

# **Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria**

Nº 32

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA  
DE PSIQUIATRIA DA INFÂNCIA E DA ADOLESCÊNCIA

**DIRECTOR**

Maria Luís Borges de Castro

**COMISSÃO REDACTORIAL**

Augusto Carreira

Fernando Santos

Filipa Ferreira

Mónica Salgado

Neide Urbano

Pedro Pires

Raquel Quelhas de Lima

Sara Pedroso

**CONSELHO DE REDACÇÃO**

Beatriz Pena

Celeste Malpique

Emílio Salgueiro

José Ferronha

Luís Simões Ferreira

Lurdes Carvalho Santos

Maria Alfredina Guerra e Paz

Maria José Gonçalves

Maria José Vidigal

Orlando Fialho

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

Secretariado

Margarida Matos Moura

Av. do Brasil, 53 – 1700 Lisboa

Clínica Infantil – Pavilhão 25

Tel./Fax: 21 793 43 41

E-mail: appia@sapo.pt

**FOTOCOMPOSIÇÃO E PAGINAÇÃO**

ISPA – Instituto Universitário

## Editorial

*Pedro Pires* p. 5**ARTIGOS**“Para pais sobre filhos” – Um projecto de  
intervenção com famílias de crianças com  
dificuldades afectivo-emocionais em idade  
escolar*Ana Nascimento Rodrigues,  
Ana Paula Ribeiro, Clara Castilho,  
Dolores Gamito, Filipa Poppe,  
Helena Raposo Lopes,  
Luís Fernandes, Pedro Morato* p. 7

A dimensão do luto na pedopsiquiatria

*Catarina Cordovil, Joana Pombo,  
Mafalda Correia, & Susana Correia* p. 27Luto patológico – Uma entidade  
nosológica específica?*Joana Calejo Jorge, Lia Moreira,  
& Paula Barrias* p. 37Puberfonia adolescente: Revisão  
do tema a propósito de caso clínico*João Gama Marques* p. 47Objecto transitivo na adolescência:  
Companhia nas horas tristes?*Neide Urbano & Inês Pinto* p. 59

Normas de Publicação p. 69

Nestes tempos atuais marcados socialmente pela imprevisibilidade, pelas constantes mudanças e pela valorização do agir em detrimento do pensar, torna-se fundamental uma atitude reflexiva e crítica sobre nós próprios e o que fazemos. É claramente neste sentido que a Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria se tem assumido como um veículo científico por excelência que procura propiciar uma reflexão atualizada sobre a prática da saúde mental da infância e adolescência em Portugal.

O número que agora publicamos mantém o que vem sendo já uma linha editorial de divulgação dos trabalhos, comunicações livres e posters, apresentados nos Encontros Nacionais da APPIA, com inclusão de artigos que foram reconhecidos com o prémio Dr. João dos Santos. Estes refletem a dinâmica das Instituições que representam, partindo da experiência clínica para um aprofundamento teórico ou para a explanação de novos modelos de intervenção, como acontece no artigo do Centro Doutor João dos Santos. É ainda de salientar a importância das estruturas institucionais assentes em equipas multidisciplinares, patentes nos trabalhos apresentados, e para mais no contexto atual de pouco reconhecimento da importância das diferentes áreas técnicas ligadas à infância e da necessidade de espaço para a discussão clínica, condições imprescindíveis para a intervenção em saúde mental infantil. É na troca de diferentes opiniões e experiências que se abre caminho para a formulação de questões, de hipóteses de trabalho e para a construção de projetos científicos que permitam obter respostas ou a clarificação dos problemas levantados, melhorando assim a intervenção clínica.

Este número sairá em pleno XXIII Encontro Nacional de Psiquiatria da Infância e Adolescência, em Almada, com o tema: “*Novas concepções da psicopatologia: Da compreensão à intervenção*”, que desejamos que mantenha a elevada participação e qualidade de trabalhos científicos.

Para terminar, fica o anúncio e convite para o próximo Colóquio da Revista, que se irá realizar em Novembro deste ano, com o tema: “*Comportamentos de risco, funcionamento limite e estado-limite na adolescência*”, com a presença do Prof. Alain Braconnier.

*Pedro Pires*

# “PARA PAIS SOBRE FILHOS” – UM PROJECTO DE INTERVENÇÃO COM FAMÍLIAS DE CRIANÇAS COM DIFICULDADES AFECTIVO-EMOCIONAIS EM IDADE ESCOLAR\*

Ana Nascimento Rodrigues\*\*

Ana Paula Ribeiro\*\*\*

Clara Castilho\*\*\*\*

Dolores Gamito\*\*\*\*\*

Filipa Poppe\*\*\*\*\*

Helena Raposo Lopes\*\*\*\*

Luis Fernandes\*\*\*\*\*

Pedro Morato\*\*

## RESUMO

*A intervenção centrada na família tem assumido progressiva importância no âmbito da intervenção em Saúde Mental Infantil. De modelos mais centrados nas dificuldades das famílias evolui-se para modelos colaborativos que encaram a família e os técnicos como parceiros no processo terapêutico. As Instituições responsáveis pela intervenção em saúde Mental Infantil, como é o caso do Centro Doutor João dos Santos têm progressivamente desenvolvido projectos desta natureza num plano integrado das suas intervenções de base.*

*O projecto “Para Pais sobre Filhos” é um programa de Formação Parental, organizado pela Casa da Praia e apoiado pela Fundação Calouste Gulbenkian no âmbito do programa “Crianças e Jovens em Risco”. Neste artigo apresentamos o trabalho desenvolvido em 2008 e 2009 com 55 famílias organizadas em 5 grupos de intervenção, apresentando a estrutura, objectivos, conteúdos e metodologia de intervenção do programa.*

*Os resultados são descritos em dois níveis: (1) – a partir de metodologias de avaliação qualitativas (relatórios das sessões e referências verbais dos pais nas sessões finais) e quantitativas (questionário de expectativas face ao programa, construído pela equipa para avaliação do programa e do “Adult/adolescent Parent*

\* Comunicação apresentada no XXI Encontro Nacional de Psiquiatria da Infância e da Adolescência – 19, 20 e 21 de Maio de 2010.

\*\* Professores na Faculdade de Motricidade Humana - Universidade Técnica de Lisboa.

\*\*\* Professora de Ensino Especial no Centro Doutor João dos Santos – Casa da Praia.

\*\*\*\* Psicólogas Clínicas no Centro Doutor João dos Santos – Casa da Praia.

\*\*\*\*\* Técnicos de Psicomotricidade no Centro Doutor João dos Santos – Casa da Praia.

\*\*\*\*\* Técnica de Serviço Social no Centro Doutor João dos Santos – Casa da Praia.

*Inventory-2” (J. Bavolek & R. Keene, 1999; tradução e adaptação de Brandão & Lopes, 2004). De uma forma global verificou-se existirem diferenças qualitativas na atitude e auto-percepção dos pais no que se refere à relação com os filhos, existindo referências a maior capacidade para a delimitação de regras e capacidade de reflexão nas suas acções enquanto pais e quantitativas no que refere em especial as praticas parentais, particularmente ao nível da subescala de “Empatia” (capacidade de perceber as necessidades da criança). Paralelamente aos ganhos das famílias, tem-se verificado que o projecto se constitui como uma mais valia de experiência profissional para a equipa da Instituição, pela possibilidade de formação contínua e evolução técnica no campo da Formação Parental.*

## **ENQUADRAMENTO**

A Intervenção pela Pedagogia Terapêutica, modelo de há longa data preconizado na intervenção em Saúde Mental Infantil, levada a cabo pelo Centro Doutor João dos Santos – A Casa da Praia – pressupõe de forma inequívoca a intervenção com a família. A compreensão da criança e dos seus conflitos individuais não pode ser total nem efectiva se não existir uma compreensão das dinâmicas familiares e dos seus padrões relacionais e afectivos. Efectivamente as problemáticas comportamentais e emocionais que surgem frequentemente associadas a dificuldades de natureza escolar nas crianças que a equipa da Casa da Praia apoia parecem ter origem, ou pelo menos serem potencializadas pelas dificuldades relacionais no seio familiar.

Na Família aprendem-se as primeiras regras sociais, estabelecem-se as primeiras relações de afecto e apropriação de conhecimentos sócio-culturais (Mata, 2002). Neste ponto de vista a Família deve ser compreendida como um conjunto de elementos unidos por laços de parentesco e de afinidade que está em permanente mudança para se adaptar, por um lado às necessidades dos seus membros, e por outro, às alterações do contexto que a envolve (Fazenda, 2005).

Na actualidade prevalecem indicadores de mudança social que são espelho de alterações significativas na estrutura familiar e que levam a família a enfrentar uma variedade imensa de novos desafios.

A Família tal como a conhecíamos (mãe, pai e filhos) é cada vez menos frequente. A diminuição da taxa de natalidade é uma realidade e as famílias são cada vez mais pequenas, tendo surgido novas constituições familiares a par de diferentes papéis e formas de relacionamento. Aumentaram o número de divórcios, famílias reconstituídas e monoparentalidade.

O papel renovado da mulher no mercado laboral, associado à longa distância dos locais de trabalho, levou à diminuição do tempo que pais e filhos passam juntos. Além disso temos assistido a uma maior distanciação entre as gerações familiares, o que levou à progressiva nuclearização familiar – o apoio da família alargada está hoje menos presente nas respostas às necessidades da família, assim como a desvalorização da comunidade permitiu uma maior independência mas também isolamento familiar.

Vivemos hoje num mundo globalizado em que apesar do afastamento da vida em comunidade, temos acesso à informação do que se passa na sociedade em geral, o que por vezes provoca movimentos sociais acoplados a um aumento de preocupações que os pais têm com o crescimento e educação dos seus filhos.

O reconhecimento destas mudanças, aliado à importância cada vez maior que se reconhece na família, como agente activo no processo de capacitação e resolução dos problemas quotidianos, no desempenho das suas funções enquanto pais, inspiram a elaboração de programas de formação parental.

Não tem havido muito consenso em relação à definição de formação parental, e em Portugal tem sido uma área de pouco interesse e investimento (Coutinho, 2004) com poucos estudos que demonstrem as suas vantagens.

É no entanto consensual que a formação parental consiste num tipo particular de apoio às famílias (Dunst, 1999, cit. in Coutinho, 2004) e parece subjacente a todas as definições a existência de uma intenção de acção formal com o objectivo de aumentar a consciência dos pais e o uso das suas aptidões e competências parentais (Bartau, 2000).

Pugh et al. (1995, in Gaspar, 2007) refere que a formação parental constitui um suporte de ajuda aos pais ou futuros pais a compreenderem as suas próprias necessidades sociais, emocionais, psicológicas e físicas e as dos seus filhos e aumente a qualidade das relações entre eles. Pugh reforça ainda a ideia de que estas acções podem ser um meio de criar um conjunto de serviços de suporte nas próprias comunidades locais e também de ajudar as famílias a utilizarem-nas de forma mais vantajosa.

Os modelos e métodos preconizados também foram evoluindo no sentido de um maior envolvimento e responsabilização da família em todo o processo educativo.

O actual contexto social nas áreas da intervenção psicológica assume modelos mais integrativos e sistémicos que pressupõem a implicação da família nos projectos terapêuticos dos filhos. O Modelo Ecológico e Sistémico de Urie Bronfenbrenner tornou-se base de inúmeras formas de intervenção com as famílias e suporta, obviamente, a intervenção levada a cabo neste projecto. Como refere Coutinho (Coutinho, 2004) “... os Modelos de promoção, como os sugeridos pelo

conceito de *empowerment*, significam necessariamente mais capacidades, mais responsabilidades e também mais poder para os pais... (pp. 56). Do mesmo modo implicam um esbatimento dos papéis hierarquizados entre os técnicos e os participantes nas intervenções. Em Portugal, Esta atitude colaborativa é recente nas intervenções familiares sendo o modelo mais clássico, centrado numa posição de especialista por parte do técnico e receptiva por parte dos pais.

## DESCRIÇÃO DO PROJECTO

### *Formação parental*

O projecto “De Pais para Filhos” é um programa de Formação Parental organizado num conjunto de 8 sessões, realizadas em grupo e dirigidas ao desenvolvimento da capacidade de reflexão e de competências em torno da parentalidade, das situações de conflito do quotidiano e nas relações estáveis e saudáveis que estabelecem entre os seus membros. É um programa desenhado ao longo de três anos, com uma fundamentação teórica de base integrada fruto de abordagens sistémicas e dinâmicas.

Segundo Mahoney et al. (Coutinho, 2004), a formação de pais inclui uma gama de conteúdos diversificada como: (1) fornecer informação sobre os processos de desenvolvimento e aprendizagem da criança; (2) apoiar os pais no ensino de determinadas habilidades ou competências aos seus filhos; (3) gestão de problemas de comportamento. A formação de pais pode ser então definida como o processo de fornecer aos pais ou outros prestadores de cuidados, conhecimentos específicos e estratégias para ajudar a promover o desenvolvimento da criança (Kaiser et al., 1999, in Coutinho, 2004; Mahoney et al., 1999; McCollum, 1999). Refere ainda Coutinho (2004) que este tipo de programa apresenta na generalidade resultados positivos ao nível dos conhecimentos dos pais, na prestação de cuidados, melhorias na relação pais criança e aquisição de habilidades específicas, por parte das crianças. Permitem ainda modificações positivas na autoconfiança e satisfação no desempenho das funções parentais.

### *Princípios e objectivos*

O projecto “Para Pais sobre Filhos” tem como racional de base a ideia de que a parentalidade e as competências parentais se desenvolvem em função da capacidade que as famílias possuem para lidar e gerir as situações do seu quotidiano. Desta forma podemos afirmar que o paradigma que suporta esta intervenção é o do Desenvolvimento de Competências, da Promoção de Resiliência e

Factores de Protecção e não um modelo de Diminuição de Problemas e Centração nos Défices. Esta abordagem implica uma atitude colaborativa com os pais.

Contrariamente a outros programas, não é pré-estruturado, muito embora se organize com base nos temas que suportam a função parental, nomeadamente, na relação com os filhos e na gestão dos comportamentos do dia-a-dia, na protecção da infância e promoção de atitudes saudáveis e na compreensão da função parental enquanto adulto de referência e modelo educativo. Tem como principais objectivos levar os pais a serem capazes de manter a atenção centrada nas forças e recursos da família, nos momentos de excepção aos problemas, nas soluções, nas possibilidades e nos processos de resiliência familiar, mais do que nos défices. Neste sentido, o programa pretende incidir sobre a auto-percepção dos pais no que respeita as suas competências e atitudes parentais e nas relações entre pais e filhos e entre membros do casal. É assim um programa temático de natureza genérica e no qual as sugestões e necessidades mais específicas dos participantes são incluídas.

#### *Estrutura e metodologia de implementação*

O projecto organiza-se em: (1) Sessões de Grupo para Pais; (2) Sessões Paralelas para Filhos; (3) Sessões Individuais (família ou pais individualmente) e (4) Sessões temáticas.

Nas sessões de Grupo para Pais, a metodologia utilizada engloba a utilização de dinâmicas de grupo, do processo de acção-reflexão-acção, do *role-playing* (dramatização de situações concretas) e de pequenas sínteses teóricas em torno de temas específicos. Permite uma participação activa dos pais e uma partilha de experiências. Cada sessão tem a duração média de duas horas com uma periodicidade mensal. O total de 8 sessões integraram uma sessão “0” – na qual se explicitava o projecto e a metodologia e se decidiram as temáticas, bem como se determinaram os compromissos de participação e se fez a avaliação de base – e uma sessão de *follow-up* após 3 meses de realização da última sessão propriamente dita. Desta forma foram levadas a cabo 6 sessões temáticas. Em cada sessão existe um momento inicial no qual se recorda a sessão anterior ou se introduz o programa (no caso da primeira sessão). Depois a parte central da sessão é dedicada à vivência e reflexão sobre o tema nuclear da mesma que foi introduzido na parte inicial. Nesta parte central utilizam-se dinâmicas de grupo e situações de *role-playing* para a vivência objectiva do tema e posterior discussão em grupo. Na moderação da discussão todos os participantes são livres de colaborar ou não na medida das suas motivações e necessidades. A reflexão é mediatizada pelos orientadores da sessão, no sentido de ir fazendo pequenas sínteses e remetendo para os participantes a

continuidade da reflexão. Nesta parte da sessão é também muito importante fomentar a partilha de experiências e a ajuda mútua entre os pais. A sessão termina com uma síntese do tema, moderada pelos orientadores e em alguns casos com a apresentação de slides ou filmes alusivos. No final de cada sessão procedeu-se a uma avaliação informal pelos participantes através da escolha de uma palavra que sintetizasse o sentimento individual face à sessão e que ficava registada numa “maçã” de papel. Do mesmo modo foi entregue a cada participante uma frase num cartão plastificado alusiva às reflexões do dia. Entre cada sessão, existiu um contacto com as famílias para os relembrar da próxima sessão bem para monitorizar aspectos particulares referidos muitas vezes durante as sessões.

De forma complementar às sessões de dinamizadas em grupos de pais decorreram sessões lúdicas para os filhos, o que facilitou a adesão dos participantes, utilizando neste caso situações expressivas e lúdicas. A realização de sessões lúdicas informais para os filhos dos nossos participantes no projecto, constituiu, a nosso ver, uma mais-valia. Muitos pais referiram este facto nas suas avaliações finais, pela facilidade de, deste modo, poderem frequentar o programa e também pelo facto de serem as próprias crianças a relembrarem os pais dos dias de realização das sessões. Este tipo de acção foi levado a cabo por monitores e colaboradores da Casa da Praia, com a presença de técnicos do projecto e permitiu também ir conhecendo melhor as famílias participantes pela observação do comportamento das crianças nas referidas sessões. Esta observação não foi sistematizada, mas foi sempre motivo de reflexão conjunta entre os responsáveis pelas sessões das crianças e dos pais.

De modo complementar decorreram ainda sessões individuais com as famílias sempre que estas necessitavam e sessões temáticas (pontuais) realizadas na própria instituição, em jardins-de-infância ou outras instituições de forma a abranger novos pais. Estas acções complementares alargam os objectivos do projecto a uma intervenção de carácter mais comunitário potencializando a acção do mesmo e a sua continuidade. No último ano, foi ainda decidido alargar este tipo de trabalho a acções com educadoras de infância.

Para além das sessões propriamente ditas o projecto inclui uma fase de divulgação junto dos parceiros locais (C.P.C.J., Jardins de Infância, Agrupamentos de Escolas, Juntas de Freguesia, Centro de Saúde) com o objectivo principal de apresentar o projecto e implicar os diferentes serviços). Numa segunda fase a divulgação é feita ou de forma individual junto de cada família potencialmente interessada (por exemplo pais com crianças na Casa da Praia e CPCJ) ou nos Jardins-de-Infância da zona. O processo de divulgação implica uma sessão na qual se explicitam os objectivos e metodologias do projecto e ainda desdobráveis e cartazes referentes ao mesmo.

## *Instrumentos de avaliação*

O Projecto foi avaliado, em termos de **Efectividade e Impacto**, em dois momentos, no início da formação e no final, ao nível das mudanças nas famílias envolvidas. Para tal foram utilizados questionários e escalas com diferentes objectivos de análise conforme Tabela 1.

**TABELA I**

*Instrumentos e objectivos da avaliação do projecto*

<b>Instrumentos</b>	<b>Objectivos</b>
Questionários sobre situações familiares <b>Questionário de Situações Familiares de Russel Barkley (1990)</b>	Tem como objectivo avaliar o número de problemas familiares assinalados para o quotidiano de cada núcleo familiar, bem como a severidade atribuídas às situações familiares assinaladas
<b>Questionário Expectativas de Desenvolvimento</b> – Jesus Jimenez Morago, M <sup>a</sup> Carmen Moreno, Alfredo Oliva, Jesus Palacios e David Saldana – Departamento de Psicologia Evolutiva e da Educação da Universidade de Sevilha e da Direcção Geral de Atenção ao Nino da Junta de Andalucia.	Tem como objectivo avaliar de forma global o grau de conhecimento dos pais sobre o desenvolvimento infantil.
Inventário para pais adultos ou adolescentes – “ <b>Adult-Adolescent Parenting Inventory</b> ” – <b>AAPI 2 Forma A e Forma B</b> – J. Bavolet & R. Keene, (1999)	Destina-se à avaliação da parentalidade e das atitudes educativas dos pais adultos, pais adolescentes ou potenciais pais. Com base no conhecimento da parentalidade, dos comportamentos e cuidados prestados por pais negligentes/maltratantes, as respostas ao inventário permitem identificar um índice de risco para comportamentos e práticas indiciadoras de maus tratos e negligência para com a criança.
<b>Escala das Funções da Rede de Suporte Social à Família</b> – Construído com base nos seguintes instrumentos como o Family Support Scale (Dunst, Jenkins, & Trivette, 1984) e a Escala de Apoio Pessoal e Social (J.C. Martín, M.J. Rodrigo, M.L. Máiquez, C. Capote, P. Guimerá, & M. Peña, 2002)	Inclui 11 itens com cinco opções de resposta (Nunca a Múltiplas Vezes), que identificam as fontes de apoio ou suporte social bem como a utilidade das mesmas para a família.

Neste artigo apresentaremos apenas os dados relativos à utilização do APPI-2 e dados qualitativos.

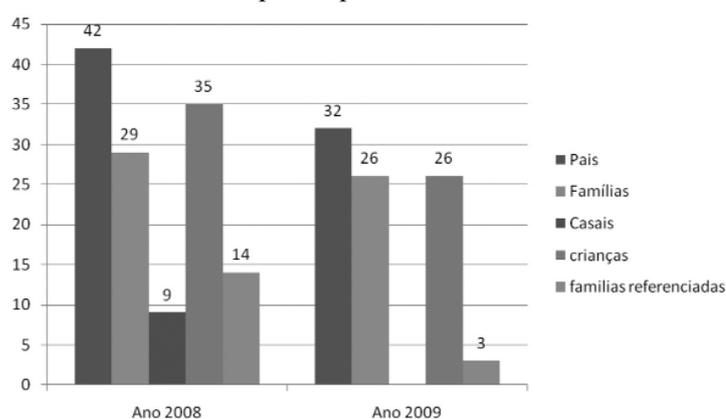
## O PROJECTO EM 2008 E 2009

### Participantes

Ao longo dos anos de 2008 e 2009 foram abrangidas 55 famílias, organizadas em 3 (2008) ou 2 (2009) grupos. Nestas sessões participaram um total de 74 pais, sendo 17 referenciados pelas Comissões de Protecção de Crianças e Jovens (CPCJ), Tribunal ou outra entidade. No total foram apoiadas 61 crianças, 16 das quais referenciadas. Estas famílias apresentaram uma participação média de 76,5%.

**FIGURA 1**

*Número de participantes em 2008 e 2009*



**TABELA II**

*Dados de caracterização dos participantes em 2008 e 2009*

	Ano 2008	Ano 2009
Participação	78%	CP= 60% & JI = 80%
Idades médias	35,6	37,77
Idade min-max	26-65	25-61
Numero desistências	11	4
P. Sexo feminino	22	26
P. Sexo masculino	10	7
Situação económica	23 empregados e 8 desempregados	26 empregados e 5 desempregados
Formação académica	ensino secundário (43%)	24 pais com ensino secundário e 9 ensino superior
Agregados familiares	2-6 elementos (Moda=4)	2 a 6 elementos
Avaliação pré-pós	31 participantes	17 participantes

Os participantes foram de forma geral: (1) Pais de Crianças sem risco sinalizado a frequentar o último ano do Jardim de Infância (incluídos no Grupo denominado “*Jardim de Infância*” e (2) Pais de Crianças a frequentarem a Instituição e ou de crianças referenciadas à CPCJ (Grupo denominada “*Casa da Praia*”).

### *Resultados*

Os dados referentes aos resultados da execução deste projecto nos anos referenciados dividem-se em dois planos: (1) Um mais descritivo e qualitativo baseado nas respostas dos Pais á reflexão levada a cabo numa última sessão (2008) e num questionário específico de impacto (2009), bem como a dados de avaliação de cada sessão<sup>1</sup> e (2) uma quantitativa avaliada utilizando o inventário “Adult-Adolescent Parenting Inventory – AAPI-2” que se destina à avaliação da parentalidade e das atitudes educativas dos pais adultos, pais adolescentes ou potenciais pais. Com base no conhecimento da parentalidade, dos comportamentos e cuidados prestados por pais, as respostas ao inventário permitem identificar um índice de risco para comportamentos e práticas indiciadoras de maus tratos e negligência para com a criança (Brandão & Lopes, 2004).

### *Avaliação qualitativa*

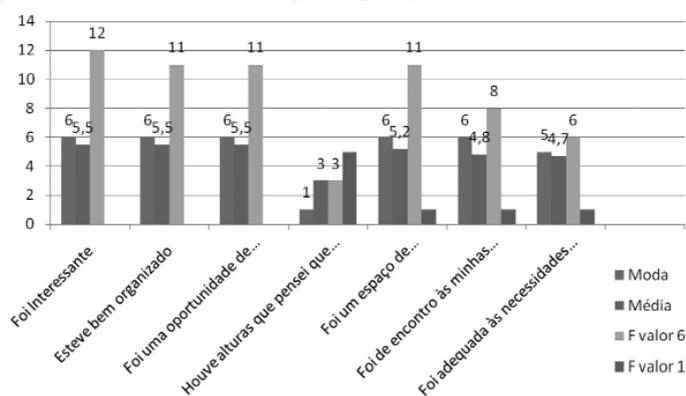
Relativamente ao ano de 2008 as famílias em ambos os Grupos, na sua globalidade, referiram conseguir melhor delimitar regras de actuação face aos filhos ao reflectirem, pela primeira vez, sobre assuntos acerca da educação e sobre o papel de pais/cuidadores. Referiram sentir-se se mais capazes de reflectir antes de agir atenuando os comportamentos impulsivos e pouco adequados que referiram face aos filhos. Aumentaram, também, os seus pedidos de ajuda, em serviços de apoio da comunidade, o que indicia uma possível evolução positiva, uma vez que não se encontram tão isoladas nas suas funções parentais. É, ainda, de salientar que para além da percepção da evolução positiva das famílias pelos técnicos participantes nestas acções, a mesma é referida a e por outros técnicos da Casa da Praia, quer em consultas de psicologia quer em consultas de serviço social.

No ano de 2009, como referido, foi utilizado um questionário de avaliação final do Impacto, respondido por 17 pais. Este questionário foi construído no âmbito deste projecto e continha um conjunto de questões gerais sobre o seu funcionamento, conteúdos e metodologia em questões de resposta fechada numa modalidade de Escala de Likert com níveis de concordância entre 1 (nível mais baixo) e 6 (nível mais elevado). As Figuras que se seguem apresentam os resultados em cada questão, para ambos os grupos.

<sup>1</sup> Ver referência anterior à estratégia das “maçãs”.

**FIGURA 2**

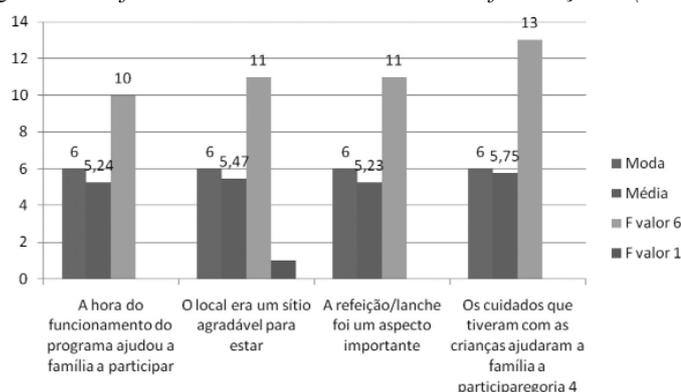
*Respostas dos pais em 2009 à questão:  
“Na generalidade considero que o programa de formação” (N= 17)*



Globalmente podemos verificar que a maioria das respostas aponta para um Programa considerado interessante, organizado que foi de encontro às expectativas e necessidades dos participantes e que constituiu uma oportunidade de aprendizagem.

**FIGURA 3**

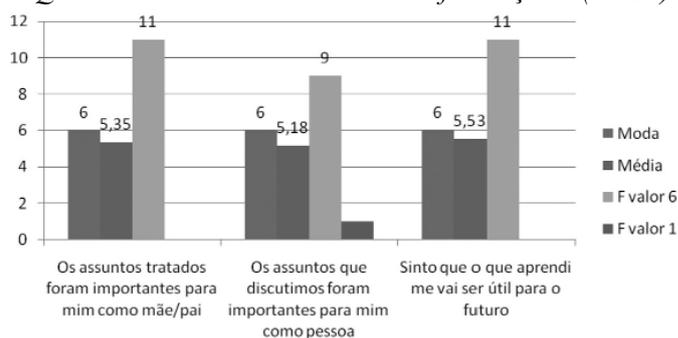
*Respostas dos pais em 2009 à questão:  
“Quanto ao funcionamento das sessões de formação” (N= 17)*



Na generalidade a organização temporal e logística do programa foi bem avaliada pelos participantes. Em relação a esta questão, verificou-se que os participantes fizeram ao todo 5 sugestões, especificamente: Sessões menos espaçadas (1), inclusive quinzenais (1). Com mais especialistas de várias áreas (1) e com mais *role-playing* (1). Simplesmente dar continuidade (1).

**FIGURA 4**

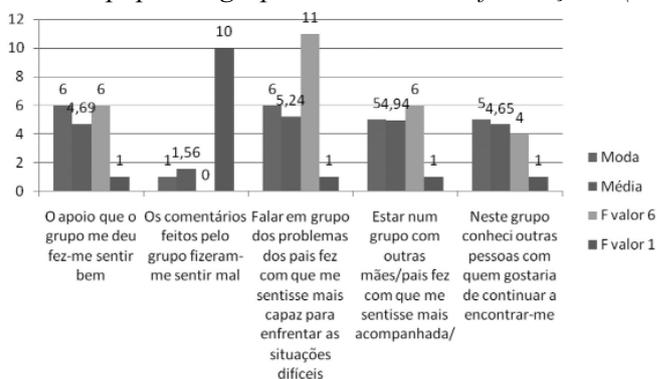
*Respostas dos pais em 2009 à questão:  
“Quanto aos temas das sessões de formação” (N=17)*



Quanto aos conteúdos das sessões, os pais apontaram-nos maioritariamente como importantes (quer como pai/mãe, quer como pessoa) e úteis. Quanto a temas sugeridos, obtiveram-se 7 referências a temas como: Birras; Como lidar com o filho; Irmãos, reforço positivo, rotinas; O equilíbrio entre dar carinho e impor as regras e Regras e Afectos. Com duas sinalizações referiram o tema capacidades e aquisições das crianças de 6 anos. Quanto a outros temas verificaram-se também apenas 5 referências. O tema da adolescência foi o mais referido (2 vezes) e os outros com 1 referência foram: Factores de integração social das crianças; Famílias monoparentais; Relação escola-família.

**FIGURA 5**

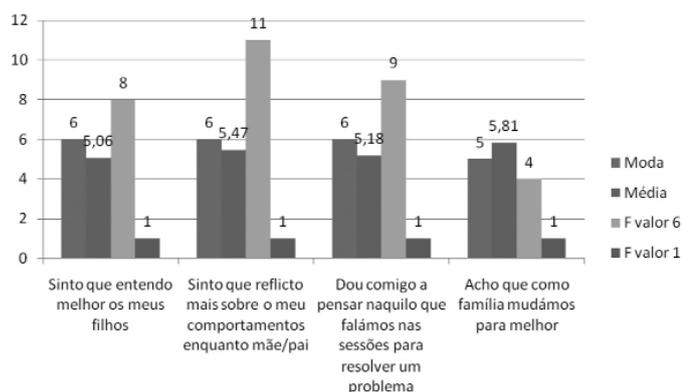
*Respostas dos pais em 2009 à questão:  
“Quanto ao papel do grupo nas sessões de formação” (N=17)*



O facto de as sessões decorrerem em grupo, representou para a maioria um espaço de bem-estar, promoção de auto-confiança e suporte.

**FIGURA 6**

*Respostas dos Pais em 2009 à questão:  
“Quais as mudanças sentidas no final do projecto?” (N= 17)*



De uma forma geral, os pais apontam como maior aprendizagem a capacidade de reflectir sobre o seu próprio comportamento face á parentalidade. Como conclusão 16 pais (94,1%) consideram importante participar em mais programas como este e 1 responde que Não, tendo o programa sido avaliado de forma muito positiva em todas as suas dimensões.

#### *Análise das mudanças ao nível das práticas parentais*

As respostas ao AAPI-2 permitem determinar um índice de risco em cinco domínios dos comportamentos e cuidados específicos dos pais em relação aos seus filhos:

1. Expectativas inapropriadas em relação à criança.
2. Baixa empatia relativamente às necessidades da criança.
3. Fortes indicadores de utilização de castigos corporais.
4. Regras incoerentes (inversão de papeis e responsabilidades)
5. Opressão da capacidade de autonomia da criança.

A análise dos resultados deste questionário deve ser interpretada em função dos somatórios bruto obtidos em cada factor ou sub-escala e depois interpretados em função de tabelas normativas para pais e mães. Ainda que estas tabelas não se encontrem aferidas para a população portuguesa utilizaremos os critérios interpretativos da escala para poder avaliar as dimensões com maior evolução após intervenção. Assim a interpretação dos valores obtidos em cada factor devem ser visto numa escalas de 1 a 10, na qual

a maior proximidade de 10 revela um perfil muito adequado de parentalidade e quanto mais próximo de 1 maior o risco de existirem situações de maus tratos, negligência, etc. Em regra um perfil com valores entre 1 e 4 indica genericamente um elevado risco para o exercício de práticas parentais abusivas; valores entre 5 e 6 indicam a norma e valores entre 7 e 10 indicam o exercício de práticas parentais não abusivas e muito “nutritivas”.

Esta análise irá somente ser efectuada por grupo e por ano.

**TABELA III**  
*Grupo “Casa da Praia” – Ano 2008*

Grupo Casa da Praia	Situação pré-teste	Situação pós-teste
Numero questionários válidos (em 13)	11	8
Valores omissos	Muito elevados	Muito elevados
Em cada subescala	Expectativas inapropriadas (n=5) <b>Empatia (n=8)</b> Castigos corporais (n=7) Papéis invertidos (n=5) Autonomia (n=6)	Expectativas inapropriadas (n=3) Empatia (n=5) <b>Castigos corporais (n=6)</b> Papéis invertidos (n=5) <b>Autonomia (n=8)</b>
Comparação N=6		Verificamos que ao nível das sub-escalas “ <b>Expectativas Inapropriadas</b> ” ( $z=-1,89$ ; $p=,059/2=,029$ ) e “ <b>Empatia</b> ” ( $z=-2,03$ ; $p=,042/2=,021$ ) se verificam diferenças significativas entre as duas fases de intervenção.

No que refere o Grupo Casa da Praia podemos verificar que, na fase de pré-teste o grupo apresenta maior número de elementos de risco ao nível da sub-escala de *Empatia* (8) e *Castigos Corporais* (7), verificando-se assim que estes pais apresentam uma tendência para não serem capazes de empatizar com as necessidades da criança e acreditar que o castigo corporal é uma das formas adequadas para lidar com os conflitos e de fazer obedecer a instruções. Nas restantes sub-escalas encontramos também mais de 50% (6) de participantes com valores desadequados o que remete, do mesmo modo, para um grupo no qual se verificam dificuldades em conhecer as capacidades de desenvolvimento das crianças, esperando na maior parte das vezes competências acima das suas reais capacidades. Os pais que apresentam valores baixos nesta sub-escala (*Expectativas Inapropriadas*) apresentam tendência para atribuir às suas falhas parentais os insucesso que vêm nos filhos (e que muitas vezes são devidos a expectativas erróneas). O mesmo acontece na Sub-escala de *Papéis Invertidos*, verificando-se assim uma tendência para subestimar as necessidades das

crianças em função das necessidades dos pais e de atribuir as suas próprias necessidades aos filhos. Estes pais costumam ser bastante inseguros e inadequados enquanto prestadores de cuidados parentais. Por fim, o mesmo se verifica em relação à sub-escala de *Autonomia*, o que revela pais com tendência para se fazerem obedecer a todo o custo, a não serem promotores da expressão a opinião individual da criança, sendo geralmente pais com tendência para utilizar a força física nas suas atitudes educativas.

Na fase de pós-teste verificamos que o número de participantes com valores de risco (1-4) diminui em todas as sub-escalas com excepção da sub-escala de *Autonomia*. Este dado poderá ser atribuído ao facto de no pós-teste existirem participantes que não responderam ao pré-teste e que obtêm valores de risco.

Na análise comparativa entre o pré e pós-teste<sup>2</sup> (N=6), verificamos que ao nível das sub-escalas “*Expectativas Inapropriadas*” e “*Empatia*” se verificam diferenças significativas entre as duas fases de intervenção. Querem estes resultados revelar que nestas dimensões a mudança é estatisticamente significativa, sendo que os valores médios obtidos ao nível dos seus *scores* aumentam. Podemos assim inferir que as competências parentais nestes domínios terão melhorado.

Na análise dos dados para o Grupo de Pais de crianças *em Jardim de Infância* podemos verificar que:

Na fase de pré-teste o grupo apresenta maior número de elementos de risco ao nível da sub-escala de *Empatia* (8) e *Autonomia* (7), verificando-se assim que estes pais apresentam, também, uma tendência para não serem capazes de empatizar com as necessidades da criança e que este grupo de pais parece enfatizar a importância da obediência na educação parental, dando pouco espaço para a opinião da criança e encarando as mesmas como faltas de respeito.

Nas sub-escalas “*Castigos Corporais*” e “*Papéis Invertidos*” encontramos 50% (6) de participantes com valores desadequados o que remete, do mesmo modo, para um grupo de pais que parecem acreditar na punição física como forma de educação e que remetem para a criança comportamentos e necessidades que não serão as reais mas sim as dos próprios educandos.

Na fase de pós-teste verificamos que o número de participantes com valores de risco (1-4) diminui em todas as sub-escalas com excepção da sub-escala de *Autonomia*. Esta sub-escala refere-se a um constructo e crença de que a independência de uma criança deve ser reprimida. Os pais que apresentam valores baixos nesta sub-escala relacionam o comportamento de independência

---

<sup>2</sup> Através de um teste de Wilcoxon que é a alternativa não paramétrica ao teste T para amostras emparelhadas, dado que as variáveis são nominais.

com um sentimento de falta de autoridade e que se essa mesma independência for valorizada e incentivada, os filhos poderão passar a fazer tudo o que querem e a desrespeitar os pais. O facto de este valor ter surgido com cotações baixas num maior número de pais na fase de pós-teste – de forma isolada e não a par de outros aumentos potencialmente relacionados como a crença na punição física, por exemplo – remete para uma interpretação mais situacional e relacionada com o facto de os filhos terem passado para o 1º ciclo de ensino, colocando aos pais novas situações de conflito educativo e eventualmente originando o aumento de sentimento de que a independência pode ser confundida com falta de respeito ou desobediência.

**TABELA IV**  
*Grupo “Jardim de Infância” – 2008*

Grupo Jardim Infância	Situação pré-teste	Situação pós-teste
Número questionários válidos (em 13)	12	9
Valores omissos	Muito elevados	Muito elevados
Em cada subescala	Expectativas inapropriadas (n=5) <b>Empatia (n=8)</b> Castigos corporais (n=6) Papéis invertidos (n=6) Autonomia (n=6)	Expectativas inapropriadas (n=1) Empatia (n=1) <b>Castigos corporais (n=5)</b> <b>Papéis invertidos (n=5)</b> <b>Autonomia (n=9)</b>
Comparação N=8		Verificamos que ao nível das sub-escalas “Autonomia” ( $z=-1,653$ , $p=,098/2=,049$ ) e “Empatia” ( $z=-2,536$ ; $p=,011/2=,055$ ) se verificam diferenças significativas entre as duas fases de intervenção.

**TABELA V**  
*Grupo “Casa da Praia” – Ano 2009*

Grupo Casa da Praia	Situação pré-teste	Situação pós-teste
Número questionários válidos (em 33)	24	8
Valores omissos	Elevados (questionários não respondidos)	
Em cada subescala	Expectativas inapropriadas (n=11) <b>Empatia (n=23)</b> Castigos corporais (n=16) Papéis invertidos (n=17) <b>Autonomia (n=23)</b>	Expectativas inapropriadas (n=3) Empatia (n=5) <b>Castigos corporais (n=6)</b> Papéis invertidos (n=5) <b>Autonomia (n=8)</b>
Comparação N=6		Verificamos que ao nível das sub-escalas “Expectativas Inapropriadas” ( $z=-1,89$ ; $p=,059/2=,029$ ) e “Empatia” ( $z=-2,03$ ; $p=,042/2=,021$ ) se verificam diferenças significativas entre as duas fases de intervenção.

No ano de 2009 e no que refere o *Grupo Casa da Praia* podemos verificar que, na fase de pré-teste o grupo apresenta maior número de elementos de risco ao nível da sub-escala de *Empatia* (23) e *Autonomia* (23), verificando-se na globalidade que o grupo apresenta diversos factores de risco relacionados com “más” práticas parentais. São dados mais visíveis as dificuldades em empatizar com as necessidades da criança e permitir um desenvolvimento autónomo, ainda que se tratem de pais de crianças já em idade escolar (entre os 6 e os 12 anos). Em mais duas sub-escalas encontramos também mais de 50% de participantes com valores desadequados, como por exemplo na Sub-escala de *Papéis Invertidos*, verificando-se assim uma tendência para subestimar as necessidades das crianças em função das necessidades dos pais e de atribuir as suas próprias necessidades aos filhos. Estes pais costumam ser bastante inseguros e inadequados enquanto prestadores de cuidados parentais. Por fim, o mesmo se verifica em relação à sub-escala de *Castigos Corporais* relacionada com a crença de que o castigo corporal e a punição física são formas adequadas de gerir os conflitos com os filhos.

Na fase de pós-teste verificamos que o número de participantes com valores de risco (1-4) diminui em todas as sub-escalas de forma muito evidente. Na análise comparativa entre o pré e pós-teste<sup>3</sup> (N=6), verificamos que ao nível das sub-escalas “*Expectativas Inapropriadas*” e “*Empatia*” se verificam diferenças significativas entre as duas fases de intervenção evidencia também neste ano uma melhoria de competência especialmente na forma como os pais “empatizam” com as dificuldades de gestão comportamental e desenvolvimental dos seus filhos.

**TABELA VI**

*Grupo Jardim de Infância – Ano de 2009*

Grupo Jardim Infância	Situação pré-teste	Situação pós-teste
Número questionários válidos (em 13)	12	9
Valores omissos	Muito elevados	Muito elevados
Em cada subescala	Expectativas inapropriadas (n=5) <b>Empatia (n=8)</b> Castigos corporais (n=6) Papéis invertidos (n=6) Autonomia (n=6)	Expectativas inapropriadas (n=1) Empatia (n=1) Castigos corporais (n=5) Papéis invertidos (n=5) Autonomia (n=9)
Comparação N=8		Verificamos que ao nível das sub-escalas “ <b>Autonomia</b> ” (z=-1,653, p=,098/2=,049) e “ <b>Empatia</b> ” (z -2,536; p=,011/2=,055) se verificam diferenças significativas entre as duas fases de intervenção.

<sup>3</sup> Através de um teste de Wilcoxon que é a alternativa não paramétrica ao teste T para amostras emparelhadas, dado que as variáveis são nominais.

Na análise dos dados para o Grupo de Pais de crianças em *Jardim de Infância* podemos verificar que na fase de pré-teste o grupo apresenta um elevado número de elementos de risco em quase todas as sub-escalas, apontando para um perfil de grupo de Risco Elevado a nível de dificuldades na prática da parentalidade. Todas as sub-escalas com excepção da de *Expectativas Inapropriadas*, apresentam um número superior a 5% de pais com valores de risco. Na fase de pós-teste verificamos que o número de participantes com valores de risco (1-4) diminui apenas numa sub-escala (*Empatia*) e aumenta significativamente na sub-escala de *Autonomia*. Voltamos, através destes dados, a verificar que a dimensão da Empatia é claramente a mais atingida pelo programa em causa e que os aspectos da Autonomia estão relacionados de forma mais evidente com etapas de vida dos filhos<sup>4</sup>.

## CONCLUSÕES

As mudanças de ordem social e familiar trazem desafios cada vez maiores ao desempenho das funções parentais, tornando indispensável dedicar mais atenção a este domínio, com aliás testemunham as acções que hoje em dia se desenvolvem. Os dois anos de projecto que são descritos neste artigo têm permitido á equipa clínica do centro Doutor João dos Santos uma reflexão continuada sobre o trabalho com as famílias de crianças com problemas de comportamento e de aprendizagem em idade escolar. As dificuldades da infância nestas dimensões necessitam claramente que a família seja suportada na gestão das mesmas e se envolva no projecto terapêutico dos filhos. A modalidade de intervenção escolhida – a formação parental, foi à medida do Projecto Educativo da Instituição, procurando avançar na experiência que adquirida e ao mesmo tempo na inovação e no alcance de resultados que pudessem ajudar a melhorar o atendimento com recursos adicionais que permitissem, paralelamente estudar o modelo mais adequado para as necessidades. A aposta numa metodologia activa/reflexiva, dando como certo que os pais teriam de ser participantes activos neste processo, tal como as crianças são nos seus processos pedagógico-terapêuticos na Casa da Praia, levou à utilização de dinâmicas já experimentadas com as crianças (desenho, histórias da família, dramatizações, faz de conta, desafios...) que proporcionassem a reflexão e o crescimento interior, recorrendo às suas preocupações, ansiedades experiências passadas (modelos), aquilo a que poderíamos chamar a sua “mochila”, transformando-as em factores de ajuda e de conhecimento pessoal.

<sup>4</sup> A avaliação pós teste, neste grupo foi também realizada num período de mudança de ciclo escolar dos filhos.

Dos resultados obtidos com as 55 famílias apoiadas é possível verificar qualitativamente uma referência a mudanças efectivas nas suas atitudes, mudanças sobretudo referidas na auto-percepção de maior capacidade de reflexão perante situações-problema e de uma maior capacidade de controlo por parte dos pais no quotidiano. Ainda que não nos seja possível verificar se a crença se transforma numa real mudança de prática comportamental na situação ecológica, é sabido que as nossas crenças e auto-percepções moldam a nossa prática objectiva pois funcionam como que uma “lente” diferente que nos permite olhar os factos por outro prisma. Queremos acreditar que este caso a visão se tornou mais adequada e positiva. Por outro lado, os dados quantitativos mostram-nos que as mudanças nas crenças a auto-percepções dos pais se evidência na dimensão da *Empatia*, ou seja na capacidade de olharem os seus filhos e as suas eventuais dificuldades de um outro ponto de vista, estabelecendo assim – por hipótese – um campo mais adequado de relação e uma possibilidade acrescida de menor utilização de práticas parentais desajustadas.

## BIBLIOGRAFIA

- Bartau, I., Maganto, J., & Etxeberria, J. (2000). Los programas de formación de padres: Una experiencia educativa. *OEI – Revista Iberoamericana de educación*, 1-17.
- Brandão, T., & Lopes, I. (2004). *AAPI-2 Descrição sumária*. Documento de trabalho não publicado.
- Coutinho, M.T. (2004). Apoio à família e formação parental. *Análise Psicológica*, XXII(1), 55-64.
- Fazenda, I. (2005). Família, coesão e diferenciação. *Integrar*, 23, 3-8.
- Gaspar, M.F. (2007). “Mais família” – Um programa grupal de educação parental. Coimbra.
- Mata, M. (2002). *Literacia familiar – Caracterização de práticas de literacia em crianças em idade pré-escolar e estudo das suas relações com as realizações das crianças* (pp. 85-362). Dissertação com vista à obtenção do grau de Mestre. Universidade do Minho – Instituto de Estudo das Crianças.

## ABSTRACT

The intervention focused on the family has assumed increasingly important in the context of intervention in child mental health. From models more focused on the difficulties faced by families evolve to collaborative models that see the family and the therapists as partners in the therapeutic process. The institutions responsible for child mental health intervention, such as the Centro João dos Santos have gradually developed such projects in an integrated plan of its nuclear interventions. The “Para Pais sobre Filhos” is a parental training program,

organized by the Casa da Praia and supported by the Fundação Calouste Gulbenkian under the program “Crianças e Jovens em Risco.” This article presents the work developed in 2008 and 2009 with 55 families organized into five intervention groups, showing the structure, objectives, contents and methodology of the program intervention.

The results are described in two levels: (1) qualitative assessment methodologies (session reports and verbal references of parents in the final sessions) and quantitative assessment methodologies (expectations about the program questionnaire, elaborated by the therapists to evaluate the program and the “Adult/Adolescent Parent Inventory-2” (Bavolek, J., Keene, R. 1999, translation and adaptation of Brandão and Lopes, 2004). Holistically qualitative differences were found in attitude and self-perception of parents with regard to the relationship with the children, like references to a greater capacity for the delineation of rules and ability to reflect on their actions as parents. Quantitative differences regarding particular parenting practices were also found, especially in the “Empathy” subscale (ability to perceive the needs of the child). In addition to the earnings of families, it has been found that the project is as an added value of professional experience to the team of the institution, for developing technical experience in the field of Parental Training.

# A DIMENSÃO DO LUTO NA PEDOPSIQUIATRIA

---

Catarina Cordovil\*

Joana Pombo\*\*

Mafalda Correia\*\*\*

Susana Correia\*\*\*\*

## RESUMO

*O conceito de luto, palavra derivada do latim dolere, tem sido sujeito a várias alterações ao longo do tempo. Considera-se presentemente que abrange as respostas emocionais provocadas por uma “perda” geralmente irreversível.*

*Numa perspectiva psicodinâmica fala-se de um trabalho de luto como um processo lento e doloroso, em resposta à perda do objecto. Vários autores desde Freud a Bowlby debruçaram-se sobre este tema. A DSM IV-TR refere-se ao luto como a reacção à morte de um ente querido e salienta a importância do seu diagnóstico diferencial com a Depressão Major.*

*Na infância as manifestações do luto dependem do estágio de desenvolvimento e a partir do período da latência aproximam-se dos comportamentos observados nos adultos. Na Unidade de Internamento e Equipa de Ligação da área de Pedopsiquiatria do HDE, as situações em que se observa um trabalho de luto são muito abrangentes incluindo o luto da criança ou adolescente saudável perante o diagnóstico de doença psiquiátrica crónica (ou orgânica) quer pelo próprio quer pela família, a perda de um feto e outras situações de ruptura ou “perda” irreversíveis.*

*Trata-se assim de um tema vasto e de extrema importância sobre o qual nos pretendemos debruçar, ilustrando com 3 vinhetas clínicas, em que salientamos as abordagens terapêuticas realizadas por diferentes elementos da equipa.*

*Palavras-chave:* Adolescente. Criança. Internamento. Luto.

---

\* Interna do Internato Complementar de Pedopsiquiatria, Hospital de Dona Estefânia.

\*\* Psicóloga Clínica, Hospital de Dona Estefânia.

\*\*\* Terapeuta Ocupacional, Hospital de Dona Estefânia.

\*\*\*\* Enfermeira Graduada, Hospital de Dona Estefânia.

*“As crianças modelam-se aos adultos que as rodeiam, e se nos oferecermos como uma presença continuada no tempo podemos ajudá-las a resolver processos patológicos de descontinuidade, devolvendo-lhes um conforto genuíno e uma esperança digna (...)”*

(Strecht, 2002).

## INTRODUÇÃO

As separações, as rupturas, as mortes de entes queridos, vividas do ponto de vista emocional como “perdas” (de objectos estimados, de estados de saúde, de prestígio, de capacidades...) são temas frequentes e recorrentes na consulta de Pedopsiquiatria.

Assim, torna-se pertinente a abordagem do luto como um processo adaptativo e transformador que implica a elaboração do sentimento de tristeza que acompanha estas perdas.

A palavra luto deriva do latim *dolere*<sup>1</sup> abrange diversos significados e está em constante evolução.

Para Coimbra de Matos (1981)<sup>2</sup> é a reacção à “perda objectiva, consciente e bem delimitada no tempo e espaço, de alguém ou algo importante para o sujeito”.

Apesar da experiência do luto ser singular, há aspectos comuns. Diversos autores têm procurado estruturar o luto em etapas ou fases com determinadas características relativamente previsíveis.

Kay e colaboradores (1997)<sup>3</sup> propõem três grandes fases:

- Fase de protesto – fase inicial de duração variável (horas a dias), em que há uma tentativa de recuperação da relação com a pessoa perdida. Caracteriza-se por sentimentos de choque, apatia, incredulidade e negação.
- Fase de desorganização – caracteriza-se pela progressiva tomada de consciência da perda, com sentimentos de tristeza e profundo sofrimento explícitos. São comuns manifestações somáticas como a perda de sono, apetite, cefaleias, fadiga...
- Fase de reorganização – de duração muito variável, em que a pessoa enlutada vai, lentamente, reinvestindo o seu interesse no mundo e integrando o processo de perda experienciado na sua vida.

Na infância este trabalho de luto implica um certo nível de desenvolvimento psico-afectivo para que o conceito de morte como perda irreversível seja

apreendido. Implica compreender a “ausência do objecto” e “integrar a permanência e a ausência definitiva do objecto”<sup>4</sup>. É assim um fenómeno progressivo dependente também das suas experiências biográficas. Actualmente assume-se que o trabalho de luto se assemelha ao do adulto, sobretudo a partir da latência.

Num outro modelo, mais actual, o trabalho de luto na criança pode ser encarado na perspectiva clínica como uma sucessão de tarefas (*tasks*)<sup>5</sup>. De acordo com uma ordem temporal distinguem-se:

- *Tarefas iniciais* – envolvem a capacidade de compreender totalmente o que se passou e lidar com o impacto emocional da perda.
- *Tarefas intermédias* – implicam aceitar e elaborar a perda, desenvolvendo estratégias de “coping” para ultrapassar o sofrimento psicológico intenso associado.
- *Tarefas tardias* – em que há uma integração da perda, consolidação da identidade da criança com retorno ao processo de desenvolvimento.

Segundo a DSM-IV-TR<sup>6</sup>, o *Luto* corresponde à reacção à morte de um ente querido, onde há lugar para a manifestação de alguns sintomas comuns a um Episódio Depressivo Major (ex., tristeza, insónia, perda de peso). A presença de sintomas de culpabilidade, ideias de morte, sentimentos de desvalorização, lentificação psicomotora acentuada, actividade alucinatória, relacionados com a pessoa falecida, é a favor de um processo patológico (Episódio Depressivo Major ou Luto patológico).

Embora não haja referência na DSM-IV-TR, considera-se clinicamente que há um processo de *Luto complicado ou prolongado/patológico* quando persistem os sintomas de luto pelo menos durante 6 meses ou se manifestam reacções emocionais disruptivas, incluindo 4 dos 8 sintomas<sup>7</sup>:

- Dificuldade em “continuar a sua vida”
- Choque/desvinculação
- Amargura/irritabilidade
- Sentimentos de vazio
- Dificuldade em aceitar a morte
- Sentimentos de falta de sentido perante a perda
- Agitação/“viver no limite”
- Dificuldade em confiar nos outros

A presença de luto patológico é preditiva de complicações entre os 13 e 24 meses após a perda<sup>7</sup>.

As perdas no período perinatal<sup>3</sup> são em geral muito complexas já que se trata de um período em que se espera e prepara uma nova vida. De acordo com Kay e colaboradores, num trabalho luto perinatal há elementos de sofrimento psicológico que podem ser identificados nas mães:

- Perda de uma pessoa amada (real ou imaginária);
- Perda da auto-estima;
- Perda de estatuto (maternidade, mulher);
- Perda existencial (projecto de vida);
- Perda do futuro antecipado e imaginado.

Kennel e Klaus (1993)<sup>8</sup> originalmente, acreditavam que a perda gestacional ou a morte neonatal eram idênticas ao processo de luto normal. Contudo, constataram, através dos estudos clínicos, que esta perda se aproxima mais dos conceitos propostos por Furman (1978) relativos à vivência de perdas de partes do *self* (amputações ou perda de funções corporais, por exemplo). Observaram que há uma readaptação na própria imagem do *self*. Os sentimentos que acompanham são de vazio, perda da auto-estima e depressão em que os mecanismos de identificação e distanciamento não são eficientes.

A capacidade da mulher para lidar com as perdas, de acordo com Kay e colaboradores<sup>3</sup>, depende: da estrutura de personalidade, do desenvolvimento de estratégias de *coping*, do tipo de vida, da constelação familiar, entre outros factores. Destaca-se ainda o papel do pai como uma figura de suporte.

Uma gravidez subsequente a uma perda gravídica, pode representar uma vontade da mãe em denegar a perda, correspondendo a uma “tentativa de recuperar o seu bebé: o mesmo, o duplo ou o seu prolongamento, para poder de novo sentir-se mãe desse bebé” (Bur, 1991, cit. por Lopes, 1997).

Para outros autores (Lopes 1997) a gravidez pode ter efeitos reparadores, no que concerne à sua auto-desvalorização relativa à capacidade maternal e à culpa persecutória. Estes defendem que após o nascimento da criança, a mãe prossegue e conclui o luto mantido durante a gravidez, separando claramente a criança que se perdeu da recém-nascida.

Kay e colaboradores (1997) constataram que as mulheres que engravidavam num período inferior a cinco meses após a perda se apresentavam em maior risco de desenvolver situações de luto patológico do que aquelas que esperavam pelo menos seis meses antes de planear nova gravidez.

Serão de seguida apresentadas três vinhetas clínicas, alusivas ao tema, em que se pretende pôr em destaque as intervenções terapêuticas realizadas.

## 1ª VINHETA CLÍNICA – O LUTO PERINATAL

A Sara tem 29 anos e foi internada no serviço de ginecologia do HDE em Setembro de 2008. A Médica obstetra solicitou o seguinte apoio: “Morte do bebé *in utero* às 22 semanas de gestação; mãe muito triste, com episódios de choro constante”.

A Sara tem um rosto bonito e é uma mulher obesa. Durante a primeira entrevista o humor é triste, fala com grande pesar do que aconteceu. O marido está sempre muito próximo e atento, confortando-a. Esta entrevista é toda centrada na perda, bem como na gravidez anterior, da filha que tem agora 4 anos.

No dia anterior tinha recorrido ao centro de saúde por não sentir movimentos fetais do bebé. Após realizar uma ecografia que confirmou o pior cenário, veio para o HDE em transporte próprio, acompanhada pelo marido e pelo pai.

No decorrer da entrevista fomos interrompidos pela sua médica obstetra, que lhe deu alta e referiu: “Não esteja assim, vamos fazer todos os exames necessários para ver o que aconteceu, depois poderá engravidar de novo”.

A Sara nasceu em França, onde residiu até aos 21 anos, num bairro próximo de Paris. Contou ter tido uma infância e adolescência difícil: “os meus pais eram muito rígidos, quando era mais pequena só me lembro da minha mãe sempre deitada, o meu pai e o meu irmão, que tinha na altura 14 anos, é que cuidavam de mim”.

Na adolescência diz que foi gótica: “era para chocar os meus pais, tive também muitos namorados”. Após a perda de um namorado mais significativo referiu alguns rituais obsessivos, nomeadamente de limpeza. Referiu ainda alguns episódios de grande ansiedade e mesmo pânico, que terão ocorrido após terminar um relacionamento amoroso. Na altura foi tratada pelo médico de família.

Estudava e trabalhava ao mesmo tempo. Aos 18 anos conheceu o futuro marido, numa férias em Portugal e com 21 anos veio residir para Portugal, com este. Viveu em casa dos futuros sogros e manteve os estudos durante um ano, casando-se no final desse ano.

A intervenção realizada implicou inicialmente uma psicoterapia semanal por um período de 5 meses a que se seguiu, numa fase de maior estabilidade emocional, um intervalo de quinze dias entre sessões.

Nas sessões a Sara abordou as dificuldades que mantinha: “do sofrimento que não passa, de um vazio que ficou por preencher”, as dificuldades em dormir e o acordar constantemente às 3 horas da manhã (hora em que ocorreu o parto), sonhava frequentemente com o parto. Mostrou também um sapatinho que a acompanha sempre na carteira e que seria para o seu bebé.

Falou ainda de uma grande irritabilidade, da necessidade de arrumação, com tudo muito organizado. Referiu que arrumou tudo o que era para o bebé em caixas, para usar novamente quando tivesse outro bebé. Continuou a contar as semanas de gravidez que teria. Em relação a uma futura gravidez, referia que se não engravidasse no futuro imediato perderia a coragem.

Manteve pesadelos (sonhos com o momento do parto), teve dificuldade em ver grávidas e bebés e em voltar à casa de férias.

A Sara voltou a engravidar em Janeiro. Comprou um aparelho para ouvir os batimentos cardíacos do bebé. Recorreu uma ou duas vezes ao serviço de urgência por não se sentir bem, sentia um aperto no peito, que os médicos associaram a ansiedade (por volta das 20 semanas). Acabou por conseguir largar o sapatinho que trazia sempre consigo. Foi falando do menino que ia ter, de projectos que foi fazendo, de forma individualizada. O bebé nasceu às 39 semanas saudável.

Na última intervenção, a interacção pareceu adequada, o bebé mamava bem e com muita vitalidade.

## **2ª VINHETA CLÍNICA – MORTE ANUNCIADA**

A Rita é uma jovem institucionalizada, que esteve internada, por dois períodos, na Unidade de Internamento de Pedopsiquiatria do HDE.

O 1º internamento, de 22-11-2006 a 08-01-2007, com 13 anos, teve como diagnóstico de saída: Perturbação Depressiva Major e no 2º internamento, de 11-01-2007 a 27-03-2007, com 14 anos, teve os seguintes diagnósticos de saída: Perturbação Depressiva Major; Comportamentos disruptivos e Coreia de *Huntington*.

Dos poucos dados familiares, soube-se que a mãe da Rita, com 39 anos na altura do primeiro internamento, por volta dos seus 16/17 fora internada repetidamente no Hospital Miguel Bombarda: “tinha o corpo a tremer por dentro”. Manteve desde então medicação psiquiátrica, sem vigilância do médico especialista.

O pai, com quem a Rita e a sua irmã mais velha viviam até serem institucionalizadas em 2001, foi descrito como um homem violento, com o diagnóstico de Coreia de *Huntington*. A irmã dois anos mais velha tinha já o diagnóstico de Coreia de *Huntington* e a avó materna, com quem viveram era muda.

A Rita destacava-se pela sua expressão triste, sem direito a sorrir. Com cabelos longos que lhe cobriam parte do rosto, presos simetricamente atrás das

orelhas, num risco vincado pela manutenção do mesmo penteado ao longo dos anos.

Sem direito a falar. Com a necessidade permanente de ser deixada sozinha, e em que os convites para se juntar ao grupo eram sempre negados.

Sem direito a ser bonita. Com o seu casaco de ganga de todos os dias a cobrir-lhe as mãos, como se o tempo não passasse.

Sem direito a mexer-se. Com braços pendentes ao longo do corpo, como se este fosse inanimado.

Imóvel até na sua zanga, ficando muitas vezes de pé, sem olhar, estática, tensa, num qualquer canto, com os punhos cerrados.

Sem competências para fazer diferente, procurando velhas soluções para novos problemas. Repetindo os mesmos comportamentos de sempre, nas zangas, ameaçava, gritava, de forma g ensurdecadora, dores que imaginava invisíveis e/ou inaudíveis.

Transmitia uma imagem de jovem desvitalizada, estando permanentemente de luto.

Por tudo isto, a intervenção passou por Iniciar as actividades terapêuticas mais perto do seu espaço, o mesmo cadeirão de todos os dias. Utilizando-se as actividades como mediadoras da relação. O terapeuta como tradutor, a actividade com comunicação, os seus “momentos” como diálogos... por vezes a mesma linguagem outras vezes estrangeira de si mesma.

Procurou-se iniciar actividades, às quais a Rita poderia dar continuidade; incentivando-a a gradualmente diminuir o grau de ajuda.

Tentou dar-se significado à imagem desvitalizada, por vezes em silêncio, por vezes com gritos ensurdecadores.

Convidou-se uma e outra vez, apenas para estar com o grupo, e ajudá-la a estar por perto.

Até que um dia numa sessão de beleza, em que Rita já permitia o contacto físico: ao arranjar o cabelo, maquilhar, pintar as unhas... e o seu rosto *arriscou* um sorriso quando se viu ao espelho, arriscou dar-se prazer por sorrir... Mas rapidamente flectiu o pescoço, após escassos segundos em que esteve de cabeça erguida (quem sabe feliz), de volta ao seu semblante triste, pesado... numa marcha rápida para a casa de banho onde foi lavar o rosto e desfazer o penteado...

Em paralelo decorreu um processo de investigação genética que confirmou a suspeita de Coreia de *Huntington*, numa jovem de 13 anos. Não lhe foi transmitida esta informação durante o internamento: “Conspiração do Silêncio” (luto?).

A Rita está actualmente na Instituição da irmã (lar), apresenta movimentos coreicos, com grande limitação na mobilidade, revelando franca evolução de uma doença neurológica degenerativa heredo-familiar... tem agora 17 anos.

### 3ª VINHETA CLÍNICA

#### “TALVEZ HAJAM FLORES E FRUTOS, NUVENS E SONHOS...” (SIC. C.)

A Carla nasceu em Angola, veio para Portugal aos 12 anos, no ano 2000. Vivia com a mãe e mais três irmãos, de 8, 13 e 18 anos todos rapazes. A mãe depositava na Carla a responsabilidade dos cuidados à casa e ao pai na sua ausência, sendo a relação mãe Carla pautada por intenso conflito.

Esteve internada duas vezes na Unidade de Internamento do HDE. No primeiro internamento frequentava o 5º ano. O quadro inicial caracterizava-se por lipotímias recorrentes, cefaleias intensas e diminuição de força nos membros inferiores, sem causa orgânica apurada.

A morte do pai ocorreu em Maio de 2003, antes do primeiro internamento, por doença prolongada (neoplasia da próstata). Aquando do primeiro internamento, Julho de 2003, a Carla não abordou esta perda. No segundo internamento, em Maio de 2004, surgem as fotografias do pai morto e dos detalhes do velório e uma alteração de comportamentos: abordando temáticas dolorosas de forma indiferenciada com todos os técnicos, como as fotografias do pai morto, verbalizando “*este é o meu pai*”.

A intervenção terapêutica implicou a criação de um espaço contentor, como elemento de referência, onde se iniciou um diálogo que permitiu a vivência e elaboração destas temáticas, com o objectivo de promover e permitir a expressão de sentimentos, dar sentido ao vivido, confirmar, reconstruir a imagem do pai vivo.

Procurou-se assim desenvolver na Carla a capacidade de compreender o que se passou para que esta pudesse lidar com o impacto emocional da perda, acedendo às fotografias e memórias no espaço contentor criado.

Na primeira licença de ensaio, traz escrito no braço a palavra Pai: “É para não me esquecer dele...” (sic C.).

Na terceira licença de ensaio, trouxe uma fotografia do pai vivo e a sorrir, não voltou a pedir para ver as fotografias do velório e enterro do pai.

Teve alta clínica com encaminhamento para o Hospital de Dia mas não aderiu a este projecto terapêutico. Voltou recorrentemente ao internamento, com um caderno de textos escritos por si, que pediu que alguém lesse. Iniciou acompanhamento em sessões quinzenais com a enfermeira de referência, com duração de cerca de ano e meio.

A Carla trazia a sua vivência – família, escola, colegas. Numa das sessões volta a mostrar a fotografia do pai em vida, como já anteriormente tinha feito, verbalizando em seguida: “só fiquei com estas... as outras queimei-as todas num ataque de raiva”. Regularmente abordaram-se projectos futuros (desde o

planeamento da semana seguinte até datas importantes...). Dando importância ao poder-se pensar, antecipar, procurando aspectos prospectivos na sua vida de adolescente que pudesse permitir uma vivência mais segura e menos angustiante do dia-a-dia.

Por fim foi encaminhada para a psiquiatria de adultos.

A Carla trouxe numa das últimas sessões a seguinte história que parece ilustrar bem o seu processo de luto:

*“Era uma vez duas rãs que caíram numa taça de natas... Já não aguento mais. É impossível sair daqui. Não se consegue nadar nesta pasta. Já que vou morrer, não vejo do que serve prolongar este sofrimento. Não faz sentido morrer cansada por causa deste esforço inútil. (...) deixou de bater com as suas patitas e afundou-se rapidamente (...)*

*A outra rã, mais persistente ou talvez mais casmurra Continuou a dar às patas (...) de repente, de tanto bater com as patas (...) a nata transformou-se em manteiga. Surpreendida, a rã deu um salto e, patinando chegou à borda do recipiente.”*

Em jeito de conclusão, uma citação de Coimbra de Matos a propósito do trabalho de luto:

*“Devemos ajudar a vestirem-se de luto por estas perdas, a expressar a sua dor, a deprimirem-se, a desequilibrarem-se para que possam reequilibrar de forma estruturada, com o conflito resolvido e não a pseudo equilibrar-se, organizando a sua vida numa fuga à depressão, que mantém no inconsciente o luto por viver”*

(Coimbra de Matos, 2001).

## BIBLIOGRAFIA

- <sup>1</sup> Houzel D., Emmanuelli M., & Moggio F. (2004). *Dicionário de Psicopatologia da Criança e do adolescente*. Climepsis editores.
- <sup>2</sup> Coimbra de Matos, A. (2001). *A depressão: Episódios de um percurso em busca do seu sentido*. Lisboa. Climepsi Editores.
- <sup>3</sup> Kay, J., Roman, B. & Schulte, H. (1997). *Pregnancy loss and the grief process*. In J. Woods & J. Woods (Eds.), *LOSS during pregnancy or in the newborn period*. NJ: Jannetti Publications, Inc.
- <sup>4</sup> Golse, B. (2005). *O desenvolvimento afectivo e intelectual da criança*. Climepsis editores.

- <sup>5</sup> Klykylo, W.M., & Kay J. *Loss: divorce, separation, and bereavement*. In Clinical Child psychiatry, Welley.
- <sup>6</sup> DSM-IV-TR. (2002). Climepsis editores.
- <sup>7</sup> Block S. Jan. (2010) *Grief and bereavement*. Uptodate.
- <sup>8</sup> Kennel, J., & Klaus, M. (1993). Atendimento aos pais de um natimorto ou de um bebê que morre. In M. Klaus & J. Kennel (Eds.), *PAIS/BEBÊ – A formação do apego*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- <sup>9</sup> Geller, P., Klier, C., & Neugebauer, R. (2004). Anxiety following miscarriage and the subsequent pregnancy: a revue of the literature and future directions. *Journal of Psychosomatic Research*.

## ABSTRACT

The concept of mourning, from the Latin word Doler, has undergone several changes over time. It is understood that currently covers the emotional responses caused by a loss usually irreversible.

According to Psychodynamic perspective, grief is a slow and painful process in response to the loss of the object. Several authors since Freud to Bowlby studied this issue. DSM IV-TR refers to grief as a reaction to the death of a loved one and emphasizes the importance of differential diagnosis with Major Depression.

Children's manifestations of grief depend on the stage of development. In latency period they seem similar to the behavior observed in adults. In the Inpatient Unit and Liaison Team in the area of the HDE Pedopsychiatry, there are a lot of situations where there is grief including the child or adolescent previously healthy or is family confronted with the diagnosis of chronic psychiatric illness (or organic) or, the loss of a fetus and other situations where disruption or loss is irreversible.

So it is a broad topic of extreme importance and on which we intend to address. We will illustrate with three clinical vignettes, in which we stressed the therapeutic approaches taken by different team members.

*Key-words:* Adolescent. Child. Grief. Inpatient.

# LUTO PATOLÓGICO – UMA ENTIDADE NOSOLÓGICA ESPECÍFICA?

---

Joana Calejo Jorge \*

Lia Moreira \*

Paula Barrias \*\*

## RESUMO

*O Luto constitui uma experiência dolorosa na vida de uma criança. A forma como esta o vivencia determina o desenvolvimento de um processo de perda normal ou, pelo contrário, o aparecimento de um processo desadaptativo, denominado Luto Patológico.*

*A distinção entre o Luto normal e o Luto Patológico, questão sempre presente quando se aborda a psicopatologia infantil, é dificultada pela inexistência de critérios de diagnóstico definidos. As características particulares do Luto Infantil dificultam a operacionalização de critérios, estando a maioria das classificações de diagnóstico utilizadas mais direccionadas para as perturbações mentais do adulto.*

*Na literatura, encontram-se várias propostas de conceptualização do processo de Luto Patológico, traduzindo a actual tendência de individualização desta entidade clínica.*

*As autoras apresentam, resumidamente, um caso clínico ilustrativo das dificuldades diagnósticas dum processo de Luto Infantil e fazem uma reflexão sobre o tema, alertando para a emergente discussão acerca da necessidade de individualização diagnóstica.*

*Palavras-chave:* Diagnóstico. Infância. Luto. Luto patológico.

---

\* Médica Interna da Formação Específica em Psiquiatria da Infância e da Adolescência, Centro Hospitalar do Porto.

\*\* Assistente Hospitalar Graduada de Psiquiatria da Infância e da Adolescência, Centro Hospitalar do Porto.

## CASO CLÍNICO

D., sexo masculino, 8 anos, enviado à consulta de Pedopsiquiatria pelo Médico de Família por alterações de comportamento e enurese em Dezembro de 2009.

As queixas iniciaram-se após o falecimento do padrasto (54 anos), em Junho de 2009, por carcinoma gástrico.

A família tomou conhecimento da doença 3 meses antes mas nunca falaram com o D. sobre a gravidade da situação.

Segundo a informação da mãe, o D. iniciou quadro de agitação psicomotora com irrequietude e birras. Falava persistentemente do sucedido a toda a gente e evidenciava marcada labilidade emocional com choro fácil. Aparecimento, também, de sintomatologia somática (cefaleias frequentes, diminuição do apetite) e de vários medos (medo do escuro, de entrar em casa, de ficar sem água ou luz, de subir as escadas de casa, das portas fechadas e de dormir sozinho).

Previamente ao falecimento, o D. mantinha alguns episódios de enurese nocturna e era o padrasto quem o acordava durante a noite. Após o falecimento deste, intensificaram-se os episódios de enurese “*era o meu pai que me acordava para ir à casa de banho*”(sic). D. receava não ser capaz de passar a cuidar de si próprio.

Na escola, o D. baixou o rendimento académico e começou a isolar-se, deixou de querer ir brincar e passava o recreio sozinho.

Cerca de 3 meses após o falecimento do padrasto, a mãe foi internada para realização de cirurgia ginecológica a qual decorreu sem problemas. No entanto, o D. ficou muito agitado, verbalizando: “*o pai foi internado e não saiu mais e agora vai ser igual com a mãe*” (sic). Revelava uma preocupação extrema com a mãe. No espaço da consulta era evidente a mudança de comportamento e tonalidade afectiva que o D. apresentava na presença ou ausência da mãe: a sós, revelava-se um menino com fácies triste, humor depressivo, apático, verbalizando as saudades que sentia do pai; na presença da mãe, iniciava espontaneamente e repetia um jogo em que ele era o garçon e servia o jantar, mostrando-se frenético e apelativo quando intuía que a mãe ia chorar.

A mãe é uma senhora com dificuldade em lidar com a situação de perda evidenciando humor depressivo e labilidade emocional marcada. Apesar de atenta e afectiva, revela dificuldade em transmitir ao D. sentimentos de segurança e tranquilidade.

D. é filho único de um segundo relacionamento da mãe. Vivia com a mãe e o com o padrasto desde que nasceu com quem tinha um bom relacionamento. Chamava pai ao padrasto. Nunca conheceu o pai biológico.

O ambiente familiar era descrito como estável e afectivo.  
Não existe história prévia de perdas significativas.  
D. frequenta o 3º ano e até então era muito bom aluno e sociável.  
Sem outros antecedentes pessoais relevantes.

## INTRODUÇÃO

O D. foi observado pela primeira vez 6 meses após o falecimento do padrasto, altura em que ainda manifestava a sintomatologia descrita.

Dada a inexistência na literatura de critérios operacionais de Luto Patológico bem definidos, a reflexão sobre o caso clínico levantou algumas dúvidas diagnósticas, nomeadamente se tratar-se-ia de um processo de Luto Normal ou, pelo contrário, um processo de Luto Patológico. As autoras questionaram-se, ainda, se o Luto Patológico constitui uma entidade nosológica específica.

Apresentam-se, de seguida, algumas reflexões sobre o tema na procura de respostas às questões levantadas.

## LUTO NORMAL

O Luto é concebido como uma reacção normativa a qualquer perda significativa, principalmente à perda de um ente querido por morte. (Worden, 1991) Consiste num conjunto de respostas emocionais, cognitivas, funcionais e comportamentais à perda que desempenham uma função adaptativa, permitindo o restabelecimento do equilíbrio desfeito depois da perda.

O Luto é entendido como um processo psicológico através do qual o sofrimento causado pela perda é ultrapassado. Apesar de algumas críticas à concepção do Luto como uma progressão de fases, a maioria dos autores defende a sua existência. Com efeito, existem vários modelos compreensivos do processo de Luto baseados em estádios e tarefas. Destaca-se o modelo de Bowlby dado o seu grande contributo para a compreensão do Luto na criança, em especial pela sua teoria da vinculação. Segundo o autor, o acontecimento de separação ou perda na criança constitui uma quebra de um vínculo em resposta à qual a criança manifesta uma sequência comportamental e emocional relativamente constante. Numa primeira fase, fase de Choque e Negação, existe uma falha no registo da perda da figura de vinculação. Esta fase é breve e é

seguida da fase de Protesto, em que a criança manifesta uma permanente preocupação com a pessoa perdida, mantendo a expectativa de conseguir o seu regresso. São comuns sentimentos de ansiedade, revolta e medo. Posteriormente, na fase de Desespero e Desorganização, a criança constata a ineficácia do protesto para trazer a figura de vinculação de volta e instalam-se sentimentos de desespero, tristeza e solidão; sentimentos de culpa ou de rejeição também podem estar presentes. A aceitação do carácter definitivo da perda é geralmente triste mas indica uma progressão em direcção à última fase do luto, a fase da Reorganização. Nesta fase final, a aceitação é o culminar do processo em que a criança se conforma com a realidade da perda e dos seus sentimentos sobre o que aconteceu. A criança experimenta uma desvinculação parcial do objecto perdido, sem o apagar da sua memória, e inicia um gradual investimento noutros objectos. A angústia da perda transforma-se numa triste recordação.

## LUTO E A CRIANÇA

Apesar do processo de Luto ser universal, não só cada indivíduo vivencia de modo diferente como também existem diferenças consoante a faixa etária. De facto, as crianças e os adolescentes têm características próprias na forma de sentir a perda e de vivenciarem o luto (Mallon, 2001; Marcelli, 2002). A compreensão e organização após a morte depende invariavelmente do nível de desenvolvimento afectivo e cognitivo da criança (Greenspan, 1993). Deste modo, a elaboração do conceito de morte relaciona-se com as noções de *Irreversibilidade*, *Não funcionalidade* e *Universalidade* (Speece & Brent, 1984).

O Luto assume particularidades na criança e devem ser enquadrados na etapa desenvolvimental em que se encontra. Citando Bowlby, a criança pode apresentar angústia por medo de outra perda, medo de morrer também, compulsão para cuidar, esperanças de reunião e desejo de morrer, acusação e culpa persistentes, hiperactividade e explosões agressivas e destrutivas, euforia, despersonalização, sintomas de identificação e comportamento de negação da perda.

No caso clínico em questão, identifica-se o estado de agitação e irrequietude iniciais que D. apresentava, acompanhado pelos sentimentos de angústia e medo da perda da mãe. Destaca-se, ainda, a alteração comportamental de D. numa tentativa de revelar uma auto-suficiência excepcional perante a mãe de modo a preservar o seu bem-estar.

Outros autores mais actuais apresentam como características próprias de um processo de Luto Infantil normativo as seguintes: aceitação da realidade e da permanência da perda, desenvolvimento de estratégias de *coping*, investimento

em relacionamentos já existentes ou em novos relacionamentos/actividades, manutenção da vinculação com a pessoa perdida (recordações e memórias positivas), atribuição de um significado/explicação da morte e evolução nos estádios normais do desenvolvimento (Brown & Goodman, 2005).

## **LUTO PATOLÓGICO**

Para que o processo de luto se torne adaptativo, são necessárias condições favoráveis ao seu desenvolvimento. Segundo Bowlby, entre os factores que influenciam o processo de luto destacam-se o conhecimento das causas e circunstâncias da perda, padrões de relacionamento familiar anterior e a mudança e reestruturação decorrentes da perda. São importantes não só a existência de uma relação segura com os pais antes da perda como também a disponibilidade de informações prontas e exactas acerca do que aconteceu, a possibilidade de fazer perguntas e de participar no sofrimento da família e a presença reconfortante e estável do progenitor sobrevivente ou do cuidador.

Entre os factores individuais da criança, salientam-se uma boa auto-estima, capacidade de compreensão da morte e a ausência de dificuldades psicológicas prévias (Aberastury, 1992; Bonanno, 2001; Shear, 2009).

Infelizmente, o processo de Luto não se revela sempre adaptativo tendo sido Lindemann (1944) quem delineou, pela primeira vez, a distinção entre Luto Normal e Luto Patológico (LP). Segundo o autor, o LP distingue-se pelo atraso das reacções normais de luto além das 6 semanas. Já outros autores defendem que um processo de Luto Normal pode demorar até 2 anos. Apesar das divergências acerca da duração de um processo de Luto Normal, é relativamente consensual que a persistência por mais de seis meses das reacções de luto num contexto de prejuízo no funcionamento do enlutado é sinal de LP (Neimeyer, Prigerson, & Davies, 2002).

Segundo a literatura, para além de um critério temporal, o processo de LP distingue-se do Luto Normal pela intensidade dos sintomas, assumindo a forma de uma experiência emocional crónica, intensa ou inibida (Stroebe & Shut, 2007).

## **QUESTÕES DIAGNÓSTICAS**

No que diz respeito aos critérios diagnósticos de LP, verifica-se que existe uma grande variabilidade dos critérios e que estes dizem respeito à idade adulta.

Destacam-se dois autores cujos critérios foram recentemente validados para a avaliação do LP, Horowitz et al. (1997) e Prigerson e Jacobs (2001). Os autores acreditam que o quadro de LP apresenta uma fenomenologia, etiologia, evolução, resposta ao tratamento e prognóstico próprios, defendendo a especificidade desta entidade clínica.

Tendo em conta as classificações diagnósticas actuais mais vulgarmente utilizadas, o Luto não é considerado uma perturbação mental. Segundo o DSM-IV-TR (2000), o Luto deve ser considerado quando o objecto de atenção clínica é uma reacção à morte de uma pessoa querida, sendo incluído na categoria de “*Outras Condições que podem ser foco de atenção médica*” (V62.82, Luto). De modo semelhante, na CID-10, o Luto é incluído na secção “*Situações que não são uma doença ou lesão mas que constituem problemas ou factores que interferem no tratamento*”.

No DSM-IV-TR, salienta-se, ainda, a possibilidade de diagnóstico diferencial com a Perturbação Depressiva Major, devendo este diagnóstico ser considerado se persistirem sintomas depressivos 2 meses após a perda. São apresentados, também, alguns sintomas que, não sendo característicos de uma reacção “normal” de Luto, podem ser úteis para diferenciar o Luto da Perturbação Depressiva Major como sentimentos de culpa relacionados com a morte do ente querido, pensamentos recorrentes acerca da morte preocupação mórbida acerca da sua inutilidade e menos-valia, acentuada lentificação psicomotora, défice funcional acentuado e prolongado e a presença de experiências alucinatórias.

Actualmente, discute-se o reconhecimento do LP como uma entidade nosológica de diagnóstico independente. Com efeito, existem na literatura progressivas evidências da sua especificidade relativamente às actuais entidades diagnósticas a que é vulgarmente associado, nomeadamente, Perturbação Depressiva Major, Perturbação de Stress Pós-traumático e Perturbação de Ansiedade.

Assim, diferenciando-se da Perturbação Depressiva Major, vários autores defendem que além dos sintomas sobreponíveis entre os dois quadros clínicos, existem sintomas distintivos do LP e que são preditores de disfunção a longo termo (Horowitz et al., 1997; Prigerson & Jacobs, 2001; Enright & Marwit, 2002).

Por outro lado, considerando-se a distinção com a Perturbação de Stress Pós-traumático, é apontada a diferença qualitativa dos sintomas de hipervigilância, evitamento e de re-experiência que o quadro de LP apresenta (Raphael & Martinek, 1996; Stroebe et al., 2001).

Finalmente, defendendo que a Perturbação de Adaptação é uma entidade diagnóstica limitada temporalmente e com reduzida especificidade dos critérios, vários autores diferenciam o LP desta entidade clínica (Prigerson & Jacobs, 2001; Enright & Marwit, 2002).

No seguimento das evidências clínicas da especificidade do quadro de LP relativamente às restantes perturbações psiquiátricas, foi proposta a sua inclusão como um diagnóstico de perturbação mental, no Eixo I, no futuro DSM-V. Os critérios são baseados nos critérios de LP de Prigerson, anteriormente apresentados, e ainda se encontram em fase de avaliação.

*Crítérios de diagnóstico de Perturbação de Luto Patológico propostos para DSM-V (Prigerson et al., 2001)*

<b>CRITÉRIO A</b>	Evento de <u>perda significativa</u>
<b>CRITÉRIO B</b>	<u>Ansiedade de Separação</u> : saudade e fixação crónicas ou disruptivas pelo falecido.
<b>CRITÉRIO B</b>	<u>Sintomas cognitivos, emocionais e comportamentais</u> : ≥ 5 dos seguintes 9, pelo menos várias vezes ao dia, em intensidade perturbadora e/ou disruptiva: 1) Confusão da sua identidade (sensação de que morreu uma parte de si) 2) Dificuldade em aceitar a perda 3) Esforços para evitar recordações relacionadas com a perda 4) Dificuldade em confiar nos outros 5) Excessiva angústia ou raiva relacionadas com a morte 6) Dificuldade em prosseguir com a vida 7) Torpor e desinvestimento afectivo 8) Sentimento de que a vida é vazia e sem significado sem o falecido 9) Agitação
<b>CRITÉRIO C</b>	Os sintomas acima descritos causam <u>disfunção</u> marcada e persistente a nível social, ocupacional e noutros domínios importantes.
<b>CRITÉRIO D</b>	Duração dos sintomas no <u>mínimo de 6 meses</u> .
<b>CRITÉRIO F</b>	Os sintomas não são melhor explicados por Perturbação Depressiva Major, Perturbação Generalizada da Ansiedade ou Perturbação de Stress Pós-Traumático.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tendo em conta que os dois anos posteriores à perda são críticos para o aparecimento de psicopatologia e, portanto, fonte de morbilidade para a criança (Cerel, 2006), é fundamental uma abordagem compreensiva e abrangente do Luto Infantil.

Apesar da sua função adaptativa, o Luto é uma experiência dolorosa na vida de uma criança e pode assumir um carácter patológico.

Infelizmente, a distinção entre o Luto Normal e o Luto Patológico, questão sempre presente quando se aborda a psicopatologia infantil, é dificultada pela inexistência de critérios de diagnóstico definidos. As autoras enfatizam as características particulares do Luto Infantil que o diferenciam do adulto e dificultam a operacionalização de critérios.

As várias propostas de conceptualização do processo de Luto Patológico traduzem um maior reconhecimento da sua importância e a actual tendência da sua individualização como entidade nosológica específica.

As autoras acreditam que o esclarecimento futuro destas questões pode trazer avanços no diagnóstico, compreensão e tratamento desta condição clínica.

Numa breve alusão ao nosso caso clínico, as autoras defendem que, não obstante a complexidade de factores intervenientes e as limitações diagnósticas existentes, o D. foi melhor compreendido no seu inevitável processo doloroso de vivência do Luto.

*“A perda de uma pessoa querida é uma das experiências mais dolorosas e mais intensas que qualquer ser humano pode sofrer. E não só é dolorosa como vivência, mas também dolorosa de ser testemunhada. Apenas pelo facto de sermos impotentes para ajudar...”*

Bowlby, 1980

## BIBLIOGRAFIA

- Aberastury, A. (1992). Conflitos na elaboração do luto. In *Psicanálise da criança: teoria e técnica* (8ª ed.). Porto Alegre, Artes Médicas.
- American Psychiatric Association. (2002). *DSM-IV-TR: Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., Text Review). Washington, DC: American Psychiatric Publishing Inc. [Trad. Portuguesa: *Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais* (4ª ed., Revisão de Texto). Lisboa: Climepsi Ed., 2002].
- Belitsky, R., & Jacobs, S. (1986). Bereavement, attachment theory and mental disorders. *Psychiatric Annals*, 16, 276-280.
- Bowlby, J. (2004). *Apego e Perda III. Tristeza e Depressão*. (3ª ed. Brasileira). Livraria Martins Fontes Editora Ltda.
- Bonanno, G. A., & Kaltman, S. (2001). The varieties of grief experience. *Clinical Psychology*, 21(5), 705-734.

- Brent, D., Melhem, N., Donohoe, M.B., & Walker, M. (2009). The incidence and course of depression in bereaved youth 21 months after the loss of a parent to suicide, accident, or sudden natural death. *Am. J. Psychiatry*, *166*, 786-794.
- Cerel, J., Fristad, M., & Verducci, J. (2006). Childhood Bereavement: Psychopathology in the 2 years Postparental Death. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *6*, 681-690.
- Dowdney, L. (2000). Childhood bereavement following parental death. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *41*, 819-830.
- Engel, G.L. (1961). Is Grief a Disease? *Psychosomatic Medicine*, *XXIII*(1).
- Brown, E.J., & Goodman, R.F. (2005). Childhood traumatic grief: An exploration of the construct in children bereaved on September 11th. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, *34*, 248-259.
- Enright, B.P., & Marwit, S.J. (2002). Diagnosing complicated grief: A closer look. *Journal of Clinical Psychology*, *58*, 747-757.
- Greenspan, S. (1993). *Entrevista clínica com crianças*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Horowitz, M.J., Bonnano, G.A., & Holen, A. (1993). Pathological grief: Diagnosis and explanation. *Psychosomatic Medicine*, *55*, 260-273.
- Mallon, B. (2001). *Ajudar as Crianças a Ultrapassar as Perdas* (I. Boavida, trad.). Porto:, Ambar.
- Marcelli, D. (2002). *Os estados depressivos na adolescência* (O. Santos, trad.). Lisboa: Climepsi Edit.
- Middleton, W., Burnett, P., Raphael, B., & Martinek, N. (1996). The bereavement response: A cluster analysis. *Br J Psychiatry*, *169*, 167-171.
- Neimeyer, R.A., Prigerson, H.G., & Davies, B. (2002). Mourning and meaning. *American Behavioral Scientist*, *46*, 235-251.
- Organization, W.H. (2007). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*.
- Prigerson, H.G., et al. (2009). Prolonged grief disorder: Psychometric validation of criteria proposed for DSM-V and ICD-11. *PLoS Medicine*, *6*(8).
- Stroebe, M., Son, M.V., Stroebe, W., & Kleber, R. (2000). On the classification and diagnosis of pathological grief. *Clinical Psychology Review* *20*, 57-75.
- Stroebe, M., Schut, H., & Stroebe, W. (2007). Health outcomes of bereavement. *Lancet*, *370*, 1960-1973.
- Vanderwerkker, L.C., Jacobs, S.C., Parkes, C.M., & Prigerson, H.G. (2006). An exploration of association between separation anxiety in childhood and complicated grief in late-life. *J Nerv Ment Dis*, *194*, 121-123.
- Van Doorn, C., Kasl, S.V., Beery, L.C., & Prigerson, H.G. (1998). The influence of marital quality and attachment style on traumatic grief and depressive symptoms. *J Nerv Ment Dis*, *186*, 566-573.

Worden, W. (1991). *Grief counseling and grief therapy: A handbook for the mental health practitioner* (4<sup>a</sup> ed.). Springer.

Zisook, S., & Shear, K. (2009). Grief and bereavement: what psychiatrists need to know. *World Psychiatry*, 8, 67-74.

### ABSTRACT

Bereavement is a painful experience for a child. The way it is experienced by a child affects the development of a normal process of bereavement or, conversely, the emergence of a maladaptive process, which is called pathological grief.

The distinction between normal and pathological grief, an issue always present in the management of child psychopathology, is hampered by the lack of well-defined diagnostic criteria available for this age. The specific characteristics of childhood grief hinder operationalization of criteria, and, consequently, most of the diagnostic classifications are mainly focused on adulthood mental disorders.

In the literature, there are several proposals for conceptualization of grief, which reflect on whole the current growing attention to the individualization of this clinical entity.

The authors briefly present a clinical case which illustrates the diagnostic difficulties related to childhood grief and make a reflection on the subject, drawing attention to the emerging discussion about the need to individualize the diagnosis.

*Key-words:* Bereavement. Childhood. Diagnosis. Pathological grief.

# PUBERFONIA ADOLESCENTE: REVISÃO DO TEMA A PROPÓSITO DE CASO CLÍNICO \*

---

João Gama Marques \*\*

## RESUMO

*A puberfonia é uma situação rara, sem causa orgânica conhecida, em que a voz do adolescente não sofre as alterações fisiológicas esperadas durante a puberdade. A puberfonia sendo uma disfonia funcional de etiologia psicogénica pode estar associada a fenómenos como dificuldades na relação com os pais, embaraço e inadaptação na passagem à idade adulta ou problemas na identidade e preferência sexual. As comorbilidades psiquiátricas mais comuns são as síndromes depressivas, conversivas, traumáticas bem como as perturbações da personalidade. Neste trabalho o autor pretende reflectir sobre dificuldades diagnósticas e terapêuticas, que obrigaram a revisão bibliográfica, partindo da apresentação do caso clínico de um adolescente com mau rendimento escolar, comportamento agressivo e puberfonia.*

*Palavras-chave:* Disfonia funcional. Disfonia psicogénica. Puberfonia.

## CASO CLÍNICO

### *Identificação*

SDPR, branco, nascido a 20-01-1990, solteiro, 4º ano de escolaridade, desempregado, vive com pais e irmãos em Sobralinho, Vila Franca de Xira.

---

\* Caso Clínico apresentado no Anfiteatro do Hospital de Júlio de Matos, a 6 de Fevereiro de 2010 no “Curso de Introdução à Psicanálise”, organizado pela Associação Portuguesa de Internos de Psiquiatria e pela Sociedade Portuguesa de Psicanálise.

\* Médico Interno de Psiquiatria do Hospital Júlio de Matos, Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa.

### *História de doença actual*

Aos 16 anos inicia quadro de isolamento social, higiene desleixada e agressividade heterodirigida (contra pessoas e bens materiais) e autodirigida (com verbalização de ideação suicida). O quadro surge na sequência da saída dos Bombeiros Voluntários de onde foi expulso, segundo a mãe, por não ter carta de condução nem motivação suficiente. O doente refere que nessa altura era vítima de preconceitos “chamavam-me preguiçoso e não me davam tabaco”(sic). A avaliação pela Psicóloga identificou na altura uma ambivalência entre comportamento infantil (relacionava-se só com crianças até dez anos mais novas e os seus ídolos eram as figuras da Rua Sésamo) e um desejo de assumir idade adulta (fumava dez cigarros por dia e era obcecado por uma banda australiana de *hard rock* chamada AC/DC). Teve na altura acompanhamento psicológico com pouca melhoria durante cerca de dois anos. Em Julho de 2008 agrediu a mãe violentamente com uma cabeçada, em contexto de discussão familiar, e foi levado à urgência de Psiquiatria de Adultos do Hospital Curry Cabral. Nessa observação ficou registada uma atitude manipuladora, com grande intolerância à frustração que teria degenerado em crises clásticas, mas com humor eutímico e sem actividade psicótica aparente. Ficou então medicado com OLANZAPINA ORODISPERSÍVEL 10mg 0+0+0+1 e em Janeiro de 2009 veio à consulta após agressão à avó materna.

### *Observação psicopatológica*

A 1ª consulta começou com declaração dramática da mãe “hoje é dia de anos dele mas estamos tristes porque houve um incêndio em casa e perdemos quase tudo”(sic). O doente mostrou-se indiferente “ainda bem que se estragaram poucos dos meus CD’s”(sic). Com idade aparente inferior à real, a higiene era descuidada, o fâcies afunilado e a voz em falsete. Questionado sobre a voz o doente referiu que preferia falar assim porque fora o que a mãe e a avó materna lhe haviam recomendado. Tenso e desconfiado, apresentava humor disfórico e depressivo com alguma ideação suicida de colorido manipulador “se não me dão o que quero, qualquer dia mato-me!”(sic). Havia insónia inicial. A libido parecia contida, havendo namoradas na *internet* sem passagem ao acto e uma necessidade de afirmar a sua orientação heterossexual e homofóbica. O apetite era selectivo para os pratos confeccionados pela avó materna, havendo rejeição da comida preparada pela mãe, desculpando-se o doente que a primeira cozinhasse muito melhor que a segunda. Nas consultas seguintes o doente já não apresentava higiene desleixada, humor depressivo

nem ideia suicida, e já não haviam os comportamentos agressivos contra mãe ou avó. Confrontado por solilóquios denunciados por familiares e vizinhos o doente confessou que tivera no passado fenómenos de eco do pensamento e alucinações acústico verbais do tipo comentário. Admitiu ainda, nas últimas consultas, uma evolução da auto-referência paranóide inicial para uma temática sexual em que os pais seriam praticantes de *swing*. Esta ideia, aparentemente delirante, pareceu ser partilhada com a avó materna, sem que tivesse sido possível entrevistar essa parente com vista a caracterizar melhor uma hipótese de *folie a deux*.

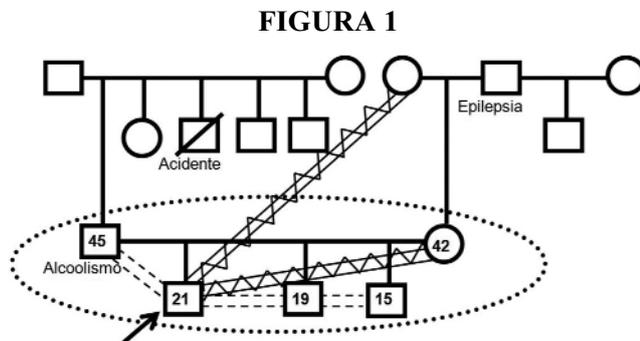
#### *Antecedentes pessoais*

Gravidez de termo não desejada nem planeada mas vigiada. Parto eutócico, sem complicações ou índice de Apgar conhecidos (pesava 3050g e media 49 cm). A mãe amamentou-o durante primeiro ano de vida, altura em que teve convulsão febril, sem sequelas. Até à idade escolar foi cuidado pela avó materna, sendo com esta que desenvolveu uma relação preferencial. Descrito pela mãe como “muito inteligente mas não avançava na escola”(sic) reprovou duas vezes na educação primária por dificuldades de aprendizagem. Na altura o Médico de Clínica Geral excluiu epilepsia e a Psicóloga excluiu perturbação de hiperactividade com défice de atenção. Aos 14 anos abandonou os estudos depois de reprovar três vezes no primeiro ano do preparatório, por falta de interesse e conflitos com professores. Tentou curso profissional de pintura e construção mas abandonou num contexto de um hipotético *bullying* “eles fumavam muita ganza, gozavam comigo e não me davam tabaco”(sic). Entrou depois para os Bombeiros Voluntários de onde seria expulso aos 16 anos. Quanto à vida sexual, não iniciada ainda, o doente referiu alguns namoros pela *internet* com mulheres mais velhas. Mostrou desconforto com os avanços destas bem como de alguns homossexuais, contra quem manifestou agressividade de tonalidade homofóbica. Nos consumos referiu dez cigarros diários, cerveja e café esporádicos e uma única experiência muito negativa com canabinóides. Não se conhecem outros antecedentes médicos, cirúrgicos ou de alergias.

#### *Antecedentes familiares*

Primeiro de uma fratria de três irmãos. Mãe de 40 anos, saudável, trabalha num supermercado, muito invasiva, esteve presente na maioria das consultas. O pai de 43 anos, alcoólico, camionista, contactado várias vezes por telefone

respondeu sempre muito agressivo, recusando participar nas consultas e chegou mesmo a verbalizar “ele por mim até pode morrer”(sic). A dinâmica intrafamiliar do doente é sintetizada na Figura 1 onde são evidentes relações quase fusionais mas marcadas pela violência quer com a avó quer com a mãe, e uma distância hostil marcada pela competição com o pai e os irmãos mais novos.



O genograma revela hostilidade para com o pai e os irmãos e uma proximidade marcada pela manipulação e violência junto da mãe e da avó materna.

#### *Exames complementares de diagnóstico*

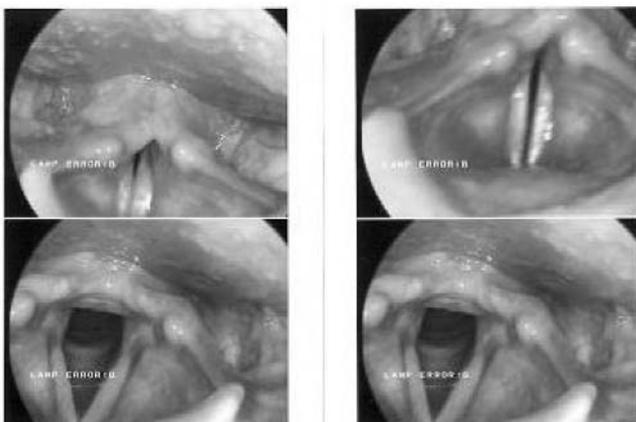
Avaliação de base (radiografia torácica, electrocardiograma, electroencefalograma, tomografia computadorizada crânio encefálica, sangue e urina com pesquisa de tóxicos) sem alterações. O doente faltou por duas vezes à marcação de ressonância magnética com contraste. O Endocrinologista considerou como próprio da adolescência um ligeiro aumento da testosterona e da hormona de crescimento sendo que um ligeiro aumento de prolactina foi interpretado como secundário ao antipsicótico. A avaliação pela Otorrinolaringologista excluiu lesão orgânica das cordas vocais através da laringoscopia chegou-se ao diagnóstico de disfonia laríngea funcional psicogénica do tipo puberfonia (Figura 2). A avaliação pela Psicologia revelou deficiência mental moderada com défice da atenção, cálculo, habilidade construtiva e distorção perceptiva em contexto de fraca estimulação sociocultural; bem como personalidade hipersensível, impulsiva, agressiva, desconfiada e paranóide (Quadro 1).

## FIGURA 2

*Imagens da laringoscopia.*

*Aproximação correcta das cordas vocais com voz normal (canto superior esquerdo)*

*Má aproximação das cordas vocais com voz em falsete (canto superior direito)*



## QUADRO 1

*Avaliação psicológica resumindo aspectos da cognição e da personalidade*

Objecto de avaliação	Instrumento aplicado	Resultado
Cognição	<i>Mini Mental State Evaluation</i>	2009: Sem défice cognitivo, tendo em conta os anos de escolaridade. No entanto são de referir as dificuldades manifestadas no exercício da “atenção e cálculo” bem como de “habilidade construtiva” apontando para a fraca estimulação sociocultural e alguma distorção das percepções que dificulta a reprodução do modelo.
	<i>Porteus Maze Test</i>	2010: deficiência mental moderada
Personalidade	<i>Minnesota Multiphasic Personality Inventory</i>	2009: Destacam-se as escalas “esquizofrenia”, com perturbação do pensamento e dos afectos e muitas dificuldades de controlo de impulsos; e “paranóia” com desconfiança e hipersensibilidade interpessoal, eventualmente com ideias de perseguição. (2009)
	<i>Baum Test,</i> <i>Goodenough-Harris Draw-A-Person Test</i>	2009: Pensamento pobre de conteúdos e interesses, imediato e pouco elaborado, por vezes caracterizado por ideias persecutórias. (2009)
	<i>Rorschach Test</i>	2010: Perturbação do pensamento e do afecto, com descontrolo fácil do impulso, heteroagressividade, desconfiança e ideias de perseguição. (2010)

### *Discussão diagnóstica*

O quadro deste doente inicialmente reporta para propostas nosológicas de autores da década de 1980 (como o síndrome do Peter Pan de Kiley<sup>1</sup> ou a

perturbação Multicomplexos de Cohen<sup>2</sup>) que não estão contempladas nem na *10th International Classification of Diseases (ICD 10)* da Organização Mundial de Saúde nem na IV versão revista do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM IV TR)* da Associação Americana de Psiquiatria. No entanto uma análise mais cuidadosa de cada aspecto psicopatológico pode enriquecer a discussão.

### *Disfonia*

A primeira impressão na entrevista levantou dúvidas que foram esclarecidas pela laringoscopia. Dado que não haviam causas orgânicas, o falsete ficou explicado como sendo uma disfonia psicogénica do tipo puberfonia provavelmente secundária à restante psicopatologia apresentada.

### *Sexualidade*

Quando se abordaram questões ligadas à sexualidade o doente revelou alguns sinais de insegurança no seu papel de género masculino. Gabava-se das suas conquistas virtuais junto do sexo oposto através da *internet*, mas havia constrangimento em ceder aos avanços sexualizados de mulheres mais velhas. Apesar de não corresponder a nenhum avanço das amigas, mostrava necessidade de afirmar a sua heterossexualidade, recorrendo muitas vezes a comentários homofóbicos. A puberfonia, a identificação com a mãe invasiva e a fragilidade do pai quase ausente levantaram algumas suspeitas de estarmos perante uma transexualidade<sup>3</sup> mas com o decorrer das sessões de psicoterapia (individual, grupo e multifamiliar) essa dúvida desvaneceu-se. Numa das últimas sessões psicoterapêuticas individuais o doente afirmou espontaneamente “já não me faz confusão as pessoas homossexuais, se eu fosse homossexual não me importava”(sic). Este desabafo do doente revelou uma melhoria nos seus instrumentos de mentalização, que lhe serão, com certeza, muito úteis no amadurecimento da sua sexualidade na passagem para a idade adulta.

### *Debilidade*

O défice cognitivo do tipo debilidade mental moderada que foi encontrado nas avaliações psicológicas pode ser considerado como secundário a uma psicose precoce não diagnosticada previamente. Para esta hipótese contribui a informação dada pela mãe, de baixo nível sociocultural, que considerava o doente, antes da instalação do défice, como muito inteligente. Provavelmente essa opinião baseava-se na constatação, de um discurso pseudoerudito por parte

do doente, rico em anglicismos retirados das letras das músicas dos seus artistas estrangeiros preferidos.

### *Depressão*

Os sintomas depressivos, responderam bem à terapêutica iniciada e poderiam ser integrados como sendo pseudoneuróticos<sup>4</sup> ou prodrómicos<sup>5</sup> num contexto psicótico desorganizador que se veio instalando progressivamente.

### *Agressividade*

O comportamento agressivo, inicialmente interpretado como antissocial, parece mais pseudopsicopático<sup>6</sup> e secundário a ideias delirantes persecutórias e alucinações acústico-verbais do tipo comentário, omitidas pelo doente durante mais de 6 meses. Por esclarecer ficou, no entanto se os pais praticam mesmo o *swing* num segredo mal guardado ou se existe situação de partilha de conteúdos delirantes com a avó materna, numa *folie a deux* (segundo Laségue e Falret<sup>7</sup>).

Finalmente e actualizando para a *ICD-10* e para o *DSM-IV-TR* os conceitos de esquizofrenia pseudoneurótica<sup>8</sup> e pseudopsicoática<sup>9</sup>, desenvolvidos por Hoch nas décadas de 1940 e 1950, podemos fazer o diagnóstico final conforme o Quadro 2.

## QUADRO 2

### *Diagnóstico final segundo eixos do DSM-IV-TR e codificação da ICD-10*

Eixo I	Esquizofrenia Paranóide. F20.0
Eixo II	Sem diagnóstico.
Eixo III	Sem diagnóstico.
Eixo IV	Problemas Familiares (indisciplina e conflito com família). Problemas Sociais (vitima de <i>bullying</i> ). Problemas Ocupacionais (sem escolaridade obrigatória e desocupado). Problemas Económicos (sem rendimentos e dependente da família)
Eixo V	Avaliação Global de Funcionamento: 41 \ 100 (Sintomas Graves)

## PROPOSTA TERAPÊUTICA E EVOLUÇÃO CLÍNICA

Foi introduzido antidepressivo SERTRALINA (50mg de manhã) e antipsicótico OLANZAPINA (10mg ao deitar) e foi proposto internamento em Hospital de Dia de Psiquiatria do Hospital Santa Maria do Centro Hospitalar

Lisboa Norte. Aí beneficiou de Psicoterapia de Grupo (tri-semanal), Individual (semanal), e Grupo Multifamiliar (quinzenal), bem como de Terapia Ocupacional (semanal) e Cineterapia (quinzenal). Concomitantemente frequentou Terapia da Fala no Serviço de Otorrinolaringologia. A puperfonia na 1ª semana tendo alta imediata da Terapia da Fala. A partir da 2ª semana houve melhoria no auto-cuidado, reforço positivo da sua identidade de género masculino, desaparecendo a agressividade contra objectos e pessoas (incluído homossexuais). Apesar da excelente evolução ao fim de um mês o doente abandonou o Hospital de Dia, alegando dificuldades económicas e falta de motivação, regressando às consultas do Hospital de Júlio de Matos, Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa. Nas consultas subsequentes subiu-se SERTRALINA (100mg de manhã) até remissão total de sintomatologia depressiva e trocou-se, por razões de ordem económica, o antipsicótico para RISPERIDONA (2mg de noite). A adesão terapêutica foi muito boa, segundo a mãe e o próprio doente que referiu “já não consigo estar bem sem a medicação”(sic). Ao fim de 10 consultas (entre Janeiro de 2009 e Maio de 2011) o doente apresentava-se estável, sem sintomatologia e começava a planear o regresso aos estudos (curso profissional e carta de condução) com vista a inserção profissional.

## REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

### *Definição*

Classicamente distingue-se entre disfonias orgânicas (com lesão conhecida) e funcionais (sem lesão apurada)<sup>10</sup>. Dentro das últimas existem as disfonias psicogénicas, conhecidas há mais de 50 anos como disfonias histéricas, e desde então descritas quer em adultos<sup>11</sup> que em adolescentes<sup>12</sup>. Nas disfonias psicogénicas distinguem-se as puberfonias, diagnosticadas quando não ocorre a esperada mudança vocal, para um tom mais grave, após as mudanças do aparelho vocal induzida pela puberdade masculina<sup>13</sup>.

### *Diagnóstico*

O diagnóstico é sempre feito pela Otorrinolaringologia recorrendo a meios complementares de diagnóstico próprios desta especialidade, nomeadamente laringoscopia, videolaringoscopia, laringostroboscopia ou análise acústica vocal<sup>14</sup>.

## *Epidemiologia*

A puberfonia é uma situação rara, com incidência anual estimada em 1 por 900.000 indivíduos<sup>15</sup>, geralmente em rapazes entre os 11 e os 15 anos<sup>16</sup>, sendo ainda mais rara em raparigas<sup>17</sup>. Ocasionalmente pode surgir sem queixas vocais ou em contexto profissional vantajoso, por exemplo em cantores líricos<sup>18</sup>.

## *Etiologia*

Os factores de risco para o desenvolvimento de disfonia psicogénica no geral são os problemas psicossociais<sup>19</sup>, nomeadamente familiares e laborais<sup>20</sup> enquanto que para o caso específico da puberfonia têm sido apontados fenómenos da adolescência com fraca identificação à figura paterna<sup>21</sup>, relação preferencial com mãe<sup>22</sup>, vergonha ou embaraço<sup>23</sup>, desejo de prolongamento da infância<sup>24</sup>, medo ou rejeição de adultícia<sup>25</sup>, identificação feminina<sup>12</sup> e homossexualidade<sup>26</sup>. Variada psicopatologia está presente em até 30% dos casos de disfonia psicogénica<sup>27</sup> sendo que os diagnósticos psiquiátricos que mais têm sido apontados como possíveis causas são a depressão<sup>28</sup>, a perturbação conversiva<sup>29</sup>, a perturbação de *stress* pós traumático<sup>30</sup> e a perturbação da personalidade<sup>31</sup>. Casos curiosos foram associados ao síndrome de Gilles de la Tourette<sup>32</sup> e à tricotilomania<sup>33</sup>. Por vezes é difícil estabelecer nexos de causalidade entre comorbilidades, tendo também já sido descritos casos de simulação<sup>34</sup>.

## *Tratamento*

Classicamente o tratamento passa por terapia da fala, por vezes associada a psicoterapia, tendo em conta o contexto antropológico<sup>35</sup>. Isoladamente já foram descritos casos que responderam a hipnose<sup>36</sup>, toxina botulínica<sup>37</sup>, cirurgia<sup>10</sup>, laringoscopia<sup>38</sup> e estimulação magnética transcraniana<sup>39</sup>.

## *Prognóstico*

Geralmente o prognóstico é bom, dado que com apenas algumas sessões de terapia da fala consegue-se resolver facilmente a maior parte dos casos<sup>40</sup>, havendo no entanto casos excepcionais que podem obrigar a intervenções mais complexas<sup>41</sup>.

## BIBLIOGRAFIA

- <sup>1</sup> Kiley, D. (1984). *The Peter Pan syndrome: Men who have never grown up*. Avon Books Edition, New York.
- <sup>2</sup> Cohen, D.J., Paul, R., & Volkmar, F.R. (1986). Issues in the classification of pervasive developmental disorders: Toward DSM-IV. *J Am Acad Child Psychiatry*, 25, 213-220.
- <sup>3</sup> Matos, A.C. (2002). Identidade sexual e parentalidades. *Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria*, 16, 11-15.
- <sup>4</sup> Connor, K.O., Nelson, B., Walterfang, M., Velakoulis, D., & Thompson, A. (2009, Sep). Pseudoneurotic schizophrenia revisited. *Aust N Z J Psychiatry*, 43(9), 873-876.
- <sup>5</sup> Garrabé, J. (2003 Sep-Nov). Prodromic aspects of schizophrenia. *Vertex*, 14(53), 193-198.
- <sup>6</sup> Durst, R., Jabotinsky-Rubin, K., & Fliman, M. (1997). Pseudopsychopathic schizophrenia – A neglected diagnostic entity with legal implications. *Med Law*, 16(3), 487-498.
- <sup>7</sup> Moura, M. (2011). Folie à Deus – Revisão Temática. *Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria*, 30, 17-29.
- <sup>8</sup> Hoch, P., & Polatin, P. (1949, Apr). Pseudoneurotic forms of schizophrenia. *Psychiatr Q*, 23(2), 248-276.
- <sup>9</sup> Dunai, S.L., & Hoch, P.H. (1955). Pseudopsychopathic schizophrenia. *Proc Annu Meet Am Psychopathol Assoc* (pp. 169-195).
- <sup>10</sup> Majdevac, Z., Mitrović, S., & Jović, R. (2001, Jan-Feb). Classification of dysphonias based on the primary etiologic factor. *Med Pregl*, 54(1-2), 39-44.
- <sup>11</sup> Bangs, J.L., & Freidinger, A. (1950, Dec). A case of hysterical dysphonia in an adult. *J Speech Disord*, 15(4), 316-323.
- <sup>12</sup> Mittermaier, R. (1957, Feb). Psychogenic dysphonia in adolescents. *Z Laryngol Rhinol Otol*, 36(2), 60-63.
- <sup>13</sup> Cielo, C.A., Beber, B.C., Maggi, C.R., Korbes, D., Oliveira, C.F., Weber, D.E., Tusi, A.R. (2009, Abril-Junho). Disfonia funcional psicogênica por puberfonia do tipo muda vocal incompleta: Aspectos fisiológicos e psicológicos. *Estudos de Psicologia*, 26(2), 227-236
- <sup>14</sup> Chernobelskii, S.I. (2009). Application of acoustic analysis of the voice to diagnosis and treatment of functional dysphonia. *Vestn Otorinolaringol*, 5, 40-42.
- <sup>15</sup> Pau, H., & Murty, G.E. (2001 Jan). First case of surgically corrected puberphonia. *J Laryngol Otol*, 115(1), 60-61.
- <sup>16</sup> Dagli, M., Sati, I., Acar, A., Stone, R.E. Jr, Dursun, G., & Eryilmaz, A. (2008, Mar). Mutational falsetto: intervention outcomes in 45 patients. *J Laryngol Otol*, 122(3), 277-281.
- <sup>17</sup> Hedge, M.N. (2001). *Introduction to communicative disorders* (3rd ed.). Austin, TX: Pro-Ed.
- <sup>18</sup> Baker, J. (2002). Persistent dysphonia in two performers affecting the singing and projected speaking voice: A report on a collaborative approach to management. *Logoped Phoniatr Vocol*, 27(4), 179-187.

- <sup>19</sup> Kiese-Himmel, C., & Zwirner, P. (1996, Jul). Psychological factors in spasmodic dysphonia. *Laryngorhinootologie*, 75(7), 397-402.
- <sup>20</sup> Andersson, K., & Schaltz, L. (1998). Etiology and treatment of psychogenic voice disorder: Results of a follow-up study of thirty patients. *J Voice*, 12(1), 96-106.
- <sup>21</sup> Colton, R.H., & Casper, J.K. (1996). Compreendendo os problemas de voz: Uma perspectiva fisiológica ao diagnóstico e ao tratamento. Porto Alegre: Artes Médicas. Porto Alegre.
- <sup>22</sup> Wojciechowska, A., Obrebowski, A., Studzińska, K., & Swidziński, P. (2010, Jan-Feb). Mutation voice disorders conditioned by psychic factors. *Otolaryngol Pol*, 64(1), 51-54.
- <sup>23</sup> Stemple, J.C., Glaze, L.E., & Klaben, B.G. (2000). *Clinical voice pathology: Theory and management* (3rd ed.). Clifton Park, NY: Delmar CengageLearning.
- <sup>24</sup> Hartman, D.E., & Aronson, A.E. (1983, Jun). Psychogenic aphonia masking mutational falsetto. *Arch Otolaryngol*, 109(6), 415-416.
- <sup>25</sup> Remacle, M., Matar, N., Verduyck, I., & Lawson, G. (2010, Feb). Relaxation thyroplasty for mutational falsetto treatment. *Ann Otol Rhinol Laryngol*, 119(2), 105-109.
- <sup>26</sup> Greene, M.C.L. (1989). *Distúrbios da voz*. Manole, São Paulo.
- <sup>27</sup> Mirza, N., Ruiz, C., Baum, E.D., Staab, J.P. (2003, Oct). The prevalence of major psychiatric pathologies in patients with voice disorders. *Ear Nose Throat J*, 82(10), 808-810, 812, 814.
- <sup>28</sup> Nemr, K., Simões-Zenari, M., Marques, S.F., Cortez, J.P., & Silva, A.L. (2010, Jul-Sep.). Psychogenic dysphonia associated to other diseases: A challenge for speech therapy. *Pro Fono*, 22(3), 359-361.
- <sup>29</sup> Urrutikoetxea Sarriegui, A., Hernández Madorrán, J.M., Sanjosé Torices, J., & Pérez Samitier, E. (1996). Psychogenic dysphonia. *An Otorrinolaringol Ibero Am*, 23(4), 401-414.
- <sup>30</sup> Baker, J. (2003). Psychogenic voice disorders and traumatic stress experience: A discussion paper with two case reports. *J Voice*, 17(3), 308-318.
- <sup>31</sup> White, A., Deary, I.J., & Wilson, J.A. (1997). Psychiatric disturbance and personality traits in dysphonic patients. *Eur J Disord Commun*, 32(3 Spec No), 307-314.
- <sup>32</sup> Kerbeshian, J., & Burd, L. (1988, Fall-Winter). Tourette disorder and mutational falsetto. *Neurosci Biobehav Rev*, 12(3-4), 271-273.
- <sup>33</sup> Happle, R.L. (2005, Jan). Trichotemnomania: Obsessive-compulsive habit of cutting or shaving the hair. *J Am Acad Dermatol*, 52(1), 157-159.
- <sup>34</sup> Andrade, F.B.F., & Azevedo, R. (2006). Similaridades dos sinais e sintomas apresentados nas disfonias funcionais psicogênicas e nas disfonias com suspeita de simulação: Diagnóstico diferencial. *Revista Distúrbios da Comunicação*, 18(1), 63-73.
- <sup>35</sup> Sudhir, P.M., Chandra, P.S., Shivashankar, N., & Yamini, B.K. (2009, Sep-Oct). Comprehensive management of psychogenic dysphonia: A case illustration. *J Com Disord*, 42(5), 305-312.
- <sup>36</sup> Horsley, I.A. (1982, Apr). Hypnosis and self-hypnosis in the treatment of psychogenic dysphonia: A case report. *Am J Clin Hypn*, 24(4), 277-283.
- <sup>37</sup> Woodson, G.E., & Murry, T. (1994, Dec). Botulinum toxin in the treatment of recalcitrant mutational dysphonia. *J Voice*, 8(4), 347-351.

- <sup>38</sup> Vaidya, S. & Vyas, G. (2006). Puberphonia: A novel approach to treatment. *Indian Journal of Otolaryngology and Head and Neck Surgery*, 58.
- <sup>39</sup> Chastan, N., Parain, D., Vérin, E., Weber, J., Faure, M.A., & Marie, J.P. (2009). Psychogenic aphonia: Spectacular recovery after motor cortex transcranial magnetic stimulation. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 80(1), 94.
- <sup>40</sup> Prathanee, B. (1996, Jun). Mutational falsetto voices: Voice therapy. *J Med Assoc Thai*, 79(6), 388-394.
- <sup>41</sup> Baker, J. (1998, Dec). Psychogenic dysphonia: Peeling back the layers. *J Voice*, 12(4), 527-535.

### ABSTRACT

Puberphonia is a rare situation, without organic cause, when the adolescent's voice doesn't suffer the physiologic changes expected during puberty. Puberphonia, as a functional dysphonia of psychogenic etiology, can be associated to events like difficulties in relation with parents, shame and maladaptation in passage to adult life or sexual identity and preference problems. Common psychiatric comorbidity ranges from depressive, conversion and traumatic syndromes to personality disorders. In this work the author invites to reflection in diagnostic and treatment difficulties, that obliged to bibliographic review, starting from a case report presentation of an adolescent with school problems, aggressive behavior and puberphonia.

*Key-words:* Functional dysphonia. Psychogenic dysphonia. Puberphonia.

# OBJECTO TRANSITIVO NA ADOLESCÊNCIA: COMPANHIA NAS HORAS TRISTES? \*

Neide Urbano \*\*  
Inês Pinto \*\*

## RESUMO

*O termo objecto transitivo foi introduzido por Winnicott em 1953, que enfatizou a importância da ligação entre o objecto transitivo e a criança. Através desta ligação a criança relaciona-se simbolicamente com a mãe. O objecto transitivo surge entre os 4 e os 12 meses.*

*A maioria dos estudos dos objectos transitivos é feita em crianças, no entanto, existem outros estudos que evidenciam o papel do objecto transitivo após a infância e que este fenómeno não é raro em adolescentes e mesmo nos adultos. Vários destes estudos correlacionam o uso do objecto transitivo e a depressão na adolescência.*

*Apresenta-se dois casos clínicos de duas adolescentes onde se ilustra o uso prolongado do objecto transitivo na adolescência. A propósito das vinhetas clínicas far-se-á uma revisão bibliográfica dos estudos onde se aborda a prevalência do uso do objecto transitivo na adolescência.*

*Aborda-se sucintamente a definição de objecto transitivo e a sua referência por diversos autores.*

*Palavras-chave:* Adolescência. Objecto transitivo. Perturbação depressiva.

## INTRODUÇÃO

A primeira referência na literatura psicanalítica de relações especiais das crianças com objectos inanimados foi feita por Wulff em 1946 (1).

\* Poster apresentado no XXI Encontro Nacional de Psiquiatria da Infância e da Adolescência, Beja, 2010 (Neide Urbano e Inês Pinto).

\*\* Médicas Internas de Pedopsiquiatria, Área de Pedopsiquiatria do Centro Hospitalar de Lisboa Central, Hospital de Dona Estefânia.

No seu artigo datado de 1951, Donald Winnicott introduziu as suas observações da ligação de crianças muito pequenas a um objecto. A criança ficava “vinculada” a um objecto (um urso de peluche, uma bola de lã, um canto de um cobertor ou um brinquedo macio) que era vital para a criança na altura de adormecer. Mas só em 1953 é que Donald Winnicott definiu objectos e fenómenos transitivos (1). Winnicott (1965, 1971) criou o termo OT para se referir aos ursos de peluche ou cobertores que os bebés seleccionam e usam, criando assim um ambiente familiar e confortável no qual podem gradualmente e de forma segura separar das suas mães. O objecto transitivo (OT) é uma defesa contra a ansiedade, especialmente aquando da separação do principal cuidador, geralmente a mãe, e em estados depressivos.

Winnicott concebeu estes objectos como as primeiras criações das crianças: é a criança que selecciona o objecto e o investe de um significado. Os pais reconhecem e respeitam este significado, assegurando-se de que o objecto está sempre disponível e nunca é mudado (ex. lavado, substituído). A mãe deixa-o sujo sabendo que se o lava introduz uma quebra da continuidade na experiência da criança, podendo destruir o significado e valor do objecto para a criança. Este OT pode persistir ao longo de toda a infância e os OT originais continuam a ser necessários na hora de dormir, quando a criança se sente só ou deprimida. As crianças descobrem geralmente o primeiro OT no berço aos 4 meses (surge entre os 4 e 12 meses de idade) e persiste geralmente até aos 5 ou 6 anos de idade (2).

A presença ou ausência do objecto transitivo (OT) na vida da criança é uma entidade concreta e observável. O papel do OT como reconfortante contra a ansiedade de separação é ressaltado por Mahler (2): o OT faz parte integrante do processo de desenvolvimento que Mahler denominou separação-indivuação. O OT contribui para o processo de separação-indivuação ao permitir à criança relacionar-se simbolicamente com a mãe quando esta está física e psiquicamente separada da criança (2). Quando o processo de separação-indivuação não ocorre adequadamente, temos dificuldade em gostar do outro, cuidar dos outros e conter a nossa própria agressividade (3).

Segundo Winnicott, o OT contribui para a formação do sentido de relação entre os mundos interno (o self) e externo (o não self). Segundo o mesmo autor, o OT desempenha um papel como a primeira possessão “não-ego”, ajuda a criança a restabelecer a sua união com a mãe após o processo de separação; é o substituto de um objecto ausente e toma o lugar do seio ou do objecto da primeira relação. Oferece conforto e acalma numa situação de ansiedade de separação (criança separada física e psicologicamente da mãe). Pelo OT a criança relaciona-se simbolicamente com a mãe.

A ligação ao OT é normal, universal e mesmo necessária no desenvolvimento normal da criança (Winnicott): os OT e os fenómenos transitivos pertencem ao reino da ilusão que estão na base do início da experiência (3). Mas há quem questione o papel do OT (Brody) (4).

Assim sendo, o OT é qualquer objecto que tem como significado o conforto e diminuição da ansiedade (na infância ou na adolescência). As crianças geralmente formam uma ligação forte com objectos suaves: ursos de peluche, cobertores, almofadas e bonecos.

O uso do OT é influenciado por factores sociais e/ou culturais. É mais comum nas zonas urbanas onde as crianças geralmente dormem sozinhas e não têm um contacto próximo com a mãe nas suas actividades diárias.

Alguns estudos demonstraram que as crianças amamentadas não usam tanto o OT como as não amamentadas: quanto maior o tempo de duração da amamentação (superior a 8 meses) menor o uso de OT. Este surge quando termina a amamentação (4).

O destino do OT é perder o seu papel de conforto assim que a criança cresce. A ligação ao OT diminui a partir dos 3 anos ou quando as crianças iniciam a escola. Num estudo acerca dos objectos que eram considerados como uma “reliquia” para as crianças em idade escolar, verificou-se que metade das crianças deste estudo entre os 9 e 13 anos tiveram um OT na sua infância e que destas, metade o mantêm até aos 9 anos e sem diferenças comportamentais significativas com as que não mantiveram o OT (4).

Uma das tarefas da adolescência é moldar uma identidade separada da dos pais (3).

A adolescência é a área intermediária da vida entre a infância e a fase adulta, em que os fenómenos de interconexão adquirem extrema importância. São os sons, as músicas, os ídolos dos quais imitam os penteados, os videojogos, vários talismãs, tatuagens e piercings que actuam nas interconexões. Estes elementos acabam por ter um papel semelhante ao dos OT, ou seja, como membrana de ligação entre o mundo externo e a realidade psíquica. Quanto menos o adolescente se encontra dentro de si, mais ele se produz externamente, como forma de sentir, perceber que está a ser notado.

Para Winnicott, o uso do cigarro indica um uso patológico do fenómeno transicional. O cigarro liga-se directamente aos dedos, funcionando como precursores dos OT (segurar a ponta do cobertor). Além disso, o cigarro actua como abrigo das ansiedades, um objecto que funciona ao mesmo tempo como externo e interno, um intermediário entre o eu e o outro (Melo Filho).

A maioria dos estudos sobre os OT é feita em crianças, no entanto, existem outros que evidenciam o papel do objecto transitivo após a infância e que este

fenómeno não é raro em adolescentes e mesmo em adultos. Vários destes estudos correlacionam o uso do OT e a depressão na adolescência (4)

Apresentam-se dois casos clínicos de duas adolescentes onde se ilustra o uso prolongado do objecto transitivo na adolescência. A noção de Winnicott de OT refere-se a crianças e a discussão actual refere-se a adolescentes.

A propósito das vinhetas clínicas far-se-á uma revisão bibliográfica dos estudos onde se aborda a prevalência do uso do objecto transitivo na adolescência e a sua possível associação com perturbação depressiva.

## CASOS CLÍNICOS

### *Vinheta Clínica 1*

Beatriz, 12 anos, 7º ano. Comportamento de oposição a nível familiar e com pares, com défice no funcionamento escolar e social clinicamente significativo. Sempre teve vários OT, mas desde os 7 anos que mantém a “Cadelinha Sofia” que tem uma filha (uma cadelinha) que tem o mesmo nome que ela (Beatriz) e com a qual adormece todos os dias: “ando às vezes à porrada com ela”, “levo-a sempre comigo”. Vive com uma prima em 2º grau desde os 4 meses de idade, devido a negligência parental (pais com consumos de droga). Teve um breve internamento de uma semana na Unidade de Internamento de Pedopsiquiatria do Hospital Dona Estefânia por tentativa de defenestração, tendo levado consigo o OT para o internamento. Ao longo das consultas de Pedopsiquiatria, a Beatriz trazia um telemóvel e no início da sessão perguntava-me se podia dar um toque ao padrinho para ele saber que já estava na consulta e no final da sessão ligava-lhe a dizer que a consulta tinha terminado.

Colocou-se como diagnóstico no Eixo I uma Perturbação Disruptiva do Comportamento SOE (312.9). Após avaliação psicológica, colocou-se a hipótese de organização borderline.

### *Vinheta clínica 2*

Ana, 12 anos, 6ºano. Foi encaminhada para a consulta por problemas de ansiedade e oposição. Tem uma história de ansiedade de separação no infântario e é descrita como sensível e meiga. Tem obtido notas baixas em várias disciplinas porque não termina as tarefas propostas. Evita o trabalho escolar escrito e tende a fazer oposição (necessita de pelo menos três

advertências para fazer o que é indicado). A professora acha que a Ana é muito preocupada, não ouve, é “sonhadora” e não está disponível para aprender.

Obtém-se uma história completa e descobre-se que a menina tem um atraso nos marcos do desenvolvimento. Está mais dependente da sua mãe do que a maioria das crianças da sua idade. A mãe queixa-se da desarrumação do seu quarto e que é muito difícil conseguir que a Ana fique pronta para a escola ou para qualquer actividade de manhã. É como se estivesse sempre num ritmo lento. Voltou a utilizar o seu brinquedo de infância, um urso de peluche, que a acompanha para todo o lado, inclusive para dormir. A Ana esquece-se por vezes das instruções e parece distrair-se com facilidade. Leva muito tempo a terminar qualquer tarefa e evita o trabalho escolar. Escreve muito devagar e com muita dificuldade.

Através de uma avaliação mais cuidada, verificou-se que tem uma perturbação grave de leitura, o que é muito difícil para ela pois a sua melhor amiga adora ler. Uma vez identificada a perturbação e tratada, os comportamentos regressivos começaram a resolver-se.

## DISCUSSÃO

O que parece característico do uso do OT nestas duas jovens é a ambivalência não resolvida. Os seus OT estão carregados de um significado de conflito, em que por um lado os conflitos que surgem são uma tentativa das jovens serem autónomas e onipotentes, mas ao mesmo tempo o uso do OT é como que um preenchimento que elas necessitam e que as ajuda, sem que elas sintam que a ajuda vem do exterior (Mahler et al., 1975) (1). Benson (1980) denominou-os como “guardiões narcísicos” dos adolescentes. O mesmo autor definiu que o uso do OT pode por vezes ser sintomático de psicopatologia severa, mas pode ser também uma adaptação transitória regressiva. Nos casos que se apresentou poderá ser um fenómeno transitório de uma fase regressiva para um potencial progressivo de estruturação do Eu. Mas se estas adaptações forem persistentemente regressivas e mal adaptativas podem apontar para uma organização borderline da personalidade (Arkema, 1981) (1).

Cerca de 22% dos adolescentes estão ligados a um OT (Bacharr et al.) (4) o que revela que o uso de OT na adolescência não é um fenómeno raro. Vários estudos indicam que a prevalência do uso de OT na adolescência ou o seu uso pela primeira vez nesta fase, está significativamente relacionada com o aumento do número de sintomas psiquiátricos, e portanto com psicopatologia, e

estes adolescentes têm também uma diminuição do bem-estar (4). Um exemplo disto é a associação entre uso de OT e a depressão, especialmente quando o adolescente se sente sozinho e com medo de adormecer (Markt & Johnson) (4).

Tendo em conta a natureza introvertida, não comunicativa e não cooperativa de muitos adolescentes, um marcador facilmente observável como o OT pode ajudar e muitas vezes é crucial na identificação de angústias nos adolescentes normais (Bacharr et al.) (2).

Realizou-se um estudo na Finlândia com 1054 adolescentes com idade média de 14,5 anos, em que se usou a escala CDI (Children's Depression Inventory) (que tem 3 subescalas: anedonia, baixa auto-estima e humor negativo), questionários sociodemográficos e um questionário acerca do uso do OT. O objectivo era investigar a prevalência do uso do OT na adolescência e a sua associação com sintomas depressivos em jovens. Nesse estudo concluiu-se que os adolescentes com mais sintomas depressivos usam mais frequentemente um OT (4). Verificou-se, através da escala CDI, que os rapazes revelavam significativamente mais anedonia do que as raparigas, enquanto as raparigas revelavam menor auto-estima. Relativamente à subescala de humor negativo não houve diferenças significativas entre rapazes e raparigas.

A forma de ligação ao objecto transitivo, transmitindo alguma presença da mãe, demonstra o poder da necessidade de vinculação de uma criança a alguma noção de presença materna (5). Freud, Bion (1967) e Winnicott (1953) concordam que a presença de uma mãe/pai cuidador na infância tem profundas implicações na formação do sentido de self (5).

Há uma grande diferença entre o objecto usado para superar a ausência (objecto transitivo) e um objecto usado para ganhar a noção de uma presença (objecto existencial (OE)). A ausência da presença não é a mesma coisa que a presença da ausência e os objectos são usados de forma distinta.

Nas duas adolescentes cujas vinhetas se apresentaram, o OT é usado como um “calmante”, um sedativo que funciona sempre (6), podendo ser o uso do OT um indicador da ameaça da privação. Mas no primeiro caso, a Beatriz experimentou graves privações maternas, e o seu peluche terá sido usado para ganhar a sensação de presença da mãe (isto é como objecto existencial) e não para fazer uma ponte na sua perda (5): o objecto existencial nestes termos poderá ser um precursor do OT, estando o OE envolto em raiva e frustração devido à incapacidade de acesso a um objecto vivo, cuidador e responsável. O OE ajuda a “agarrarem-se a alguma coisa”; o seu sentido de despersonalização, solidão e descontinuidade está posto em causa e o uso do OE previne a posterior fragmentação (5). Infelizmente, os indivíduos submetidos a algum tipo de privação precoce podem estar constantemente a procurar uma mãe que

os ame, um pai real e, por último, o seu verdadeiro *self* através dos seus objectos (OE) (5). Mas esta tentativa de determinar se um objecto é usado como OT ou OE não é absoluta, pois num desenvolvimento normal o objecto é usado como confirmação do sentido do self (uso existencial) e outras vezes como substituto do objecto perdido (uso transitivo).

O uso do OT ocorre maioritariamente na Perturbação de Personalidade Borderline (Cardasis et al.) (4), tal como no caso da primeira vinheta, pois estes doentes têm uma noção diminuída da constância do objecto. Num estudo realizado em doentes psiquiátricos internados, apurou-se que significativamente mais pacientes que têm um OT têm o diagnóstico de perturbação borderline da personalidade: um OT que é trazido para o hospital pode lembrar o paciente da sua casa ou dar-lhe tranquilidade na separação de casa (7). Pacientes com perturbação borderline da personalidade têm uma diminuição da constância de objecto, não sendo capazes de manter representações afectivas consistentes deles próprios e dos outros (7). No caso apresentado, o uso do OT no internamento, devido ao seu potencial de evocação de memórias, poderá ter ajudado a diminuir os sentimentos de solidão, vulnerabilidade e depressão.

Nas vinhetas que se apresentou pode existir uma correlação entre o uso do OT e sintomas depressivos, como a baixa auto-estima. Mas essencialmente, há a necessidade deste objecto ser usado como contentor da agressão mais do que como OT.

Vários estudos investigaram o uso do telemóvel como um meio de comunicação inter-geracional e estudaram o telemóvel como um OT na relação pais-adolescentes, analisando a dinâmica do triângulo pai-criança-telemóvel (8). O telemóvel é importante mais pela possibilidade de comunicação do que pela possibilidade de diálogo por texto ou voz. A teoria do uso do telemóvel como um OT assenta no facto de que o telemóvel é um objecto que liga pais e “adolescentes”. Winnicott afirmou que o OT é a primeira escolha de um objecto “não-eu” da criança, que é o primeiro objecto que marca a sua realização de outro (8). Ao escolher o objecto, a criança sabe que está separada dos outros (incluindo a mãe), mas ao mesmo tempo relaciona-se e está ligada a eles. Marsh (2005) (9) sugeriu o uso de objectos populares como as Barbies até aos telemóveis como uma adaptação destes objectos para fins transicionais; mas nesta interpretação tem de se ter em conta a referência que Winnicott faz de OT e as extensões metafóricas correntes: os telemóveis não são ursos de peluche e os adolescentes não são bebés. O telemóvel é desta forma como um discreto “cordão umbilical” e o “controlo remoto” que liga pais e adolescentes sem os embaraçar, uma “corda” que cai no normal e na saudável separação pais-adolescente (8). As diferenças entre o OT de Winnicott e o telemóvel é

que o primeiro é comprado pelos pais sendo ou não uma escolha da criança, enquanto o segundo é uma escolha do adolescente e é comprado para alívio das preocupações dos pais à medida que os adolescentes ganham alguma independência (8). Assim, nestes dois sentidos o telemóvel e o urso de peluche são relativamente análogos: os pais estabelecem os limites da colecção de “objectos” que se podem escolher; a criança escolhe e personaliza, e permite assim abrir algum espaço entre criança e pais (8). O OT efectivo perde o seu valor transitivo com o tempo (Winnicott, 1951, p. 233). O telemóvel, por sua vez não desaparece, não é transitivo como é o urso de peluche, pois fornece um vínculo actual com a mãe, é menos um objecto simbólico e mais um meio de comunicação. No caso da Beatriz o uso do telemóvel é essencialmente no sentido de diminuir a ansiedade dos seus cuidadores e permitir então o constante “cordão umbilical”.

O estudo de Ribak R. (2009) (8) investigou como o telemóvel pode servir como um objecto que liga os pais e os seus filhos adolescentes e ao mesmo tempo promove o crescimento autónomo, dando o sentido que tem de existir uma ligação constante entre todos os elementos da família.

Litt (2) aplicou o Rorschach e a escala de Achenbach numa população não clínica de crianças dos 8 aos 11 anos e verificou que as crianças não ligadas a um OT tinham valores significativamente mais elevados nos sintomas externalizantes, sugerindo maior incidência de problemas de hiperactividade e delinquência neste grupo.

Foi encontrada uma relação significativa (2) entre o uso de OT na adolescência, níveis altos de sintomatologia psiquiátrica e baixos níveis de bem-estar. Estes resultados confirmam as expectativas de Winnicott que no processo de desenvolvimento normal, a ligação a um OT termina e as suas funções são transferidas para actividades abstractas vastas como arte, religião, ciência e desportos.

Vários estudos demonstram que nem a existência, nem a duração da ligação a um OT na infância têm uma relação estatística com psicopatologia na adolescência. No entanto a existência de um OT na adolescência, particularmente se é a primeira vez que este é usado, tem uma correspondência significativa com psicopatologia e/ ou com as condições de tratamento (10). Muito tem sido escrito explorando a relação entre estes objectos inanimados e a eventual psicopatologia no adulto. O uso prolongado do OT na adolescência e idade adulta pode indicar psicopatologia (4).

## CONCLUSÃO

A ligação a um OT pode ser um potencial marcador de sofrimento psíquico em adolescentes sem psicopatologia. Tendo em atenção a natureza introvertida e não cooperante de muitos adolescentes, um marcador fácil de notar como o uso de OT pode ser muito importante na identificação destas alturas de maior ansiedade (2).

Perturbações primárias na capacidade de relacionamento com objectos inanimados foram relatadas em crianças institucionalizadas (Provence & Ritvo, 1961), em crianças autistas (Fisher, 1975), em pessoas com organização borderline da personalidade (Arkema, 1981; Fintzy, 1971; Modell, 1963) e em pessoas com outras perturbações graves da personalidade (Horton, Louy, & Coppolillo, 1974). Relações mal adaptativas com OT foram associadas ao abuso de drogas (Berman, 1972) e à origem de certos comportamentos perversivos (Dickes, 1978; Greenacre, 1961; Natterson, 1976; Roiphe, Galenson, 1975) (1).

Concluindo, o uso de um OT na adolescência pode ser visto como um marcador de sofrimento psíquico na população geral de adolescentes. Identificar este sofrimento é da máxima importância pois os adolescentes são propícios a “tumultos” emocionais e sociais e frequentemente não falam do seu sofrimento nem pedem ajuda.

## BIBLIOGRAFIA

- (1) Applegate, J.S. (1984). Transitional phenomena in adolescence: Tools for negotiating the second individuation. *Clinical Social Work Journal* (pp. 233-243).
- (2) Bachar, E., et al. (1998). Childhood vs. adolescence transitional object attachment, and its relation to mental health and parental bonding. *Child Psychiatry and Human Development*, 28(3), 149-167.
- (3) White, J.G. (2001). Adolescent search for the first object. *Modern Psychoanalysis*, 26(1), 93-97.
- (4) Erkolahi, R., & Nystrom, M. (2009). The prevalence of transitional object use in adolescence: Is there a connection between the existence of a transitional object and depressive symptoms? *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 18, 400-406.
- (5) Davar, E. (2001). The loss of the transitional object: Some thoughts about transitional and “pre-transitional” phenomena. *Psychodynamic Counselling*, 7(1), 5-26.
- (6) Winnicott, D. W. Jeu et réalité (1971). *Objets transitionnels et phénomènes transitionnels* (1951).

- (7) Cardasis, W., Hochman, J.A., & Silk, K.R. (1997). Transitional objects and borderline personality disorder. *Am J Psychiatry*, 154, 250-255.
- (8) Ribak, R. (2009). Remote control, umbilical cord and beyond: The mobile phone as a transitional object. *British Journal of Developmental Psychology*, 27, 183-196.
- (9) Marsh, J. (2005). *Popular culture, new media and digital literacy in early childhood: Ritual, performance and identity construction. Young children's engagement with popular culture, and media texts* (pp. 28-50). London: Routledge Falmer.
- (10) Free, K., & Goodrich, W. (Fall, 1985). Transitional object attachment in normal and in chronically disturbed adolescents. *Child Psychiatry and Human Development, Human Sciences Press*, 16(1).
- Houzel, D., et al. (2004). *Dicionário de psicopatologia da criança e do adolescente*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Rudnysky, P.L. (1993). *Transitional objects and potential spaces: Literary uses of D.W. Winnicott*. Columbia.

### ABSTRACT

*The term transitional object was introduced by Winnicott in 1953, and emphasized the important link between the object and the child. Through this connection the child is related symbolically to the mother. The transitive subject appears between 4 and 12 months.*

*Most studies of transitional objects are done on children, however, there are other studies that demonstrate the role of transitional object after childhood and that this phenomenon is not uncommon in teenagers and even adults. Several of these studies have correlated the use of transitional object and depression in adolescence.*

*We present two clinical cases of two teenagers which illustrates the extensive use of transitional objects in adolescence. In purpose of clinical vignettes we make a review of studies that addresses the prevalence of use of transitional objects in adolescence.*

*We briefly address the definition of transitional objects and its reference by many authors.*

*Key-words: Adolescence. Depressive disorder. Transitional object.*