

Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria

Nº 39

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA
DE PSIQUIATRIA DA INFÂNCIA E DA ADOLESCÊNCIA

DIRETOR

Pedro Pires

COMISSÃO REDATORIAL

Ana Prata

Catarina Cordovil

Ivo Peixoto

José Alberto Garrido

Neide Urbano

Otilia Queirós

Raquel Quelhas de Lima

Suzana Henriques

CONSELHO DE REDAÇÃO

Augusto Carreira

Beatriz Gil Pena

Emílio Salgueiro

Maria José Gonçalves

Maria José Vidigal

Maria Luís Borges de Castro

Teresa Goldschmidt

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

Secretariado

Margarida Matos Moura

Av. do Brasil, 53 – 1700 Lisboa

Clínica Infantil – Pavilhão 25

Tel./Fax: 21 793 43 41

E-mail: appia@sapo.pt

FOTOCOMPOSIÇÃO E PAGINAÇÃO

Maria do Carmo Miranda

Editorial

Pedro Pires p. 5Homenagem à Dr.^a

Maria de Jesus Barroso Soares

Um pequeno apontamento de
recordação, com saudade!*Maria Luís Borges de Castro* p. 7**ARTIGOS**Comportamentos autolesivos
não suicidários numa Unidade
de Internamento de Pedopsiquiatria
– 2010 a 2015*Dora Leal & Tânia Duque* p. 9Avaliação do stress parental na
primeira consulta de Psiquiatria da
Infância e Adolescência – Estudo piloto*Daniela Couto, Dora Leal, & Leonor
Machado-Sá* p. 15Jogos eletrónicos e saúde mental
na infância*Rita Rodrigues & Cátia Almeida* p. 25Fenomenologia e diagnóstico
diferencial da Perturbação Bipolar
na Infância*José Luís Fernandes
& Joana Calejo Jorge* p. 45Corpo e psicomotricidade
na emergência da vida psíquica*Luísa Maria Duarte da Costa* p. 57

Ter ou ser?

Estudo de caso de uma criança
com Disforia de Género*Sílvia González
& Maria Antónia Carreiras* p. 67

Normas de Publicação p. 91

EDITORIAL

PROMETEU

*Abafai meus gritos com mordanças,
maior será a minha ânsia de gritá-los!*

*Amarrai meus pulsos com grilhões,
maior será minha ânsia de quebrá-los!*

*Rasgai a minha carne!
Triturai os meus ossos!*

*O meu sangue será a minha bandeira
e meus ossos o cimento duma outra humanidade.*

*Que aqui ninguém se entrega
– isto é vencer ou morrer –
é na vida que se perde
que há mais ânsia de viver!*

Joaquim Namorado, in: «A Guerra e a Paz»

O presente número da Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria não pode deixar de homenagear a pessoa da Dr^a Maria de Jesus Barroso Soares, grande amiga da Associação Portuguesa de Psiquiatria da Infância e da Adolescência e defensora ativa das causas da infância. O poema de abertura deste editorial, tantas vezes apaixonadamente declamado por si, é não só uma memória de recordação mas também um símbolo do legado da sua força e espírito de combatividade que a nós todos inspira. A Dr^a Maria Luís Borges de Castro escreve, na primeira pessoa, um comovente texto de homenagem e agradecimento.

Nesta edição da revista trazemos-vos o dinamismo da pedopsiquiatria em Portugal, com estudos sobre a nossa prática clínica: em contexto de internamento – “Comportamentos auto lesivos não suicidários numa Unidade de Internamento de Pedopsiquiatria – 2010 a 2015”; na primeira consulta em ambulatório – “Avaliação do stress parental na primeira consulta de Psiquiatria da Infância e da Adolescência – Estudo piloto”; e na consulta da idade da latência: “Jogos electrónicos e saúde mental na infância”.

Os colegas José Luís Fernandes e Joana Calejo Jorge, médico interno de psiquiatria do Hospital de Magalhães de Lemos e Pedopsiquiatra respetivamente, fazem uma revisão teórica sobre o polémico tema do diagnóstico da Perturbação Bipolar na Infância.

As intervenções terapêuticas em pedopsiquiatria têm também um espaço neste número. A psicomotricista Dr^a Luísa da Costa parte da conceptualização teórica sobre o campo de intervenção da psicomotricidade para a prática clínica, ilustrando o seu trabalho com uma vinheta clínica. A psicóloga Sílvia González apresenta-nos o seguimento psicoterapêutico de uma criança com o diagnóstico de Disforia de Género, integrando o material das sessões em constructos teóricos psicodinâmicos.

Pedro Pires

Lisboa, 6 de Dezembro de 2015

HOMENAGEM À DRA. MARIA DE JESUS BARROSO SOARES

Um pequeno apontamento de recordação, com saudade!

A Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria não podia deixar de expressar o seu luto pela perda da Dra. Maria Barroso em uníssonos com todos os colegas, que se ocupam da Saúde Mental Infantil em Portugal.

Esta pedagoga e 1ª sócia honorária da nossa associação desde 1991 – um ano após a fundação desta instituição - foi para nós sempre um grande estímulo ao trabalho e dedicação às crianças e jovens, que de uma maneira ou de outra, precisavam de nós.

Sempre presente nas nossas atividades científicas, nomeadamente nos colóquios anuais da revista (RPP), partilhava connosco o seu interesse pelas questões, que dizem respeito à saúde mental infantil, dando uma preciosa mais valia com o seu saber profissional e de vida!



Mas não só!!

Foi sempre um aporte de estímulo individual e coletivo: às nossas dificuldades respondia com sugestões utilíssimas e por vezes mesmo, abrindo caminhos, que seriam por nós inalcançáveis.

Representou, para a nossa Associação, um símbolo de honra, de orgulho e de... afeto pelo que nunca será esquecida, como grande impulsionadora do nosso trabalho.

Agora um pequeno apontamento pessoal:

Durante um dos nossos colóquios em que eu, partilhando uma mesa redonda com outros colegas, fiz a apresentação de um trabalho, que terminava com um poema de Mário de Sá Carneiro. Ousei lê-lo da forma tímida e a mais correta possível face à excelente declamadora, que me estava a ouvir. No intervalo dos trabalhos a Dra. Maria de Jesus disse-me referindo-se áquilo, que eu teria chamado de ousadia: *nunca tenha medo de se expor face a quem realmente sabe do assunto; esses raramente criticam!!!*

Obrigada, Dr.^a Maria de Jesus. Não a esqueceremos!!!

Maria Luís Borges de Castro

Lisboa, 1 de Novembro de 2015

COMPORTAMENTOS AUTOLESIVOS NÃO SUICIDÁRIOS NUMA UNIDADE DE INTERNAMENTO DE PEDOPSIQUIATRIA – 2010 A 2015

Dora Leal *
Tânia Duque **

RESUMO

Introdução: Os Comportamentos Autolesivos Não Suicidários (CANS), caracterizados pela destruição direta e deliberada de tecido corporal, na ausência de intenção suicida e para propósitos não socialmente aceites, são um fenómeno frequente em adolescentes, principalmente em amostras clínicas. O objetivo deste estudo foi avaliar a prevalência e evolução de CANS na Unidade de Internamento de Pedopsiquiatria. Pretendeu-se também comparar os doentes com CANS com os doentes sem estes comportamentos.

Metodologia: Consulta e levantamento de dados dos processos clínicos de todos os doentes internados nos meses de janeiro, de 2010 a 2015.

Resultados: Em 2010 e 2011 a prevalência de CANS era relativamente constante (12-13%), tendo-se verificado um aumento da prevalência em 2012 (20%) e em 2013 (33%), que em 2014 e 2015 se tem mantido constante (33-35%). Encontrou-se uma associação entre CANS e sexo feminino, tentativas de suicídio prévias, perturbação de Humor, perturbação de personalidade cluster B e consumo de substâncias.

Conclusões: A prevalência de CANS nos doentes internados na unidade de Pedopsiquiatria aumentou. Encontrou-se associação entre CANS e comportamentos suicidários e psicopatologia.

Palavras-chave: Comportamentos autolesivos não suicidários, Tentativa de suicídio, Perturbação do humor, Perturbação de personalidade cluster B.

* Interna Pedopsiquiatria Centro Hospitalar Lisboa Ocidental.

** Interna Pedopsiquiatria Centro Hospitalar Lisboa Central.

INTRODUÇÃO

Os Comportamentos Autolesivos Não Suicidários (CANS) definem-se como a destruição direta e deliberada de tecido corporal, na ausência de intenção suicida e para propósitos não socialmente aceites (Nock, 2009; Nock & Favazza, 2009). As formas mais comuns de CANS incluem cortar, queimar, arranhar e bater na própria pele (Guerreiro & Sampaio, 2013; Klonsky, 2007). Os CANS distinguem-se, conceptualmente, dos comportamentos suicidários por não estarem associados a intenção de morte, os métodos serem menos letais e ocorrerem com maior frequência, particularmente em amostras clínicas (Andover & Gibb, 2010; Muehlenkamp & Gutierrez, 2004; Nock, Joiner, Gordon, Lloyd-Richardson, & Prinstein, 2006).

Os CANS são um fenómeno prevalente em adolescentes, tendo início tipicamente entre os 13 e os 15 anos de idade (Barrocas, Hankin, Young, & Abela, 2012; Rodham & Hawton, 2009). As taxas de prevalência de CANS, em amostras de adolescentes da comunidade, situam-se entre os 13% e os 23% (Jacobson & Gould, 2007; Nock, 2009). Em populações de adolescentes internados a prevalência é de cerca de 40% e alguns estudos sugerem que esta tem vindo a aumentar (Hawton, Fagg, Simkin, Bale, & Bond, 2000; Klonsky & Muehlenkamp, 2007; Olfson, Gameroff, Marcus, Greenberg, & Shaffer, 2005). Estes comportamentos ocorrem, mais frequentemente mas não exclusivamente, em adolescentes com um espectro amplo de perturbações psiquiátricas e estão associados a um risco aumentado de comportamentos suicidários (Klonsky, May, Glenn, 2013; Nock, Joiner, Gordon, Lloyd-Richardson, & Prinstein, 2006; Wilkinson, 2011). Dos adolescentes que reportam CANS, 50 a 75% fazem pelo menos uma tentativa de suicídio (TS) ao longo da vida (Nock, Joiner, Gordon, Lloyd-Richardson, & Prinstein, 2006).

As investigações nos países Ocidentais e da Ásia oriental têm demonstrado taxas comparáveis de CANS (Giletta, Scholte, Engels, Ciairano, & Prinstein, 2012; Muehlenkamp, Claes, Havertape, & Plener, 2012). Em Portugal, existem alguns estudos no âmbito de comportamentos autolesivos em adolescentes, embora sejam escassos estudos relativos aos CANS especificamente, pelo que é importante uma melhor caracterização deste fenómeno.

O principal objetivo deste estudo foi avaliar a prevalência e a sua evolução nos doentes internados na Unidade de Internamento de Pedopsiquiatria do Hospital D. Estefânia (HDE), entre 2010 e 2015. Também foi objetivo desta investigação caracterizar e comparar os doentes com e sem CANS.

METODOLOGIA

Este trabalho consistiu num estudo retrospectivo. A amostra, de conveniência, não randomizada e acidental, foi constituída por todos os doentes internados durante os meses de janeiro dos anos de 2010 a 2015, na Unidade de Internamento de Pedopsiquiatria do HDE.

A recolha de dados foi realizada através da análise do processo clínico de todos os doentes da amostra. Inicialmente avaliou-se a presença ou ausência de comportamentos autolesivos não suicidários (CANS) em todos os doentes. De seguida, formaram-se dois grupos, o grupo em estudo constituído pelos doentes com CANS e o grupo controlo composto pelos doentes sem esses comportamentos, de modo a avaliar a frequência das variáveis sexo, idade (em anos), tentativa de suicídio anterior ao internamento, diagnóstico (diagnóstico no eixo I e II, segundo o sistema de classificação DSM-IV-TR) (American Psychiatric Association, 2002) e consumo de substâncias, em ambos os grupos.

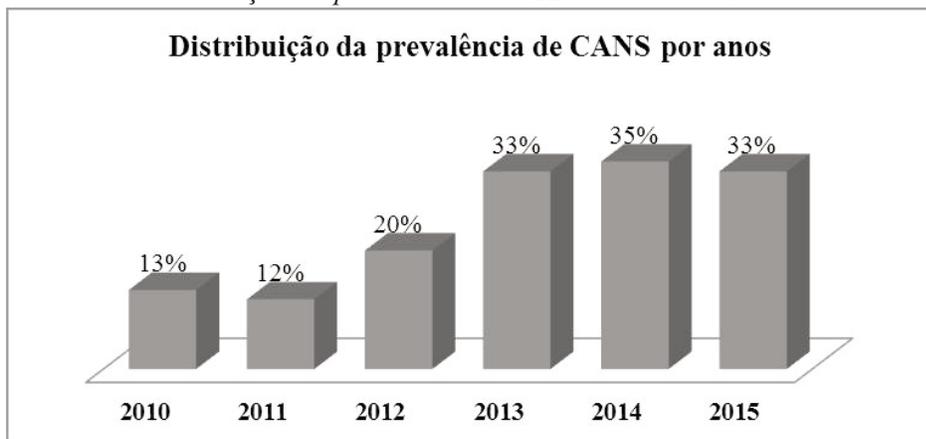
Realizou-se a análise descritiva das variáveis em estudo utilizando os programas IBM SPSS Statistics 21® e Microsoft Office Excel 2007®. De modo a avaliar a possível existência de associação entre CANS e as variáveis em estudo, recorreu-se ao teste qui-quadrado, para determinar se os resultados eram estatisticamente significativos para um intervalo de confiança de 95%. Seguidamente realizaram-se testes de comparação de proporções, de modo a estabelecer qual a relação entre as variáveis em estudo e perceber a possibilidade de aceitar ou rejeitar as hipóteses em estudo: H1 – Os CANS estão associados ao sexo feminino; H2 – Os CANS estão associados a tentativa de suicídio; H3 – Os CANS estão associados a consumo de substâncias; H4 – Os CANS estão associados a perturbações de humor; H5 – Os CANS estão associados a diagnóstico de perturbação de personalidade do Cluster B.

RESULTADOS

No período em estudo foram internados 111 doentes. Destes, 28 (25%) apresentavam CANS. Em 2010 e 2011 a prevalência de CANS era praticamente constante, na ordem dos 12%. Verificou-se um aumento da prevalência de CANS nos dois anos seguintes, atingindo os 33%, em 2013. Desde então, a prevalência de CANS mantém-se praticamente constante (Figura 1).

FIGURA 1

Gráfico de barras ilustrativo da distribuição da prevalência de CANS nos anos em estudo



Encontrou-se um predomínio muito significativo do sexo feminino (8,3♀:1♂) no grupo com CANS, ao contrário do verificado no grupo controlo, onde a distribuição entre géneros foi praticamente semelhante (Tabela 1). Neste estudo encontrou-se uma probabilidade 6,92 vezes superior de um doente com CANS ser do sexo feminino quando comparado com um doente sem estes comportamentos.

TABELA 1

Distribuição das variáveis em estudo

	Grupo com CANS	Grupo Controlo	Risco relativo (CANS/Controlo)	<i>p</i>
Sexo (♀:♂)	8,3	1,2	6,92*	0,001
Idade	14,6	14,0	—	0,177
Tentativa suicídio	68%	20%	3,4*	0.000
Perturbação do humor	64%	18%	3,56*	0.000
Perturbação de personalidade cluster B	39%	6%	6,5*	0.000
Consumo de substâncias	14%	8%	1,75	0,370

Nota. * Estatisticamente significativo para $p < 0,05$.

A média de idades foi superior no grupo com CANS (14,6 vs. 14,0 anos), no entanto a diferença não foi estatisticamente significativa (Tabela 1).

Neste estudo encontrou-se uma probabilidade 3,4 vezes superior de um doente com CANS ter uma feito pelo menos uma tentativa de suicídio, comparativamente a um doente sem estes comportamentos (Tabela 1).

Dentro do grupo com CANS, os diagnósticos do eixo I mais frequentes foram: perturbação de humor (64%), perturbação do comportamento (11%) e perturbação do comportamento alimentar (7%). Dentro do grupo controlo, os diagnósticos mais frequentes foram: perturbação do comportamento alimentar (27%), perturbação do comportamento (23%), perturbação do humor (18%) e perturbação psicótica (17%). Neste estudo encontrou-se uma probabilidade 3,56 vezes superior de um doente com CANS ter o diagnóstico de perturbação do humor quando comparado com um doente sem estes comportamentos (Tabela 1).

No grupo com CANS, 61% não apresentavam diagnóstico no eixo II e 39% apresentavam diagnóstico de perturbação de personalidade *cluster B*. No grupo controlo, 75% não apresentavam diagnóstico no eixo II, 12% apresentavam défice cognitivo e 6% apresentavam diagnóstico de perturbação de personalidade *cluster B*. Neste estudo encontrou-se uma probabilidade 6,5 vezes superior de um doente com CANS apresentar uma perturbação de personalidade *cluster B*, comparativamente com um doente sem estes comportamentos (Tabela 1).

Apesar de haver 1,75 vezes mais jovens com consumo de substâncias no grupo com CANS do que no grupo controlo, este achado não foi estatisticamente significativo (Tabela 1).

DISCUSSÃO

Dos 111 adolescentes que compunham a amostra estudada, 28 apresentavam CANS (25%). Estudos neste âmbito mostraram uma prevalência média de CANS, ao longo da vida, de cerca de 18% (Muehlenkamp, Claes, Havertape, & Plener, 2012; Swannell, Martin, Page, Hasking, & St-John, 2014) e taxas de 30 a 40%, em adolescentes hospitalizados (Auerbach, Kim, Chango, Spiro, Cha, Gold, et al., 2014; Hamza & Willoughby, 2013; Klonsky & Muehlenkamp, 2007). Estas taxas mostram a necessidade de uma avaliação rotineira da presença destes comportamentos, particularmente em adolescentes seguidos em consultas de Pedopsiquiatria. Existe uma elevada variabilidade na

prevalência de CANS entre diferentes estudos, relacionada com as diferentes definições e instrumentos usados (Giletta, Scholte, Engels, Ciairano, & Prinstein, 2012). A discrepância entre a prevalência de CANS descrita em adolescentes internados e a encontrada na nossa amostra prende-se, provavelmente, com a metodologia usada, uma vez que a recolha de dados realizada através da consulta dos processos clínicos e não diretamente através de questionários ou entrevistas estandardizadas pode ter contribuído para uma subidentificação de CANS.

Este estudo mostrou um aumento de CANS em 2012 e uma estabilização em 2013. A investigação neste ponto mostra que existem flutuações importantes nas taxas deste comportamento mas, globalmente, os CANS aumentaram entre os anos de 1990 e 2000 (Olsson, Gameroff, Marcus, Greenberg, & Shaffer, 2005) e têm-se mostrado relativamente estáveis desde então (Klonsky, 2007; Muehlenkamp & Gutierrez, 2007; Muehlenkamp, Williams, Gutierrez, & Claes, 2009). Este aumento poderá ser explicado por um fenómeno de contágio social. A exposição a pares com CANS coloca os adolescentes, com alguma vulnerabilidade, em risco de iniciar estes comportamentos, através de um fenómeno de identificação (Nock, 2008; Prinstein, Heilbron, Guerry, Franklin, Rancourt, Simon, & Spirito, 2010). A internet representa, também, uma via preferencial de comunicação de mensagens pró-CANS, através de partilha de informação em redes sociais e *blogs*, tornando-se um veículo, tanto para o início de CANS, como para comunicação entre os jovens que já os praticam (Lewis, Heath, Michal, & Duggan, 2012; Whitlock, Powers, & Eckenrode, 2006).

Em relação ao predomínio do sexo feminino, os resultados vão de encontro aos da literatura, onde também se observa esta associação, principalmente em amostras clínicas de adolescentes (Jacobsen, Muehlenkamp, Miller, & Turner, 2008). Foi sugerido que a maior frequência de CANS se devesse ao facto das raparigas atingirem a puberdade mais cedo e apresentarem mais dificuldades em atingir uma homeostasia psicológica, de modo mais adaptativo (Becker, Monteggia, Perrot-Sinal, Romeo, Taylor, Yehuda, & Bale, 2007; Patton, Bond, Toumbourou, Hemphill, McMorris, & Catalano, 2007). Por outro lado, a maior prevalência do sexo feminino pode também estar relacionada com o facto de as raparigas pedirem mais frequentemente ajuda e falarem mais abertamente acerca destes comportamentos (Rodham, Hawton, & Evans, 2004). Além disto, os instrumentos de avaliação usados nos estudos acerca de CANS inquiram mais frequentemente sobre a existência de comportamentos mais femininos como os cortes, não questionando tanto acerca de métodos como bater ou queimar que são mais típicos nos rapazes.

A média de idades encontrada neste estudo foi de 14,6 anos, o que corresponde às idades observadas em amostras clínicas e da comunidade, que situam estes comportamentos entre os 12 e os 15 anos de idade (Muehlenkamp & Gutierrez, 2007; Nock, 2010).

Neste estudo, os adolescentes que apresentavam CANS, fizeram mais TS do que os do grupo controlo. Estes dados vão de encontro à literatura, onde está descrita uma elevada frequência de comorbilidade entre CANS e comportamentos suicidários (Klonsky, Victor, Saffer, 2014; Nock, Joiner, Gordon, Lloyd-Richardson, & Prinstein, 2006; Whitlock, Powers, & Eckenrode, 2006). Estudos mostraram que cerca de 50% dos jovens na comunidade e 70% de pacientes internados com CANS, já tinham tentado suicídio, pelo menos uma vez (Muehlenkamp & Gutierrez, 2007; Nock, Joiner, Gordon, Lloyd-Richardson, & Prinstein, 2006). Existe evidência longitudinal de que os CANS são um preditor forte de comportamentos suicidários, mais forte, inclusivamente, que tentativas de suicídio anteriores (Asarnow, Porta, Spirito, Emslie, Clarke, Wagner, et al., 2011; Guan, Fox & Prinstein, 2012). A frequência de CANS é preditiva da frequência e letalidade das TS (Prinstein, Boergers, Spirito, Little, & Grapentine, 2000; Whitlock, Muehlenkamp, & Eckenrode, 2008). Os CANS tendem a iniciar-se em idades mais precoces do que as TS, sugerindo que os CANS possam preceder desenvolvimentalmente as TS (Ougrin, Tranah, Leigh, Taylor, & Asarnow, 2012). Foi proposto que a realização de comportamentos auto-destrutivos dessensibiliza o indivíduo para o medo e para a dor física associados à auto-agressão, aumentando a capacidade de agir o desejo suicida (Muehlenkamp & Gutierrez, 2007). Dado apenas uma minoria de pessoas que faz TS comete suicídio, a presença de CANS pode constituir um indicador da possível passagem da ideia ao ato suicida (Wilkinson, 2013). Por outro lado, e apesar desta associação forte, os indivíduos que se automutilam não estão necessariamente em risco de suicídio, porque muitos nunca apresentaram ideação suicida ou TS. Tendo em conta o exposto, é essencial avaliar rotineiramente a intenção ou a motivação por detrás dos CANS (Klonsky & Muehlenkamp, 2007).

Na nossa amostra, os CANS estiveram associados a diagnóstico de eixo I, com uma preponderância das perturbações do humor. Apesar dos CANS não estarem sempre associados a diagnóstico psiquiátrico, os nossos resultados vão no sentido da literatura, em que existe elevada prevalência de diagnósticos do eixo I em amostras clínicas de adolescentes com CANS (Cerutti, Calabrese, & Valastro, 2014; Muehlenkamp, Troy, Miller, & Claes, 2011; Nock, Joiner, Gordon, Lloyd-Richardson, & Prinstein, 2006). Um estudo de Nock et al., com adolescentes internados com CANS, demonstrou associação com perturbação

depressiva major, perturbação de stress pós-traumático, perturbação pela utilização de substâncias e perturbação do comportamento (Nock, Joiner, Gordon, Lloyd-Richardson, & Prinstein, 2006). Também têm sido associados a sintomas de ansiedade, sintomas dissociativos, *stress*, história de abuso sexual e perturbações do comportamento alimentar (Cerutti, Calabrese, & Valastro, 2014; Jacobson, Muehlenkamp, Miller, & Turner, 2008; Lewis, Heath, Michal, & Duggan, 2012; Muehlenkamp, Williams, Gutierrez, & Claes, 2009). Os CANS são essencialmente prevalentes em doentes com emoções negativas em relação a si e autocriticismo (Klonsky, 2007), tendo muitas vezes o propósito de controlar as ideias de conteúdo depressivo e regular ou evitar emoções dolorosas (American Psychiatric Association, 2013). Em relação às perturbações depressivas e à suicidalidade, o estudo ADAPT concluiu que, em adolescentes com perturbações depressivas, a presença de CANS é um preditor de TS seis meses depois (Wilkinson, 2011). Outro estudo sugeriu a patologia depressiva como fator importante na escalada de CANS para comportamentos suicidários (Jacobson, Muehlenkamp, Miller, & Turner, 2008).

No que respeita ao eixo II, encontrou-se uma associação significativa com perturbações de personalidade *cluster B* (PBP). Globalmente, a literatura tem demonstrado que existe relação entre CANS e perturbações da personalidade, em particular PBP (Cerutti, Calabrese, & Valastro, 2014; Nock, Joiner, Gordon, Lloyd-Richardson, & Prinstein, 2006), apesar da elaboração deste diagnóstico na adolescência ser controverso (Nock & Favazza, 2009). Historicamente, os CANS foram conceptualizados como um sintoma de PBP e são um critério para o diagnóstico desta perturbação. No entanto, muitos estudos têm demonstrado que os CANS ocorrem independentemente da PBP pelo que, na DSM-5, os CANS foram propostos como uma entidade própria (Chapman, Gratz, & Brown, 2006). Esta inclusão poderá reduzir a assunção automática de que um adolescente com CANS tem PBP e promover investigação futura nesta área (Ferrara, Terrinoni, & Williams, 2012). Em relação às características dos indivíduos com PBP, existe associação entre impulsividade, agressividade e desregulação emocional com CANS (Cloutier, Martin, Kennedy, Nixon, & Muehlenkamp, 2010; Dougherty, Mathias, Marsh-Richard, Prevet, Dawes, Hatzis, et al., 2009; Muehlenkamp, Troy, Miller, & Claes, 2011), tendo-se proposto que a prática de CANS representasse uma tentativa de controlo destas emoções (Nixon, Cloutier, & Aggarwal, 2002). Um estudo com uma amostra clínica de adolescentes, relacionou as características de PBP “confusão acerca de si próprio” e “relações interpessoais instáveis” como predictoras de CANS e CANS e TS (Muehlenkamp, Troy, Miller, & Claes, 2011). Em relação às restantes perturbações da personalidade, os CANS também têm sido associados

às perturbações de personalidade *cluster* B: histriónica, narcísica e anti-social (Cerutti, Calabrese, & Valastro, 2014; Ferrara, Terrinoni, & Williams, 2012).

Na nossa amostra constatou-se, ainda, um consumo de substâncias superior nos jovens com CANS apesar de não significativo. Um dos critérios de exclusão da Unidade de Internamento é o consumo de substâncias, o que pode contribuir para diminuir o grau de significância desta variável. A literatura tem demonstrado associação entre consumo de substâncias e CANS, nomeadamente nicotina, álcool e marijuana (Giletta, Scholte, Engels, Ciairano, & Prinstein, 2012; Klonsky & Muehlenkamp, 2007; Nock, Joiner, Gordon, Lloyd-Richardson, & Prinstein, 2006). Os CANS e o consumo de substâncias poderão ter propósitos de alívio e libertação de emoções negativas, que ambos os comportamentos podem inicialmente trazer (Jacobson & Gould, 2007). Tendo em conta o exposto, é essencial uma avaliação sistemática da presença de sintomatologia psiquiátrica e consumo de substâncias em adolescentes com CANS.

Entre as principais limitações do nosso estudo, destaca-se o facto de a amostra ser apenas representativa da população internada na Unidade de Internamento de Pedopsiquiatria do HDE, sem possibilidade de generalização para a população geral. Por outro lado, e como referido acima, o método de colheita dos dados, através da consulta de processos clínicos é indireto, podendo-se ter excluído informações relevantes, que se avaliaria mais corretamente através de instrumentos standardizados.

Numa futura investigação parece-nos importante avaliar também outras variáveis, tais como fatores parentais e psicossociais, permitindo perceber a sua associação com CANS.

CONCLUSÕES

A prevalência de doentes com CANS no internamento de Pedopsiquiatria do HDE aumentou entre 2012 e 2013, tendo desde então permanecido relativamente constante e superior a 30%. Tal como descrito na literatura, o nosso estudo encontrou uma associação entre CANS e o sexo feminino, perturbações do humor e perturbações de personalidade *cluster* B e tentativa de suicídio prévia.

A elevada prevalência de CANS em populações adolescentes e a associação frequente com perturbações psiquiátricas e comportamentos suicidários, enfatizam a necessidade de questionar, por rotina, a presença deste comportamento, bem como da avaliação de risco suicidário, sintomatologia psiquiátrica e consumo de substâncias, em adolescentes que apresentem CANS.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos ao Dr. António Trigueiros e à Dr.^a Margarida Marques o apoio na realização deste estudo.

BIBLIOGRAFIA

- American Psychiatric Association. (2002). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (4^a ed., J. Almeida, Trad.). Lisboa: Climepsi Editores.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington: American Psychiatric Association.
- Andover, M. S., & Gibb, B. E. (2010). Non-suicidal self-injury, attempted suicide, and suicidal intent among psychiatric inpatients. *Psychiatry Research*, *178*, 101-105.
- Asarnow, J. R., Porta, G., Spirito, A., Emslie, G., Clarke, G., Wagner, K. D., et al. (2011). Suicide attempts and nonsuicidal self-injury in the treatment of resistant depression in adolescents: Findings from the TORDIA study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, *50*(8), 772-781.
- Auerbach, R. P., Kim, J. C., Chango, J. M., Spiro, W. J., Cha, C., Gold, J., et al. (2014). Adolescent nonsuicidal self-injury: Examining the role of child abuse, comorbidity, and disinhibition. *Psychiatry Research*, *220*(1), 579-584.
- Barrocas, A. L., Hankin, B. L., Young, J. L., & Abela, J. R. Z. (2012). Rates of non-suicidal self-injury in youth: Age, sex, and behavioral methods in a community sample. *Pediatrics*, *130*, 39-45.
- Becker, J., Monteggia, L., Perrot-Sinal, T., Romeo, R., Taylor, J., Yehuda, R., & Bale, T. (2007). Stress and disease: Is being female a predisposing factor? *J Neurosci*, *27*(44), 11851-11855.
- Cerutti, R., Calabrese, M., & Valastro, C. (2014). Alexithymia and personality disorders in the Adolescent Nonsuicidal Self Injury: preliminary results. *Social and Behavioral Sciences*, *114*, 372-376.
- Chapman, A. L., Gratz, K. L., & Brown, M. Z. (2006). Solving the puzzle of deliberate self-harm: The experiential avoidance model. *Behaviour Research and Therapy*, *44*(3), 371-394.
- Cloutier, P., Martin, J., Kennedy, A., Nixon, M. K., & Muehlenkamp, J. J. (2010). Characteristics and co-occurrence of adolescent non-suicidal self-injury and suicidal behaviours in pediatric emergency crisis services. *Journal of Youth and Adolescence*, *39*(3), 259-269.
- Dougherty, D. M., Mathias, C. W., Marsh-Richard, D. M., Prevet, K. N., Dawes, M. A., Hatzis, E. S., et al. (2009). Impulsivity and clinical symptoms among adolescents with non-suicidal self-injury with or without attempted suicide. *Psychiatry Research*, *169*(1), 22-27.
- Ferrara, M., Terrinoni, A., & Williams, R. (2012). Non-suicidal self-injury (NSSI) in adolescent inpatients: Assessing personality features and attitude toward death. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, *6*(1), 1-8.

- Giletta, M., Scholte, R. H. J., Engels, R. C. M. E., Ciairano, S., Prinstein, M. (2012). Adolescent non-suicidal self-injury: A cross-national study of community samples from Italy, the Netherlands and the United States. *Psychiatry Res*, 197, 66-72.
- Guan, K., Fox, K. R., & Prinstein, M. J. (2012). Nonsuicidal self-injury as a time-invariant predictor of adolescent suicide ideation and attempts in a diverse community sample. *J Consult Clin Psychol*, 80(5), 842-849.
- Guerreiro, D., & Sampaio, D. (2013). Comportamentos autolesivos em adolescentes: Uma revisão da literatura com foco nos países de língua portuguesa. *Revista de Saúde Pública*, 31(2), 204-213.
- Hamza, C. A., & Willoughby, T. (2013). Nonsuicidal self-injury and suicidal behavior: A latent class analysis among young adults. *PLOS ONE*, 8(3), 1-8.
- Hawton, K., Fagg, J., Simkin, S., Bale, E., & Bond, A. (2000). Deliberate self-harm in adolescents in Oxford, 1985-1995. *Journal of Adolescence*, 23, 47-55.
- Jacobsen, C. M., Muehlenkamp, J. J., Miller, A. L., & Turner, J. B. (2008). Psychiatric impairment among adolescents engaging in different types of deliberate self-harm. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 37(2), 363-375.
- Jacobson CM, Muehlenkamp JJ, Miller A., & Turner B. (2008). Psychiatric Impairment Among Adolescents Engaging in Different Types of Deliberate SelfHarm. *J Cl Child Adolesc Psychology*, 37(2), 363-375.
- Jacobson, C., & Gould, M. (2007). The epidemiology and phenomenology of non-suicidal self-injurious behavior among adolescents: A critical review of the literature. *Archives of Suicide Research*, 11(2), 129-147.
- Klonsky, E. D, Victor, S. E., & Saffer, B. (2014). Nonsuicidal self-injury: What we know, and what we need to know. *The Can J Psychiatry*, 59(11), 565-568.
- Klonsky, E. D. (2007). The functions of deliberate self-injury: A review of the evidence. *Clin Psychol Rev*, 27(2), 226-239.
- Klonsky, E. D., & Muehlenkamp, J. J. (2007). Self-injury: A research review for the practitioner. *Journal of Clinical Psychology*, 63(11), 1045-1056.
- Klonsky, E. D., May, A. M., & Glenn, C. R. (2013). The relationship between non-suicidal self-injury and attempted suicide: Converging evidence from four samples. *J Abnorm Psychol*, 122(1), 231-237.
- Lewis, S. P., Heath, N. L., Michal, N. J., & Duggan, J. M. (2012). Non-suicidal self-injury, youth, and the Internet: What mental health professionals need to know. *Child Psychiatry and Adolescent Mental Health*, 6(1), 1-9.
- Muehlenkamp, J. J., & Gutierrez, P. M. (2004). An investigation of differences between self-injurious behavior and suicide attempts in a sample of adolescents. *Suicide Life Threat Behav*, 34(1), 12-23.
- Muehlenkamp, J. J., & Gutierrez, P. M. (2007). Risk for suicide attempts among adolescents who engage in non-suicidal self-injury. *Arch Suicide Rev*, 11(1), 69-82.
- Muehlenkamp, J. J., Claes, L., Havertape, L., & Plener, P. L. (2012). International prevalence of adolescent non-suicidal self-injury and deliberate self-harm. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 6, 1-9.

- Muehlenkamp, J. J., Williams, K. L., Gutierrez, P. M., & Claes, L. (2009). Rates of non-suicidal self-injury in high school students across five years. *Archives of Suicide Research, 13*(4), 317-329.
- Muehlenkamp, J., Troy, W., Miller, A., & Claes, L. (2011). Borderline Personality Symptoms differentiate non-suicidal and suicidal self-injury in ethnically diverse adolescent outpatients. *J Child Psychology Psychiatry, 52*(2), 148-155.
- Nixon, M., Cloutier, P., & Aggarwal, S. (2002). Affect regulation and addictive aspects of repetitive selfinjury in hospitalized adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 41*(11), 1333-1341.
- Nock, M. (2008). Actions speak louder than words: An elaborated theoretical model of the social functions of self-injury and other harmful behaviors. *Applied & Preventive Psychology, 12*(4), 159-168.
- Nock, M. K. (2009). Why do people hurt themselves? New insights into the nature and functions of self-injury. *Current Directions in Psychological Science, 18*(2):78–83.
- Nock, M. K. (2010). Self-injury. *Annual Review of Clinical Psychology, 6*, 339-363.
- Nock, M. K., & Favazza, A. R. (2009). Nonsuicidal self-injury: definition and classification. In M. K. Nock (Ed.), *Understanding non-suicidal self-injury: origins, assessment, and treatment* (pp. 9-18). Washington: American Psychological Association.
- Nock, M. K., Joiner, T., Gordon, K., Lloyd-Richardson, E., & Prinstein, M. (2006). Non-suicidal self-injury among adolescents: Diagnostic correlates and relation to suicide attempts. *Psychiatry Research, 144*(1), 65-72.
- Nock, M., & Prinstein, M. (2005). Contextual features and behavioral functions of selfmutilation among adolescents. *Journal of Abnormal Psychology, 114*(1), 140-146.
- Olfson, M., Gameroff, M. J., Marcus, S. C., Greenberg, T., & Shaffer, D. (2005). National trends in hospitalization of youth with intentional self-inflicted injuries. *The American Journal of Psychiatry, 162*, 1328-1335.
- Olfson, M., Gameroff, M. J., Marcus, S. C., Greenberg, T., & Shaffer, D. (2005). National trend in hospitalization of youth with intentional self-inflicted injuries. *Am J Psychiatry, 162*, 1328-1333.
- Ougrin, D., Tranah, T., Leigh, E., Taylor, L., & Asarnow, J. (2012). Practitioner review: Self-harm in adolescents. *J Child Psychol Psych, 53*(4), 337-350.
- Patton, G., Bond, L., Toumbourou, J., Hemphill, S., McMorris, B., & Catalano, R. (2007). Pubertal stage and deliberate self-harm in adolescence. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 46*(4), 508-514.
- Prinstein, M. J., Boergers, J., Spirito, A., Little, T. D., & Grapentine, W. L. (2000). Peer functioning, family dysfunction and psychological symptoms in the risk factor model for adolescent inpatients' suicidal ideation severity. *J Clin Child Psychol, 29*(3), 392-405.
- Prinstein, M. J., Heilbron, N., Guerry, J. D., Franklin, J. C., Rancourt, D., Simon, V., & Spirito, A. (2010). Peer influence and non-suicidal self-injury: Longitudinal results in community and clinically-referred adolescent samples. *Journal of Abnormal Child Psycholog, 38*(5), 669-682.

- Rodham, K., & Hawton, K. (2009). Epidemiology and phenomenology of non-suicidal selfinjury. In Nock (Ed.), *Understanding nonsuicidal self-injury: Origins, assessment, and treatment* (pp. 37-62). Washington: American Psychological Association.
- Rodham, K., Hawton, K., & Evans, E. (2004). Reasons for deliberate self-harm: Comparison of self-poisoners and self-cutters in a community sample of adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43(1), 80-87.
- Swannell, S., Martin, G., Page, A., Hasking, P., & St-John, N. (2014). Prevalence of nonsuicidal self-injury in nonclinical samples: Systematic review, meta-analysis and meta-regression. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 44(3), 273-303.
- Whitlock, J., Muehlenkamp, J. J., & Eckenrode, J. (2008). Variation in non-suicidal self-injury: Identification and features of latent classes in a college population of emerging adults. *J Clin Child Adolesc Psychology*, 37(4), 725-735.
- Whitlock, J., Powers, J., & Eckenrode, J. (2006). The virtual cutting edge: The Internet and adolescent self-injury. *Developmental Psychology*, 42(3), 407-417.
- Wilkinson, P. (2013). Non-suicidal self-injury. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 22(S1), S75-S79.
- Wilkinson, P. O. (2011). Non-suicidal self-injury: A clear marker for suicide risk. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 50(8), 741-743.

ABSTRACT

Introduction: Non-Suicidal Self-injury (NSSI) is defined as an intentional direct injury of one's body tissue, without suicidal intent, that is not socially accepted. NSSI are frequent in adolescents, especially in clinical samples. The purpose of this study was to examine the prevalence rate of NSSI and its evolution from 2010 to 2015, in a sample of patients admitted to a child and adolescent psychiatry inpatient unit. This study also intended to assess and compare characteristics of patients with and without NSSI.

Methods: Data were collected from clinical records of hospitalized patients admitted to a psychiatric unit in each January, from 2010 to 2015.

Results: In 2010 and 2011 the prevalence rate of NSSI was similar, namely 12% and 13%. From 2012 to 2013, there was an increased prevalence (20% to 33%). In 2014 and 2015, the prevalence remains high (33-35%). NSSI group had a higher prevalence of female gender, mood disorders, cluster B personality disorders, suicide attempts and substance use.

Conclusions: There was an increase of NSSI prevalence in hospitalized patients in the psychiatric unit. NSSI was associated with psychopathology (mood and personality disorders) and suicidal behaviour.

Key-words: Non-Suicidal Self-injury, Suicide attempts, Mood disorder, Personality disorder.

AVALIAÇÃO DO STRESS PARENTAL NA PRIMEIRA CONSULTA DE PSIQUIATRIA DA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA – ESTUDO PILOTO

Daniela Couto *
Dora Leal *
Leonor Machado-Sá *

RESUMO

Introdução: O stress parental define-se como uma reação psicológica que suscita sentimentos negativos nos pais, relativamente a eles ou à criança, face às exigências subjacentes à educação dos filhos. Os objetivos deste estudo foram: avaliar o stress parental nos pais de crianças atendidas na primeira consulta de pedopsiquiatria e identificar quais os fatores mais associados a stress parental significativo. Metodologia: Avaliação das crianças, entre os cinco e os dez anos, atendidas em primeira consulta de pedopsiquiatria entre 15 de fevereiro e 15 de maio de 2015 relativamente às variáveis: índice de stress parental, sexo, idade, motivo de consulta, diagnóstico psicopatológico e sintomatologia emocional e comportamental. Análise descritiva e análise de correlações entre as variáveis em estudo. Resultados: Encontrou-se stress parental significativo em 41,7% das primeiras consultas de pedopsiquiatria. Os motivos de consulta que estiveram mais associados a stress parental significativo foram: alterações do comportamento e alterações do humor e da ansiedade. Os diagnósticos que estiveram mais associados a stress parental significativo foram: perturbação de comportamento e perturbação de adaptação. Encontrou-se associação entre sintomatologia emocional e comportamental significativa e stress parental significativo, mas não se encontraram diferenças entre os perfis mais internalizantes e externalizantes.

* Interna Psiquiatria da Infância e Adolescência, Centro Hospitalar Lisboa Ocidental.

Fontes de financiamento que contribuíram para a realização do trabalho: Utilização da Escala PSI (Parental Scale Index) adquirida pelo Serviço de Psiquiatria da Infância e Adolescência do Hospital São Francisco Xavier (Centro Hospitalar Lisboa Ocidental).

Conclusões: Encontrou-se stress parental significativo num elevado número de primeiras consultas, pelo que o sistema pais-criança deve ser foco de atenção e intervenção terapêutica.

Palavras-chave: Stress parental, Sistema pais-criança, Sintomatologia emocional e comportamental, Psiquiatria da Infância e da Adolescência; Pedopsiquiatria.

INTRODUÇÃO

O *stress* parental define-se como uma reação psicológica que suscita sentimentos negativos nos pais, em relação a eles mesmos ou aos filhos, face às exigências subjacentes à educação dos filhos (Deater, 1998). Neste âmbito, a investigação tem vindo a demonstrar que o *stress* parental crónico pode ter consequências muito negativas no desenvolvimento das crianças, bem como no funcionamento parental (Crnic, & Low, 2002).

Apesar de na literatura não se encontrar consenso sobre o peso individual dos fatores genéticos e ambientais no desenvolvimento da criança, é, contudo, consensual a importância do papel parental. Não obstante o *stress* ser transversal a todos os pais, a sua intensidade depende, em grande parte, da capacidade de gestão parental dos recursos físicos e psicológicos perante acontecimentos de vida difíceis e geradores de *stress* (Ribeiro, 2013).

Segundo Abidin, o *stress* parental pode ser compreendido através de um modelo dinâmico de complexas interações entre variáveis relacionadas com os pais, a criança e o meio envolvente (Abidin, 1990). Como o autor conclui, quando os níveis de *stress* parental são adequados, o envolvimento emocional dos pais motiva-os a procurar e a utilizar os recursos disponíveis para fazer cumprir as exigências do seu papel. Contudo, quando os níveis de *stress* parental são elevados, a qualidade da parentalidade fica comprometida e poderá ter repercussões no funcionamento da criança (Abidin, 1990; Crnic, & Low, 2002).

Por si só, a parentalidade constitui uma tarefa muito complexa, tornando-se ainda mais complicada quando a criança é portadora de problemas físicos ou psicológicos (Abidin, 1992; Ribeiro, 2013). O *stress* parental nos pais de crianças com sintomatologia emocional ou comportamental tem vindo a ser alvo de interesse, contudo são ainda escassos os estudos sobre esta temática (Baltazar, 2009; Carlos, DATA; Santos, 2008). Na literatura existente, as doenças mentais externalizantes encontram-se associadas a *stress* parental significativo e a práticas parentais negativas que, por sua vez, constituem-se

como fatores de risco para alterações de comportamento e alterações no desenvolvimento da criança (Donenberg & Baker, 1993; Santos, 2008).

O objetivo deste estudo foi o de avaliar o *stress* parental nos pais das crianças atendidas na primeira consulta de psiquiatria da infância e da adolescência (pedopsiquiatria). Foi, ainda, objetivo do estudo perceber quais os factores mais associados a *stress* parental significativo.

METODOLOGIA

A amostra, de conveniência, não randomizada e acidental, foi constituída pelas crianças, entre os cinco e os dez anos de idade, atendidas em primeira consulta de psiquiatria da infância e da adolescência, entre 15 de fevereiro e 15 de maio de 2015, cujos pais consentiram participar no estudo.

Aplicou-se o PSI (*Parental Stress Index*) aos pais de todos os doentes da amostra. O PSI avalia a intensidade do *stress* no sistema pais-filhos, segundo as características da criança (Domínio da criança) e as características da figura parental (Domínio dos pais). Cada um destes Domínios é composto por várias subescalas que avaliam tanto aspetos temperamentais das crianças como algumas características dos pais e do contexto familiar, possibilitando a identificação de fontes específicas de *stress*. A versão do PSI aferida para a população portuguesa visa pais de crianças com idades compreendidas entre os cinco e os dez anos. O índice de *stress* parental é considerado significativo se superior ao percentil 85 ($P \geq 85$) (Abidin & Santos, 2013).

Analisou-se o processo clínico de todos os doentes da amostra, de modo a avaliar as variáveis sexo, idade, motivo de consulta e diagnóstico psicopatológico segundo o DSM-IV-TR (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV*) (American Psychiatric Association, 2000).

De modo a avaliar mais objectivamente a presença de sintomatologia emocional e comportamental significativa na criança, aplicou-se a versão parental do SDQ (*Strengths and Difficulties Questionnaire*) (Goodman, 2000), aos pais de todas as crianças da amostra. O SDQ é um instrumento psicométrico de avaliação comportamental curto, aplicado em crianças e adolescentes entre os três e os dezasseis anos. Os resultados do SDQ podem ser apresentados segundo um perfil de internalização (escala de sintomas emocionais e escala de problemas de relacionamento com pares), um perfil de externalização (escala de hiperatividade/desatenção e escala de problemas de

comportamento) e um perfil de comportamentos pró-sociais (escala de comportamento pró-social) (Goodman, 2000).

Realizou-se a análise descritiva e a análise de correlações das variáveis em estudo, utilizando os programas SPSS® (IBM) e Excel® (Microsoft). Recorreu-se ao teste qui-quadrado e ao teste de Fisher para verificar se os resultados obtidos eram estatisticamente significativos.

RESULTADOS

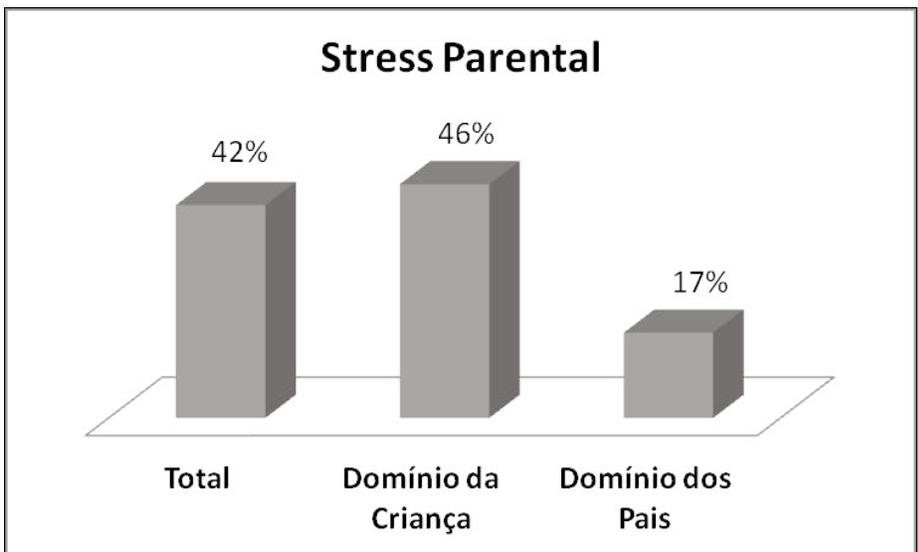
Análise descritiva

A amostra foi constituída por 24 crianças, seis do sexo feminino (25%) e 18 do sexo masculino (75%). A média de idades foi de 8,13 anos (desvio padrão – 1,73), com um mínimo de cinco anos e um máximo de dez anos.

Encontrou-se um índice de *stress* parental total significativo nos pais de dez crianças (41,7%). Analisando separadamente o Domínio da criança e o Domínio parental, encontrou-se um índice de *stress* parental significativo nos pais de 11 crianças (45,8%) e quatro crianças (16,7%), respetivamente (Figura 1).

FIGURA 1

Gráfico relativo ao índice de stress parental na primeira consulta de psiquiatria da infância e da adolescência



Entre os principais motivos de consulta da amostra destacaram-se: as alterações de comportamento (41,7%), as alterações do humor e da ansiedade (25%) e os problemas de aprendizagem (12,5%).

Os diagnósticos mais frequentes da amostra foram: perturbação de ansiedade (20,8%), perturbação de hiperatividade e défice de atenção (20,8%), perturbação do comportamento (12,5%), perturbação de adaptação (12,5%), perturbação de eliminação (8,3%), perturbação mista do comportamento e das emoções (8,3%) e perturbação específica da aprendizagem (8,3%).

Encontrou-se sintomatologia emocional e comportamental significativa em 14 crianças (58,3%). Oito crianças (33,3%) apresentavam sintomatologia emocional e comportamental internalizante e 11 crianças (45,8%) apresentavam sintomatologia emocional e comportamental externalizante.

Análise de correlações

Neste estudo, como ilustrado na Figura 2, encontrou-se uma probabilidade de 50% dos pais de crianças do sexo masculino, atendidas em primeira consulta de pedopsiquiatria, apresentarem *stress* parental significativo, nomeadamente por características da criança, contudo este valor não tem significado estatístico.

FIGURA 2

Probabilidade de apresentar stress parental nas variáveis em estudo género, motivo de consulta e diagnóstico psicopatológico

	Probabilidade de apresentar Stress Parental Total	Probabilidade de apresentar Stress Parental Domínio Criança	Probabilidade de apresentar Stress Parental Domínio Pais
Sexo masculino	50% (<i>p</i> 0,341)	50% (<i>p</i> 0,649)	22% (<i>p</i> 0,539)
Motivo de consulta “Alterações do comportamento”	60% (<i>p</i> 0,211)	60% (<i>p</i> 0,408)	20% (<i>p</i> 1)
Motivo de consulta “Alterações do humor/ansiedade”	50% (<i>p</i> 0,665)	50% (<i>p</i> 1)	17% (<i>p</i> 1)
Diagnóstico “Perturbação de Comportamento”	67% (<i>p</i> 0,550)	67% (<i>p</i> 0,576)	–
Diagnóstico “Perturbação de Adaptação”	67% (<i>p</i> 0,550)	67% (<i>p</i> 0,576)	–
Diagnóstico “Perturbação Mista de Comportamento e Emoções”	50% (<i>p</i> 1)	50% (<i>p</i> 1)	–
Diagnóstico “Perturbação de Eliminação”	50% (<i>p</i> 1)	50% (<i>p</i> 1)	–
Diagnóstico “Perturbação de Hiperatividade e Déficit de Atenção”	40% (<i>p</i> 1)	60% (<i>p</i> 0,630)	40% (<i>p</i> 0,179)
Diagnóstico “Perturbação de Ansiedade”	40% (<i>p</i> 1)	40% (<i>p</i> 1)	20% (<i>p</i> 1)

Nota. * Estatisticamente significativo para *p*<0,05.

Os motivos de consulta que apresentaram uma maior probabilidade de estar associados a *stress* parental significativo na primeira consulta foram as alterações de comportamento (60%) e as alterações do humor/ansiedade (50%), tal como ilustrado na Figura 2, apesar de não terem significado estatístico devido ao tamanho reduzido da amostra.

Como se pode ver na Figura 2, os diagnósticos que apresentaram uma maior probabilidade de estar associados a *stress* parental significativo foram a perturbação do comportamento (67%), a perturbação de adaptação (67%), a perturbação mista do comportamento e das emoções (50%), a perturbação de eliminação (50%), a perturbação de hiperatividade e défice de atenção (40%) e a perturbação de ansiedade (40%), apesar de não serem estatisticamente significativas devido ao tamanho reduzido da amostra.

Neste estudo encontrou-se uma probabilidade de 63% dos pais apresentarem *stress* parental significativo quando as crianças têm sintomatologia emocional e comportamental significativa (Figura 3), com significado estatístico. A probabilidade de *stress* parental significativo quando as crianças apresentavam sintomatologia emocional e comportamental internalizante significativa foi de 63%, e de 55% quando as crianças apresentavam sintomatologia emocional e comportamental externalizante significativa, no entanto sem significado estatístico devido ao tamanho reduzido da amostra.

FIGURA 3

Probabilidade de apresentar stress parental quando está presente sintomatologia emocional e comportamental

	Probabilidade de apresentar Stress Parental Total	Probabilidade de apresentar Stress Parental Domínio Criança	Probabilidade de apresentar Stress Parental Domínio Pais
Sintomatologia emocional e comportamental	64%* (p 0,013)	71%** (p 0,005)	21% (p 0,833)
Sintomatologia emocional e comportamental internalizante	63% (p 0,204)	63% (p 0,39)	38% (p 0,091)
Sintomatologia emocional e comportamental externalizante	55% (p 0,408)	64% (p 0,217)	18% (p 1)

Nota. * Estatisticamente significativo para $p < 0,05$.

É de realçar que a probabilidade de apresentar *stress* parental significativo no Domínio da criança foi sempre superior à probabilidade de apresentar *stress* parental no Domínio dos pais, como se pode ver nas Figuras 1, 2 e 3.

DISCUSSÃO

O índice de *stress* parental permite identificar sistemas pais-criança que estão sob *stress* e em risco de desenvolver comportamentos parentais disfuncionais ou problemas de comportamento na criança (Abidin & Santos, 2013). É, portanto, particularmente importante na decisão clínica relativa à implementação ou adequação de uma intervenção terapêutica no sistema pais-criança (Abidin & Santos, 2013). Neste estudo, encontrou-se um índice de *stress* parental significativo em cerca de 42% das crianças atendidas em primeira consulta de pedopsiquiatria, o que enfatiza a importância de estarmos atentos a este fator.

A percentagem elevada de índice de *stress* parental no Domínio da criança pode estar associada a crianças que apresentam características que dificultam o desempenho do papel parental (Abidin & Santos, 2013). A percentagem elevada de índice de *stress* parental no Domínio dos pais sugere que as fontes de *stress* podem estar relacionadas com o funcionamento da figura parental. Tal como Santos descreve, os indivíduos que obtêm resultados mais elevados no Domínio dos pais são aqueles que se sentem subjugados e inadequados na tarefa de ser mãe/pai (Abidin & Santos, 2013).

Na nossa amostra, o índice de *stress* parental foi muito mais elevado no Domínio das crianças (46%) do que no Domínio dos pais (17%). A discrepância entre os resultados obtidos no Domínio da criança e no Domínio dos pais está de acordo com o referido na própria escala, onde alerta para o facto de, geralmente, os pais serem muito menos sinceros quando respondem a fatores de *stress* associados às suas próprias características, comparativamente a respostas relativas a fatores de *stress* associados às características da criança (Abidin & Santos, 2013).

Como referido por autores como Deater (1998), Abidin (1990), Donenberg (1993) e Santos (2008), as perturbações de comportamento e a hiperatividade são dos diagnósticos mais associados a índices de *stress* parental significativos (Abidin, 1992; Abidin & Santos, 2013; Deater, 1998; Donenberg & Baker, 1993; Santos, 2008). No entanto, neste estudo também encontramos índices de *stress* parental significativos na perturbação de adaptação, na perturbação de eliminação e na perturbação de ansiedade, o que é concordante com outros estudos (Baltazar, 2009) e que reflecte a necessidade de uma avaliação do índice de *stress* parental também neste conjunto de patologias e não apenas nas patologias mais externalizantes.

Em todos os diagnósticos, o índice de *stress* no Domínio da criança foi superior ao índice de *stress* no Domínio dos pais, o que vai ao encontro da

literatura que refere que o resultado no Domínio da criança é geralmente mais elevado do que no Domínio dos pais no caso de pais de crianças com hiperatividade e défice de atenção e perturbações do comportamento, mas também acontece no caso de perturbações emocionais ou dificuldades específicas da aprendizagem (Abidin & Santos, 2013; Baltazar, 2009; Santos, 2008).

Neste estudo verificou-se uma associação clara e estatisticamente significativa entre sintomatologia emocional e comportamental significativa e *stress* parental significativo. No entanto, e ao contrário do apontado na literatura (Abidin & Santos, 2013; Crnic, & Low, 2002; Santos, 2008), não se encontrou maior associação entre sintomatologia emocional e comportamental externalizante significativa e *stress* parental significativo do que entre sintomatologia emocional e comportamental internalizante significativa e *stress* parental significativo. Quanto a este ponto há, ainda, a destacar que o índice de *stress* parental no Domínio dos pais foi mais elevado quando estava presente sintomatologia emocional e comportamental internalizante significativa, o que pode ser justificado pelo facto de os pais destas crianças terem mais tendência para se sentirem subjugados e inadequados na tarefa de ser mãe/pai (Abidin & Santos, 2013; Baltazar, 2009).

A principal limitação deste estudo foi o facto de ter uma amostra muito pequena, o que não permitiu que muitos resultados fossem estatisticamente significativos. Por este motivo, e dado o impacto destes resultados, sugere-se que este estudo piloto seja repetido com uma amostra maior. A outra limitação foi o facto da amostra apenas compreender crianças entre os 5 e os 10 anos de idade, fator condicionado pela aferição da versão portuguesa da escala. Aguarda-se aferição da escala para idades inferiores e superiores, de modo a verificar qual a faixa etária mais associada a *stress* parental significativo.

CONCLUSÕES

Encontrou-se *stress* parental significativo num elevado número de primeiras consultas de pedopsiquiatria.

Neste estudo, os motivos de consulta mais associados a *stress* parental significativo foram as alterações de comportamento, as alterações do humor e da ansiedade e os problemas de aprendizagem. Os diagnósticos mais associados a *stress* parental significativo foram a perturbação de comportamento, a perturbação de adaptação, a perturbação mista do comportamento e das

emoções, a perturbação de hiperactividade e défice de atenção, a perturbação de eliminação e a perturbação de ansiedade.

Encontrou-se mais *stress* parental significativo quando as crianças apresentavam sintomatologia emocional e comportamental significativa no entanto, neste estudo, não se encontraram diferenças significativas entre os perfis mais internalizantes e externalizantes.

Dado a grande prevalência de *stress* parental na primeira consulta de pedopsiquiatria, este fator deverá ser foco de atenção, de modo a ponderar a necessidade de intervenção terapêutica mais incisiva no sistema pais-criança.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos à Dra. Georgina Maia, à D. Ana Francisco, à Dra. Ana Rita Soares, à Dra. Custódia Ribeiro, à Dra. Joana Macieira e ao Dr. Volker Dieudunné, o apoio na realização deste estudo.

BIBLIOGRAFIA

Abidin, R. R. (1990). Introduction to the special issue: The stresses of parenting. *Journal of Clinical Child Psychology*, 15, 298-301.

Abidin, R. R. (1992). The determinants of parenting behavior. *Journal of Clinical Child Psychology*, 21(4), 407-412.

Abidin, R., & Santos, S. (2013) Índice de Stress Parental – Manual. Lisboa: Cegoc-TEA, Lda. (Obra original publicada em 1983).

American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th text revision ed.). Washington: American Psychiatric Association.

Baltazar, R. (2009). *Stress parental em mães de crianças com Enurese e com Encoprese* [Tese Mestrado Integrado em Psicologia]. Lisboa: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação de Lisboa.

Carlos, R. (DATA). *Perceção de Stress Parental em famílias de crianças com PHDA antes e após introdução de Medicação Psicoestimulante* [Tese Mestrado em Educação Especial Área de Especialização em Intervenção Precoce]. Braga: Instituto de Educação da Universidade do Minho.

Crnic, K. A., & Low, C. (2002). Everyday stresses and parenting. In M. H. Bornstein (Ed.), *Handbook of Parenting* (2nd ed., vol. 5, pp. 243-267). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.

Deater, D. K. (1998). Parenting stress and child adjustment: Some old hypothesis and new questions. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 5, 314-332.

Donenberg, G., & Baker, B. L. (1993). The impact of young children with externalizing behaviors on their families. *Journal of abnormal child psychology*, 21(2), 179-198.

Goodman, R. (2000). Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ)/The Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). *Infanto – Revista de Neuropsiquiatria da Infância e Adolescência*, 8(1), 44-50.

Ribeiro, M. (2013). Estresse Parental em Mães de Bebês, Crianças e Adolescentes com Paralisia Cerebral. Goiânia [Tese Doutorado em Ciências da Saúde] – Universidade Federal de Goiás.

Santos, V. (2008). *Stress parental e práticas parentais em mães de crianças com perturbação de hiperatividade com défice de atenção* [Tese Mestrado Integrado em Psicologia]. Lisboa: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa.

ABSTRACT

Introduction: Parental stress is defined as a psychological reaction that leads to negative feelings towards the child or the parents themselves, to meet the demands underlying the education of children. The aim of this study was to assess parental stress in parents of children attending their first child psychiatry consultation and identify the most significant factors associated with parental stress. Methodology: Evaluation of children between five and ten years of age, at their first child psychiatry consultation between February 15th and May 15th, 2015 for the variables: parental stress index, gender, age, reason for consultation, psychopathological diagnosis and emotional and behavioral symptoms. Descriptive analysis and analysis of correlations between the study variables. Results: A significant parental stress level was found in 41.7% of the first consultations of child psychiatry. Query reasons that were more associated with significant parental stress were: behavioral changes and mood and anxiety changes. The diagnoses that were more associated with significant parental stress were: behavioral disorder and adjustment disorder. An association was found between significant emotional and behavioral symptoms and significant parental stress, but no differences were found between the internalizing and externalizing profiles. Conclusions: It was found significant parental stress in a high number of first consultations, whereby parent-child system should be a prominent target of attention and therapeutic intervention.

Key-words: Parental stress, Parent-child system, Emotional and behavioral symptoms, Child and Adolescent Psychiatry, Child Psychiatry.

JOGOS ELETRÓNICOS E SAÚDE MENTAL NA INFÂNCIA

Rita Rodrigues *
Cátia Almeida *

RESUMO

Introdução: Dados recentes aproximam o uso patológico de jogos eletrónicos a outras adições, sugerindo a possibilidade de estarmos diante de uma nova perturbação psiquiátrica dentro da categoria dos comportamentos aditivos. A taxa de prevalência desta problemática na população pediátrica ronda os 10%. Frequentemente, o uso patológico de jogos eletrónicos está associado a comorbilidades psiquiátricas, como perturbações de humor e PHDA (perturbação de hiperatividade e défice de atenção).

Objetivos: Caracterizar o padrão de utilização de jogos eletrónicos numa amostra clínica de crianças entre os 6 e os 12 anos e a sua associação com comorbilidades psiquiátricas.

Métodos: Revisão e construção de questionários de avaliação do uso de jogos eletrónicos aplicáveis a crianças e seus cuidadores. Aplicação dos questionários a uma amostra de conveniência de crianças seguidas em consulta de Pedopsiquiatria, juntamente com o questionário de Capacidades e Dificuldades, adaptado de Goodman 2005, para avaliação do funcionamento global. Consulta dos processos clínicos para recolha do diagnóstico psiquiátrico e outros dados relevantes. Análise descritiva e correlação entre variáveis (IC 95%, $p < 0.05$).

Resultados: Na nossa amostra ($n=58$), 31% das crianças eram do sexo feminino, com média de idades=9. Em média, as crianças passavam uma hora em jogos eletrónicos e duas horas a ver televisão, por dia, durante uma semana de aulas. O funcionamento global, principalmente no que diz respeito às competências sociais e aos problemas de comportamento, estava correlacionado com o padrão de uso de jogos eletrónicos ($r_s=0,295$, $p < 0,05$). Um terço das crianças apresentava uso excessivo de jogos eletrónicos. Neste grupo, o

* Interna de Pedopsiquiatria, Clínica da Encarnação, Área de Pedopsiquiatria, Hospital de Dona Estefânia, Centro Hospitalar de Lisboa Central EPE, Lisboa.

diagnóstico mais comum era a PHDA. Muitas crianças jogavam jogos eletrônicos destinados a adultos, com autorização dos pais.

Conclusões: São necessários mais estudos para estabelecer critérios diagnósticos de uso patológico de jogos eletrônicos em crianças. Este tópico não deve ser descurado na avaliação pedopsiquiátrica de rotina e objeto de discussão com os pais, principalmente na presença do perfil de jogador característico.

Palavras-chave: Jogos eletrônicos, PHDA, Uso patológico, Dependência, Saúde mental infantil.

INTRODUÇÃO

Com o avanço tecnológico das últimas décadas, os jogos eletrônicos tornaram-se uma das mais importantes atividades de lazer de crianças e adolescentes nos países desenvolvidos (Abreu, Karam, Góes, et al., 2008; Yang, Helgason, Sigfusdottir, et al., 2012).

Até à data, existem estudos que comprovam os benefícios da utilização dos jogos eletrônicos nesta população, nomeadamente no desenvolvimento de competências cognitivas e motoras e na melhoria das aprendizagens, orientação espacial, socialização e auto-estima. As vantagens do seu uso têm sido também testadas e comprovadas em terapias médicas, incluindo psicoterapias (Abreu, Karam, Góes, et al., 2008; Chan, & Rabinowitz, 2006; Yang, Helgason, Sigfusdottir, et al., 2012).

No entanto, a par destes estudos, os possíveis efeitos negativos na saúde mental infanto-juvenil, decorrentes da sua utilização excessiva, têm sido também, mais recentemente, objeto de debate.

Uso patológico de jogos eletrônicos

Nos últimos anos, o conceito de uso patológico de jogos eletrônicos, frequentemente designado de dependência, tem sido amplamente debatido na comunidade científica. A American Medical Association reconhece que é digno de estudo e a American Psychiatric Association considerou a sua inclusão no Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM 5) (Gentile, Choo, Liau, et al., 2011).

Pesquisas realizadas principalmente em países desenvolvidos identificam uma parcela da população jovem e adulta com características de uso patológico de jogos eletrônicos. Apresentam um intenso envolvimento em jogos de

consola e/ou computador/Internet e desenvolvem prejuízo significativo na vida profissional, escolar, social e familiar, decorrente dessa relação. Tal evidência indica que as crianças e adolescentes classificados como “jogadores patológicos” apresentam frequentemente comorbilidades e um impacto funcional semelhante ao de outras adições (Gentile, Choo, Liau, et al., 2011). Vários autores sugerem, assim, que poderemos estar perante uma nova perturbação psiquiátrica englobada na categoria dos comportamentos aditivos.

Bases neurobiológicas

Evidências de alterações neurobiológicas também aproximam o uso patológico de jogos eletrónicos a outras dependências. Koeppe et al., estudaram, através da tomografia de emissão de positrões, a libertação de dopamina (DA) decorrente da utilização destes jogos, em oito voluntários do sexo masculino. Foi demonstrado que a concentração de DA extracelular no núcleo accumbens estava duas vezes aumentada após a utilização dos jogos eletrónicos, sendo o aumento diretamente proporcional ao desempenho no jogo e comparável em intensidade à libertação de DA após a ingestão de anfetaminas. Este é o primeiro estudo que sugere o potencial de dependência dos jogos eletrónicos a partir de achados de neuroimagem (Abreu, Karam, Góes, et al., 2008).

A literatura sobre dependência química e Jogo Patológico (JP) mostra que tanto o consumo de substâncias como as imagens condicionadas e associadas ao comportamento de dependência podem ativar a libertação de DA em regiões cerebrais onde ocorre o sistema de recompensa. Em 2007, Thalemann et al., avaliaram este mecanismo, através de medidas eletroencefalográficas, em utilizadores excessivos de jogos eletrónicos. Os resultados mostram que, comparativamente aos jogadores ocasionais, os jogadores excessivos apresentam uma maior reatividade cortical a imagens associadas ao jogo. Os autores sugerem que estes achados correspondem aos mecanismos neuronais subjacentes ao desenvolvimento e manutenção do comportamento de jogo excessivo, que se daria através da sensibilização do sistema dopaminérgico mesolímbico (Abreu, Karam, Góes, et al., 2008).

Assim, estudos de neuroimagem e eletrofisiologia, embora bastante preliminares, sugerem uma possível base neurobiológica comum, relacionada com o sistema mesolímbico, entre o uso patológico de jogos eletrónicos e outras adições. Tais estudos reforçam, assim, a hipótese de que o uso patológico de jogos eletrónicos pode corresponder a uma perturbação psiquiátrica da linha das dependências (Abreu, Karam, Góes, et al., 2008).

Uma nova perturbação psiquiátrica?

A maioria dos estudos sobre jogos eletrônicos utiliza instrumentos adaptados dos critérios diagnósticos do DSM III-R e IV para Perturbações pela Utilização de Substâncias (PUS) ou JP (Chan & Rabinowitz, 2006). A heterogeneidade da nomenclatura e a inexistência de uma síndrome clinicamente identificável, com critérios bem definidos, torna complexo o debate em torno do tema. Assim, dada a evidência insuficiente na área, o uso patológico de jogos eletrônicos não é reconhecido, no DSM 5, como uma perturbação psiquiátrica individualizada (Abreu, Karam, Góes, et al., 2008).

Dados epidemiológicos

As taxas de prevalência do uso patológico de jogos eletrônicos, encontradas em estudos realizados entre 1994 e 2004, que utilizam instrumentos baseados nos critérios diagnósticos do DSM III-R e IV para JP e PUS, variam de 2,7% a 37,5% (Abreu, Karam, Góes, et al., 2008).

No entanto, estudos mais recentes, realizados entre 2007 e 2011, mostram taxas de prevalência menos díspares, a rondar os 10% (8,5% nos USA, 10,3% na China, 8% na Austrália, 11,9% na Alemanha, 7,5% em Taiwan e 8,5% em Singapura). A maioria destes estudos utiliza instrumentos baseados nos critérios diagnósticos do DSM-IV para JP (Gentile, Choo, Liau, et al., 2011).

Num estudo realizado em 2012, numa amostra constituída por crianças islandesas dos 10 aos 12 anos, verificou-se uma diferença significativamente estatística entre os géneros, no que toca à prevalência do uso por 4 horas ou mais por dia de jogos eletrônicos (para os jogos de computador na Internet: 5,9% dos rapazes e 1,4% das raparigas; para os restantes jogos de computador: 5,1% dos rapazes e 1,2% das raparigas) (Yang, Helgason, Sigfusdottir, et al., 2012). Porém, enquanto alguns estudos encontram associação entre uso patológico de jogos eletrônicos e sexo masculino (Chan & Rabinowitz, 2006), outros não identificam diferenças entre os géneros (Abreu, Karam, Góes, et al., 2008).

Caraterísticas clínicas

As diferentes pesquisas encontraram algumas caraterísticas associadas ao uso patológico dos jogos eletrônicos: maior tempo despendido no jogo, dificuldade para interromper o seu uso, inquietação por não poder jogar, deixar de realizar tarefas escolares (Abreu, Karam, Góes, et al., 2008), diminuição do

rendimento escolar (Chan & Rabinowitz, 2006; Gentile, Choo, Liau, et al., 2011) e menor satisfação com a vida diária (Abreu, Karam, Góes, et al., 2008; Yang, Helgason, Sigfusdottir, et al., 2012).

Em pré-adolescentes, a obesidade tem também sido associada ao aumento do tempo despendido em jogos eletrónicos, apesar de haver estudos que contestam esta relação (Yang, Helgason, Sigfusdottir, et al., 2012).

São ainda vários os estudos que demonstram que os jogos eletrónicos podem afetar negativamente a auto-estima (Abreu, Karam, Góes, et al., 2008; Yang, Helgason, Sigfusdottir, et al., 2012) e a sociabilidade (Abreu, Karam, Góes, et al., 2008; Chan & Rabinowitz, 2006; Yang, Helgason, Sigfusdottir, et al., 2012) em crianças e adolescentes, especialmente no sexo masculino (Yang, Helgason, Sigfusdottir, et al., 2012).

De facto, embora as crianças utilizem os jogos eletrónicos como um mecanismo de coping, o seu uso não é simplesmente secundário a outros problemas, prevendo longitudinalmente défices no funcionamento e outras perturbações psiquiátricas (Gentile, Choo, Liau, et al., 2011). Esta foi uma das conclusões retiradas de um estudo longitudinal, realizado entre 2007 e 2009, em Singapura, numa amostra constituída por 3000 crianças e adolescentes (Gentile, Choo, Liau, et al., 2011). Nesta pesquisa, nos “jogadores patológicos”, verificou-se uma diminuição do rendimento escolar, um empobrecimento das relações com os pais e uma maior exposição a jogos mais violentos¹. No que toca ao potencial para desenvolver perturbações psiquiátricas, este grupo terminou o estudo com níveis aumentados de depressão, ansiedade e fobia social. No entanto, vale ressaltar que muitas das relações entre as variáveis são, na verdade, recíprocas, uma vez que muitos problemas de saúde mental tendem a ser comórbidos, reforçando-se mutuamente (Gentile, Choo, Liau, et al., 2011).

Fatores de risco

Segundo o mesmo estudo, diversas características pessoais e hábitos de jogo, nomeadamente, um maior número de horas passadas a jogar, uma menor competência social e capacidade empática, uma maior impulsividade e maiores dificuldades em regular as emoções, parecem atuar como fatores de risco para o uso patológico de jogos eletrónicos (Gentile, Choo, Liau, et al., 2011).

¹ Vários estudos mostram uma correlação positiva entre a violência nos jogos eletrónicos e comportamentos agressivos. No entanto, é possível que os jogos eletrónicos conduzam a este tipo de comportamento apenas em grupos vulneráveis ou em associação a outras formas de violência nos *media* (Chan & Rabinowitz, 2006).

Comorbilidade

A maioria dos relatos de caso de jovens e adultos com uso patológico de jogos eletrônicos sugere também a presença de outras perturbações psiquiátricas, de forma primária ou secundária, tais como: perturbações do humor, ansiedade social, PHDA, JP e perturbações de personalidade cluster A (Abreu, Karam, Góes, et al., 2008).

Destas, é na PHDA que incide o maior número de estudos, levantando a questão do “ovo ou da galinha” – Predispoem os jogos ao déficit de atenção ou são as crianças com PHDA mais propensas aos jogos?

Alguns estudos transversais (Chan & Rabinowitz, 2006) mostram que, na infância e adolescência, uma maior quantidade de tempo despendido a jogar jogos eletrônicos está associada ao agravamento dos problemas de atenção, sendo que tal associação é semelhante em magnitude à que existe entre estes problemas e a televisão (Swing, Gentile, Anderson, et al., 2010). No entanto, a transversalidade destes estudos não permite estabelecer relações de causa-efeito.

Outros estudos associam a violência em programas televisivos ou em jogos eletrônicos ao agravamento das funções executivas e do controlo cognitivo, o que poderá estar relacionado com problemas de atenção (Swing, Gentile, Anderson, et al., 2010).

Ainda, Dworak et al. relatam que a utilização excessiva de jogos de computador reduz significativamente a eficácia do sono, em crianças de idade escolar, o que constitui nestas fator de risco para o desenvolvimento de PHDA e diminuição do desempenho cognitivo (Yang, Helgason, Sigfusdottir, et al., 2012).

No entanto, até à data, são poucos os estudos que avaliam o potencial dos jogos eletrônicos para desenvolver/aumentar os problemas de atenção, tal como acontece com a televisão (Swing, Gentile, Anderson, et al., 2010).

Swing et al., num estudo longitudinal realizado nos EUA em 2010, examinaram esta relação de causa-efeito. Os autores chegaram à conclusão que, na idade escolar, tanto o visionamento televisivo como a utilização de jogos eletrônicos aumentam o risco para o desenvolvimento subsequente de problemas de atenção. Uma associação semelhante parece existir na adolescência e início da idade adulta (Swing, Gentile, Anderson, et al., 2010).

Estes estudos mostram ainda que o risco poderia ser reduzido se os pais seguissem a recomendação da American Academy of Pediatrics (AAP) para limitar a não mais de duas horas/dia a exposição das crianças à televisão e aos jogos eletrônicos. Existem também evidências científicas que defendem que um conteúdo não violento é menos provável de causar problemas de atenção, mas

mais estudos são necessários para confirmar esta hipótese (Swing, Gentile, Anderson, et al., 2010).

... e as crianças e adolescentes com sintomas de PHDA? Será que tendem a despende um maior número de horas nos jogos eletrónicos?

Um estudo de follow-up, realizado em 2009 na Coreia do Sul, avaliou a relação entre o uso patológico de jogos eletrónicos (jogados na Internet) e o tratamento com metilfenidato. Os resultados desta pesquisa sugerem que, em crianças com PHDA, o tratamento com metilfenidato durante 8 semanas, para além de melhorar os sintomas clínicos, diminui também o tempo despendido em jogos eletrónicos. Os autores sugerem, assim, que os jogos na Internet, ao libertarem DA e ao exigirem memória de trabalho visual, possam ser uma forma de automedicação em crianças com PHDA e, ainda, que o metilfenidato possa ser avaliado como um potencial tratamento para a dependência de jogos (Han, Lee, Na, et al., 2009).

Evolução

No estudo longitudinal realizado em Singapura (Gentile, Choo, Liau, et al., 2011), a maioria (84%) das crianças e adolescentes classificadas como “jogadores patológicos” no início do estudo, ainda o era ao final dos dois anos. Por outro lado, ao longo do estudo, apenas 1% das crianças passou a usar os jogos eletrónicos de forma patológica. Desta forma, os autores concluem que esta problemática não é simplesmente uma “fase” pela qual as crianças e adolescentes passam, mas antes, poderá ter anos de evolução.

OBJETIVOS

Os objetivos do nosso trabalho são: caracterizar o padrão de uso de jogos eletrónicos de uma amostra de crianças em idade escolar seguida em consulta de Pedopsiquiatria e estudar a associação entre esse padrão e as comorbilidades pedopsiquiátricas.

MÉTODOS

Realizámos uma revisão bibliográfica sobre o uso de jogos eletrónicos em idade pediátrica e a sua relação com a saúde mental das crianças. Pesquisámos

também instrumentos de avaliação do padrão de uso de jogos eletrônicos. Por não termos encontrado nenhum instrumento validado para a população escolar portuguesa de fácil aplicação em consulta, optámos por construir dois questionários, um aplicado à criança e outro ao cuidador (respetivamente “Jogómetro” e “Questionário aos pais”).

O “Jogómetro” é um instrumento de respostas abertas e qualitativas. Pretendíamos que as crianças fossem capazes de responder autonomamente e recorreremos por isso a escalas analógicas, imagens de jogos e respostas dicotómicas. Este questionário permitiu avaliar a influência dos jogos eletrónicos no dia-a-dia da criança e no seu imaginário.

O “Questionário aos pais” é maioritariamente constituído por perguntas fechadas e qualitativas, acerca do padrão de utilização de jogos pela criança. Neste questionário são feitas, entre outras, sete perguntas que constituem um *score de uso patológico*, semelhante a outros que encontrámos na revisão bibliográfica (Chan & Rabinowitz, 2006; Gentile, Choo, Liau, et al., 2011; Yang, Helgason, Sigfusdottir, et al., 2012). As perguntas que continha eram: “*O seu filho deixa de cumprir as suas obrigações escolares, comer ou dormir, deixa de fazer outras atividades de que gosta, para jogar jogos eletrónicos?*”; “*O seu filho fica nervoso/irritado quando lhe interrompe ou proíbe o jogo?*”; “*O seu filho tem dificuldade em interromper os jogos eletrónicos por auto-iniciativa?*”; “*O seu filho sente-se culpado quando passa demasiado tempo em jogos eletrónicos?*”; “*Considera que o seu filho é dependente dos jogos eletrónicos?*”. Cada pergunta é cotada com um ponto, para um máximo de 7 e mínimo de 0.

Chamámos *Padrão de jogo* ao score de uso patológico associado ao número de horas de jogo diárias.

Definimos *Padrão de jogo patológico* como sendo aquele em que a criança tem pelo menos uma das seguintes características: número de horas de jogo diárias superior a duas horas ou mais de três respostas positivas no score de uso patológico.

Aplicámos os dois questionários de jogos construídos, bem como o SDQ (*Strengths and Difficulties Questionnaire*, Goodman 2005, versão portuguesa, de preenchimento pelos pais), após consentimento informado, entre Setembro e Dezembro de 2013, a uma amostra de conveniência de crianças seguidas em consulta de Pedopsiquiatria no Hospital Dona Estefânia. O critério de inclusão foi ter idade compreendida entre 6 e 12 anos.

Consultámos os processos clínicos para recolha de informações adicionais.

Realizámos a análise descritiva dos dados e a correlação entre variáveis para IC95 e $p < 0,05$, de acordo com a normalidade das distribuições, recorrendo ao software SPSS® v.20.

RESULTADOS

Caraterização da amostra

A nossa amostra era constituída por 58 crianças, sendo 69% do sexo masculino e 31% do sexo feminino. Tinham idades compreendidas entre 6 e 12 anos, com uma média de 9 anos e frequentavam entre o 1º e o 7º ano de escolaridade, à exceção de uma criança que frequentava a pré-primária.

No que diz respeito à avaliação sócio-económica segundo o Índice de Graffar, 55% das famílias pertenciam à classe média, 24% à classe baixa ou média-baixa e 21% à classe alta ou média-alta.

O Índice de Massa Corporal (IMC) das crianças do estudo situava-se nas categorias de “excesso de peso” ou “obesidade” em 47% delas, segundo as curvas de percentis do IMC para a população pediátrica portuguesa.

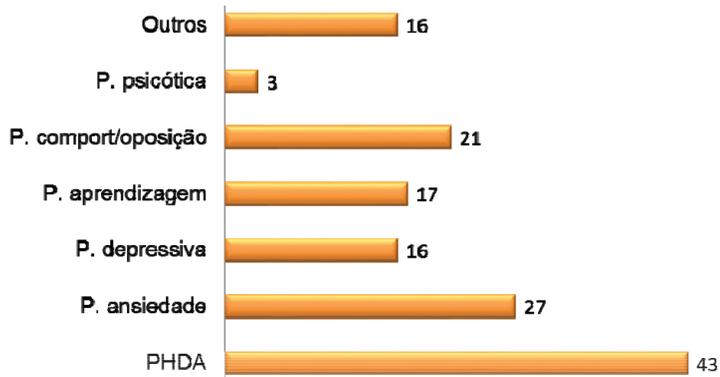
Em 53% das famílias existia um diagnóstico ou uma forte suspeita de psicopatologia num dos progenitores, sendo 9% dos casos relacionados com consumo de substâncias. Ambos os progenitores apresentavam psicopatologia diagnosticada ou fortemente suspeitada em 7% dos casos.

Na nossa amostra, a distribuição dos diagnósticos das crianças está indicada no Gráfico 1. O diagnóstico mais frequente é a PHDA, presente em 43% das crianças, seguido das perturbações de ansiedade em 27% dos casos, as perturbações de comportamento em 21% e as perturbações de aprendizagem em 17%. Em 43% das crianças havia um duplo diagnóstico². No que diz respeito à terapêutica farmacológica 26% das crianças não estavam medicadas, 55% estavam medicadas com antipsicóticos, 33% encontravam-se medicadas com metilfenidato e 26% estavam medicadas com associações de dois ou mais fármacos.

² Na categoria “Outros” incluem-se diagnósticos com baixa prevalência na nossa amostra como enurese, encoprese, perturbação do espectro do autismo e perturbação de identidade de género.

GRÁFICO 1

Diagnóstico nosológico, DSM IV (%) eletrônicos



Questionário aos Pais

No questionário respondido pelos pais, as questões referiam-se a uma semana típica em tempo de aulas. Apresentam-se de seguida os resultados às principais perguntas.

1. *Quanto tempo passa, em média, o seu filho a ver televisão, por dia?*

Média=116 minutos, mínimo de 0 e máximo de 6 horas.

2. *Quanto tempo passa o seu filho em jogos eletrônicos por dia?*

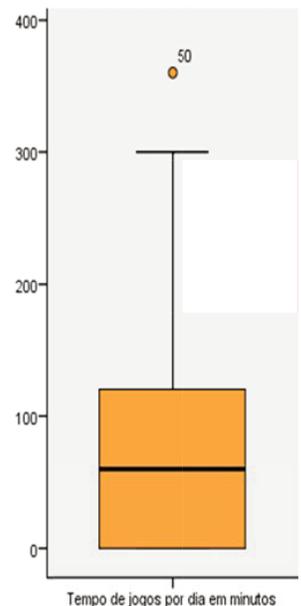
Média=60 minutos, mínimo de 0 e máximo de 6 horas (ver Gráfico 2). Cerca de um quarto das crianças (26,8%) passa mais de duas horas em jogos por dia e 10% delas (6 crianças) passam mais de 3 horas por dia em jogo, num dia de semana em tempo de aulas.

3. *Com que idade começou a jogar jogos eletrônicos?*

Média=5,5 anos, mínimo de 2 e máximo de 10 anos.

GRÁFICO 2

Tempo diário passado em jogos eletrônicos



4. *Acesso à Internet e controlo de utilização.*

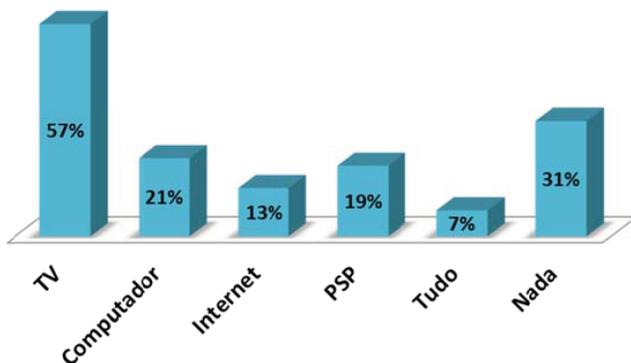
Um terço das crianças tem acesso livre à Internet e dois terços não, sendo esse controlo feito por filtros no computador em 11% dos casos e por supervisão parental em 83% dos casos.

5. *Aparelhos eletrónicos existentes no quarto dos filhos.*

A maior parte das crianças tinha no quarto próprio algum aparelho eletrónico, como é observável no Gráfico 3.

GRÁFICO 3

Aparelhos eletrónicos existentes no quarto dos filhos



6. *Supervisiona os jogos que o seu filho compra ou faz o download?*

Os pais referiram supervisionar a compra ou o *download* de jogos eletrónicos em 90% dos casos.

7. *Score de uso patológico de jogos eletrónicos* (resultados apresentados em número de respostas positivas às sete perguntas do score).

A maior parte dos pais respondeu positivamente a apenas uma pergunta do score, para um mínimo de 0 e um máximo de 6 respostas positivas. Em 14% dos casos os pais responderam positivamente a 4 ou mais respostas do score. À última destas perguntas, “*Considera o seu filho dependente de jogos?*”, 22% dos pais responderam positivamente.

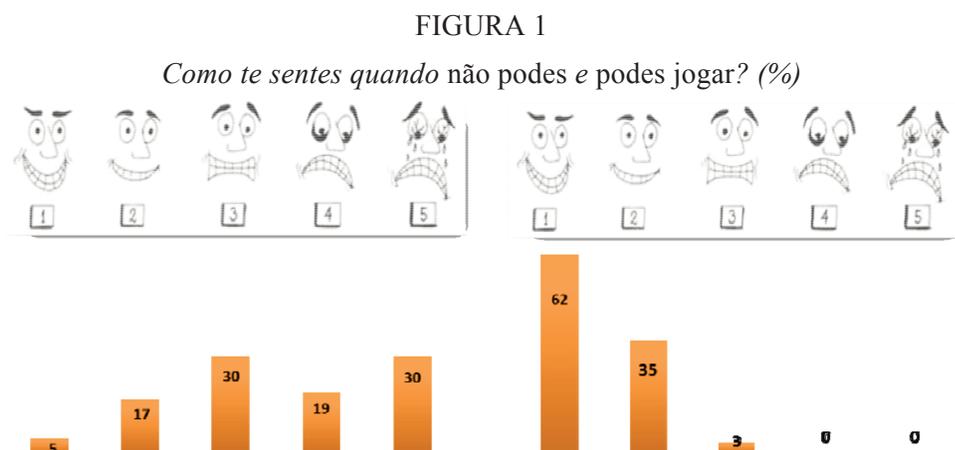
8. *Com quem joga o seu filho?*

40% das crianças joga sozinha, 29% com irmãos, 24% com os pais e 3% com amigos.

Questionário às crianças, Jogómetro

O questionário das crianças inclui perguntas de resposta aberta e qualitativas.

- 1) Apresentou-se uma escala analógica de faces, onde deveriam seleccionar como se sentem quando podem e não podem jogar jogos eletrónicos. Os resultados são visíveis na Figura 1.



Metade das crianças fica muito triste ou triste quando não pode jogar. A quase totalidade das crianças respondeu ficar muito contente ou contente quando o pode fazer.

2) *Porque gostas de jogar?*

- “Porque não tenho outras coisas para fazer.”
- “Porque não gosto de fazer os trabalhos da escola.”
- “Porque é mais fácil do que jogar futebol, aí tiram-nos a bola!”
- “Porque estou habituado...”
- “Para chegar ao nível final!”
- “Porque aprendo coisas como fazer contas, as letras e como alimentar os animais.”

- “Porque sou viciado!”
- “Porque fico entretida e o mano não me chateia!”
- “Porque tem monstros, podes ganhar armas e matar pessoas!”
- “Porque é fixe, dá para entrar em cavernas e em sítios que não conheço!”

3) *Qual a personagem dos jogos mais parecida contigo?*

Verificámos que as respostas a esta pergunta tinham grande relação com o jogo preferido das crianças.

As personagens referidas por elas foram: o Faisca Mcqueen, o Astérix, a Tasha, o Pou, o Super Mário, o cogumelo do Skylander, um jogador de futebol, o macaco do Super Mário, a Amy do Sonic, “o homem que atira granadas, mata os outros e tem a sua equipa”, “o homem das pistolas”, o “Connor, que é um assassino que sobe a tudo”, o soldado Mason, o Scorpion (o lutador do Mortal Combat), “um dos protagonistas do GTA com pouco cabelo e forte” e a Lara Croft.

4) *Costumas sonhar com coisas más?*

- Cerca de um terço das crianças, 31%, referiram que sim, dando exemplos que transcrevemos:
- “Desde pequeno, sonho que faço parte do jogo, que sou um guerreiro que mata pessoas...”
- “Às vezes, com mortes, ou que fico presa em algum lado...”
- “Às vezes, com zombies e vampiros.”
- “Com monstros...”
- “Sonho sempre, com monstros, ETs, ladrões e zombies...”
- “Que vou ser esmagado por um boxer...”
- “Com coisas do GTA...”
- “Com lutas...”
- “Sonho que rebento as cabeças deles, mas não acho isso sonhos maus...”

Associações analisadas

Encontrámos correlação (ainda que baixa) entre o número de horas de jogo diárias das crianças e o número de respostas positivas nas sete perguntas do score de uso patológico de jogo ($r_s=0,399$, $p<0,05$). Por termos encontrado esta correlação entre estes dois indicadores de uso excessivo de jogos, utilizámo-los para definir o padrão de uso de jogo das crianças.

O padrão de uso de jogo não é significativamente diferente nas várias categorias diagnósticas.

Há uma correlação positiva (ainda que baixa) e estatisticamente significativa entre o score de uso patológico e o funcionamento global avaliado pelo score total do SDQ ($r_s=0,295$, $p<0,05$).

Não encontrámos correlação entre o IMC e o tempo total de horas passadas em jogos+televisão por dia.

Não encontrámos relação entre a psicopatologia parental e o padrão de uso de jogo das crianças.

Não encontrámos relação entre o Graffar familiar e o padrão de uso de jogo das crianças.

Encontrámos correlação (ainda que baixa) entre algumas subescalas do SDQ e o padrão de uso de jogo: tendencialmente, as crianças com mais problemas de comportamento e de relação com pares, têm mais respostas positivas no score de uso patológico de jogo; as crianças com maior número de horas de jogo diário têm mais problemas com os pares e menos competências sociais.

Não encontrámos uma associação significativa entre o tipo de jogo e a presença de sonhos maus.

Não encontrámos relação entre o padrão de jogo e os aparelhos eletrónicos existentes no quarto das crianças.

Não há diferenças de idade no padrão de uso de jogo, nem este varia com a idade de início de jogo.

10% dos pais que afirmou supervisionar os jogos dos filhos, admitiu que estes jogam habitualmente jogos de lutas/guerras.

Comparámos as respostas dadas pelos pais e pelos filhos em relação ao tipo de jogo mais jogado. Verificámos que é na categoria de “estratégia” que as respostas dos pais e dos filhos mais coincidem. Os filhos referiram jogos de lutas e guerras em 24 casos, enquanto os pais referiram esta categoria em apenas 8 casos. De referir que as crianças que se referiram a esta categoria tinham como preferidos jogos de adultos, como o *Call of Duty*, *Mortal Combat*

ou GTA. Os pais identificaram os jogos de desporto em 22 casos, enquanto as crianças os distinguiram em 4 casos ($\chi^2_{14,347}, p < 0,01$).

O jogador patológico

Na nossa amostra há 19 crianças (33%) com padrão de jogo patológico (que cumprem uma destas condições: número de horas de jogo diárias superior a 2 horas ou mais de três respostas positivas no score de uso patológico de jogo. Quatro destas crianças preenchem as duas condições. Tendo em conta a moda e a média das respostas, identificámos o perfil do jogador patológico da nossa amostra, que tem as seguintes características:

- Sexo masculino, 9 anos, diagnóstico de PHDA, medicado, obeso.*
- Classe média, com um progenitor com doença afetiva.*
- Funcionamento global pobre (principalmente nas áreas do comportamento e da hiperatividade).*
- Passa 3 horas por dia em jogo e TV, sendo duas horas pelo menos passadas em jogos.*
- Joga sozinho e começou a jogar aos 5 anos.*
- Segundo os pais prefere jogos de desporto, mas segundo o próprio prefere jogos de lutas/guerras e até quando está na escola pensa nos jogos.*
- Em casa, os pais também jogam e referem supervisionar a aquisição de jogos.*

DISCUSSÃO

Frequentemente, os pais trazem para a consulta de Pedopsiquiatria as suas inquietações e receios em relação ao uso, que consideram excessivo, de jogos eletrónicos pelos seus filhos. Se por um lado, os jogos fazem parte indiscutível do quotidiano da quase totalidade das crianças, por outro lado, os pais admitem a sua dificuldade em conter e gerir esta procura, até porque muitas vezes referem “ser o único momento em que os filhos estão parados”. Parece que o uso de jogos eletrónicos ocupa uma função no dia-a-dia das crianças e das famílias. Que fatores estão relacionados com o seu uso excessivo?

Desta investigação, pudemos concluir que, na nossa amostra, o padrão de jogo não tem relação com o diagnóstico nosológico das crianças, como alguns estudos parecem apontar (Abreu, Karam, Góes, et al., 2008). Mas se determinada categoria diagnóstica não tem relação com o padrão de uso de jogo, o mesmo não se pode dizer em relação a algumas características das crianças. Encontrámos associação entre fracas competências sociais e problemas com os pares (avaliados pelo SDQ) e o número de horas passadas em jogos/dia. Da mesma forma, encontrámos associação entre problemas de comportamento e problemas com os pares e o valor do score de uso patológico. Os jogos funcionarão como escape para crianças pouco sociáveis, ou as dificuldades de relacionamento com os pares têm que ver com padrões de comportamento aprendidos nos jogos? São as próprias crianças que nos elucidam acerca da função que os jogos têm na sua vida. Elas identificaram claramente aspetos negativos em relação à função dos jogos no seu quotidiano: ausência de outros programas de tempo livre, escape às suas obrigações e às suas dificuldades de socialização, necessidade da “adrenalina” que os jogos oferecem (ex. “Gosto de jogar porque não tenho outras coisas para fazer”, “Porque não gosto de fazer os trabalhos da escola”, “Porque é mais fácil do que jogar futebol, aí tiram-nos a bola”). Por outro lado, também foram capazes de identificar algumas funções positivas dos jogos: podem ser um meio de aprendizagem, de treino de competências ou devolverem-lhes um sentido de eficácia.

Verificámos que, independentemente da função que os jogos ocupam no quotidiano infantil, o seu uso não depende do nível socio-económico, disponibilidade de dispositivos eletrónicos no quarto, idade de início, idade ou sexo da criança. Parece haver outros fatores implicados no padrão de utilização de jogos eletrónicos, que o nosso estudo não conseguiu identificar.

As crianças estabelecem naturalmente modelos de identificação com figuras que lhes sejam relevantes e estejam presentes no seu quotidiano. Sabemos também como nem sempre a distinção entre realidade e fantasia está bem estabelecida no pensamento infantil. Da nossa análise qualitativa, verificámos que as crianças se identificam com dois tipos de personagens: “os super-heróis bons”, queridos, amigos, por um lado, e, por outro, com os “vilões”, agressivos e dominadores. O que será que transporta para a realidade (ou elabora da realidade) uma criança que se identifica com o “*Connor, que é um assassino que sobe a tudo*” e que sonha com “*rebentar as cabeças deles*”? Haverá lugar para a empatia num mundo virtual onde a minha agressividade não tem consequências no outro, onde posso matar e morrer porque tenho mais vidas de seguida?

Pareceu-nos preocupante o facto de várias crianças jogarem jogos destinados a adultos e, por vezes, os pais não terem consciência de que tipo de jogos se trata. Note-se que 22 crianças admitiram jogar jogos de guerras/lutas, enquanto apenas 4 pais referiram esta categoria. Estarão os pais a desvalorizar o conteúdo dos jogos que as crianças jogam? De realçar que, muitas vezes, as crianças jogam na companhia dos próprios pais (na nossa amostra, 43% dos pais referiram jogar com os filhos).

Deve-nos fazer refletir o facto de 19 crianças, um terço da nossa amostra, apresentar um padrão patológico de uso de jogos. Num dia de semana, em tempo de aulas, um terço das crianças passa pelo menos 2 horas em jogos eletrónicos, sem contar com o tempo passado a ver televisão. Estas mesmas crianças ficam, segundo os pais, muito irritadas quando são interrompidas, deixam de dormir ou realizar as tarefas escolares para jogarem, são incapazes de interromper o jogo por auto-iniciativa e ficam ansiosos e irritáveis quando não podem jogar. Estas características aproximam-se da síndrome de abstinência e do *craving* descritos na dependência de substâncias. Estaremos diante de uma nova forma de adição, que entra subtilmente nas nossas casas com permissão? Estes jogadores patológicos, na nossa amostra, são maioritariamente rapazes com dificuldades na regulação dos comportamentos e fracas competências sociais; têm um progenitor com doença afetiva (na maioria dos casos, mãe deprimida) e são obesos.

CONCLUSÃO

Deverá ser a utilização excessiva de jogos eletrónicos uma preocupação do profissional de saúde mental? Na nossa opinião, a resposta é afirmativa e estende-se também a qualquer profissional de saúde infantil. Caracterizar o padrão de jogo da criança e estar atento aos casos de uso de jogo excessivo, dialogar com os pais sobre o conteúdo dos jogos e a função que podem ter no quotidiano da criança, apoiar os pais na gestão de um padrão de jogo salutar, são exemplos de boas práticas em saúde mental infantil. Por outro lado, um olhar atento sobre a criança introvertida, pouco sociável, isolada, impulsiva, com problemas de comportamento e/ou obesa que chegue à nossa consulta, pode identificar situações de uso excessivo de jogos em associação com alguma comorbilidade pedopsiquiátrica. Programas alternativos de tempos livres, treino de competências sociais e de gestão das emoções, prática desportiva (preferencialmente em equipa), horário para utilização de jogos e televisão (que

não ultrapasse as 2 horas diárias recomendadas pela Associação Americana de Pediatria), restrição a jogos para idades infantis e medidas de higiene de sono podem ser sugestões úteis a trabalhar com as crianças e suas famílias no âmbito da promoção da Saúde Mental Infantil.

BIBLIOGRAFIA

- Abreu, C., Karam, R., Góes, D., et al. (2008). Dependência de internet e de jogos eletrônicos: Uma revisão. *Rev Bras Psiquiatr*, 30(2), 156-167.
- Chan, P., & Rabinowitz, T. (2006). A cross-sectional analysis of video games and attention deficit hyperactivity disorder symptoms in adolescents. *Annals of General Psychiatry*, 5, 16.
- Gentile, D., Choo, H., Liau, A., et al. (2011). Pathological video game use among youths: A two-year longitudinal study. *Pediatrics*, 127(2), 319-330.
- Han, D., Lee, Y., Na, C., et al. (2009). The effect of methylphenidate on Internet video game play in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 50, 251-256.
- Swing, E., Gentile, D., Anderson, C., et al. (2010). Television and video game exposure and the development of attention problems. *Pediatrics*, 126(2), 214-222.
- Yang, F., Helgason, A., Sigfusdottir, I., et al. (2012). Electronic screen use and mental well-being of 10-12-year-old children. *European Journal of Public Health*, 1-7.

ABSTRACT

Objectives: Recent data approach pathological video game use to other addictions, suggesting the possibility of a new psychiatric disorder within the category of addictive behaviors. The prevalence rate of this problematic in pediatric population is estimated around 10%. Frequently, it's associated to psychiatric co-morbidities, like mood disorders and ADHD (Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder). We aim to characterize the pattern of video games use in a clinical sample of children aged 6-12 and its association with psychiatry co-morbidities.

Methods: Review and construction of video games' use questionnaires applicable to children and their parents. Clinical sample was selected by the convenience method. Questionnaires application (include the Strengths and Difficulties Questionnaire to evaluate global functioning). Clinical processes were checked for psychiatric diagnosis and other relevant data. Descriptive analysis and correlation between variables (CI 95%, $p < 0.05$).

Results: In our sample (n=58), 31% were female and the mean age 9. On average children spent 1 hour playing video games and 2 hours watching TV per day. The global functioning, particularly in what regards to social skills and behavior problems was correlated with the pattern of video games use ($r_s=0,295$, $p<0,05$). One third of the children had excessive use of video games. In this group the most common diagnosis was ADHD. Many children played video games for adults.

Conclusions: Further research should be undertaken in order to establish consistent diagnostic criteria for video games pathological use in children. This issue should be evaluated in children psychiatric consultation and discussed with parents, mainly in the presence of the characteristic profile.

Key-words: Video games, ADHD, Pathological use, Addiction, Children mental health.

FENOMENOLOGIA E DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DA PERTURBAÇÃO BIPOLAR NA INFÂNCIA

José Luís Fernandes *

Joana Calejo Jorge **

RESUMO

Apesar do progresso significativo no conhecimento das manifestações de patologia mental nas idades pré-escolar e escolar, a Perturbação Bipolar permanece envolta em controvérsias.

Questões como a validade do diagnóstico nesta faixa etária, a caracterização sindromática e a sobreposição sintomatológica com outras entidades psicopatológicas são áreas em debate na literatura médica.

Vários constructos têm sido elaborados e múltiplos estudos têm sido conduzidos com vista ao melhor conhecimento da Perturbação Bipolar na população pediátrica, entendida como geradora de grande sofrimento mental inerente à patologia, de maiores dificuldades familiares, escolares e sociais, de um risco acrescido de uso de substâncias psicoativas e de comportamentos suicidários.

Foi objetivo deste artigo empreender uma revisão da literatura que possibilite expor algumas das evidências e das controvérsias atuais em debate a respeito da fenomenologia e diagnóstico diferencial da Perturbação Bipolar na infância.

Palavras-chave: Perturbação bipolar, Infância, Fenomenologia, Diagnóstico diferencial, Co-morbilidade.

INTRODUÇÃO

A afirmação de que as perturbações afetivas podem ter início precoce é, pelo menos socialmente, controversa, sendo frequente o não reconhecimento

* IFE Psiquiatria de Adultos do Hospital de Magalhães Lemos.

** Assistente Hospitalar de Psiquiatria da Infância e da Adolescência.

das suas expressões ou a sua negação, porventura devido a desejos e crenças, mais ou menos conscientes, de que a infância será um período “mágico” sem sofrimento psíquico (Luby, 2006).

Atualmente, assiste-se a um reconhecimento cada vez maior da Perturbação Bipolar (PB) em idade pediátrica, sendo apontadas prevalências aproximadas de 1,8% da perturbação na infância e adolescência (VanMeter, Moreira, & Youngstrom, 2011).

No entanto, questões como a validade do diagnóstico nesta faixa etária, a caracterização sindrómica e a sobreposição sintomatológica com outras entidades psicopatológicas, são áreas em debate na literatura médica (Demeter, Townsend, Wilson, & Findling, 2008; Luby, Tandon, & Belden, 2009; Zepf, 2009).

Vários constructos têm sido elaborados e múltiplos estudos têm sido conduzidos com vista ao melhor conhecimento da PB na população pediátrica, entendida como geradora de grande sofrimento mental inerente à patologia, de maiores dificuldades familiares, escolares e sociais, de um risco acrescido de uso de substâncias psicoativas e de comportamentos suicidários (Demeter, Townsend, Wilson, & Findling, 2008).

Várias dificuldades operacionais se colocam na abordagem à PB na infância. A variabilidade normativa das emoções e do comportamento, assim como a incipiente diferenciação e organização da expressão emocional, dificultam a diferenciação entre o normal desenvolvimento, as suas dificuldades transitórias e as manifestações mórbidas (Luby, 2006; Luby, Tandon, & Belden, 2009). Revela-se pois fundamental o conhecimento do desenvolvimento emocional e as manifestações específicas destas nas crianças, de modo a ser possível a identificação de desvios da normalidade sugestivos de perturbação afetiva.

Luby et al. (Luby, 2006) desenvolveram um modelo de reatividade emocional em idade pré-escolar, partindo da avaliação dinâmica das respostas emocionais. Uma curva ótima de reatividade emocional seria caracterizada pela capacidade da criança pequena reagir a um estímulo espontânea e atempadamente, experienciar um pico de intensidade emocional suficiente e, finalmente, num período de tempo razoável, regressar à linha basal de eutímia. Segundo este modelo, desvios nas curvas ótimas da reatividade emocional representam um risco aumentado ou, se persistentes ou pronunciados, sintomas de uma perturbação afetiva. Tomando como exemplo a Depressão, será de esperar uma diminuição da intensidade ou duração das respostas de prazer e um aumento da intensidade e/ou duração das respostas emocionais de tristeza. Por sua vez, a Mania será caracterizada pela persistência desviante de emoções positivas (exo. elação do humor), pela incapacidade de regresso à linha basal de eutímia e pela resposta emocional

insuficiente a eventos tristes ou negativos. Apesar de originalmente desenvolvido para crianças em idade pré-escolar, este modelo tem aplicabilidade em todas as idades e, salvaguardando as influências individuais da criança bem como de variáveis psicossociais, permite a identificação de desvios na reatividade emocional, adaptativos ou, pelo contrário, desadaptativos, e, assim, a avaliação das perturbações afetivas, de que é exemplo a PB.

Tendo em conta a tendência atual de identificação da desregulação emocional (da qual faz parte a reatividade emocional) como um sintoma de manifestação precoce da PB, este modelo pode ser particularmente útil.

Luby and Belden (2006) conceptualizaram a PB na infância como a combinação de duas formas de desregulação emocional: subregulação e sobrerregulação emocional. Segundo os autores, na PB estão implicadas, por um lado, dificuldades de auto-controlo com impulsividade e potencial desinibição comportamental (subregulação emocional), por outro, excessiva inibição e controlo comportamental (sobrerregulação emocional) (Hirshfeld-Becker, Biederman, Calltharp, Rosenbaum, Faraone, & Rosenbaum, 2003).

Não sendo um sintoma específico da PB (Luby, Tandon, & Belden, 2009), alguns autores sugerem que a desregulação emocional poderá ser um indicador precoce da perturbação se associada a desinibição comportamental (Luby & Navsaria, 2010).

Aspetos fenomenológicos

Vários estudos têm sido conduzidos nas últimas décadas com o objetivo de identificar a constelação de sinais e sintomas de apresentação da PB na idade pediátrica.

Quando a doença tem início na adolescência, o quadro clínico é semelhante ao do adulto e manifesta-se por euforia ou irritabilidade, logorreia, fuga de ideias, grandiosidade e insónia. Na criança, os sinais e sintomas são mais variáveis e difíceis de identificar, existindo menos estudos disponíveis e alguns deles contraditórios.

Em 2003, Leibenluft et al., definiram três fenótipos clínicos de PB pediátrica: um fenótipo *lato* (“broad”), um fenótipo *intermediário* e um fenótipo *restrito* (“narrow”) (Leibenluft, Charney, Towbin, Bhangoo, & Pine, 2003). As crianças com o fenótipo *lato* caracterizam-se por um marcado défice na regulação do humor e do comportamento, revelando uma irritabilidade intensa e persistente e uma marcada reatividade a estímulos emocionais negativos. As crianças com o fenótipo *restrito* apresentam períodos recorrentes de depressão major e mania ou hipomania, assemelhando-se às manifestações de PB do adulto, tipo I e II,

respetivamente. O fenótipo *intermediário* corresponde aos casos de crianças que não apresentam humor eufórico nem grandiosidade, mas apresentam aumento de irritabilidade e outros sintomas de (hipo)mania e têm duração prolongada. Os fenótipos *intermediários* são, geralmente, diagnosticados como PB Sem Outra Especificação (SOE) (Pavuluri, Birmaher, & Naylor, 1995).

Note-se que a PB na infância assume geralmente um carácter mais crónico, sendo menos evidentes as recaídas e remissões características da perturbação no adulto. Além disso, nesta faixa etária está descrita uma maior frequência de estados mistos, com sintomas maníacos e depressivos simultâneos, e de ciclagens rápidas entre os episódios de mania e de depressão (McClellan, Kowatch, & Findling, 2007). Alguns autores salientam o predomínio de ciclagens ultra-rápidas ou contínuas sem períodos de eutimia entre os episódios (Findling, Gracious, McNamara, Youngstrom, Demeter, Branicky, et al., 2001; Geller, Sun, Zimmerman, Luby, Frazier, & Williams, 1995).

Numa meta-análise conduzida por Kowatch et al. (2006) demonstrou-se que os sintomas mais frequentemente associados à mania em idade pediátrica são o aumento de energia, distratibilidade e discurso acelerado, representando 89%, 84% e 82% dos casos de crianças com PB. Outros sintomas cardinais de mania/hipomania (grandiosidade, diminuição de necessidade de dormir, elação do humor) manifestam-se em 70-85% dos casos, com a exceção da fuga de ideias e hiperssexualidade que se revelaram menos frequentes (56% e 38%, respetivamente) (Kowatch, Youngstrom, Danielyan, & Findling, 2005).

Apresentam-se, de seguida, os sintomas citados na literatura que mais se associam à mania/hipomania na infância.

Aumento de energia

Está presente na maioria das crianças com PB, apresentando uma sensibilidade extremamente elevada (89%) e uma especificidade moderada. Também caracteriza outras condições, de que é exemplo a Perturbação de Hiperatividade/Défice de Atenção (PHDA), sendo importante para o diagnóstico diferencial a identificação do carácter flutuante/alterações no funcionamento prévio da criança e a evidente maior produtividade verificada nos casos de PB (Kowatch, Youngstrom, Danielyan, & Findling, 2005).

Irritabilidade

A irritabilidade está presente na maioria dos casos de PB (80%), sobressaindo a sua elevada sensibilidade (81%) mas baixa especificidade

(Kowatch, Youngstrom, Danielyan, & Findling, 2005; Leibenluft, 2011; Stringaris, 2011). Alguns autores salientam a diferença qualitativa da irritabilidade da PB na infância daquela presente noutras condições, descrevendo a primeira como mais intensa, disruptiva e associada a explosões coléricas com agressividade e violência (Skirrow, Hosang, Farmer, & Asherson, 2012). A sua associação a outros sintomas de mania também é sugestiva de PB.

Humor elevado, expansivo, eufórico

Considerado um sintoma altamente específico da PB na infância, quando em intensidade e duração marcadas a que se associa um impacto no funcionamento. A sua sensibilidade, no entanto, é menos elevada, aproximadamente 70%, podendo levar ao subdiagnóstico da PB se considerado isoladamente (Kowatch, Youngstrom, Danielyan, & Findling, 2005; Youngstrom, Birmaher, & Findling, 2008).

Grandiosidade

Embora considerada por alguns autores como um sintoma nuclear da PB na infância (Geller & Luby, 1997), a maioria dos estudos revela que está presente num número reduzido de crianças com a perturbação. A sua distinção do humor elevado e do jogo fantasioso, que caracteriza as crianças em idade pré-escolar, e das investidas narcísicas das crianças pré-púberes, deve ser feita. O carácter episódico, flutuante com o humor e alternante com sentimentos de menos valia e auto desvalorização podem ser sugestivos de uma grandiosidade associada a um quadro de PB (Kowatch, Youngstrom, Danielyan, & Findling, 2005).

Labilidade emocional

Muito específica de PB, em especial se frequente, intensa e com duração prolongada. É um sintoma muito sensível, possível de ser aferido pelos pais. A sua ausência sugere a exclusão do diagnóstico de PB (Kowatch, Youngstrom, Danielyan, & Findling, 2005).

Distratibilidade

De igual modo, a distratibilidade manifesta-se num elevado número de crianças com PB (sensibilidade de 84%), contudo, a sua especificidade é baixa,

podendo estar presente noutras condições tais como a PHDA, Perturbações de Ansiedade e Deficiência Mental. Sendo um sintoma muito inespecífico, alguns autores defendem que apenas deve ser valorizado quando associado a outros sintomas sugestivos de PB (Kowatch, Youngstrom, Danielyan, & Findling, 2005).

Privação da necessidade de dormir

Ao contrário dos adultos, as crianças com PB não apresentam com tanta frequência alterações do sono. São mais frequentes relatos de diminuição da necessidade de dormir associada ao aumento de energia e atividade, sem interferência com os ciclos de sono-vigília (Kowatch, Youngstrom, Danielyan, & Findling, 2005).

Discurso acelerado e Fuga de ideias

O discurso acelerado está presente num razoável número de crianças com PB (sensibilidade elevada, 82%), contudo, existem poucos estudos sobre a sua especificidade. Quando associado à PB, o discurso acelerado deve ser episódico e claramente distinto do funcionamento prévio (Youngstrom, Birmaher, & Findling, 2008).

A fuga de ideias é um sintoma cuja sensibilidade e especificidade são baixas nesta faixa etária, sendo significativamente menos evidente nas crianças do que nos adultos com PB (Youngstrom, Birmaher, & Findling, 2008).

Hipersexualidade

Na idade pré-escolar e escolar, o interesse sexual ou outras formas de manifestação sexual devem levantar a suspeita da existência de abuso sexual, contacto precoce com alguma forma de estimulação sexual ou PB. Apesar de pouco sensível (38%), a hipersexualidade é um sintoma com elevada especificidade para o diagnóstico de PB, após a exclusão de abuso sexual e quando associado ao humor elevado ou aumento de energia (Kowatch, Youngstrom, Danielyan, & Findling, 2005).

Psicose e alucinações

Os sintomas psicóticos são mais frequentes nos adolescentes e adultos do que nas crianças com PB (Geller & Luby, 1997). Dificuldades na

operacionalização do conceito de psicose nesta faixa etária inviabilizam estudos de incidência deste sintoma. A manifestação de sintomas psicóticos deve levantar sempre a suspeita de uma perturbação afetiva, dada a sua prevalência superior em relação a outras doenças com sintomatologia psicótica (Youngstrom, Birmaher, & Findling, 2008).

No que diz respeito aos episódios depressivos da PB, a literatura disponível é mais escassa. Contudo, existem evidências de que os episódios depressivos são frequentes, podendo, inclusivamente, corresponder a uma manifestação clínica de um início precoce da doença na infância (Akiskal, 1995). Estudos recentes revelam que mais de 50% dos adolescentes com PB apresentaram um episódio depressivo major na infância (Axelson, Birmaher, Strober, et al., 2006). Estas evidências sugerem a importância de uma elevada suspeição clínica face à apresentação inaugural de um episódio depressivo na infância. Algumas características do episódio depressivo em crianças sugestivas de PB são: início precoce (antes dos 13 anos), alternância de inibição psicomotora com agitação, sintomas psicóticos, (hipo)mania secundária a antidepressivos, hipersónia e hiperfagia (Akiskal, 1995; Faedda, Baldessarini, Suppes, Tondo, Becker, & Lipschitz, 1995). Estas características também são consideradas sinais preditivos e de risco para posterior aparecimento de episódio de (hipo)mania em crianças deprimidas (Akiskal, 1995; Faedda, Baldessarini, Suppes, Tondo, Becker, & Lipschitz, 1995).

Diagnóstico diferencial

Associada à dificuldade diagnóstica da PB na infância, inerente ao desenvolvimento psicoafectivo próprio da faixa etária, acresce a dificuldade no seu diagnóstico diferencial, por um lado pela grande variabilidade e sobreposição de sintomas com outras entidades psicopatológicas e, por outro, pela frequente co morbilidade.

Além de algumas patologias orgânicas, de que são exemplo as perturbações neurológicas (traumatismo crânio encefálico, epilepsia temporal) e o hipertireoidismo, e de causas iatrogénicas (uso de substâncias como antidepressivos ou estimulantes) (Weller, Weller, & Danielyan, 2004), o diagnóstico diferencial da Mania na infância deve ser efetuado com a PHDA, a Perturbação do Comportamento, a Perturbação de Desregulação do Humor Disruptivo (PDHD) e o Abuso sexual.

O diagnóstico diferencial da PB com a PHDA tem sido amplamente estudado e, não raramente, as duas entidades são confundidas uma com a outra - casos de PB erroneamente identificados como PHDA e casos graves de PHDA

como PB (Galanter & Leibenluft, 2008). Para isto contribui a evidente sobreposição de sintomas entre as duas entidades, de que é exemplo a dificuldade de atenção, a hiperatividade e o discurso acelerado, presentes nas duas entidades. No entanto, alguns autores salientam diferenças fenomenológicas entre os sintomas que se manifestam nas duas perturbações as quais podem ajudar na diferenciação das duas entidades psicopatológicas: evidência de distratibilidade na PB, em oposição ao déficit de manutenção da atenção na PHDA; presença de aumento da energia e incapacidade de permanecer quieto na PB, em oposição à agitação psicomotora mais indiferenciada da PHDA; manifestação de um discurso acelerado mais acentuado na PB (Wingo & Ghaemi, 2007) e a diminuição episódica da necessidade de dormir na PB, em oposição às alterações do sono persistentes frequentemente associadas à PHDA (Leibenluft, Charney, Towbin, Bhangoo, & Pine, 2003).

Outros autores defendem a valorização diagnóstica dos sintomas principais de mania/hipomania como a euforia, o humor expansivo ou grandiosidade, considerando os sintomas de irritabilidade e hiperatividade muito inespecíficos na distinção das duas entidades (Geller, Zimerman, Williams, Bolhofner, Craney, Delbello, et al., 2000). O início precoce da sintomatologia, antes dos seis anos de idade, bem como o seu carácter crónico, a ausência de sintomas psicóticos e a resposta aos estimulantes e não ao lítio, ou outros estabilizadores do humor são, também, pistas na distinção da PHDA da PB.

Pela manifestação comportamental explosiva de algumas crianças com PB, esta perturbação pode ser confundida com a Perturbação do Comportamento. No diagnóstico diferencial pode ser útil a identificação de um predomínio de um sentimento de revolta na primeira, ao invés de um sentimento de vingança associado à ausência de sentimento de culpa na Perturbação do Comportamento (Weller, Weller, & Danielyan, 2004).

Em relação ao diagnóstico diferencial com a PDHD, categoria diagnóstica recentemente incluída no DSM-V, uma das características que a distingue da PB é a persistência de irritabilidade grave e pouco flutuante, não acompanhada de episódios de humor elevado ou grandiosidade. Salientando que a validade da categoria é posta em causa por alguns estudos, importa referir que para alguns autores as crianças com quadro clínico compatível com o diagnóstico de PDHD desenvolverão tipicamente, à medida que atingem a adolescência e a idade adulta, Perturbações Afetivas Unipolares ou Perturbações da Ansiedade. Por fim, a PB deve ser ainda distinguida de uma situação de abuso sexual, sobretudo na presença de hipersexualidade. Na infância o interesse sexual ou outras formas de manifestação sexual podem estar associadas a abuso sexual ou

ao contacto precoce com alguma forma de estimulação pelo que deve ser investigado. A manifestação de outros sintomas sugestivos de mania/hipomania são necessários para o diagnóstico diferencial (Kowatch, Youngstrom, Danielyan, & Findling, 2005).

Co morbidade

À semelhança da clínica do adulto, a PB na infância cursa frequentemente com co-morbidades, às quais se associam a pior prognóstico. Destas, destacam-se a PHDA, a Perturbação do Comportamento e as Perturbações de Ansiedade (Weller, Weller, & Danielyan, 2004). Porém, alguns autores discutem se algumas das co-morbidades da PB, como a PHDA e a Perturbação do Comportamento, constituem verdadeiras co-morbidades ou representam “apenas” sintomas prodrómicos da PB na infância (Geller, Zimmerman, Williams, Bolhofner, Craney, Delbello, et al., 2000). Partindo, por um lado, da evidência de sintomatologia prévia de PHDA na infância em adultos posteriormente identificadas com PB (Tillman & Geller, 2006), e, por outro, das taxas elevadas de PHDA e Perturbação do Comportamento na descendência de doentes com PB (Singh, DelBello, Stanford, et al., 2007), os autores questionam a existência de uma associação entre as entidades e, inclusivamente, se os sintomas de PHDA e de Perturbação do Comportamento não serão manifestações prodrómicas da PB, assinalando o seu início precoce da perturbação.

CONCLUSÃO

A maioria das crianças com PB, além do sofrimento mental inerente à condição mórbida, apresentam maiores dificuldades familiares, escolares e sociais e um risco maior de uso de substâncias psicotrópicas, de ideação suicida e comportamentos suicidários. O potencial de intervenção precoce, psicossocial e farmacológica, deverá, por isso, ser tido em conta a favor do desenvolvimento saudável da criança.

Muitas questões fenomenológicas, como sublinhado neste artigo, não encontram resposta adequada e consensual no momento presente. Deverá, assim, ser ponderado o diagnóstico de Perturbação Bipolar (PB) na criança que apresente, não apenas quadro clínico que se assemelhe aos critérios definidos para o adulto, mas também naquelas cujo quadro se constitua composto pela

associação de alguma das seguintes características: aumento de energia flutuante, com alteração do funcionamento prévio e maior produtividade; irritabilidade intensa e flutuante; labilidade emocional frequente, intensa e com duração prolongada; episódio depressivo; sintomatologia psicótica; antecedentes familiares de perturbação afetiva, em especial Perturbação Bipolar; ausência de resposta a estimulantes; resposta a estabilizadores do humor; diagnóstico de PHDA ou Perturbação do Comportamento com sintomatologia afetiva.

Mais estudos deverão, idealmente, traduzir evidências que promovam consensos e permitam diagnosticar tão acurada e precocemente quanto possível manifestações da Perturbação Bipolar, abrindo a possibilidade de intervir de modo a prevenir ou pelo menos minorar o seu impacto na criança.

Não deverá, contudo, esse potencial de intervenção promover o sobrediagnóstico, iatrogenizando o desenvolvimento da criança.

BIBLIOGRAFIA

- Akiskal, H. (1995). Developmental pathways to bipolarity: Are juvenile-onset depressions pre-bipolar? *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 34(6), 754-763.
- Axelson, D., Birmaher, B., Strober, M., et al. (2006). Phenomenology of children and adolescents with bipolar spectrum disorders. *Arch Gen Psychiatry*, 63(10), 1139-1148.
- Demeter, C., Townsend, L., Wilson, M., & Findling, R. (2008). Current research in child and adolescent bipolar disorder. *Dialogues Clin Neurosci*, 10, 215-228.
- Faedda, G. L., Baldessarini, R. J., Suppes, T., Tondo, L., Becker, I., & Lipschitz, D. S. (1995). Pediatric – Onset bipolar disorder; a neglected clinical and public health problem. *Harv Rev Psychiatry*, 3(4), 171-195.
- Findling, R., Gracious, B., McNamara, N., Youngstrom, E., Demeter, C., Branicky, L., et al. (2001). Rapid, continuous cycling and psychiatric co-morbidity in pediatric bipolar/disorder. *Bipolar Disord*, 3(4), 202-210.
- Galanter, C. A., & Leibenluft, E. (2008). Frontiers between attention deficit hyperactivity disorder and bipolar disorder. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 17(2), 325-346.
- Geller, B., & Luby, J. (1997). Child and adolescent bipolar disorder: A review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 36, 1168-1176.
- Geller, B., Sun, K., Zimmerman, B., Luby, J., Frazier, J., & Williams, M. (1995). Complex and rapid-cycling in bipolar children and adolescents: A preliminary study. *J Affect Disord*, 34(4), 259-68.
- Geller, B., Zimmerman, B., Williams, M., Bolhofner, K., Craney, J., Delbello, M., et al. (2000). Diagnostic characteristics of 93 cases of a prepubertal and early adolescent bipolar disorder

- phenotype by gender, puberty and comorbid attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 10(3), 157-164.
- Hirshfeld-Becker, D. R., Biederman, J., Calltharp, S., Rosenbaum, E. D., Faraone, S. V., & Rosenbaum, J. F. (2003). Behavioral inhibition and disinhibition as hypothesized precursors to psychopathology: Implications for pediatric bipolar disorder. *Biological Psychiatry*, 53(11), 985-999.
- Kowatch, R., Youngstrom, E., Danielyan, A., & Findling, R. (2005). Review and meta-analysis of the phenomenology and clinical characteristics of mania in children and adolescents. *Bipolar Disord*, 7, 483-496.
- Leibenluft, E. (2011). Severe mood dysregulation, irritability, and the diagnostic boundaries of bipolar disorder in youths. *American Journal of Psychiatry*, 168(2), 129-142.
- Leibenluft, E., Charney, D., Towbin, K., Bhangoo, R., & Pine, D. (2003). Defining clinical phenotypes of juvenile mania. *Am J Psychiatry*, 160(3), 430-437.
- Luby, J. L. (2006). Mood disorders. Phenomenology and a developmental emotion reactivity model. In J.L. Luby (Ed.), *Handbook of preschool mental health: Development, disorders, and treatment* (pp. 209-227). New York: The Guilford Press.
- Luby, J. L., & Belden, A. (2006). Defining and validating bipolar disorder in the preschool period. *Development and Psychopathology*, 18(4), 971-988.
- Luby, J. L., & Navsaria, N. (2010). Pediatric bipolar disorder: Evidence for prodromal states and early markers. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 51(4), 459-471.
- Luby, J., Tandon, M., & Belden, A. (2009). Preschool bipolar disorder. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*, 18(2), 391-403.
- McClellan, J., Kowatch, R., & Findling, R. (2007). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with bipolar disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 46(1), 107-125.
- Pavuluri, M., Birmaher, B., & Naylor, M. (1995). Pediatric Bipolar Disorder: A review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 34(6), 705-708.
- Singh, M., DelBello, M., Stanford, K., et al. (2007). Psychopathology in children of bipolar parents. *J Affect Disord*, 102, 131-136.
- Skirrow, C., Hosang, G., Farmer, A., & Asherson, P. (2012). An update on the debated association between ADHD and bipolar disorder across the lifespan. *Journal of Affective Disorders*, 141, 143-159.
- Stringaris, A. (2011). Irritability in children and adolescents: A challenge for DSM-5. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 20(2), 61-66.
- Tillman, R., & Geller, B. (2006). Controlled study of switching from attention deficit/hyperactivity disorder to a prepubertal and early adolescent bipolar/disorder phenotype during 6-year prospective follow-up: Rate, risk, and predictors. *Dev Psychopathol*, 18, 1037-1053.
- VanMeter, A. R., Moreira, A. L. R., & Youngstrom, E. A. (2011). Metaanalysis of epidemiologic studies of pediatric bipolar disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 72(9), 1250-1256.

- Weller, E., Weller, R., & Danielyan, A. (2004). Mood disorders in prepubertal children. In J. Wiener & M. Dulcan (Eds.), *Textbook of child and adolescent psychiatry* (3rd ed., pp. 411-435). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Wingo, A., & Ghaemi, S. (2007). A systematic review of rates in diagnostic validity of comorbid adult attention-deficit/hyperactivity disorder and bipolar disorder. *J Clin Psychiatry*, *68*, 1776-1184.
- Youngstrom, E. A., Birmaher, B., & Findling, R. L. (2008). Pediatric bipolar disorder: Validity, phenomenology, and recommendations for diagnosis. *Bipolar Disord*, *10*(1, Pt 2), 194-214.
- Zepf, F. (2009). Attention deficit-hyperactivity disorder and early-onset bipolar disorder: Two facets of one entity? *Dialogues Clin Neurosci*, *11*, 63-72.

ABSTRACT

Nevertheless the significant progress in the knowledge of the manifestations of mental illness in pre-school and school age, Bipolar Disorder still remains shrouded in controversy.

Several questions such as the validity of the diagnosis in this age group, the syndromic characterization and symptomatic overlap with other psychopathological entities are areas which are under discussion in the medical literature.

Several constructs have been presented and multiple studies have been conducted to achieve a better knowledge of Bipolar Disorder in the pediatric population, perceived as a generator of great mental suffering inherent in pathology, greater difficulties at school, among family environment and in social context, and also a generator of an increased risk of use of psychoactive substances and suicidal behavior.

The purpose of this article was to undertake a review of the literature in order to expose some of the evidence and current controversies related to the phenomenology and differential diagnosis of Bipolar Disorder in childhood.

Key-words: Bipolar disorder, Childhood, Phenomenology, Differential diagnosis, Comorbidity.

CORPO E PSICOMOTRICIDADE NA EMERGÊNCIA DA VIDA PSÍQUICA *

Lúisa Maria Duarte da Costa **

RESUMO

A criança, através do seu Corpo e do seu comportamento relacional precisa de Descobrir, em primeiro lugar, o prazer de criar sentido e de "dialogar" com o Outro.

A Psicomotricidade consiste numa terapia de mediação corporal e expressiva em que o psicomotricista estuda e intervém no comportamento motor, inadequado e impróprio, em várias situações, normalmente relacionado com problemas no desenvolvimento e maturação psicomotoras, do comportamento, aprendizagem e do domínio psicoafectivo.

Neste artigo a autora aborda aspetos que considera relevantes no seguimento terapêutico de uma criança em Psicomotricidade, realçando a importância de um Espaço Terapêutico suficientemente flexível e rico em mediadores, numa situação em que a expressão verbal não se apresenta como forma preferencial de comunicação.

A partir deste seguimento, propõe-se refletir nas várias possibilidades terapêuticas oferecidas às crianças que se encontram em fases cuja atividade do Pensar ainda está muito enraizada nas sensações, no Corpo, no pré-verbal, e com fraco envolvimento representativo.

Palavras-chave: Psicomotricidade, Diálogo tónico-emocional, Identidade, Pensamento.

* Este texto tem por base a Comunicação Livre intitulada "Corpo e Psicomotricidade na emergência da vida psíquica.", apresentada no XXIV Encontro Nacional de Psiquiatria da Infância e Adolescência, Faro, 18-20 de Maio de 2014.

** Psicomotricista. Centro Hospitalar Lisboa Central – Hospital Dona Estefânia. Lisboa.

INTRODUÇÃO

Perante as dificuldades emocionais e cognitivas apresentadas por algumas crianças que atendemos nos nossos Serviços, são frequentes na nossa prática clínica dúvidas e inquietações relativamente às intervenções terapêuticas que melhor poderão responder às suas necessidades; levando-nos, assim, a questionar e a (re)pensar as várias possibilidades do *setting* terapêutico. Nesta nossa preocupação enquadram-se crianças que, apesar de transitarem pelos vários anos escolares, revelam pouco interesse pela Escola e pelas aprendizagens, evidenciam uma fraca capacidade simbólica e, frequentemente, estão, ainda, muito dependentes das figuras de referência, das quais não conseguem separar-se com a necessária segurança e confiança. Muitas destas crianças transportam angústias primitivas e não simbolizadas e lidam com o seu sofrimento de forma concreta e no âmbito do Corpo (Aucouturier, 2005).

A Intervenção Psicomotora apresenta-se como uma possibilidade terapêutica que permite à Criança, numa relação reciprocamente participada com o Psicomotricista, construir, reconstruir e reatualizar a sua Identidade (Corporal e Psíquica) (Camps, 2007).

CORPO E EMOÇÃO: PRIMEIRO ESPAÇO DE COMUNICAÇÃO E REPRESENTAÇÃO

A primeira relação que o bebé estabelece com o mundo exterior é com a mãe, ou figura maternal, estabelecendo-se entre eles um diálogo tónico que constituirá a base das emoções e das relações futuras da criança com os outros. Para Wallon, o recém-nascido utiliza como principal meio de comunicação a própria motricidade. Inserido numa vida emotiva fusional, os seus movimentos convertem-se em um sinal para o ambiente, o qual procurará responder-lhe. Este espaço corporal é um primeiro espaço de sensações-emoções que, nas vivências significativas com a figura materna, permite ao recém-nascido experimentar os próprios limites corporais. Isto permite-lhe diferenciar o dentro e o fora e organizar uma primeira ideia do espaço. A partir do momento em que o Corpo se converte no meio de relação com o espaço extra-corpóreo, este vai-se definindo, gradualmente, como metáfora do corpo, na qual se pode projectar uma imagem corporal (Boscaïni, 1998). Tendo em conta que o espaço, antes de ser conceptualizado é vivenciado, é necessário dizer que, na intervenção psicomotora, o espaço tem como núcleo central o Corpo e as relações que a

criança estabelece com os elementos do seu próprio corpo, com o Corpo do Outro e com os Objectos circundantes. Como nos diz Ajuriaguerra (1970) todas as necessidades, pulsões e emoções da criança exprimem-se pelo Corpo; o Corpo é uma entidade Física com superfície, peso, é a substância que confirma a existência de cada um de nós – que nos pertence mas também faz parte do Mundo; que evolui do automático para o voluntário para conquistar uma automatização que permita uma maior liberdade de acção e economia de movimento; o Corpo que se situa no Espaço e no Tempo (no início é um tempo biológico, regulado pelas necessidades básicas, para posteriormente ser um tempo cronológico, e um Espaço que, no início é manipulado, pela sua pouca capacidade de acção para mais tarde sair à conquista do seu Espaço; o Corpo como Totalidade constituída por diferentes componentes; o Corpo como efector e recetor de fenómenos emocionais sobre os outros e sobre si próprio.

A Terapia Psicomotora atribui uma grande importância à linguagem do Corpo e, quando a criança apresenta dificuldades a um nível não só funcional, mas sobretudo expressivo e comunicativo, uma intervenção de forte mediação corporal pretende dar à criança uma oportunidade para fazer falar o seu Corpo e de torná-lo significativo na relação com o outro (Boscaini, 1998). O *setting* terapêutico permite reinstaurar o diálogo tónico como forma privilegiada de intervenção que nos remete para os aspetos tónico-emocionais mais arcaicos, sendo uma estratégia fundamental para ajudar à constituição da totalidade corporal e de construção da própria identidade (Sassano&Bottini, 2013).

APRESENTAÇÃO DE UM CASO CLÍNICO

Vítor tinha 10 anos quando, por indicação do seu pedopsiquiatra, iniciou o seguimento em Psicomotricidade. Filho único. Os pais, ambos com ocupações profissionais no âmbito da saúde, têm entre eles uma diferença de idade de cerca de vinte anos. No ano seguinte ao nascimento do Vítor, a mãe fez a interrupção de uma segunda gravidez, no 6º mês de gestação, por anomalia fetal. Posteriormente, iniciou um quadro de depressão grave com consumos alcoólicos e múltiplos internamentos prolongados, em clínicas de reabilitação. Assim, as várias ausências da mãe, aquando dos internamentos, fizeram parte da vida do Vítor.

Os pais referiram como queixas graves: problemas do sono, desde bebé, (“muito agitado”), dificuldades na linguagem verbal e na comunicação com as outras crianças. À data da 1ª consulta, Vítor apresentava um quadro de atraso global do desenvolvimento, com maior incidência nas áreas da linguagem e da

motricidade. Eram evidentes, ainda, dificuldades ao nível da simbolização, isto é, em imaginar e criar situações lúdicas com utilização de uma linguagem simbólica, refugiando-se em atividades repetitivas, como escrever números e letras. No entanto, também evidenciava apetência e prazer no contato com os outros, sendo recíproco um certo contentamento relacional.

No início do seguimento terapêutico, Vítor assumia, preferencialmente, uma postura hipotónica, lentidão dos gestos, falta de iniciativa, reduzidas respostas às solicitações e uma inibição generalizada na maior parte das sessões. Tinha movimentos muito regressivos que apelavam a uma relação fusional – frequentemente, deitava-se nas almofadas e pedia para lhe cantar uma canção ou lengalenga que repetia quase até à exaustão, enquanto brincávamos, ao ritmo da música, com o seu corpo. Manifestava um enorme prazer quando eu (re)começava a cantar e ele conseguia antecipar a palavra e o movimento que se seguiam. A repetição assegurava-lhe uma certa continuidade e segurança. Pedia-me que lhe tocasse o rosto – com as mãos e por intermédio de vários objetos – como se estivesse a conhecer-Se pela primeira vez. Ficava assim, a sentir-Se durante muito tempo e, posteriormente, começou a repetir, em simultâneo, no meu rosto os movimentos que ganhavam vida em Si. Esta reciprocidade permitiu-lhe apreender o Corpo na sua duplicidade, definindo os dois lados de uma experiência, conjugados e complementares “como coisa e veículo na minha relação com as coisas” como nos diz M. Ponty (cit. in Golse, 2002), na dupla reciprocidade de agente e objeto.

No início da relação terapêutica, os jogos de “*matternage*” assumiram um papel fundamental porque a unidade somatopsíquica desta criança estava bastante fragilizada. O contato Corpo a Corpo é uma das principais técnicas utilizadas em Psicomotricidade: permite à criança regular a própria emoção ajustando-se ao tónus do Psicomotricista, que se apresenta como espelho do seu próprio estado físico e psíquico. Quando tocamos um paciente isso produz um efeito imediato no plano da tonicidade mas, o seu alcance simbólico ultrapassa o registo da comunicação corporal que se situa no aqui e no agora (Camps, 2005). São momentos de relação e contacto corporal entre criança e Terapeuta, momentos de contenção, de segurança, reconhecimento e criação de vínculos. A intervenção psicomotora não pretende instaurar uma regressão ou um retorno da criança a estádios anteriores, mas permitir uma re-actualização de fenómenos anteriores. O toque, que permite o intercâmbio corporal, não visa perpetuar infinitamente uma relação fusional (com o risco de se converter numa resistência ao crescimento) mas deve-se entender como meio de construção de dois espaços diferentes (dentro e fora) e, como um vector de simbolização e de reconhecimento da identidade do sujeito (Potel, 2010).

Ao longo do tempo, Vítor tornou-se bastante ambivalente na relação terapêutica: em vários momentos sentia necessidade de uma grande proximidade física mas, de repente, de forma abrupta e por vezes agressiva, quebrava essa proximidade e afastava-se. No entanto, esse afastamento não era sentido como agradável e, quando se aproximava novamente, procurava “atacar-me” e exercer sobre mim um certo controlo através da sua força física, servindo-se da minha resistência para encontrar os seus próprios limites. Acolhi as suas expressões corporais mais primitivas e regressivas e procurei transformá-las; aceitei as excitações motoras e lúdicas, assegurando as condições da sua integridade física e psíquica, atuando como barreira páraexcitação, de limite e de bem-estar. Nessa altura, Vítor mobilizava em mim uma capacidade constante para conter aquilo que estava, quase sempre, a transbordar, o que não estava organizado, o que poderia funcionar como ameaça para ele e, também, para mim. Ter uma melhor consciência dos seus limites e do limite do Outro foi fundamental para que, progressivamente, pudéssemos reduzir a impulsividade e a agitação, atenuando alguns comportamentos desajustados. A intervenção orientou-se no sentido de ajudar esta criança a respeitar, cada vez mais, determinadas orientações corporais e a adequar-se aos vários limites espaço-temporais.

Nesta fase, a atividade do Pensar estava ainda muito enraizada nas sensações, no Corpo, no pré-verbal, e com reduzido envolvimento representativo. Tornou-se um verdadeiro desafio definir quais as características do dispositivo terapêutico (do Espaço, do Tempo, dos Objetos e também da mediação interpessoal) que seriam fundamentais para introduzir novos desafios que lhe permitissem, em segurança, abandonar um certo funcionamento repetitivo, sem evolução ou transformação. Tentei criar várias situações nas quais pudesse viver o seu Corpo de forma agradável, a fim de evoluir nas suas posturas, coordenações e movimentos; procurei resignificar os vários movimentos para que as suas expressões pudessem assumir todo o seu valor criativo e transformador, abrindo novas possibilidades até à simbolização, à transformação e à linguagem.

O *setting* terapêutico foi-se transformando no sentido de ajudar o Vítor a separar-se e a diferenciar-se, sem lhe retirar as várias possibilidades de expressão num espaço de segurança. Neste sentido, os espaços e os tempos da sessão começaram a organizar-se, cada vez mais, numa determinada sequência [1. *Ritual de entrada*: descalçar os sapatos; 2. *Diálogo Inicial*: normalmente realizava-se nas almofadas – momento de “*matternage*”; 3. *Actividades centradas no movimento corporal* (jogos arcaicos/pré-simbólicos, jogos sensório-motores, jogos simbólicos, jogos de regras); 4. *Momento de*

representação das actividades realizadas e momento de reflexão; 5. Momento final: Diálogo final, momento de relaxação; 6. Ritual de saída: calçar os sapatos]. A vivência repetida e organizada desta sequência permitiu que Vítor começasse a diferenciar, cada vez mais, as acções em relação a cada espaço e cada momento da sessão. Assim, a diferenciação dos espaços vai apresentar-se como um esboço de diferenciação dos espaços psíquicos e, por conseguinte de separação: a criança pode integrar em si, um dentro e um fora separados (Potel, 2010).

Como afirma Potel (2010), o *setting* terapêutico é, também, e antes de qualquer outra coisa, a disponibilidade psíquica e corporal do Terapeuta que apela, no interior de si mesmo, à sua própria capacidade de ser, ao mesmo tempo, receptáculo e separador. No seguimento terapêutico podemos diferenciar dois momentos: um primeiro momento, no qual o mais importante foi estabelecer uma relação e um vínculo com Vítor e acompanhá-lo na construção do seu Eu Corporal e psíquico e, um segundo momento, de evolução até à separação. Ao longo do tempo, diminuí a minha intervenção activa e, criei um distanciamento espacial na relação terapêutica para que Vítor pudesse confiar nas suas capacidades e permitir-Se a várias iniciativas de experimentação autónoma.

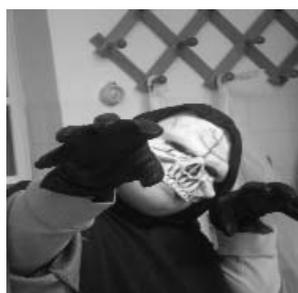
Após um ano de intervenção, mantém várias dificuldades, mas revela melhorias muito significativas: apresenta-se mais desinibido, é capaz de criar novas actividades e momentos de interacção mais adequados à sua idade, tem uma maior noção das consequências das suas atitudes e escolhas, faz referência aos vários contextos da sua vida e, é capaz de abordar os seus medos e inquietações. Não sei se alguma vez irá adquirir as várias competências de acordo com os padrões normativos para a sua idade. Mas, o mais importante, é que todas as semanas, Eu e o Vítor, contamos a nossa história. E, de facto, como nos diz Milner (cit. in Golse, 2002), a possibilidade de liberdade para a criança é co-escrever e co-construir com o Adulto uma terceira história, numa interacção constante com os vários contextos da sua vida, numa visão de segurança e crença no futuro.

ALGUMAS CONSIDERAÇÕES FINAIS

É no Corpo e através do Corpo que encontramos os registos mais autênticos, lugar de expressão dos mais profundos sentimentos e vivências emocionais. Cada pessoa tem a sua “historicidade” gravada no Corpo, a qual nos remete para as primeiras experiências infantis. Acredito que é na possibilidade de viver

simbolicamente o encontro com estes registos que se podem introduzir transformações bastante significativas na vida de muitas crianças. Principalmente, nas crianças que de alguma forma cortaram a sua comunicação com o exterior e criaram uma “segunda pele defensiva”; crianças a quem faltou algum suporte e capacidade de contenção; crianças com angústia de separação e de abandono; crianças emocionalmente frágeis e com dificuldades sociais, nas quais o sentimento da sua identidade e existência está em perigo (Potel, 2010).

Termino com algumas imagens que representam diversos momentos do seguimento terapêutico e que pretendem reforçar a ideia que João dos Santos nos deixou: “o Pensamento vive da sua possibilidade de expressão: pela palavra, pelo grafismo, pela atitude, pelo movimento. Quanto maior for o número de instrumentos expressivos postos ao serviço do Homem, maiores possibilidades terá o pensamento de se desenvolver e de se exprimir” (Branco, 2000).



BIBLIOGRAFIA

- Ajuriaguerra, J. (1970). *Manual de psiquiatria infantil*. Paris: Edições Masson&Cie.
- Aucouturier, B. (2005). *La méthode aucouturier – Fantômes d'action et pratique Psychomotrice*. Bruxelles: Éditions De Boeck Université.
- Boscaini, F. (1998). Cuerpo y emoción. Primer espacio de comunicación y de representación. *Psicomotricidad – Revista de estudios y Experiencias*, 60.
- Boscaini, F. (2000). *Relaciones tónico-emocionales, imagen corporal y aprendizajes en Relajación*. *Psicomotricidad – Revista de estudios y Experiencias*, 64.
- Branco, M. E. (2000). *Vida, Pensamento e Obra de João dos Santos*. Lisboa: Livros Horizonte.
- Camps, C. (2005). La observación de la intervención del psicomotricista: Actitudes y manifestaciones de la transferencia. *Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales*, 19, 28-53.
- Camps, C. (2007). *El diálogo tónico y la construcción de la identidad personal*. *Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales*, 25, 5-30.
- Golse, B. (2002). *Do corpo ao pensamento*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Potel, C. (2002). *Le corps et l'eau*. Paris: Editions Érès.
- Potel, C. (2010). *Être psychomotricien. Un métier du présent, un métier d'avenir*. Paris: Editions Érès.
- Rodrigues, A. N., Gamito, D., & Nascimento, D. (2001). Ecos e espelhos de mim – A psicomotricidade em saúde mental infantil. *Revista de Educação Especial e Reabilitação*, 8(2), 49-58.
- Sassano, M., & Bottini, P. (2013). Técnicas y enfoques en psicomotricidad – Modelización de las prácticas y nociones de la psicomotricidad. *Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales*, 38, 97-144.

ABSTRACT

Through the Body and relational behavior, the child needs, first and foremost, to uncover the pleasure of creating meaning and of “dialoguing” with the other.

Psychomotricity is an expressive, body-mediated therapy where the psychomotricist studies and intervenes in inadequate and improper motoric actions in a broad range of conditions, generally encompassing development and maturational problems in psychomotor, behavioral, learning and psychoaffective domains.

In this communication, the author points out relevant aspects in the therapeutic process of a child in psychomotricity, while emphasizing the importance of a therapeutic space with enough flexibility and rich in mediators,

once in such setting verbal expression does not present itself as the preferred communication pathway.

With the aid of this therapeutic accompaniment, it is proposed to reflect upon the diverse therapeutic possibilities offered to children whose thinking activity is still deeply rooted in the body, the sensations and the pre-verbal aspects, together with low representational involvement.

Key-words: Psychomotricity, Tonic-emotional dialogue, Identity, Thought.

TER OU SER?

ESTUDO DE CASO DE UMA CRIANÇA COM DISFORIA DE GÉNERO *

Silvia González **

Maria Antónia Carreiras ***

RESUMO

O presente estudo teve por objectivo compreender, de forma global e particularizada, o caso do Rui, um menino de sete anos que manifesta o desejo de ser menina e se comporta como tal. Apoiou-se na avaliação cognitiva e emocional, na entrevista à mãe e no seu acompanhamento psicoterapêutico. A técnica de agregação categórica, proposta por Robert Stake (1995), foi aplicada às transcrições das sessões de acompanhamento, originando a identificação de quatro categorias temáticas: o Feminino e o Materno; o Animado e o Inanimado; Onipotência e Narcisismo Infantil; e Transferência/Contratransferência. O resto do material foi usado para efeitos de triangulação. Os resultados revelaram que a problemática do Rui situa-se ao nível da identidade, tendo, portanto, uma estrutura pré-psicótica. Apesar de haver sintomatologia franca na expressão do género, a falha não estaria circunscrita à identificação secundária, sendo muito mais arcaica e primária. Os traumas cumulativos e o predomínio de experiências de frustração na relação precoce dificultaram a introjecção estável do bom objecto interno, debilitando todas as internalizações subsequentes e a elaboração da posição depressiva. A ansiedade suscitada pelos sucessivos eventos traumáticos, nomeadamente na altura do Édipo, terão ocasionado a regressão a pontos de fixação na posição esquizoparanoide. Neste contexto, o desejo de ser menina é entendido como tendo vários níveis de significação: a ilusão de fusão narcísica com a mãe, muito próxima de uma ilusão somática; e uma defesa perante o medo de aniquilação suscitado pela dupla ameaça de castração, paterna e materna.

Palavras-chave: Disforia de género, Pré-psicose, Infância, Estudo de caso.

* Dissertação de Mestrado. Ispa Instituto Universitário, Lisboa.

** Psicóloga Clínica. Mestre em Psicologia Clínica. Ispa Instituto Universitário, Lisboa.

*** Psicóloga Clínica. Psicanalista. Professor Auxiliar. Ispa Instituto Universitário, Lisboa.

INTRODUÇÃO

O presente trabalho é um estudo de caso de uma criança do sexo masculino com 7 anos de idade, que manifesta o desejo de ser menina e mostra um grande fascínio por actividades e brincadeiras tipicamente femininas.

O trabalho está estruturado em seis partes principais:

1. Objectivo
2. Método
3. Apresentação do caso
4. Análise do caso ou Categorias Temáticas
5. Discussão global do caso
6. Ponte com a literatura relativa à Disforia de Género

OBJECTIVO

O Rui apresenta todos os critérios do diagnóstico de Disforia de Género Infantil (GD), tal como descrito no DSM-5 (2014): expressa o desejo de ser uma menina; veste-se com roupas do sexo oposto; tem preferência por papéis femininos no jogo de faz de conta; gosta de jogos e actividades tipicamente femininos; e prefere raparigas como companheiras de jogo.

Contudo, esta classificação é muito superficial, não fornecendo nenhuma informação sobre o funcionamento mental do sujeito. Deste modo, em lugar de se iniciar o trabalho com uma revisão bibliográfica dos vários estudos efectuados nesta área, optou-se por mergulhar no caso “sem desejo e sem memória”, deixando os dados falarem por si mesmos. Assim, estabeleceu-se como objectivo do estudo a compreensão do caso como um todo, na sua complexidade e particularidade, descobrindo o que nele há de diferente e único. Sem pretender a generalização para outros casos, nem a solução de questões teóricas, o que se procurou compreender foi: o funcionamento mental do sujeito; a sequencialidade dos acontecimentos de vida, e as motivações e significações atribuídas pelo mesmo.

Uma vez iluminado o caso na sua globalidade, procedeu-se ao confronto do mesmo com uma série de conceitos e fenómenos relevantes, e com algumas das ideias e teorias relativas à Disforia de Género.

METODOLOGIA

A metodologia escolhida para alcançar os objectivos acima referidos é a do Estudo de Caso Intrínseco de Robert Stake (1995), que foi concebida, precisamente, para conhecer e compreender cada caso particular na sua singularidade e particularidade. Seguindo as orientações e recomendações deste autor, recolheram-se dados recorrendo a várias fontes de informação: documentação (ficha clínica e relatórios); avaliação cognitiva e emocional (WISC-III, Desenho da Família, Rorschach e CAT); consultas de acompanhamento; e entrevista à mãe.

Contudo, as dificuldades levantadas pela integração dos vários tipos de dados, inscritos em lógicas muito diferentes, levou a restringir a procura de categorias temáticas às transcrições das sessões de acompanhamento, usando o restante material para efeitos de triangulação metodológica.

Assim, a informação seleccionada foi analisada usando a técnica da agregação categórica proposta por Stake (1995), que consistiu na dissecção do caso nos seus tópicos mais importantes para uma primeira análise parcial dos mesmos, antes da interpretação global do caso. Deste modo, inicialmente procedeu-se à leitura e análise das transcrições das sessões de acompanhamento, procurando padrões e temáticas recorrentes, assumindo que os elementos importantes de um caso tendem a aparecer e re-aparecer uma e outra vez. Após a sua identificação, foram criadas várias categorias temáticas, as quais foram submetidas a uma análise individualizada, levando ora à sua eliminação por falta de sentido e/ou consistência, ora à sua agrupação por partilharem os mesmos significados, ora à sua re-nomeação. O exame contínuo das possíveis significações destas temáticas permitiu que as novas observações fossem cada vez mais focadas, dando lugar a sentidos mais refinados.

Num segundo momento, procedeu-se à análise mais aprofundada de cada um dos tópicos finais, enunciando, para cada, o que Stake (1995) denomina pequenas generalizações ou *assertions*. Estas afirmações são interpretações que a investigadora formulou a partir da sua compreensão mais profunda, derivada de uma combinação entre experiência pessoal, erudição e ideias de outros autores. Como já foi referido, não se procurou otimizar a produção de grandes generalizações, como nos estudos comparativos e correlacionais, uma vez que o verdadeiro objectivo do estudo foi a particularização, a compreensão do caso em si, do que este tem de único e diferente.

Por último, para validar as afirmações e minimizar os erros interpretativos, procedeu-se a três tipos de triangulação: triangulação da informação, verificando a consistência do caso noutras momentos e espaços, isto é, noutras

circunstâncias (por exemplo, através da entrevista à mãe); triangulação do investigador, mostrando os registos a colegas e especialistas para discussão das interpretações e obtenção de informação adicional; e triangulação metodológica, garantida desde o início uma vez que o caso foi abordado de múltiplas formas (documentos, testes, observação, entrevistas e sessões de acompanhamento).

APRESENTAÇÃO DO CASO

O Rui foi referenciado à Unidade por dificuldades de aprendizagem, agitação psicomotora, enurese, agressividade com os pares, fabulação, e comportamentos esperados para o sexo feminino. O pedido foi realizado pela instituição onde o Rui se encontrava acolhido temporariamente. Após a primeira consulta, que implicou uma entrevista ao técnico responsável pelo caso e uma primeira observação do Rui, foi decidido efectuar uma avaliação completa, cognitiva e emocional, para verificar a viabilidade de um acompanhamento psicoterapêutico.

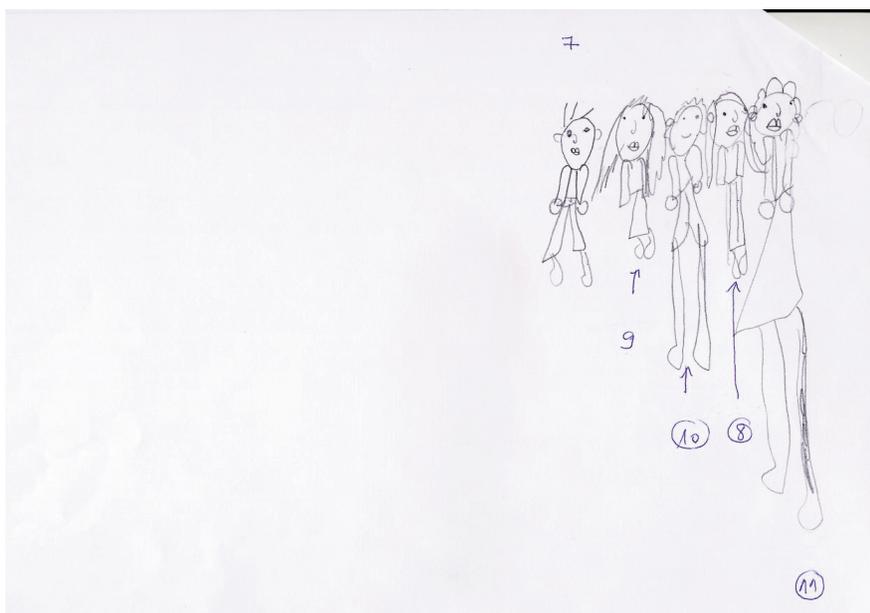
Avaliação cognitiva e emocional

Escala de Inteligência de Wechsler para Crianças: a avaliação cognitiva revelou resultados muito baixos. Em termos globais, o Rui situa-se num nível abaixo do esperado para a sua faixa etária. Os resultados evidenciam um QI Verbal ligeiramente superior ao QI Realização (QIV-QIR=11), indicando um raciocínio homogéneo. Contudo, no contacto, o Rui parece ser uma criança inteligente. Isto é confirmado pelos bons resultados obtidos nas provas de Semelhanças e Vocabulário. A primeira é uma boa medida da inteligência cristalizada, tendo elevada correlação com a inteligência geral, o que descarta a hipótese de deficiência mental. A segunda é, por sua vez, uma medida bastante estável que permite estimar a inteligência pré-mórbida. Por outro lado, as três provas com piores resultados (Aritmética, Completamento de Gravuras e Disposição de Gravuras) são muito influenciadas por factores emocionais, tais como a falta de atenção e concentração, depressão, ansiedade, impulsividade e dificuldades relacionais. Neste sentido, é importante ter em conta que, no momento da avaliação, o Rui apresentava uma grande agitação psicomotora, ansiedade e distractibilidade.

Assim, considerou-se que os baixos resultados globais obtidos na WISC-III devem-se fundamentalmente a questões emocionais, que parecem estar a bloquear e a impedir um funcionamento cognitivo adequado e um melhor contacto com a realidade.

Desenho da Família de Louis Corman – LARPSI: neste desenho (ver Imagem 1) aparecem representados, da esquerda para a direita, o Rui, D (uma meia-irmã mais velha via materna), S (uma meia-irmã mais velha via paterna), e o filho desta, A, sobrinho do Rui. Por último, aparece a mãe. O desenho completo está circunscrito ao canto superior direito da folha, estando as figuras muito compactadas, como querendo representar um desejo de união de toda a família. Há diferenças de sexo mas não de geração, como se o Rui atribuísse a todos uma idade próxima à sua. Os seus lábios são iguais aos da mãe e irmãs, pequenos e grossos, correspondendo ao estereótipo dos lábios femininos. Por contraste, o irmão, único rapaz para além dele, tem lábios diferentes. Investe mais na figura que o representa, desenhando, por exemplo, o próprio umbigo, que deixa à mostra entre a camisola e as calças, algo também tipicamente feminino. Estas características vão ao encontro dos comportamentos observados no Rui, que gosta de se maquilhar e de se vestir com roupas de menina.

IMAGEM 1
Desenho da família



Quando questionado em relação à possível ausência de algum membro da família, o Rui responde: “*Não quero fazer o meu pai porque ele fuma.*” A exclusão consciente do pai dá conta da zanga, rejeição e/ou medo e desvalorização da figura paterna.

Teste de Rorschach: nesta prova o Rui revela importantes carências psicoafectivas pela ausência de figuras parentais cuidadoras e protectoras. O número reduzido de respostas globais associado à elevada percentagem de respostas perceptivamente inapropriadas dão conta de uma pobre adaptação e de uma dificuldade em abordar o mundo socializado. As insuficientes respostas em G representam: figuras desvitalizadas (*boneca*); irreais (*a Bela e a Besta*); confusão entre o mundo animal e o humano (*polvo que tem quarto pernas*); ou não correspondem à banalidade (*boneca* no Cartão 1). Segundo Chabert (1998), quando isto acontece, é possível emitir a hipótese de uma ancoragem frágil no real e dificuldades importantes ao nível da identidade.

Por outro lado, a elevada percentagem do determinante formal mostra que há uma tentativa de apreender os estímulos do mundo exterior atendendo ao princípio da realidade, só que esta abordagem resulta inoperante. As abundantes respostas formalmente inadaptadas no protocolo do Rui representam janelas pelas quais se introduzem as emergências inconscientes, representações recalçadas, afectos reprimidos, e emoções pulsionais incongruentes, sublinhando o desinvestimento da realidade objectiva e do meio, e, portanto, das relações objectais (Chabert, 1998).

A presença excessiva do determinante cinestésico e a sua associação a más formas dá conta de um desequilíbrio entre percepção e projecção, em favor desta última, condenando ao insucesso o valor adaptativo e criativo das respostas cinestésicas (Chabert, 1998).

A instabilidade da identificação sexual é visível nas alternâncias e oscilações (*boneca* no Cartão I e *boneco* no inquérito do mesmo cartão); nos modelos sexuais caricaturiais (*A bela e a Besta*, no cartão IV); ou nas representações opostas (*menino e menina a fazer ginástica*, no Cartão III). Apesar de haver alguma flexibilidade nas tomadas de posição (*gigante*, no Cartão IV ou *meninas*, no Cartão VII), a presença de inúmeras respostas de peças de vestuário tipicamente feminino (*vestido, leggings, saia, sutiã*) revela que a polaridade sexual dominante é oposta à anatómica. Além disso, tanto a relação entre os sexos (*menino e menina a perder sangue*, no Cartão III), como a simbologia sexual, evocam angústia (variados equivalentes de choque nos cartões IV e VI). Deste modo, pode-se afirmar que existem dificuldades na identidade sexual, da qual, aliás, dá conta o sintoma mais exuberante do Rui. Contudo, a problemática da identificação não é a principal. As respostas de vestuário equivalem a respostas

tipo pele, evocando uma superfície que impõe limites entre o interior e o exterior. A importância que o Rui confere a estes limites, e a necessidade de se apresentar como uma superfície sem falhas, camufla o “tecido esburacado” ou falha narcísica. A necessidade de manter a continuidade do ser face à ameaça de morte leva a um contra-investimento das barreiras com o duplo objectivo de preservar o espaço interno, mantendo o outro afastado, e protegendo a imagem ideal de si (Chabert, 1998). A necessidade de reforçar esta barreira aparece também no jogo, no decorrer das sessões, em que as roupas e as acções de vestir e despir as bonecas adquiriram suprema importância.

As respostas de vestuário têm, ainda, o valor simbólico dos esbatimentos de textura, revelando movimentos regressivos que remetem para as experiências de contacto primárias, isto é, para as relações de objecto precoces. Os contactos sensoriais nestas primeiras relações são fundamentais no suporte das mesmas e no estabelecimento do envelope corporal (Chabert (1998). A enorme presença deste tipo de respostas no protocolo do Rui é indicadora de uma procura desesperada de apoio, de continente, de um envelope que obture os tumultos de estimulações sentidas com muita acuidade, protegendo o sujeito da estridente realidade externa.

Children’s Apperception Test de Leopold Bellak e Sonya Bellak: embora muito menos investido, as pranchas do C.A.T. que remetem para situações de abandono e desamparo são vividas com grande angústia e falha nos recursos emocionais, revelando imaturidade. A procura de apoio é visível, por exemplo, no Cartão 2, no uso dos verbos *aguentar* e *segurar*, que remetem para o anaclitismo (*o urso estava a aguentar e os dois ursos, este e este, estão a segurar este que caiu*). Contudo, a presença de temáticas cruas, instabilidade dos objectos, escotomas, confusão identitária, extravagâncias perceptivas e perturbações da sequência temporal dão conta da emergência do processo primário, característico dos funcionamentos mais arcaicos e pré-genitais.

Em suma, o Rui não parece ter acedido ainda a uma estruturação mental de tipo neurótica, entendendo esta como um estágio de desenvolvimento normal e desejável numa criança com a sua idade. Deste modo, parece haver risco de desorganização se as futuras experiências de vida não favorecem uma maior maturação do ego.

História de Vida

Em relação à história de vida, obtida sobretudo na entrevista com a mãe, sabe-se que embora o Rui seja o único filho do casal, ambos os progenitores

têm filhos de casamentos anteriores. A Sra. R, mãe do Rui, tem 49 anos de idade e trabalha como empregada de limpeza. Tem mais três filhos (duas raparigas e um rapaz) de dois relacionamentos prévios, tendo perdido a custódia de todos eles. Todos os seus parceiros eram alcoólicos e maltratantes, incluindo o pai do Rui. O Sr. R, de 43 anos e profissão desconhecida, tem mais três filhas do primeiro casamento.

Um ano após o início da relação nasce o Rui, pelo que a gravidez não parece ter sido planeada. Esta é descrita como tendo corrido sem complicações. O parto foi provocado às 38 semanas porque “*o coração do Rui estava muito acelerado, parecia o coração dum cavalo*”. A Sra. R refere que “*depois de ter nascido, o Rui não conseguia chorar, tinha o pulmão tapado*”, tendo de ficar 6 dias na incubadora. Foi também detectado um sopro no coração que, passado algum tempo, acabou por desaparecer.

O Rui não foi amamentado devido à medicação que a mãe toma, desde os 31 anos, para a epilepsia. O treino do asseio foi caracterizado pelo estrito controlo, por parte da mãe, do contacto do Rui com o pai, pois esta achava que o marido tinha uma doença que podia transmitir ao filho.

Quando o Rui tem cinco anos de idade, o casal separa-se após uma forte discussão em que o pai põe a mãe e o filho na rua, sendo estes institucionalizados no Sul do país. A mãe refere que é aqui que começam a enuresse e os comportamentos femininos do filho, vestindo-se com roupas de rapariga e brincando com as bonecas. A adaptação do Rui ao novo infantário parece ter sido complicada, tendo de ser acompanhado todos os dias até à sala de aula com medo que os colegas lhe batessem. A passagem da Sra. R pela instituição também não foi fácil, uma vez que sofria de enxaquecas diárias, que a deixavam prostrada a maior parte do tempo.

Passados seis meses, ambos regressam para a região centro-sul do país, sendo a mãe acolhida pela irmã, tia do Rui, e ele institucionalizado temporariamente enquanto a Sra. R se reorganizava para tomar conta do filho. Um ano mais tarde, o Rui continuava na mesma situação, sendo a própria instituição a fazer o pedido de observação à Unidade de Pedopsiquiatria.

Na entrevista realizada à mãe do Rui, esta surge como uma mulher passiva, pouco empática e responsiva, sem ressonância emocional nem capacidade reflexiva. Se bem que por um lado teme o masculino, por outro parece desvalorizá-lo, rejeitá-lo e atacá-lo. A sua história pessoal revela uma compulsão à repetição do mesmo padrão relacional, altamente patológico, escolhendo parceiros alcoólicos e maltratantes. Contudo, apesar de se colocar sempre no papel de vítima, a Sra. R não tem um perfil masoquista, parecendo que, no seu caso, os papéis de vítima e de agressora alternam com facilidade.

Como mãe, mostra-se abandonada e negligente. Sabendo das próprias dificuldades para tomar conta das primeiras filhas, nunca tomou medidas para evitar novas gravidezes. Os filhos não parecem ser vistos nem tratados como indivíduos, sendo antes usados como prolongamentos de si própria, com função de compensação narcísica, e como equivalentes do falo que tanto teme como inveja.

Acompanhamento

O acompanhamento do Rui decorreu ao longo de oito meses, consistindo num total de 28 sessões de 45 minutos de duração. Durante os seis primeiros meses teve uma frequência semanal, sendo o resto do tempo em regime quinzenal. No final de cada sessão procedeu-se à transcrição da mesma, procurando o máximo rigor.

O jogo do Rui era, no geral, muito pobre, restrito e repetitivo. O jogo simbólico era escasso, mantendo-se quase sempre num nível mais próximo do exploratório, apesar do passar do tempo e da familiaridade com os materiais.

ANÁLISE DO CASO: TEMÁTICAS SALIENTES

Após uma primeira leitura das transcrições das sessões de acompanhamento, foram identificadas oito temáticas recorrentes, que, após uma segunda análise, foram reduzidas a quatro: o Feminino e o Materno; o Animado e o Inanimado; Onnipotência e Narcisismo Infantil; Transferência-Contratransferência. Apresentam-se, a seguir, as ideias e afirmações que foi possível inferir de cada uma delas. As conclusões retiradas foram confrontadas com a informação obtida através de outras fontes, nomeadamente a avaliação e a entrevista à mãe, assegurando assim a sua consistência e validade.

O Feminino e o Materno

Observamos que o “seio” tem um enorme protagonismo na fantasia, no jogo e na vida onírica do Rui, o que parece indicar que a relação objectal é ainda parcial. Por outro lado, o Rui faz uso do mecanismo de equação simbólica (Segal, 1957), tratando os seios das bonecas como se fossem o objecto que representam, isto é, o seio materno real. Além disso, apresenta uma dupla atitude de apreensão e idealização perante os mesmos, dando conta do

mecanismo primitivo de clivagem do objecto. Assim, embora verbalize o desgosto que lhe causam os seios das bonecas (“*não gosto de ver mulheres nuas*”; “*as mamas são más*”; “*as mamas são feias*”), o comportamento do Rui mostra que também reconhece neles qualidades positivas, ou pelo menos um grande efeito de atracção: tem preferência por bonecas que têm estes caracteres sexuais marcados (Barbies e Bratz); veste-as, com frequência, deixando os seios à mostra; insiste em levá-las para casa; e, numa ocasião em que fez uma cópia em papel de uma boneca, insistiu em que fosse a terapeuta a desenhar os seios, com medo de “estragá-los”. Portanto, para o Rui, o seio materno também tem qualidades boas e belas que precisam de ser protegidas.

Por outro lado, o Rui revela fantasias de ataque ao seio/corpo materno: sonha que perfura um seio da mãe; na prancha I do Rorschach, que escolhe como cartão da mãe, dá a resposta “*boneca sem cabeça...porque eu puxei pela cabeça*”, etc. Estas fantasias também podem ser entendidas como ataques à figura paterna, pois, segundo Klein (1930), nas fantasias mais precoces da cena primitiva o pénis do pai é incorporado no corpo da mãe durante o acto sexual. Os ataques ao pai são mais evidentes no Desenho da Família e no CAT, embora talvez a negação do próprio sexo biológico possa ser vista no mesmo sentido, numa nova equação simbólica entre pénis e figura paterna.

Por último, para além da clivagem de objecto, parece haver ainda uma clivagem em relação ao género, em que o feminino estaria no polo idealizado e o masculino no polo rejeitado. Sendo as relações objectais parciais, a idealização do feminino expressa-se através da valorização de traços e características estereotipadamente femininas, como é o cabelo comprido, as roupas e os acessórios. Em contrapartida, a desvalorização do masculino manifesta-se pela rejeição das actividades e brincadeiras típicas deste sexo, e talvez pela negação do seu equivalente simbólico, o pénis.

As relações de objecto parciais, equação simbólica, clivagem e fantasias destrutivas parecem indicar que o nível de funcionamento mental do Rui é ainda muito primitivo.

O Animado e o Inanimado

Durante as sessões de acompanhamento, o Rui mostrou possuir uma fraca distinção entre o mundo animado e inanimado, tratando as bonecas como se fossem pessoas, e a terapeuta como se fosse uma boneca (“*faltam-te as pilhas*”). Ambos os comportamentos dão conta do uso de dois mecanismos de defesa muito primitivos descritos por Margaret Mahler (1960): o mecanismo de animação do mundo objectal não humano, que revelou ser uma tentativa de

recapturar a relação de amor primária; e o mecanismo de desvitalização do mundo objectal humano, que parece funcionar como uma defesa perante estímulos que exigem respostas emocionais-sociais altamente complexas para um ego regredido como o do Rui.

Apesar das bonecas serem equacionadas a múltiplos objectos (mãe, tia, terapeuta, amiga), dando conta da confusão e instabilidade objectal do Rui, na maior parte das vezes representavam objectos que proporcionavam alguma segurança. Neste sentido, pareciam funcionar como objectos transitivos (Winnicott, 1953), isto é, como objectos mediadores entre a realidade interna e externa, facilitando a transição de um tipo de relação objectal primitiva, de tipo fusional e oral, para uma verdadeira relação de objecto, em que a diferenciação eu-outro é reconhecida.

Contudo, por vezes as bonecas perdiam essas qualidades protectoras e confortantes, transformando-se em objectos persecutórios:

Rui: *Vou pôr os leggings a esta boneca... não consigo!*

Terapeuta: *São muito pequenos para essa boneca...*

Rui: *Não são, são as pernas dela que fazem de propósito, as pernas é que fazem de propósito!*

Neste excerto o Rui fala dos membros inferiores da boneca como se fossem a boneca inteira (objecto parcial), que, por sua vez, equaciona a um ser humano (equação simbólica e animação do mundo objectal não humano), atribuindo-lhes uma intencionalidade maligna através do mecanismo da identificação projectiva, mecanismo de defesa muito arcaico.

A persistência do fenómeno transitivo que, no desenvolvimento normativo, surge entre o quarto e décimo-segundo mês, confirma, mais uma vez, que a organização mental do Rui é muito primitiva.

O esbatimento da distinção entre o mundo objectal humano e o mundo inanimado é um fenómeno que se encontra, de forma mais marcada, nas crises psicóticas agudas, sendo resultado da regressão a um estado de indiferenciação primitiva.

Narcisismo e Onnipotência Infantil

Para a terceira categoria foram considerados principalmente dois comportamentos: as afirmações de propriedade, em que o Rui afirmava que os brinquedos da sala lhe pertenciam, e o Jogo das Magias, que usava para levar objectos às escondidas. Estes comportamentos podem ser vistos como simples mentiras e

furtos, actos vulgarmente considerados anti-sociais. Contudo, não parece que o Rui procurasse com eles um ganho material ou de cariz utilitário. A análise da natureza e evolução dos mesmos revelou que, na verdade, ambos se encontram ao serviço do narcisismo e onnipotência infantil, que foi como se denominou esta categoria.

Após terem sido interpretadas de várias maneiras sem sucesso (como sendo fruto da angústia de separação, do sentimento de inveja, etc.) as afirmações de propriedade acabaram por ser entendidas como tentativas de restaurar a própria imagem, negando os sentimentos de privação e de carência. Já o Jogo das Magias foi visto como uma forma que o Rui arranjou para reivindicar e reparar uma falta.

Neste mesmo sentido apontam as ideias de Ferenczi (s/d cit. por Marcelli, 2005) e Winnicott (1956). O primeiro autor associava a mentira ao sentimento de onnipotência do pensamento, colocada ao serviço do narcisismo infantil e do ego ideal. O segundo, por sua vez, afirmava que a criança que furta um objecto não pretende o objecto furtado, mas a mãe a que tem direito. Muitos outros autores verificaram que detrás de uma criança que rouba se encontra sempre uma grande carência afectiva, abandono intra-familiar emocional ou real, separação parental, rigor extremo, ou abandono educativo total (Marcelli, 2005). Tudo isto faz parte da história do Rui. Winnicott (1956) considera estes actos anti-sociais como um sinal positivo, pois a sua presença significa que a criança ainda tem esperança. Curiosamente ambos os comportamentos começaram a manifestar-se quando a relação terapêutica já estava bem estabelecida.

Em suma, as mentiras não traduziriam a procura de um benefício concreto nem seriam intencionais, antes tinham por função restaurar a própria imagem e negar o sentimento de vazio. Do mesmo modo, os pequenos furtos parecem ser uma forma de preservar a onnipotência e o narcisismo, o que é confirmado pelo seguinte fragmento retirado de uma sessão em que o Rui se encontrava particularmente triste e abatido:

Rui: *Eu já não tenho magias...*

Terapeuta: *Então?*

Rui: *Já não consigo fazer...*

Terapeuta: *Perdeste os teus poderes?*

Rui: *Sim (fica paralisado, sem brincar, com ar muito triste)*

Para Ana Freud, os conceitos de “é meu” e de “não é meu” desenvolvem-se de forma muito progressiva, paralelamente aos avanços na construção da identidade (s/d, cit. por Marcelli, 2005). Ora, a identidade do Rui é ainda muito precária.

Transferência e Contratransferência

O papel, ou a identidade, que o Rui me atribuía transferencialmente era tão instável como a dele próprio. Assim, por vezes parecia predominar a transferência materna, colocando-me no lugar da mãe que priva e frustra. Outras, assignava-me o lugar da irmã, projectando em mim os sentimentos de raiva e inveja próprios da relação fraterna. Em diversas ocasiões dirigiu-se a mim como se fosse um objecto inanimado, usando o mecanismo de desvitalização para se proteger de projecções perigosas (Kernberg, 1991). Também era frequente situar-me no lugar do objecto idealizado, colocando em mim imagens de figuras femininas irreais (“*tens o cabelo como Rapunzel*”) ou idealizadas (“*tu és a bailarina!*”). Por último, em algumas sessões também me foi atribuído o papel de objecto de escolha sexual (“*A Dra. Silvia e eu demos um beijinho na boca!*”).

Em relação à contratransferência, as sessões com o Rui deixavam em mim uma sensação de profundo tédio e vazio. A emergência do processo primário, o domínio da identificação projectiva, a falta de constância objectal e os conteúdos parciais obrigavam-me a reforçar o envelope-pele, assim como os limites eu-outro. Os aspectos clivados da personalidade que projectava de forma crua criavam em mim a necessidade urgente de mostrar coesão, tentando dar um sentido ao que parecia caótico e incoerente. A fabulação constante levava-me a perder o sentido da realidade e colocava-me à prova, estimulando a desvalorização dos conteúdos expressos e o sentimento de estar a ser manipulada.

Na relação terapêutica foi possível identificar vários elementos. Em primeiro lugar, o Rui parecia procurar em mim a onnipresença, beleza e bondade ilimitada do bom objecto, através do pedido constante de disponibilidade total da minha parte ou da exigência de que as suas necessidades e desejos fossem preenchidos no plano do concreto (mais tempo de consulta, prendas, procura de conforto através de contacto corporal, satisfação dos impulsos genitais). Segundo Müller (2004), estes comportamentos revelam a instalação de um tipo de transferência, a simbiótica, sendo um mecanismo defensivo típico nas psicoses narcisistas, em que o paciente procura introjectar o terapeuta como bom objecto interno, de modo a fundir as representações idealizadas do *self* e as do bom objecto. Deste modo evita o reconhecimento de sentimentos agressivos e ansiosos na relação terapêutica, que poderiam levar a interacções paranóides, e tenta estabelecer uma relação de objecto que compense a privação, frustração e carência experimentadas na relação precoce (Müller 2004).

A negação da distinção entre sujeito e objecto fazia-me sentir, contra-transferencialmente, muito próxima do Rui, chegando a considerar a nossa relação como indispensável para o seu bem-estar. Muitas vezes senti-me tentada a condescender e a satisfazer os seus pedidos de gratificação, justificando-os com a racionalização de que o Rui tinha sido tão severamente privado e traumatizado que este tipo de intervenção correctiva e concreta era necessária. Contudo, sobra dizer que isso só teria contribuído para a manutenção da transferência simbiótica.

Outro tipo de transferência operante no Rui, associada à anterior, é a chamada transferência de objecto-do-self ideal. Activando o mecanismo de identificação projectiva, o paciente projecta na terapeuta representações parciais do *self* e de objectos internos, criando assim a ilusão de fusão idealizada com o objecto-do-self (Müller 2004). Deste modo, tratando-me como se fosse o objecto ideal real, e identificando-se a mim, o Rui procurava sentir que participava das minhas qualidades. De facto, quando expressava partes do *self* destrutivas, hipersexuais ou invejosas, tentava negá-las urgentemente, e quando era questionado em relação a alguns temas ou aspectos “menos bons” da sua personalidade, o Rui respondia com frases como “*não gosto da conversa*”, e ameaçava ir-se embora.

As atitudes do Rui em relação à terapeuta, altamente voláteis e contraditórias, dão conta das flutuações na própria imagem. A precocidade da transferência, o seu carácter caótico e a intensidade da mesma mostram como o seu funcionamento é perturbado.

Os dois tipos de transferência descritos, simbiótica e de objecto-do-self ideal, fazem parte, segundo Müller (2004) da transferência psicótica narcisista. A transferência de objecto-do-self ideal é típica dos estados pré-psicóticos, em que o paciente luta contra a fragmentação com a ajuda da idealização do objecto. Ambas informam sobre o que foi particularmente traumático, ou ausente, na relação primária do Rui: a ausência de uma relação com um objecto-do-self ideal, base do processo de identificação primária.

ANÁLISE GLOBAL DO CASO

Tendo como base a análise das categorias temáticas, a avaliação cognitiva e emocional, e a entrevista à mãe, foram inferidas algumas características do modo de funcionamento mental do Rui: falha narcísica e identitária; relações de objecto parciais; clivagem; projecção maciça; mecanismos de animação e

desvitalização; equação simbólica; fenómeno transitivo; sentimentos de inveja, tédio e vazio; e transferência psicótica narcisista, entre outros. A partir destes elementos conclui-se que a organização mental do Rui situa-se num nível muito primitivo, correspondendo ao da posição esquizoparanóide descrita por Klein (1946), que, no desenvolvimento normal, corresponde aos seis primeiros meses de vida.

Neste mesmo sentido apontam outros elementos observados durante o acompanhamento e que não foram descritos na análise das categorias temáticas.

O uso do mecanismo de identificação projectiva, na sua versão mais patológica, descrito por Klein (1946) como a expulsão violenta das partes mais terríficas do *self* no objecto da relação, com a intenção de controlá-lo ou prejudicá-lo a partir do interior:

Rui: *E estas feridas?* (a psicóloga tem uma pequena ferida na boca)

Terapeuta: *Aleijei-me sem querer...*

Rui: *Fui eu a fazer!*

A clivagem do objecto, já comentada, é acompanhada, no Rui, pelo desdobramento do ego (Bergeret, 1998), em que uma das partes do ego permanece em contacto operativo com a realidade, enquanto a outra o perde, ao negar os aspectos angustiantes da mesma. O desdobramento do Ego observa-se em passagens como a seguinte:

Rui: *O teu cabelo cresceu!*

Terapeuta: *Parece-te mais comprido?*
(de repente fica furioso e tenta desfazer-me o penteado)

Rui: *Agora és feia mana!*

Terapeuta: *Pareces muito zangado com a tua irmã...*

Rui: *Eu não, foi um monstro que fez isso!*

Também se manifesta no fenómeno do gémeo involuntário, que consiste no desenvolvimento de uma personalidade separada, cindida e bizarra, lado a lado com a personalidade normal, caracterizando-se por qualidades activas e até perversas (Boavida, 1995), como mostra o seguinte excerto:

Rui: *Eu já não tenho bonecas...*

Terapeuta: *Como é isso?*

Rui: *À única que tinha pintei madeixas e ficou estragada...*

Terapeuta: *Estragaste a boneca*

Rui: *Mas não fui eu...*
 Terapeuta: *Então?*
 Rui: *Foi ele*
 Terapeuta: *Quem?*
 Rui: *Meu amigo imaginário*
 Terapeuta: *Tens um amigo imaginário?*
 Rui: *Tenho*
 Terapeuta: *E que é que ele diz?*
 Rui: *Que tem saudades da Silvia*
 Terapeuta: *Parece-me que tu também tiveste saudades minhas*
 Rui: *(Acena)*
 Terapeuta: *E que mais fazem os dois?*
 Rui: *Ele estraga*
 Terapeuta: *Estraga o quê?*
 Rui: *Estraga a minha beleza...*

Segundo Bergeret (1998), o desdobramento do ego é um mecanismo de defesa psicótico contra a angústia de fragmentação e de morte. Ele antecede a descompensação, quando o ego ainda luta com sucesso contra a desintegração. Nos casos mais extremos de desdobramento, o ego pode constituir uma neo-realidade mais tranquilizadora (Bergeret, 1998). Talvez o desejo de ser menina no Rui represente o primeiro tempo de uma futura convicção delirante.

A emergência em processo primário observa-se também no uso que o Rui faz da linguagem:

Rui: *Posso levar esta?* (Encontra uma boneca de porcelana)
 Terapeuta: *Sabes que não é possível...Esta boneca é muito frágil, tens de tratá-la com cuidado porque pode partir...*
 Rui: *Que há nesse saco?*
 Terapeuta: *Revistas.*
 Rui: *Posso ver? Pois é. Que frágil! Que há aqui dentro?* (abre outra porta e encontra um Nenuco, uma banheira, um relógio e outros brinquedos)
 Rui: *Que frágil! Vamos por todos aqui fora. E este relógio?* (tenta tirar do embrulho)
 Rui: *É frágil!* (fecha a porta mas não consegue)

Rui: *Isto não fecha! (repara que há um boneco a bloquear a porta)
Que é este boneco? É um velhinho?*

Terapeuta: *Parece, tem barba e óculos...*

Rui: *É frágil. Tu sabes o que é frágil?*

Terapeuta: *Eu sim, e tu?*

Rui: (não responde)

Terapeuta: *Que é frágil para ti?*

Rui: *Brinquedo-seca.*

Assim como na crueza das suas fantasias:

Rui: *Toma*

Terapeuta: *Um donut! Obrigada*

Rui: *Toma!*

Terapeuta: *Um pastel de morango, que bom!*

Rui: *Toma sumo! (pressiona a garrafa contra minha boca, com força)*

Rui: *Toma, é um pedaço de carne que se chama pipi!*

As fantasias de incorporação dão conta do uso deste mecanismo primitivo de internalização, típico da fase de indiferenciação eu-objecto, em que predominam fantasias de ingestão oral, de engolir ou destruir o objecto. Encontram-se em pacientes com psicoses, distúrbios de comportamento, e nos períodos de regressão grave na psicanálise de neuróticos (Boavida, 1995).

Klein (1957) considera que ao sadismo oral e às fantasias de ataque ao interior do corpo materno, se juntam os impulsos uretrais e anais, de modo que a urina e os excrementos se transformam, simbolicamente, em armas perigosas. Este tipo de fantasias apareceu, de facto, durante o acompanhamento do Rui: “*Agora a minha boneca fazia xixi e cocó em cima da tua!*” Assim, associa a enurese aos actos violentos de cortar, esfaquear, queimar ou afogar, enquanto vê a massa fecal como balas e mísseis. O sujeito sob estudo não só apresenta enurese como também expressa fantasias destrutivas de esfaqueamento. Durante uma sessão partilhou um sonho no qual esfaqueava violentamente uma colega da instituição.

Em suma, o mundo interno do Rui parece fragmentado, instável e caótico. Há uma ausência de ego estruturado, de permanência de objecto, de limites entre o dentro e o fora, e de relações de objecto totais. Apesar do sintoma mais exuberante ser relativo ao género, a falha parece ter acontecido antes, no

processo de elaboração das identificações primárias. Deste modo, não parece ter havido uma suficiente introjecção do bom objecto interno, base para a construção da identidade, nem uma completa elaboração da posição depressiva, que é a que permite a integração do ego, adaptação à realidade e função simbólica. Assim, a questão principal com que o Rui se debate não é a de ser menino ou menina, mas antes a de ser inteiro. A sua problemática situa-se no não acesso à identidade, tal como confirmam as provas projectivas, sendo o seu funcionamento mental pré-psicótico.

Em relação à questão da sequência dos acontecimentos de vida, podemos pensar que as complicações do parto e puerpério poderão ter deixado uma reactividade exacerbada no Rui, que não terá sido neutralizada por uma mãe pouco empática e responsiva. Deste modo, as experiências de frustração parecem ter predominado na relação precoce, deixando pontos de fixação na fase oral.

O treino do asseio, caracterizado pelas ideias paranóides da mãe em relação à suposta doença do pai, também parece ter deixado marcas no psiquismo do Rui. Para além disso, a relação de exclusividade que a mãe se assegurou com o filho, como forma de manter o marido sob controlo, terá dificultado o processo de separação-individação.

Posteriormente, os eventos traumáticos na altura do Édipo parecem ter agravado dois tipos de angústia. Por um lado, a ansiedade de castração, presente tanto na avaliação projectiva como nas sessões de acompanhamento, parece ter jogado um papel importante. A grande cólera e impulsividade que levou o pai a expulsar mãe e filho de casa, terá suscitado no Rui uma intensa angústia de castração, ao interpretar tal acontecimento como uma retaliação aos seus impulsos genitais e à relação dual que mantinha com a mãe. Esta angústia terá sido reforçada, ainda, pela falta de um verdadeiro laço afectivo entre pai e filho, a aterradora representação do masculino e do paterno que a mãe lhe terá transmitido, e as próprias vivências precoces junto da figura paterna.

Por outro lado, a angústia de separação, presente desde o nascimento, parece ter sido agravada pela institucionalização. Tendo conhecimento da existência dos três meios-irmãos mais velhos, todos eles afastados da mãe desde crianças, o Rui terá vivido o acolhimento institucional como uma ameaça de separação da figura materna (ameaça que era real, de facto, pelo historial e falta de condições económicas). Este sentimento terá sido intensificado pela indisponibilidade emocional da mesma, que na altura começou a sofrer de fortes enxaquecas, muito provavelmente um sinal somático de ansiedade e depressão. De facto, foi precisamente nesta altura que apareceram os sintomas

do Rui: enurese, alterações de comportamento, comportamentos esperados para o sexo feminino, e procura de conforto nas bonecas como objectos transitivos.

Nestas circunstâncias, e com as falhas precoces descritas, o Rui parece ter reagido com uma regressão à posição esquizoparanóide. O ego frágil e imaturo, sem recursos para fazer frente a estas ansiedades, não teria outra alternativa senão a de recorrer aos mecanismos de defesa mais arcaicos para evitar a fragmentação. Assim, para além das angústias de desamparo e castração, o Rui experimenta angústias muito mais primitivas, que o ameaçam de desintegração.

O modo de funcionamento psíquico do Rui parece estar muito próximo da psicose simbiótica infantil descrita por Margaret Mahler (1952), caracterizada pela existência de uma relação simbiótica mãe-bebé em que a representação mental da mãe permanece fundida com o *self*, fazendo parte da ilusão de onnipotência do paciente infantil. As primeiras manifestações encontram-se entre o terceiro e o quarto ano, ou então na altura do conflito edípico, como é o caso do Rui (Mahler, 1952). A maturação, o desenvolvimento psicosssexual, e as complexas exigências emocionais da situação edípica, confrontam a criança com a realidade da sua separação e independência da mãe, ameaçando a ilusão de onnipotência simbiótica e provocando uma reacção de pânico. No caso do Rui esta confrontação parece ter sido especialmente abrupta devido aos vários eventos traumáticos. Segundo Mahler (1952), a criança tenta então restaurar a unidade através de ilusões somáticas e de alucinações de reunião com a imagem materna.

Embora o Rui não apresente alucinações, coloca-se a hipótese de que o desejo de ser menina possa representar uma ilusão de fusão narcísica com a mãe, muito próxima de uma ilusão somática, como mostra o seguinte fragmento em que o Rui acredita ter mamas e pénis....

Rui: *Olha esta! Está gira! É um rapaz!*

Terapeuta: *É um rapaz? Porquê?*

Rui: *Porque tem mamas e pila...*

Por último, em relação à questão de qual será a significação do sintoma atribuído, de forma inconsciente, pelo sujeito, coloca-se a hipótese de que o desejo de ser menina no Rui represente uma tentativa de recuperar a ilusão de união simbiótica com a figura materna.

Segundo Mahler (1952), tendo regredido ao estágio ilusório do relacionamento simbiótico mãe-bebé, os limites do *self* e do *não-self* mantêm-se indistintos, estando a representação do *self* corporal também confundida. A

autora refere que nestes casos, os mecanismos descritos por Klein se apresentam com grande clareza, como acontece no Rui.

PONTE COM A LITERATURA RELATIVA À DISFORIA DE GÉNERO

As conclusões retiradas neste estudo não são extrapoláveis a outros casos. De facto, os autores que estudaram pacientes aparentemente similares, isto é, crianças do sexo masculino que cumpriam os critérios para o diagnóstico de Disforia de Género (GD) descrito no DSM-5 (2014), têm opiniões muito diferentes sobre o tipo de funcionamento mental que estas crianças apresentam.

Existem dois tipos de teorias etiológicas relativas à GD: as teorias conflituais e as teorias conflituais. As primeiras consideram a GD, tradicionalmente conhecida por transexualismo, como uma forma de identidade *per se*, livre de conflito (Greenson, 1968; Stoller, 1975, cit. por Person & Ovesey, 1983). As segundas defendem que se trata de uma perturbação, e mais especificamente, de uma formação de compromisso. Dentro deste último enquadramento teórico, o transexualismo é visto, ainda, de múltiplas formas: como uma defesa perante a própria homossexualidade, como a esquizofrenia paranóide (Socarides, 1969, cit. por Meyer 1982); como uma neurose, próxima das perversões (Volkan, 1976, cit. por Meyer, 1982); ou como o resultado patológico da fase de separação-individação, fazendo parte da organização *borderline* (Person & Ovesey, 1974, cit. por Meyer, 1982).

Embora não se pretendesse fazer uma revisão de literatura sobre a GD, foi realizada uma leitura dos vários modelos teóricos e encontrada uma teoria que ilumina, em grande medida, o caso sob estudo. Trata-se da teoria etiológica de Meyer (1982), autor que integra todas as teorias conflituais psicanalíticas sobre a GD ou transexualismo até a data. Este também situa a origem da patologia nos primeiros anos de vida, nas interações mãe-bebe que interferem com a integração dos atributos corporais no ego, a construção do esquema corporal, e a distinção eu-outro. No entanto, considera que estas falhas primárias são agravadas pelo conflito edipiano, que apresenta a particularidade de uma dupla ameaça de castração, paterna e materna (Meyer 1982). Estes dois elementos parecem ter estado presentes no caso do Rui. Da entrevista à mãe, inferiu-se que esta não só teme como rejeita e ataca o masculino. Deste modo, o impulso de tomar a mãe como objecto sexual, no Rui, parece ter colidido com a depreciação que esta faz do masculino e a aversão inconsciente aos genitais do filho, tornando-se uma segunda fonte de ansiedade. Se a isto for acrescentado o

facto de o Rui não se ter sentido amado por aquilo que é, um rapaz, e o correspondente medo de ser abandonado, compreende-se como, para ele, parece ter tido menos custos desistir da mãe como objecto de amor e, em lugar disso, ter escolhido identificar-se com ela.

Contudo, tal como Meyer (1982) defende e já foi referido mais acima, o perigo real é o da desintegração. Sem constância objectal nem integração da personalidade, o Rui não terá conseguido afirmar a própria genitalidade, pois a intensificação dos impulsos libidinais só terá levado à acentuação das defesas primitivas. O medo de aniquilação suscitado pela angústia de separação e a dupla pressão edipiana, terão resultado numa aversão ao masculino e numa reforçada identificação ao feminino.

Assim, o desejo de ser menina no Rui parece ter vários níveis de significação: uma ilusão de fusão narcísica com a mãe; e uma defesa perante o medo de aniquilação suscitado pela dupla ameaça de castração, paterna e materna.

CONCLUSÃO

O presente trabalho abordou um caso de Disforia de Género na infância, usando a metodologia de estudo de caso intrínseco proposta por Robert Stake (1995), que propõe partir dos dados sem ideias preconcebidas, deixando que seja o próprio caso a revelar a sua singularidade e complexidade. A aplicação da técnica de agregação categórica às transcrições das sessões de acompanhamento, e o uso de outras fontes de informação para efeitos de triangulação, permitiram uma compreensão mais aprofundada do funcionamento do sujeito. Os resultados mostraram que a problemática deste situa-se ao nível da identidade, tendo, portanto, uma estrutura pré-psicótica. Apesar de haver sintomatologia franca na expressão do género, a falha não estaria circunscrita à identificação secundária, sendo muito mais arcaica e primária. Os traumas cumulativos e o predomínio das experiências de frustração na relação precoce dificultaram a introjecção estável do bom objecto interno, debilitando todas as internalizações subsequentes e a elaboração da posição depressiva. A ansiedade suscitada pelos sucessivos eventos traumáticos, nomeadamente na altura do Édipo, terão ocasionado a regressão a pontos de fixação na posição esquizoparanóide. Neste contexto, o desejo de ser menina é entendido como tendo vários níveis de significação: a ilusão de fusão narcísica com a mãe, muito próxima de uma ilusão somática; e uma defesa

perante o medo de aniquilação suscitado pela dupla ameaça de castração, paterna e materna.

BIBLIOGRAFIA

- Bergeret, J. (1998). *Psicopatologia patológica. Teoria e clínica*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Boavida, M. C. (1995). *Schreber aos conceitos alfa e beta: Contribuições da psicanálise para a compreensão da psicose*. Dissertação de mestrado em Psicologia Clínica. Lisboa: ISPA Instituto Universitário.
- Chabert, C. (1998). *O Rorschach na clínica do adulto*. Lisboa: Climepsi Editores.
- DSM-5 (2014). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Kernberg, P. F. (1991). Childhood psychosis: A psychoanalytic perspective. In S. I. Greenspan & G. H. Pollock (Eds.), *The course of life, Vol. 3: Middle and late childhood* (pp. 115-134). Madison, CT US: International Universities Press, Inc.
- Klein, M. (1930). The importance of symbol formation in the development of ego. *International Journal of Psycho-Analysis*, 11, 24-40.
- Klein, M. (1946). Notes on Some Squizoid Mechanisms. *International Journal of Psycho-Analysis*, 27, 99-111.
- Klein, M. (1957). *Envy and gratitude: a study of unconscious sources*. Oxford England: Basic Books.
- Mahler, M. (1952). Sobre a psicose infantil e esquizofrenia: psicose autística e simbiótica da infância. In M. Mahler (Ed.), *As psicoses infantis e outros estudos* (3ª ed., pp. 23-61). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Mahler (1960). Desdiferenciação perceptual e relações psicóticas de objecto. In M. Mahler (Ed.), *As psicoses infantis e outros estudos* (3ª ed., pp. 62-69). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Marcelli, D. (2005). *Infância e psicopatologia*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Meyer, J. K. (1982). The theory of gender identity disorder. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 30, 381-418.
- Müller, T. (2004). On psychotic transference and countertransference. *Psychoanalytic Quarterly*, 73(2), 415-452.
- Ovesey, L. & Person, E. (1973). Gender identity and sexual psychopathology in Men: A psychodynamic analysis of homosexuality, transsexualism, and transvestism. *Journal of American Academy of Psychoanalysis*, 1(1), 53-73.
- Person, E. S. & Ovesey, L. (1983). Psychoanalytic theories of gender identity. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis*, 11(2), 223-227.
- Segal, H. (1957). Notes on symbol formation. *International Journal of Psycho-Analysis*, 38, 391-398.

- Stake, R. (1995). *The art of case study research*. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications.
- Winnicott, D. W. (1953). Transitional objects and transitional phenomena - A study of the first not-me possession. *International Journal of Psycho-Analysis*, 34, 89-97.
- Winnicott, D. W. (1956). The anti-social tendency. In D. Winnicott (Ed.), *Through pediatrics to psycho-analysis* (1975). London: The Hogarth Press and the Institute of Psycho-Analysis. Acedido em 5 de Outubro de 2012 em EBSCO.

ABSTRACT

The present work is the case study of a seven year old, named Rui, who wishes to be a girl and shows a strong and persistent interest in feminine activities and play. Information was obtained from different sources: documents, cognitive and projective evaluation, psychotherapy, and the mother's interview. However, the technique of category aggregation, proposed by Robert Stake (1995), was only applied to the written transcripts of the therapeutic sessions. Four themes were identified: The Feminine and the Maternal; The Animate and the Inanimate; Omnipotence and Infantile Narcissism; Transference and Counter-Transference. The rest of the material was used, exclusively, for data and methodological triangulation. The results show that Rui's mental functioning is very primitive, his main problem laying on the construction of identity. Although the most exuberant symptoms are expressed on the realm of gender, his problem is not restricted to this area, but more primitive and archaic. Cumulative trauma and the preponderance of frustration experiences in early childhood did not allow for the secure introjection of the good internal object, weakening all successive internalizations and the elaboration of the depressive position. Given these conditions, the anxiety caused by the several traumatic events at the time of the edipic conflict forced Rui to undergo a regression to fixation points created at the time of the esquizoparanoid position. The study poses that Rui's wish to be a girl can be understood as having several layers of meaning: both as an illusion of a narcissist fusion with the mother figure, closed to a somatic illusion; and a defense against the dread of annihilation aroused by the double threat of castration, paternal and maternal.

Key-words: Gender dysphoria, Pre-psychose, Infancy, Case study.

NORMAS DE PUBLICAÇÃO

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

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

À Comissão Redatorial cabe a responsabilidade de aceitar, rejeitar ou propor correções ou modificações nos artigos submetidos. Para este efeito é apoiado pelo Conselho de Redação.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

As referências bibliográficas devem ser construídas da seguinte forma:

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

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

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

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

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

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

O 1º autor receberá 5 exemplares da revista.

Correspondência: Enviada por correio normal ou eletrónico ao cuidado do Diretor para:

Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria

Ao c/ Dr. Pedro Pires

Parque da Saúde de Lisboa

Pavilhão 25 – Pedopsiquiatria

Av. do Brasil, 53 – 1700 Lisboa

E-mail: appia@sapo.pt

