vezes truncado ou revestido de um discurso da necessidade, ou ainda, sob a forma de um não- dito doloroso e devastador.

Para os filhos de migrantes, esse nó da história parental irá concentrar toda uma série de hipóteses e construções em espelho acerca do fantasma parental. Essas construções podem se tornar um estímulo a criatividade, mas em certos casos mais complexos, irá concentrar o núcleo neurótico paralisante. Um filho de migrante relata que o pai teve que deixar seu país para permitir aos filhos sobreviverem; um outro conta que seu pai migrou como um aventureiro dos tempos modernos, para se iniciar num outro mundo até então desconhecido de todos na *savana*; um outro se lembra ter ouvido durante um almoço de família que seu tio migrou para poder reembolsar uma dívida... Inúmeros pedaços

estáticos de vida; algumas histórias paralisadas pelo trauma, outras revividas pelo acontecimento migratório.

DIVERSIDADE É MINHA DIVISA

Esse contorno pela história da viagem migratória parental nos permite insistir sobre uma questão crucial que une os adolescentes a seus pais, a saber, a transmissão. O que se pode transmitir em situação transcultural e como se pode fazê-lo? Do que podem se apropriar os adolescentes? Esta passagem é importante para compreendermos o que vivem os adolescentes, filhos de migrantes da chamada segunda geração – expressão que nos parece reduzir toda história familiar e coletiva que antecede a migração, como se tudo começasse a partir do momento do deslocamento parental. *Diversidade é minha divisa*, como nos dizia Jean de La Fontaine na fábula «*Pâté d'anguille*», que nos lembra que a diversidade deve ser não apenas pensada, mas também colocada em prática.

Diante desta situação de mestiçagem e de construção de novas formas de identidade complexas – como diante de todo e qualquer acontecimento que advém no processo de desenvolvimento da criança –, quatro fatores devem ser considerados. O primeiro é a vulnerabilidade (ou invulnerabilidade, que representa a capacidade de defesa passiva da criança e do adolescente). O segundo deles, a competência, que representa as capacidades de adaptação ativa do bebê e da criança em seu ambiente. A resiliência, que de acordo com Cyrulnik¹⁰, descreve os fatores internos ou ambientais de proteção próprios a cada sujeito E, por fim, a criatividade, que evidencia a potencialidade que certas crianças têm de inventar novas formas de vida a partir da alteridade do trauma (Moro¹¹). Quanto a nós, afirmamos nosso dever de pensar de *um outro modo*; um modo que possibilite a essas crianças mais liberdade numa sociedade repleta de *outros possíveis*.

NÃO RELEGAR ESSES ADOLESCENTES A UMA CULTURA DO ISOLAMENTO

Como aceitar as diferenças de todas as crianças? Como reconhecer as histórias, os percursos, os conflitos, os movimentos da vida e os laços que permitem o reconhecimento do outro? Como é surpreendente constatar que

sempre que se fala em laço social, toda uma série de argumentos sobre o comunitarismo aparecem, como se o reconhecimento num grupo, mesmo que parcial, transitório, não fosse uma necessidade de todos! Na situação migratória em particular, esse sentimento de pertencimento permite *fazer crescer*, permite educar as crianças sem que essas famílias sintam o peso do isolamento. Como nos diz Debray e Gauchet¹²,

«Creio que confundimos as diferentes comunidades, no sentido sociológico, e as identidades, o que é ainda uma outra coisa, com as comunidades no sentido político do termo. Por causa de sua herança republicana, os franceses têm uma sensibilidade particular ao fenômeno comunitário que lhes cega a vista. Toda imigração é comunitária por um mecanismo extremamente simples de busca de proteção. Em um ambiente desconhecido e hostil, procuramos naturalmente o próximo, o familiar, o conforto da língua, dos laços de solidariedade. Neste sentido, uma certa vontade francesa de reconhecer apenas a individualidade é deplorável. Ela produz um tipo de *guetização*, onde numa mesma zona de moradia social se agrupam famílias de 80 nacionalidades diversas, falando 30 línguas diferentes. Não é de se espantar o ambiente tão pouco solidário desses guetos.» (Debray & Gauchet, *ibid*, p. 44).

As condições de acolhida dos migrantes na Europa devem evoluir para favorizar a construção de laços entre grupos e pessoas, e não condená-las ao isolamento por falta de abertura possível. Sem isso, não existirá outra possibilidade aos sujeitos migrantes que a cultura do isolamento, do apagamento, da falta, da vergonha. Essas crianças filhas de migrantes precisam de laços diversificados, assim como todas as outras crianças. Privá-las desses laços múltiplos, sob o pretexto de que temos medo do comunitarismo, ou pior, de certos comunitarismos, é impedi-las de experimentar a riqueza de seu mundo, a beleza da diversidade que incarnam e animam. Por enquanto, segundo a expressão de Debray e Gauchet (2005), vivemos na cultura do “desligamento”: “por falta de história comum, cada um se fecha sobre sua própria memória, sobre sua micro identidade sexual, étnica, religiosa, regional...” (Debray & Gauchet, *ibid*, p. 43).

EM DEFESA DO ENCONTRO

Os estudos recentes sobre os adolescentes filhos de migrantes, mostram como são capazes de inventar novas formas de ser e de fazer, isso quando lhes é dada a possibilidade de inscrição num duplo processo de transmissão capaz

de enlaçar dois mundos, o de dentro, da família, e o de fora, do país de acolhida (Moro & Moro¹³). Mas isso, com a condição de poderem ser inscritos, e não assimilados. Podemos encontrar esse modo de inscrição sociocultural no exemplo retirado dos Estados Unidos, quando na Segunda Guerra Mundial foram capaz de acolher com dignidade os imigrantes, ao concederem um lugar respeitoso àqueles que chegavam do exterior, dando-lhes a possibilidade da construção de um espaço de existência mestiço. Vemos o interesse de Hanna Arendt, por exemplo, por esse país que representou para os judeus vindos da Europa, a possibilidade de uma nova «cidadania sem lhes fazer pagar o preço da assimilação».

Devemos permitir a essas crianças singulares, a essas crianças visionárias do mundo, de saírem da precariedade e da dúvida sobre si e sobre a transmissão familiar, para acederem a uma nova existência – a de um ser no mundo, mestiço e aberto. Mestiçagem aqui entendida como o produto desta dupla transmissão parental e social; uma transmissão complexa, às vezes violenta. Quando partimos de um olhar focado na esfera da íntimo, do ínfimo, acabamos defendendo uma certa ideia de *anormalidade*, de acordo com os termos empregados por Joyce Mac Dougall¹⁴ em um outro domínio. Nessas situações limite, a posição interna do sujeito é mesma: na clinica cotidiana, o cuidado pelos processos de construção conscientes e inconscientes levam à demanda de mais espaços de negociação com a alteridade, espaços de jogo, espaços de diferença como forma de evitar um maior sofrimento, ou uma maior violência feita ao outro.

Trata-se da dimensão do encontro, dos laços entre as pessoas e entre os grupos. No encontro, o medo desaparece e o espaço para a troca se estabelece. É o que vemos acontecer com as crianças das famílias indocumentadas que são escolarizadas, mas que vivem sob o medo contínuo de serem expulsas de nossos países europeus. As crianças, as famílias, as associações se mobilizam e resistem. É isso que o encontro mobiliza: a solidariedade, e não o medo e a angústia, que procuram incessantemente novos objetos para se fixar... Devemos lutar pela mestiçagem, contra a guetização que erige fronteiras visíveis e invisíveis e instala a hierarquização entre pessoas e cidadãos. Vemos hoje em toda Europa, o levante das tentações autoritárias que em nome do medo do *outro* tendem a solicitar que cada cidadão se transforme em um policial, delator daqueles que “não deveriam fazer parte de nossa sociedade”. Esquecemos rapidamente que fomos outrora países de imigração; esquecemos os princípios éticos do acolhimento dos mais vulneráveis, daqueles que buscam o exílio, daqueles que tiveram que partir e deixar seus países. Os adolescentes encarnam

o sonho e a utopia dessas famílias. A utopia é como um poeira de vida que insiste e ousa não se apagar.

As posições políticas demagógicas daqueles que pensam decidir em nome de seu contestável princípio de realidade, de suas sucessivas políticas de imigração, não são sem consequências sobre os sujeitos. Qual preço a pagar para os filhos de migrantes? Qual o preço a pagar por nossa sociedade? Pensar a alteridade e elaborar um dispositivo pertinente é uma posição inerente ao nosso campo, decorrente de uma epistemologia da diferença. Trata-se de uma posição clínica, que é também política. A observação dos mundos e de suas leis não é apenas uma *démarche* poética, mas sim, uma estratégia clínica, pragmática e científica (Moro¹⁵). Os adolescentes filhos de migrantes, em nosso mundo transcultural, contribuem com a mestiçagem das ideias e das técnicas. Eles são uma oportunidade para relançar o pensamento sobre a clínica transcultural, mas indo além, nos permitem repensar a clínica de todos os adolescentes.

BIBLIOGRAFIA

- ¹ Aulagnier, P. (1989). Se construire un passé. *Journal de Psychanalyse de l'Enfant*, 7, 119-220.
- ² Moro, M.R. (2007). *Aimer ses enfants ici et ailleurs. Histoires transculturelles*. Paris: Odile Jacob.
- ³ Baubet, T., & Moro, M.R. (2009). *Psychothérapie transculturelle*. Paris: Masson.
- ⁴ Devereux, G. (1972). *Ethnopsychanalyse complémentariste* (reedição, 1985). Paris: Flammarion.
- ⁵ Nathan, T. (1986). *La folie des autres. Traité d'ethnopsychiatrie clinique*. Paris: Dunod.
- ⁶ Moro, M.R. (2010). *Les adolescents expliqués à leurs parents*. Paris: Bayard.
- ⁷ Laplanche & Pontalis. (1967). *Dictionnaire de la psychanalyse*. Paris: Presses Universitaires de France.
- ⁸ Nathan, T. (1987). La fonction psychique du trauma, *Nouvelle revue d'ethnopsychiatrie*, 8.
- ⁹ Devereux, G. (1972). *Ethnopsychanalyse complémentariste* (reedição, 1985). Paris: Flammarion.
- ¹⁰ Cyrulnik, B. (1999). *Un merveilleux malheur*. Paris: Odile Jacob.
- ¹¹ Moro, M.R. (2010). *Nos enfants, demain. Pour une société multiculturelle*. Paris: Odile Jacob.
- ¹² Debray, R., & Gauchet, M. (2005). Cherchons République désespérément. *Le Nouvel Observateur*, 15-21 décembre 2005, 42-44.

- ¹³ Moro, M.R., Moro, I., e col. (2004). *Avicenne l'andalouse. Devenir psychotérapeute en situation transculturelle*. Grenoble: La Pensée sauvage.
- ¹⁴ Mac Dougall, J. (1978). *Plaidoyer pour une certaine anormalité*. Paris: Gallimard.
- ¹⁵ Moro, M.R. (2012). *Les enfants de l'immigration, une chance pour l'école*. Entrevista realizada por Denis e Joana Perron. Paris: Bayard.

Filme

DVD multilingue de L. Petit-Jouvet: *J'ai Révé d'une grande étendue d'eau*, Abecaris film, versao francesa de 2003, holandesa de 2005, e também em italiano, inglês, português e espanhol em 2008 (abecaris@club-internet.fr).

ABSTRACT

This article aims to debate the risks of the transcultural situation for the adolescents and children of migrant parents. The entrance of the adolescent, whose parents are migrants within the social bond will be a process of double inscription, into the culture of the family and into the outside culture, under the risk of subjective drift and suffering when fundamental aspects related to this process are not contemplated or are conflicting. For the construction of their solid narcissic basis, the adolescent will have to find support in the imaginary representations of their place in a familiar fiction and in the symbolic transmission of the family culture. But not only, outside, the social realm, the force of affiliations – in the family country of origin and in the country of destination – will have to guarantee to the subject a positive place in the social field, not marked by exclusion. These are the conditions for the psychic inscription of these adolescents in a double culture. This will allow them to make the passage of the risk of transcultural situation of vulnerability, to access their creative dimension.

Key-words: Transcultural clinic. Adolescence. Immigration. Risk. Creativity.

SOBRE A ESPERANÇA NA RELAÇÃO TERAPÊUTICA

*Teresa Santos Neves **

*Maria José Vidigal ***

RESUMO

O presente artigo apresenta um caso clínico de uma psicoterapia psicanalítica de uma criança, acentuando a necessidade de um tempo de seguimento terapêutico suficientemente longo, para que fosse retomado o processo de desenvolvimento e se alcançasse uma evolução harmoniosa dos aspectos cognitivos e emocionais. Além disso, é posto em relevo a persistência e a esperança da psicoterapeuta, entendida como a projecção no objecto da esperança do próprio paciente, assim como o papel desempenhado pela supervisão.

Palavras-chave: Psicoterapia psicanalítica. Supervisão. Esperança. Desenvolvimento infantil.

A política actual de saúde mental não tem em conta o critério humano, mostrando apenas com arrogância o lado economicista. Como resistir a esta lógica moderna, que não é exclusiva de Portugal?

Em 1950, a Convenção dos Direitos do Homem consagra essencialmente os direitos civis e políticos, mas já a Declaração de 1948 não dissociava os direitos económicos, culturais e sociais dos direitos civis e políticos. No estado actual do Direito, esta indivisibilidade está longe de ser assegurada.

Nós comprometidos enquanto cidadãos e enquanto profissionais. O nosso combate tem que ser o da declaração universal do direito à vida, à liberdade e à

* Professora Auxiliar do ISPA, membro doutorado do CIS/ISCTE-IUL, Psicanalista em formação da Sociedade Portuguesa de Psicanálise.

** Médica, Psiquiatra da Infância e da Adolescência, Psicanalista Didacta da International Psychoanalytic Association.

dignidade. Somos técnicos, não devemos ser obrigados a seguir as regras da burocracia.

Temos bem presente que, quando João dos Santos assumiu a Direcção do ex-Centro de Saúde Mental Infanto-Juvenil, uma das suas preocupações foram as reuniões com os administrativos para que eles pudessem entender o trabalho dos técnicos, viabilizando uma colaboração mútua.

Uma ética do futuro não deve fundar-se na audácia, mesmo na execução de actos clandestinos para melhor poder ajudar as crianças? Seguindo Victor Hugo a utopia é a verdade de amanhã.

Há um risco, talvez não consciente, de se instalar uma perspectiva anti-humanista da saúde Mental incluindo técnicos e doentes.

Assim as pessoas não se interrogam, não levantam problemas, dúvidas, conduzindo a um empobrecimento do indivíduo, ao não-pensamento, até ao anti-pensamento. Resultam assim perigos que ameaçam actualmente a Saúde Mental, cuja dimensão clínica e relacional se vê afastada em proveito de uma pseudo-modernidade objectiva.

Estas breves considerações parecem-nos oportunas, face às graves dificuldades que enfrentam os Serviços de Psiquiatria da Criança e do Adolescente, em virtude do esvaziamento progressivo das equipas de técnicos não médicos, cujo número baixou escandalosamente nestes últimos anos em quantidade e qualidade. Foi em vão todo o esforço de João dos Santos para tentar implementar equipas que facilitassem a sua intervenção junto das crianças e adolescentes. “Mataram João dos Santos”, como um dia disse o seu grande amigo e admirador Agostinho da Silva (cit. por Vidigal, 2004)

Investigações tendenciosas levam a pensar que as perturbações mentais da criança e do adolescente são, quase exclusivamente, explicadas pela genética, a neurobiologia e as ciências cognitivas, o que não corresponde aos dados da investigação actual. Podemos supor que a etiologia orgânica genética e psicogenética como elementos de uma série complementar: quando predomina um dos factores, os outros devem ser considerados como de importância secundária.

Por várias razões, praticamente o único recurso possível é a medicação e de efeitos imprevisíveis no futuro (não suficientemente estudados). Quem acarretará com os benefícios do exagero da medicação administrada às crianças?

O caso que passamos a descrever é demonstrativo como se conseguiu “salvar” uma criança após uma longa psicoterapia – e... valeu a pena. Se não há um forte investimento na saúde mental da criança, daqui não por muitos anos, gastar-se-ão somas incalculáveis. Pode perguntar-se se a prevenção primária no

adulto não passa pelo tratamento precoce das perturbações na criança? Por exemplo, nos estudos efectuados na Inglaterra concluíram que 72% a 90% das crianças institucionalizadas necessitavam de tratamento psicoterapêutico (Rollison, 1998). Isto apenas para dizer que a psicoterapia é o tratamento de eleição na infância e não a medicação como era usual nos anos 50/60 anos e inícios de 70 nas consultas da Caixa de Previdência.

Todos os médicos dessa época histórica da Medicina sabem bem de que se está a referir. A ruptura do Serviço Nacional de Saúde, com o abandono da verdadeira filosofia subjacente ao seu funcionamento, pode acarretar a transformação num “serviço de má qualidade para pobrezinhos”. E aprendemos com o nosso Mestre (João dos Santos) que as crianças dos serviços públicos merecem-nos tanto respeito como as que vão ao privado.

APRESENTAÇÃO DO CASO

O André vem pela primeira vez à consulta de Psicologia aos 5 anos e 6 meses por indicação de uma “Terapeuta da Fala” que o achou excessivamente agitado para iniciar uma correcção das dificuldades da fala, nomeadamente da articulação. Por essa razão recomendou aos pais que o filho iniciasse, em primeiro lugar, uma psicoterapia.

Já anteriormente, quando André tinha 4 anos, a Educadora do Jardim de Infância que ele frequentava, aconselhou os pais a procurarem um psiquiatra da infância que, por sua vez, o orientou para um tratamento psicoterapêutico. Por razões que se ignoram, o tratamento foi suspenso.

HISTÓRIA CLÍNICA

O André era filho único deste casal. O pai era camionista e a mãe secretária. O pai ficou desempregado pouco tempo depois do início do tratamento do filho.

Na primeira entrevista, as queixas centravam-se primeiro nas dificuldades de articulação, mas, pouco depois surgiram as referências aos graves problemas de comportamento. Além da hiperactividade, dificilmente controlável, foram referidas as birras constantes à mínima contrariedade e comportamentos muito agressivos, sobretudo com a mãe. Face a estas dificuldades, não saíam com ele à rua e muito menos frequentavam restaurantes pela vergonha que os fazia passar.

Só no final da entrevista, os pais referiram que o filho tinha vivido com os avós maternos desde os 3 anos de idade, pelo facto de terem um Jardim de Infância mesmo ao lado de casa. Contudo este foi um dos aspectos logo trabalhado pela Terapeuta da Fala pelo que, quando inicia a psicoterapia, o André já tinha voltado a morar com os pais.

Gravidez não planeada, aparentemente vivida sem problemas. O desenvolvimento psicomotor processou-se com atraso da linguagem e a aquisição da marcha foi por volta dos 2 anos de idade. Aos 3 anos o André integrou o Jardim de Infância, passando então a viver com os avós maternos o que provocou, durante a entrevista, um comentário contundente do pai “ela (mãe) deu o filho à avó!”

A mãe situou o agravamento dos sintomas da criança nessa altura sem, no entanto, fazer a ligação com o sofrimento causado pela situação de separação e saída da casa dos pais.

O André iniciou a psicoterapia semanal e manteve-se em acompanhamento cerca de 10 anos. Um ano e meio depois, o ritmo das sessões passou a ser bissemanal devido ao agravamento da situação evidenciada pela intensidade do sofrimento e desorganização do comportamento. Mantiveram-se as duas sessões por semana cerca de três anos e meio.

Durante o seguimento, o seu percurso escolar foi caótico, pela desorganização manifestada. Foram feitas várias tentativas de integração, mas acabava sempre pela expulsão da escola. Face a esta situação sistemática de rejeição, acabou por ingressar num Colégio de Ensino Integrado. Apesar de estar oficialmente no primeiro ano de escolaridade, voltou ao último ano do Jardim de Infância, numa tentativa de o conter e organizar.

É de salientar, a atitude da psicoterapeuta pela persistência e a sua capacidade em suportar e manter esta criança em tratamento. Por vezes havia momentos de profundo desânimo, tendo sido mesmo aconselhada a desistir mas havia a esperança que nunca a abandonou... Acreditava-se que a esperança da terapeuta resultava da projecção da esperança da criança sobre ela, resultado de uma comunicação muito profunda entre ambos, significando que havia ainda uma parte saudável do psiquismo desta criança obscurecido pelo comportamento caótico.

Sessões do período inicial

A sessão que se passará a apresentar ocorreu um ano após o início da psicoterapia, depois das férias de verão. Na altura o André tinha cerca de seis anos e meio.

Contrariamente ao habitual, a criança veio pouca investida, em contraste com uma mãe muito bem cuidada. Apesar disso, a mãe parecia triste e fez referência a uma crise conjugal devido a uma relação do marido com outra mulher, ocorrida no período de férias. Esta situação surgiu recorrentemente ao longo do seguimento desta criança.

Durante esse compasso de espera, enquanto a psicoterapeuta falava com a mãe, o André manifestou impaciência e pedia insistentemente para entrar na sessão.

Ao iniciar a sessão, o André retomou o jogo que tinha vindo a desenvolver nas últimas sessões antes da interrupção das férias, o que significava a sua capacidade em estabelecer o fio da relação.

Colocou-se debaixo da secretária e desenhou numa folha o mapa dos maus. Deste modo encontrou um continente no interior/espço da psicoterapeuta para se proteger da “invasão” dos outros (maus) e, para melhor os conter, colocou-os na folha de papel.

De seguida, correu às voltas no gabinete, de pistola apontada, num registo agitado. A terapeuta foi verbalizando os seus receios, os sustos que terão sido vividos durante as férias, período em que esteve sem vir às sessões, procurando tranquilizá-lo e dizendo-lhe que estavam ali de novo para ele poder ser ajudado a lidar com os seus medos.

Poderíamos analisar este material segundo diversos pontos de vista, contudo parece que as identificações projectivas não encontravam um espaço para serem acolhidas e transformadas e ficaram então num estado de emoções “brutas”, dificilmente pensáveis.

Progressivamente, o jogo foi-se modificando e André introduziu então o menino Carlinhos que estava a dormir no quarto dele, colocando-se debaixo da secretária. Durante a noite, o menino Carlinhos foi para ao pé da mãe que estava a dormir com o pai. Face à curiosidade que ele sentia em relação ao que se passava entre os pais, fez uma regressão e passou a ser um bebé. Então a terapeuta teve que o levar para o seu próprio quarto e verbalizou as suas dificuldades em crescer. O André respondeu que o Carlinhos falava com a doutora e ficava mais crescido e também queria aprender a ler e a escrever quando fosse para a escola. Foi interpretado o seu desejo de que a terapeuta o ajudasse a crescer.

No final da sessão introduziu um jogo entre o homem-pedra e o homem-lume (os dois lados do homem), que iam atacar os maus, com a participação dele próprio e da terapeuta.

E, antes de terminar, o André falou pela voz do Carlinhos do medo de estar sozinho porque havia bichos que chupavam o sangue e picavam quando estava

escuro remetendo para a emergência de material primitivo, associado à fantasmática do vampiro.

Ao entrar para o 1º ano da escolaridade, seguiu-se um período em que o seu comportamento se desorganizou completamente, sendo incapaz de se adaptar à disciplina, pelo que foi aconselhado a sair da escola onde estava integrado. Foram feitas várias tentativas de integração em outros estabelecimentos de ensino mas foi sistematicamente rejeitado. Por essa razão, os pais optaram por um Colégio de Ensino Integrado que considerou que esta criança beneficiaria mais em frequentar uma sala de jardim de Infância até a sua adaptação ao novo ambiente. Entretanto passou a duas sessões semanais de psicoterapia.

No início da sessão que irá ser relatada, o André entrou na sala imediatamente, fechando-se, deixando a terapeuta no exterior, numa atitude onnipotente de ocupar todo o espaço o que a levou a interpretar: “Queres ficar sozinho no gabinete, como se quisesses mandar nisto tudo?”

A terapeuta acabou por entrar no gabinete e o comportamento do André manifestou-se completamente maníaco, enlouquecedor. Corria pela sala, despejava sobre ele a caixa dos brinquedos, aparentemente indiferente às palavras da terapeuta, numa tentativa de colocar limites naquela agitação infernal. A dado momento, colocou a caixa dos brinquedos na cabeça e atirou-se violentamente contra o corpo da terapeuta. Nesse momento foi interpretado o seu desejo de entrar dentro da terapeuta, de a deixar vazia e de se apoderar do seu interior. André saiu disparado do gabinete para ir à casa de banho. Regressou um pouco mais tranquilo.

A história analítica do André vai prosseguir através destes combates terríveis com os “maus”, à espera de uma personagem que começará a estabelecer regras e a dar origem a transformações.

A psique humana tem necessidade da relação com o “outro” para se desenvolver. Bion (1962) descreve um verdadeiro big-bang com a emergência do pensamento resultante do reencontro entre a projecção de angústias primitivas (que o autor chama elementos *beta*) e uma psique capaz de as acolher e de as transformar pela *rêverie*. Assim, o “produto acabado” – as angústias tomadas bonificadas (na terminologia de Bion, os elementos beta transformados em elementos alfa) – o essencial é a *rêverie* “transmitir” o “método para transmitir tais realizações” que o autor designa de função alfa (Bion, 1962). Nesta conceptualização, o inconsciente aparece, então, consecutivo à relação com o outro disponível.

Entretanto, André ao entrar violentamente no interior da terapeuta, ficou invadido pela angústia resultante da fantasia de ficar preso no seu interior.

Parecia não ouvir as interpretações. Por vezes era necessário detê-lo para que não se magoasse ou não destruísse o material.

Até ao final da sessão, continuou num registo de enorme agitação, subindo a secretária, as estantes, para atirar todo o material para o chão, mas quando saiu do gabinete, foi ter com a mãe muito tranquilo e calmo!

Toda a loucura e agitação da criança foram projectadas no interior da terapeuta o que lhe provocou sentimentos de impotência e dificuldades na reconstrução das sessões.

Durante este período, estas sessões de agitação passaram a alternar com outras muito mais tranquilas, com conteúdos depressivos e mais pensáveis.

A sessão seguinte ocorreu após 2 anos e 7 meses de seguimento. O André tinha 8 anos de idade.

A terapeuta foi encontrá-lo nos degraus da escada que davam acesso ao gabinete. Fez um jogo, em que subiam as escadas de mão dada, como se André fosse cego. A terapeuta disse-lhe que “lhe emprestava os seus olhos”. André perguntou se a terapeuta era os seus olhos. Esta devolveu-lhe “O que é que tu não queres ver? O que tens medo de ver aqui... de encontrares aqui?”

Saiu da sala para beber água e ao regressar fez referência aos anos e à festa que lhe fizeram na escola. Em casa não ia ter festa, mas a mãe ofereceu-lhe uma prenda. O pai nada lhe deu: “Ele é o pai da mana, não é meu pai. Eu não o quero!” (referindo-se à meia-irmã, da parte do pai, dois anos mais velha que o André e fruto de uma anterior relação do pai).

Foi a primeira vez que introduziu os sentimentos de zanga em relação ao pai, do seu abandono e desinteresse por ele, como se não fosse seu filho. Depois de uma interpretação com o objectivo de introduzir um movimento de reparação, o André organizou um jogo de carrinhos, em que havia um encarnado que estava sempre só enquanto os restantes “circulam” no trânsito introduzindo semáforos para regular as passagens. No final da sessão, tomou-se insuportável a separação e à saída fez uma birra com a mãe. Foi significativa a sua reacção quando referiu “Então ficas com a doutora!”, demonstrando a desistência depressiva da mãe, tanto mais que se tratava do dia dos anos do filho.

Entretanto a situação do casal voltou a agravar-se, o pai voltou a sair de casa, sem saber por qual mulher decidir. Por insistência da mãe, tentam uma terapia de casal, seguindo-se imediatamente a desistência do pai tendo a mãe iniciado um seguimento psicoterapêutico regular.

O sofrimento do André já podia ser pensado e falado e os problemas do comportamento já não se faziam sentir na escola, se bem que se tivesse instalado uma inibição para a aprendizagem.

Cerca de 9 meses mais tarde, chegou à sessão muito agitado e no mesmo registo provocatório, dizendo que ele é que mandava, gritou “Acudam-me! Acudam-me!” Face à interpretação de se sentir preso e da zanga, foi buscar um livro à estante e fingiu ler: “A Dr^a Teresa é estúpida e burra!”

Na sequência da invasão da projecção maciça sobre a terapeuta, estabeleceu-se uma confusão entre ele e o outro: ele não conseguia aprender na escola, nem lia nem escrevia. Tentou atacar a terapeuta, que teve que se proteger, tal a violência desses ataques. André quis abrir a janela para gritar “Acudam-me! Acudam-me!” Retirou a faca de plástico da caixa de brinquedos para a “matar”. Enquanto lhe foi colocando limites de forma firme, a terapeuta foi interpretando a zanga e raiva que André tinha dentro dele e a profunda tristeza e mágoa com as pessoas (pai) que não o ajudavam. Atirou-se para cima das almofadas, mais tranqüilo, e chamou – “Papá”.

Terapeuta – “Pois é, hoje estou a fazer de Teresa papá, a pôr ordem neste menino”.

André disse em seguida “Mamã”.

Terapeuta – “Pois é, as vezes, também faço de Teresa mamã que cuida deste menino”.

Contratransferencialmente, a psicoterapeuta tinha a sensação do profundo sentimento de desamparo e abandono da criança, com os pais completamente envolvidos numa eterna relação de conflito.

Entretanto, levantou-se e foi buscar uma espada e dois pratos que serviam de escudo. Ele era o rei Artur e a terapeuta era o mau – o pai.

André – “És o papa Deus... (e ficou assustado)... não, és o palhaço!” Com efeito, do papá-palhaço não tinha que ter receios!

André – “Foi uma guerra!”, depois de pôr a terapeuta completamente esgotada com a luta entre o Rei Artur e o mau.

Terapeuta – “Olha André para esta confusão, vamos tratar dos destroços!”

Respondeu que ela é que era a doutora e tinha de tratar, ao que esta respondeu que só o poderia tratar se ele deixasse e quisesse.

No final da sessão, sentou-se numa cadeira ao pé da doutora dizendo que iam fazer uma viagem para Londres, parecendo corresponder a um movimento de fuga deste cenário de sofrimento e guerra.

Passaram-se 5 anos e 5 meses desde o início do tratamento. Nas sessões desse período, depois dos 10 anos e meio de idade, apresentava-se muito mais calmo e fazia referência a jogos próprios de rapazes da sua idade, nomeadamente de futebol. Numa das sessões, meteu-se num armário a “hibernar” e saiu dizendo que passaram 100 anos, o mesmo número de anos em que esteve A Bela Adormecida, concentrada nela própria. É neste longo período de passividade e de introversão, no princípio da puberdade, quer nos rapazes quer nas raparigas, que acontecem processos mentais interiores de grande importância. Dir-se-ia que André podia permanecer tranquilo, nem que durasse os 100 anos, porque a sua evolução prosseguia...

Entretanto, à medida que o processo terapêutico ia decorrendo, o André ia estabilizando na escola, estava mais organizado e passou a aprender.

Numa sessão ao fim de 7 anos e 5 meses de seguimento, André aguardava na sala de espera e folheava uma revista. Quando iniciou a sessão disse apontando para a capa da revista “Este é o Saddam Hussein. Este és tu”. A terapeuta perguntou-lhe “Que receios é que tu sentes aqui comigo? Parece que na escola és o André bem comportado, bonito e aqui o André zangado, assustado.”

A sessão passou-se num clima calmo. Contou que foi à festa de anos de uma colega da escola chamada Teresa, que era a menina que ele gostava (a terapeuta não deixou de notar que se chamava Teresa como ela própria). Estas verbalizações de André pareciam contrastar com um período em que se queixava que ninguém o convidava para as festas de anos. Pediu à terapeuta para ler o livro da banda desenhada do Tim-Tim, introduzindo uma alternância de leitura mas interrompeu o jogo queixando-se que estava com dores de cabeça (a verdade é que quando estamos com dores de cabeça não conseguimos pensar).

Foi para a zona das almofadas e fingiu que estava a dormir. Disse (cantarolando a música de um anúncio da televisão) “A Teresa é a nossa razão de existir...” e terminou resistindo à separação, procurando prolongar a sessão. Face à inquietação com a separação, emergiu a profunda ligação de André com a terapeuta. Neste período da sua psicoterapia estes momentos de proximidade eram alternados com movimentos intrusivos que, do ponto de vista fantasmático, estavam associados à entrada violenta no interior da Terapeuta.

Depois das sessões relatadas anteriormente, prevalecia um impasse terapêutico, com predominância de um material repetitivo, de carácter aparentemente destrutivo (elaborativo). Este longo período de “hibernação” permitiu que emergisse a capacidade de elaboração e de transformação evidenciadas nas sessões do período final da psicoterapia.

Sessões Finais

A sessão seguinte ocorreu após oito anos e três meses de seguimento. O André tinha 13 anos e 8 meses de idade.

Entretanto o André tinha o 1º ciclo e, na transição de ciclo, mudou de estabelecimento de ensino e foi para uma escola oficial. Esta sessão seguiu-se a um período de grande inquietação em relação à nova escola, novo espaço, novos professores, às novas disciplinas e maiores exigências escolares. Apareceu pela primeira vez a referência ao prazer em crescer – já tinha ido ao Centro Comercial com os colegas quando não tinham aulas. A mãe, pela primeira vez falou com prazer do filho, referindo que o ajudava a estudar em casa. Comentou com a terapeuta “Sabe, ele agora pensa...”. É interessante notar que as melhoras do filho se interligavam com as melhoras da mãe como se estabelecesse um sistema de vasos comunicantes.

Ao iniciar a sessão, a terapeuta comentou a conversa com a mãe e a possibilidade de André fazer o 5º Ano num só ano (face ao percurso escolar desta criança tinha sido colocada a hipótese de fazer o 5º Ano em dois anos). André escutou com satisfação, ele próprio foi-se apercebendo do contentamento da terapeuta enquanto vagueava pela sala. Olhou para a estante com os livros e pegou num trabalho escrito em Inglês. Sentou-se no chão e falou em Inglês fazendo perguntas simples do tipo: “What’s your name? A partir da conversa em Inglês foi surgindo a história da relação terapêutica, da primeira sessão de psicoterapia quando André tinha 5 anos. A terapeuta comentou – “Pois é, já nos conhecemos há muito tempo...”. Enquanto estava sentado, organizou um jogo com as almofadas com golos e balizas enquanto se queixava que tinha pouco tempo de sessão porque a terapeuta esteve a falar com a mãe. Na verdade só tinham passado cerca de 10 minutos da sessão.

O André comentou “Eu queria duas horas de sessão “e sorriu.

Terapeuta – “Como assim?”

André – “Eu sinto-me bem aqui, gosto de estar aqui.”

Enquanto jogava com as almofadas, disse: “Eu já não tenho mau perder, já aceito, não podemos ganhar sempre, às vezes ganhamos, outras perdemos”. E perguntou “Lembras-te quando eu tinha mau perder?”. A terapeuta foi-lhe falando do sofrimento dele quando se conheceram, da sua tensão, andava de bicos de pés, quando desenhava punha os bicos das canetas para dentro.

André – “Porque é que eu estava assim?”

Terapeuta – “Estavas muito assustado, tinhas receio de ser atacado”. E acrescentou “Lembras-te da Teresa vampiro?”

Disse que sim e foi então possível falar das suas zangas, do desejo de destruir tudo, da zanga inicial com a mãe.

O André perguntou “Mas porquê? Quando eu era puto era mesmo estúpido”.

Terapeuta – “Estavas magoado com a mãe, tinhas ficado com a tua avó. Depois aqui tantas vezes aparecia a zanga, chegaste a fazer xixi e cocó nas sessões.”

André – “E tu, o que é que tu fizeste? Bateste-me?”. Sentiu-se envergonhado e escondeu-se nas almofadas mas, simultaneamente, contratransferencialmente a terapeuta sentiu a sua profunda gratidão por ter suportado a sua raiva.

Terapeuta – “Não, não te bati, mas disse-te que assim não podia ser. Houve alturas que tu testaste todos os limites aqui, tínhamos sessões em que estavas em permanente guerra comigo...”.

André falou da zanga com o Pai: “Ele tinha outras mulheres, não podia ser”.

Terapeuta – “Mas também ele desaparecia de casa, tu nem sabias quando chegavas a casa se ele estava ou não, depois voltava a sair, sentias-te abandonado... Viveste parte da zanga com ele aqui comigo”.

A terapeuta falou-lhe então do seu processo de crescimento, de como os dois foram conseguindo ir vencendo as dificuldades e explorando igualmente a possibilidade de terminarem o processo terapêutico.

O André respondeu de imediato – “Não, eu gosto de cá vir, então vou ficar outra vez agitado...”.

Terapeuta – “Não é preciso, isso será uma coisa que vamos pensar daqui a uns tempos os dois, será uma decisão de nós os dois. Vamos ver como as coisas correm este ano e depois vamos ver como será no futuro”.

No material desta sessão é visível a emergência da consciência mórbida desta criança. Neste revisitado do passado do processo terapêutico, a parte saudável do *self* de André constitui-se como *self*-observador que observa a outra parte perturbada e mergulhada durante anos num profundo sofrimento. Representa também a transformação, da passagem ao acto, da agitação enlouquecedora tão presente nos primeiros anos da sua psicoterapia ao pensamento.

Na sessão seguinte falou, na sequência do jogo das almofadas, que ele era esperto e, nessa altura, foi possível abordar o receio que André teve, durante um período longo, de ser deficiente e não conseguir aprender (durante um período foi equacionada na escola a possibilidade de ele ser integrado no Ensino Especial).

O André respondeu: “Lá estás tu, não achava, tinha medo de ser”.

Terapeuta – “Eu sei, nunca achei que fosses deficiente”.

André – “Como é que tu sabias, como é que vias isso?”

Terapeuta – “Pelo teu jogo, pelas coisas que me dizias, percebi que estavas muito aflito e que isso te bloqueava, não conseguias pensar”.

André – “E se eu não tivesse melhorado, tinhas desistido?”

Terapeuta – “Estive 8 anos à espera, tu tentaste tudo para que eu desistisse e eu não desisti, muitas vezes foi difícil...”

Numa sessão, umas semanas depois, o André parecia mais excitado do que tinha estado nas últimas sessões, quis brincar com os peões que trazia consigo, viu os livros e comentou que o único livro que leu foi o Harry Potter e olhou para a estante. Pediu para ler um livro grosso e riu-se num riso excitado, dizendo: “É um livro sobre sexo”.

Terapeuta – “Podemos aqui falar os dois sobre essas coisas, sobre as tuas fantasias, sobre o que imaginas que é namorar e o que os namorados fazem juntos”.

O André colocou a sala às escuras e começou a estruturar um jogo (a terapeuta sentiu que a necessidade de pôr a sala as escuras poderia estar associada à vergonha que lhe despertava falar sobre a sexualidade). Ele escondeu-se às escuras e a terapeuta tinha que o encontrar. A terapeuta foi comentando que parecia que ele se sentia mais confortável sem a ver e recordou os jogos de escondidas que faziam nas sessões quando André era pequeno.

Terapeuta – “Será que te sentes envergonhado de me falares dessas coisas do amor, dos namorados? É por isso que não queres que te veja? Mas aqui podes falar dessas coisas que andas a pensar.”

O espaço escuro, por vezes de silêncio, foi ficando mais tranquilo. A terapeuta foi-lhe falando que teve que aprender com ele outras formas de o “ver” que não a do olhar...

André – “Tu conheces muito bem a sala para me poderes descobrir no escuro”.

Terapeuta – “E tu também. Tu também conheces muito bem a sala para te ires movimentando e sentindo onde eu estou”.

No final da sessão estava nas almofadas e disse que não se queria ir embora. Perguntou: “Posso cá ficar?”

Terapeuta – “Então?”

A terapeuta, devido ao próprio desenrolar da sessão, sentiu a emergência de material edipiano e respondeu-lhe “Quem cá fica é o meu marido...”

André – “Então, deixa-me ser o teu cão, deixa-me ser o teu Bobby” e continuou “Qual é o meu lugar na super-liga Teresa? Já fui ultrapassado, agora sou segundo?” (a metáfora da super-liga Teresa tinha aparecido nas sessões

para falar do que ele imaginava que eram os outros pacientes da terapeuta). A terapeuta disse-lhe que o lugar dele ficava em suspenso até à sessão seguinte.

Terapeuta – “Mas tu tens o teu lugar aqui dentro de mim... Tu tens sempre um lugar especial na Super-liga Teresa”.

No final da sessão, ecoou o pedido de André na mente da Terapeuta “Deixa-me ser o teu cão, deixa-me ser o teu Bobby” associado à letra da música do Jacques Brel “Ne me quite pas”. “Deixa-me ser a sombra da tua sombra, a sombra da tua mão, a sombra do teu cão”.

No período final da psicoterapia, o André alternava sessões muito ricas com sessões em que se sentia saturado e com dificuldades em simbolizar. Permanecia muito atento à reconstrução de uma casa nas traseiras do consultório e que André acompanhou o processo de reconstrução desde o início. Numa sessão, falou fascinado do processo de reconstrução de Lisboa após o Terramoto de 1755, e da reconstrução do arquitecto Manuel da Maia. Na altura a terapeuta interpretou este material como uma expressão do que tinha sido o terramoto da vida de André e da reconstrução, das raízes, das estruturas até aos acabamentos que foi a sua psicoterapia. Ia-se queixando, no último ano de seguimento, da demora nos acabamentos da casa do exterior, o que remetia, também, para os “acabamentos”, o término do processo psicoterapêutico, interrogando-se sobre o porquê de se manter em seguimento apesar de se sentir francamente melhor.

Ao entrar na sessão, a terapeuta disse a André que teriam uma sessão de compensação nessa semana. O André protestou e mostrou-se aborrecido, queria ser ele a dizer a hora que vinha e quando terminava (paradoxalmente propôs uma hora de sessão).

A terapeuta abordou as dificuldades que André sentia nestas últimas sessões.

Terapeuta – “Durante um período, as sessões eram difíceis porque estavas em grande sofrimento. Agora porque será tão difícil? Será que é porque estamos a preparar o final? Como se fosse mais fácil, para ti, despedirmo-nos assim...”

“Revisitou” o passado das sessões e lembrou-se das várias caixas anteriores que ele atacava violentamente. Entretanto foi buscar a caixa dele ao fim de vários anos e comentou que gostava de a levar. Mexeu no material e pareceu queixar-se como se a terapeuta lhe tivesse já retirado material e desapossado das coisas dele.

A propósito de falarmos da proximidade do final, André, que incessantemente vinha pedindo à terapeuta para lhe dizer qual a sua idade, o seu partido, o seu clube de Futebol, em quem tinha votado nas últimas eleições e insistindo em conhecer as outras divisões do consultório, voltou a falar de novo sobre esta curiosidade de conhecer o “outro lado da Teresa”, a Teresa fora das sessões.

Encerrou o jogo do restaurante que vinha desenvolvendo nas últimas sessões. A terapeuta representou o papel da cliente e André era o dono do restaurante. Alternava preços altos com preços razoáveis o que servia igualmente como pretexto para falar do quão crescido estava. Já bebia café de vez em quando, e já tinha experimentado espumante e serviu à terapeuta o vinho do Tejo que era o rio que simultaneamente os separava e os ligava. Referiu que ao pé de casa dele havia um bêbado que era louco – abordando desta forma o seu medo de perder o controle, o que poderia acontecer? À sobremesa fez um sorriso maroto e serviu “Morangos com açúcar” o que estava associado nas sessões com a vivência dos amores e desamores dos adolescentes.

Recuperar o tempo perdido foi o que se fez ao longo deste processo terapêutico. A história clínica desta criança põe em evidência um processo de desenvolvimento interrompido que a psicoterapia permitiu retomar.

CONCLUSÃO

Neste trajecto terapêutico é muito evidente a confiança da terapeuta no processo do desenvolvimento da criança, que nesta idade é ainda muito vulnerável e maleável, daí o facto da maior sensibilidade às situações de conflito familiar.

Esta atitude de confiança em relação ao processo de desenvolvimento ou, como diz Winnicott (1954, 1969), a esperança no processo, implica a perspectiva do futuro, quando se trata de uma criança. E assim, formulou Winnicott (1954/1992): “A belief in human nature and in the developmental process exists in the analyst if work is to be done at all, and this is quickly sensed by the patient.” (p. 292). No caso do André, era evidente como agia violentamente às pulsões, às angústias e à depressão, incapaz de passar para a palavra o seu drama interno, face à imaturidade do Eu.

Tornou-se muito claro o esforço exigido da parte da psicoterapeuta, para poder enfrentar os ataques do seu paciente, tingidos de erotismo e de agressividade, mas sem perder a capacidade de empatia e de reflexão.

Um outro factor significativo da evolução do André, após estes anos de psicoterapia de tipo analítico, foi o aparecimento da sua capacidade narrativa. Segundo diversos autores (Zigante, Borghini, & Golse, 2009) a narratividade pode ser definida como a capacidade de contar uma história, que é a sua história, integrando elementos conflituais e dando-lhes um sentido. “A nossa capacidade narrativa permite-nos construir uma personalidade que nos liga aos

outros, de regressar ao nosso passado de maneira selectiva, preparando-nos para nos confrontar com um futuro que nós imaginamos” (Bruner, 2002, in F. Zigante et al., 2009, p. 8). E, como disse o grande contador de histórias Torrado: o mundo dá muitas voltas mas cada um encontra a sua estrela...

Esta capacidade narrativa é essencial e específica ao ser humano e, certos autores, fazendo um paralelo entre a ontogenia e a filogenia, sublinham que o dom de contar histórias caracteriza o homem tal como a posição de estar de pé ou a oposição do indicador e do polegar (Bruner, 2002, in F. Zigante et al., 2009).

Este é um dos critérios de avaliação positiva do processo terapêutico.

Só depois de uma longa terapia e de ter vivido o drama da sua vida, foi possível a André perguntar à sua psicoterapeuta: “Se eu não tivesse melhorado, tinhas desistido?”

BIBLIOGRAFIA

- Bion, W.R. (1962). A theory of In *Second thoughts* (pp. 110-119). London: Maresfield Library.
- Vidigal, M.J. (2004). “*Por favor, não matem João dos Santos*”. Colóquio de homenagem a João dos Santos, Escola Superior de Educação Almeida Garrett (não publicado).
- Zigante, F., Borghini, A., & Golse, B. (2009). Narrativité des enfants en psychothérapie analytique: Evaluation du changement. *La Psychiatrie de l’Enfant, LII*(1), 8-41.
- Winnicott, D.W. (1954/1992). Metapsychological and clinical aspects of regression within the psycho-analytical set-up. *Through paediatrics to psychoanalysis* (pp. 278-294). London: Karnac books.
- Rollinson, R. (1998). A therapeutic school. In J. Green & B. Jacobs (Eds.), *In patient child psychiatry: Modern practice research and the future*. London: Routledge.

ABSTRACT

This paper presents a clinical case of a child’s psychoanalytical psychotherapy stressing the importance of long term intervention in order to retake the child developmental process and to attain a harmonious development of cognitive and emotional aspects. Furthermore, it is stressed the therapist’s persistence and the hope, here understood as a projection of the child hope in the object, and the role played by the supervision.

Key-words: Psychoanalytical psychotherapy. Supervision. Hope. Child’s development.

NORMAS DE PUBLICAÇÃO

A **Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria** é o órgão da Associação Portuguesa de Psiquiatria da Infância e da Adolescência (APPIA). A revista publica artigos originais, de investigação ou de revisão na área da Pedopsiquiatria, assim como casos clínicos, resumos críticos de livros ou artigos com relevância para um melhor conhecimento nesta área. A revista privilegia e estimula a diversidade e multidisciplinaridade dos assuntos abordados.

O(s) autor(es) deve(m) submeter um original e uma cópia do texto, e sempre que possível em suporte informático.

À Comissão Redactorial cabe a responsabilidade de aceitar, rejeitar ou propor correcções ou modificações nos artigos submetidos. Para este efeito é apoiado pelo Conselho de Redacção.

Os motivos de recusa e os pareceres da Comissão Redactorial e do Conselho de Redacção serão sempre comunicados aos autores.

Apresentação do texto: Os textos deverão ser dactilografados em folhas A₄ devidamente numeradas. Para permitir uma leitura digital, a impressão deve ser de boa qualidade. Nos textos preparados em computador o envio da respectiva disquete é aconselhável.

Título e identificação: O título do artigo, conciso e informativo, deverá constar na primeira página, bem como o nome dos autores, os seus graus académicos ou profissionais, e os organismos, departamentos ou serviços hospitalares ou outros em que exercem a sua actividade. Deverá ser identificado (nome, morada, telefone, fax, e-mail) o autor responsável pela correspondência.

Resumo: Deve ser apresentado um resumo do artigo em Português e Inglês. Nos artigos originais e de investigação, este deverá descrever abreviadamente os objectivos, material e métodos, resultados e conclusões do trabalho apresentado, bem como a possível relevância dos resultados para a evolução do conhecimento

na área. Nos casos clínicos deverão ser descritos de forma sucinta os seguintes itens: o estado actual do problema, a(s) observação(ões) clínica(s), a discussão e a(s) conclusão(ões).

Este deverá ser sempre seguido de uma lista de 3 a 10 palavras-chave.

Estruturação dos artigos: O texto deve ser apresentado de forma organizada. Nos artigos respeitantes a trabalhos de investigação, uma estruturação iniciada por uma Introdução, seguida pela descrição dos Objectivos do Trabalho, Material e Métodos, Resultados, Discussão e Conclusões é a sugerida.

Abreviaturas: As abreviaturas devem ser objecto de especificação no texto.

Bibliografia: As referências devem ser numeradas segundo a ordem do seu aparecimento no texto e devem ser referidas entre parêntesis. Artigos que se encontrem aceites e a aguardar publicação poderão ser incluídos nas referências, com a indicação da revista ou jornal seguida de “em publicação”. Só devem constar da lista de referências as citadas ao longo do texto.

As referências bibliográficas devem ser construídas da seguinte forma:

- a) **Artigo de revista:** Apelido e iniciais dos nomes de todos os autores. Ano de publicação. Título do artigo. Nome do jornal ou revista (se possível, utilizar as abreviaturas do *Index Medicus (New series)-National Library of Medicine*), número do volume, primeira e última páginas do artigo. Ex.: Fonagy, P., Steele, M., Steele, H., Higgitt, A., & Target, M. (1994). Theory and practice of resilience. *J Child Psychol Psychiatry*, 35, 231-57.
- b) **Livro:** Nome(s) e inicial(ais) do(s) autor(es). Ano de publicação. Título do livro. Cidade e nome da casa editora. Ex.: Mazet, Ph., & Houzel, D. (1996). *Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent*. Paris: Maloine.
- c) **Capítulo de livro:** Nome(s) e inicial(ais) do(s) autor(es) do capítulo. Ano da publicação. Título do capítulo. In Nome(s) e inicial(ais) do(s) editor(es) médico(s), eds. Título do livro. Número da edição, número da primeira e última páginas. Cidade e nome da casa editora. Ex.: Volkmar, F. (1993). Autism and pervasive developmental disorders. In Ch. Zeanah (Ed.), *Handbook of Infant Mental Health* (1st ed., pp. 236-49). New York: The Guilford Press.

Quadros: Devem ser fornecidos em páginas separadas e numerados com algarismos romanos. Um título deverá constar no topo.

Figuras (desenhos, fotografias, gráficos): As ilustrações devem ser de boa qualidade. No verso deverá ser colada uma etiqueta indicando o número da

figura, bem como a sua orientação. As figuras devem limitar-se ao número estritamente necessário. Os gráficos devem ser enviados impressos em lazer, fotografados ou em disquete, neste caso com a indicação do programa utilizado. Quando a deficiente qualidade dos gráficos o justifique, a editora poderá proceder à sua reexecução, desde que os dados necessários sejam fornecidos pelos autores. As figuras devem ser numeradas em árabe, citadas no texto e possuir uma legenda.

Revisão de provas: No caso do artigo ser aceite após modificações, estas devem ser realizadas pelos autores no prazo de 15 dias.

As provas tipográficas serão enviadas aos autores contendo a indicação do prazo de revisão em função das necessidades de publicação da revista.

O 1º autor receberá 5 exemplares da revista.

Correspondência: Enviada por correio normal ou electrónico ao cuidado do Director para:

Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria
Ao c/ Drª Maria Luís Borges de Castro
Parque da Saúde de Lisboa
Pavilhão 25 – Pedopsiquiatria
Av. do Brasil, 53 – 1700 Lisboa
E-mail: appia@sapo.pt

