

Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria

Nº 45

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA
DE PSIQUIATRIA DA INFÂNCIA E DA ADOLESCÊNCIA

DIRETORA

Paula Pinto de Freitas

COMISSÃO REDATORIAL

Ana Prata

Carla Maia

Catarina Cordovil

Catarina Santos

Graça Milheiro

Joana Saraiva

Maria do Carmo Santos

Neide Urbano

Nuno Farela

Otilia Queirós

Paula Vilarica

Sara Pedroso

Suzana Henriques

CONSELHO DE REDAÇÃO

Augusto Carreira

Beatriz Gil Pena

Emílio Salgueiro

Maria José Gonçalves

Maria José Vidigal

Maria Luís Borges de Castro

Pedro Pires

Teresa Goldschmidt

EDITOR

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

CORRESPONDÊNCIA

Secretariado

Catarina Baptista

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

Paula Pinto de Freitas

p. 5

ARTIGOS

Construir resiliência a brincar: História de um menino que deixou de poder usar as asas – Caso clínico de terapia de jogo centrada na criança na abordagem de experiências adversas na infância

Filipa Martins Silva, Teresa Sá,

Patrícia Magalhães, & Vânia Martins

p. 7

Perturbação de hiperatividade/défice de atenção secundária a um traumatismo crânio-encefálico: Caso clínico

Mara Costa de Sousa, C. Vieira da Costa,

S. Sousa Ticló, & Teresa Goldschmidt

p. 19

Tripofobia, uma fobia por contar?

A propósito de um caso clínico

João B. Fonseca, Eduarda Machado,

Rosa Rodrigues, & Patrícia Mendes

p. 27

Um comportamento, múltiplas funções:

A propósito de um caso clínico

C. Vieira da Costa, S. Sousa Ticló,

M. Costa de Sousa, S. Henriques,

C. Cordovil, & T. Goldschmidt

p. 35

A transmissão intergeracional dos comportamentos suicidários

Sara Sousa Ticló, Carolina Vieira da Costa, & Mara

Costa de Sousa

p. 49

EDITORIAL

Vivemos Tempos de Incerteza

As notícias de casos de infeção por um novo vírus detetado na China e o alerta da Organização Mundial de Saúde (OMS) em 30 de janeiro de 2020 para uma Emergência de Saúde Pública em resultado do risco de disseminação a nível mundial da infeção por Covid 19 lançaram o alarme.

A identificação de casos de infeção na Europa, a sua manifestação e propagação em Portugal levaram a que em 18 de março, uma semana depois de a OMS ter declarado existir uma situação de Pandemia a nível mundial, fosse declarado Estado de Emergência Nacional.

Em consequência desta situação de exceção proibiu-se a livre circulação de pessoas, encerraram-se escolas, sectores produtivos, de comércio e serviços, mantendo em funcionamento apenas as áreas e os serviços essenciais.

Vivemos tempos difíceis e incertos. Como pessoas sentimo-nos mais frágeis e vulneráveis face a este inimigo invisível externo, e receamos pelas nossas vidas e pelas vidas dos que são próximos. Encontramo-nos em estado de choque: como é possível isto estar a acontecer? Sentimos medo, um medo que nos protege mas que corre o risco de paralisar-nos.

Percebemos que toda esta situação terá reflexos na Saúde Mental e nomeadamente na Saúde Mental das crianças, mas não é ainda clara a dimensão do problema nem há distância que permita pensá-lo com clareza.

Talvez por isso este número da nossa Revista de Pedopsiquiatria surja mais voltado para dentro ou seja para a nossa prática clínica e para a reflexão a partir dos casos com que nos confrontamos e que tentamos resolver no dia a dia.

Ajudar uma criança de 4 anos a ultrapassar dificuldades relacionadas com a vivência de experiências adversas através da Terapia de Jogo Centrada na Criança é uma primeira reflexão que aqui vos apresentamos.

No segundo artigo seguimos a história e o tratamento por equipa multidisciplinar de uma criança de 8 anos que em resultado de um atropelamento sofre politraumatismo com atingimento crânio-encefálico e desenvolve um quadro de *delirium* e de perturbação de hiperatividade com défice de atenção (PHDA) secundária.

Temos depois a apresentação de uma situação pouco comum relativa a uma adolescente de 15 anos com tripofobia e que melhorou através de uma intervenção terapêutica que conjugou o recurso a medicação com fluvoxamina e estratégia comportamental de dessensibilização sistemática.

Para finalizar teremos dois casos clínicos relativos a adolescentes que recorreram ao serviço de urgência de pedopsiquiatria, um rapaz de 15 anos por comportamentos autolesivos e uma rapariga de 14 anos por tentativa de suicídio. Compreender a função/as funções dos comportamentos autolesivos na adolescência será o principal objectivo dos autores que analisam a primeira vinheta clínica enquanto na segunda teremos oportunidade de acompanhar a reflexão dos autores relativa aos diferentes modos de transmissão intergeracional dos comportamentos suicidários.

Os artigos aqui apresentados são um testemunho da importância da clínica como um importante suporte e incentivo para a reflexão teórica em pedopsiquiatria e uma boa estratégia de preservação da capacidade de pensar e de aprofundar conhecimento em tempos de incerteza.

Paula Pinto de Freitas

CONSTRUIR RESILIÊNCIA A BRINCAR: HISTÓRIA DE UM MENINO QUE DEIXOU DE PODER USAR AS ASAS

Caso clínico de terapia de jogo centrada na criança na abordagem de experiências adversas na infância

Filipa Martins Silva ¹

Teresa Sá ¹

Patrícia Magalhães ¹

Vânia Martins ²

RESUMO

As experiências adversas na infância têm consequências deletérias imediatas e a longo prazo ao nível da saúde e bem-estar do indivíduo. A Terapia de Jogo Centrada na Criança (TJCC) tem sido descrita como uma intervenção eficaz nestas crianças. Neste contexto, apresentamos um caso clínico de intervenção com TJCC numa criança com múltiplas experiências adversas (nomeadamente ausência de pai, violência doméstica, perda de cuidadores de referência e emigração), condicionadoras de um quadro de importante sofrimento emocional e dificuldades comportamentais. A intervenção teve um impacto positivo, favorecendo um desenvolvimento interno, que se refletiu externamente numa clara melhoria da capacidade de regulação emocional e comportamental da criança. Em suma, este caso alerta os profissionais de saúde mental para o benefício da intervenção precoce através de TJCC no cuidar do sofrimento e promoção de resiliência, em casos de múltiplas experiências adversas na infância.

Palavras-chave: Experiências adversas na infância, Terapia de jogo centrada na criança, Intervenção precoce, Emigração.

¹ Interna de Formação Específica em Pedopsiquiatria; Departamento de Pedopsiquiatria e Saúde Mental da Infância e Adolescência, Centro Hospitalar Universitário do Porto.

² Médica Especialista em Pedopsiquiatria; Departamento de Pedopsiquiatria e Saúde Mental da Infância e Adolescência, Centro Hospitalar Universitário do Porto.

INTRODUÇÃO

As experiências adversas na infância, na literatura inglesa descritas como *adverse childhood experiences (ACEs)*, podem ser definidas como experiências traumáticas que ocorrem na infância, incluindo categorias como abuso físico, sexual e emocional, negligência emocional e física, doença mental, abuso de substâncias, separação/divórcio e prisão parental, violência doméstica, institucionalização, entre outros¹⁻². A evidência tem demonstrado que estas experiências têm efeitos deletérios profundos, a longo prazo, com um incremento substancial de problemas de saúde física e mental, comportamentos aditivos, criminalidade e dificuldades no relacionamento interpessoal¹⁻³. A investigação sobre as consequências das ACEs tem sido conduzida maioritariamente na idade adulta, havendo menos estudos a explorar os seus efeitos durante a própria infância. Ainda assim, a evidência disponível sugere que as crianças exibem consequências deletérias durante e imediatamente após os eventos adversos, apresentando consideravelmente mais problemas de comportamento, desregulação emocional e dificuldades de aprendizagem³⁻⁵.

A Terapia de Jogo Centrada na Criança (TJCC) tem sido descrita como uma intervenção eficaz em crianças com história de experiências adversas⁶⁻⁹. A TJCC insere-se num grupo de abordagens psicoterapêuticas mais abrangente, denominado Terapias de Jogo (TJ), que se caracteriza pelo uso de interações sistemáticas sob a forma de jogo, no contexto de uma relação terapêutica, de modo a promover, na criança, a resolução de problemas socioemocionais e um desenvolvimento mais saudável. Dentro das TJ, existem abordagens diretivas e estruturadas, em que o terapeuta assume um papel ativo e condutor no jogo da criança, providenciando estrutura, direção e, por vezes, interpretação (um exemplo é a TJ Cognitivo-Comportamental, embora outras abordagens possam também ser aqui incluídas). Estas contrastam com a TJCC, uma abordagem não diretiva, em que o terapeuta tem uma postura essencialmente de suporte, permitindo à criança autodirigir-se¹⁰. De acordo com a teoria da TJCC, desenvolvida por Virginia Axline¹¹ com base na Abordagem Centrada na Pessoa de Carl Rogers¹², a capacidade de auto-atualização da criança, necessária ao crescimento e mudança, permite-lhe, se provida de um ambiente seguro, atingir o seu potencial máximo¹³. Por outras palavras, a ideia central da TJCC é a de que a criança tem uma capacidade inata para resolver os problemas que experiencia, desde que apoiada por uma atmosfera de segurança e estrutura que lhe permita explorar e compreender-se¹⁰. A TJCC visa, assim, criar um espaço seguro para a criança, onde esta pode ser ouvida e compreendida¹¹. Uma vez que as crianças não comunicam do mesmo modo que os adultos,

estando a sua linguagem ainda em desenvolvimento, o jogo permite que usem os brinquedos como método principal de comunicação. No entanto, é a segurança da relação entre a criança e o terapeuta que permite que a comunicação ocorra¹⁴. Para isso, a atuação do terapeuta deve consubstanciar três atitudes que constituem as condições necessárias à criação de uma relação potenciadora de mudança construtiva, à luz da teoria centrada na pessoa: a congruência, a compreensão empática e o olhar positivo incondicional¹⁴. Adicionalmente, as respostas do terapeuta devem permitir à criança assumir o comando da relação, que é, por si, o facilitador da mudança¹¹. Assim, enquanto a criança guia e lidera o jogo, o terapeuta deve trabalhar ativamente na construção e manutenção da relação terapêutica¹⁴, através da qual a criança edifica uma maior aceitação e uma maior compreensão de si própria, ficando, então, capaz para mudar e crescer¹³. Axline desenvolveu oito princípios basilares que devem guiar o processo da TJCC¹¹, indicados no Quadro 1.

Quadro 1

Princípios orientadores da terapia de jogo centrada na criança¹¹

- 1) O terapeuta deve desenvolver uma interação afável e acolhedora com a criança, de modo a estabelecer uma relação empática, assim que possível.
 - 2) O terapeuta aceita a criança exatamente como ela é.
 - 3) O terapeuta estabelece um sentimento de permissividade na relação, de modo a que a criança se sinta livre para expressar os seus sentimentos por completo.
 - 4) O terapeuta está alerta para reconhecer os sentimentos que a criança expressa e reflete esses sentimentos de volta para ela, de modo a favorecer o *insight* da criança sobre o seu comportamento.
 - 5) O terapeuta mantém um profundo respeito pela capacidade de a criança resolver os seus próprios problemas, se lhe for dada a oportunidade para tal. A responsabilidade de fazer opções e instituir a mudança é da criança.
 - 6) O terapeuta não procura, de nenhuma forma, direcionar as ações ou discurso da criança. A criança assume a liderança; o terapeuta segue-a.
 - 7) O terapeuta não tenta apressar a terapia, reconhecendo que é um processo gradual.
 - 8) O terapeuta estabelece apenas as limitações que são necessárias para ancorar a terapia ao mundo da realidade e tornar a criança consciente da sua responsabilidade na relação.
-

Neste contexto, apresenta-se um caso clínico que pretende fazer refletir sobre o impacto de uma miríade de fatores de stress psicossociais e ambientais no desenvolvimento psicoafectivo numa idade precoce, assim como o potencial de intervenção com TJCC.

CASO CLÍNICO

Era uma vez um menino que nasceu sem asas. Foi para o Brasil e aí, crescidas estas estruturas, aprendeu a voar. Porém, voltou a Portugal e, vê-se agora, de asas atadas, impedido de voar.

Esta é a história de uma odisseia assaz precoce para um Ulisses ainda em construção. Mas esta não é a história dessa construção. Antes, esta história conta como, laborando em alicerces relacionais, se desconstruiu esse Ulisses idealizado para, nesse entretanto, se encontrar um menino ferido. Esta é a história dessa reparação, através do brincar, num esforço constante pela resiliência.

O J. é um menino em idade pré-escolar, referenciado à consulta de Pedopsiquiatria do Centro Hospitalar e Universitário do Porto pelo médico de família, por alterações do comportamento. À data da primeira consulta, tinha quatro anos e dez meses e vinha acompanhado pela mãe.

Segundo a mãe, o J. nasceu quando a mãe, à data com 19 anos, estava a morar em Lisboa, com a avó materna. O pai do J. não terá assumido a paternidade. Aos 17 meses, o J., a mãe, a avó materna e o companheiro desta mudaram-se para o Brasil. Passado meio ano, a mãe e o J. foram viver com o companheiro da mãe, com quem esta, entretanto, tinha estabelecido uma relação, da qual teve dois filhos. No entanto, a mãe relata uma história de violência doméstica, com agressões físicas, por parte deste companheiro, dirigidas quer à mãe, quer ao J. A mãe conta que o J. ficava muito assustado e não conseguia dormir à noite. Descreve, ainda, que quando o companheiro chegava a casa, o J. ficava com muito medo e “*punha-se num canto a balancear com a cabeça*” (sic). Além disso, notou-o progressivamente mais irritável e “*explosivo*” (sic). Segundo conta, quando fazia frente ao companheiro, este ameaçava os filhos, especialmente o J. A mãe terá pensado em fazer queixa às autoridades, mas por estar ilegal, receava que lhe retirassem as crianças, pelo que esta situação se manteve durante dois anos. A mãe acabou por regressar a Portugal com o J. e o filho mais novo (2 anos), tendo o outro filho (3 anos) ficado ao cuidado do pai do ex-companheiro (a mãe justifica esta ação dizendo que não teria possibilidade de sustentar os três filhos). No Brasil, ficaram também a avó materna, o seu companheiro e os seus dois filhos (uma menina com 7 e um jovem com 19 anos), com os quais o J. tem ainda uma ligação afetiva importante.

Assim, aos quatro anos e seis meses, o J mudou-se para casa do avô materno, no Porto, onde moram também a companheira do avô e a sogra do avô, duas tias maternas (filhas do avô materno e da companheira, com 12 e 5 anos) e o filho da companheira do avô (15 anos). Desde essa altura, o menino

apresentava um padrão comportamental pautado por grandes oscilações: *“Passa de um estado em que está muito bem e calmo, para momentos em que explode, fica muito irritado, bate nele próprio e, às vezes, nos adultos que lá estão”* (sic). A mãe reconhece ter muita dificuldade em lidar com estes comportamentos, verbalizando *“mesmo não querendo ceder, acabo por fazer aquilo que J. quer para ele não se auto-agredir”* (sic). Dois meses depois de terem chegado a Portugal, a mãe começou a trabalhar, evento que terá despoletado vários medos no J. (nomeadamente do escuro e de estar sozinho numa divisão da casa, tendo deixado de ser autónomo no sono), assim como episódios de enurese (noturna e diurna). À observação na primeira consulta, o menino apresenta, globalmente, uma postura muito inibida.

Após a primeira consulta, é proposta uma intervenção por TJCC, à luz dos princípios previamente descritos, com sessões semanais individuais. No final de cada sessão, é feita uma entrevista com a mãe. Na *1ª sessão*, o J. apresenta-se inicialmente inibido, necessitando da companhia da mãe. Fica, no entanto, gradualmente mais à vontade, com jogos motores. Posteriormente, explora com prazer os brinquedos disponíveis, exibindo preferência por duas figuras: *“o gorila e o jacaré”* (sic). Acaba por aceitar tranquilamente ficar a brincar a sós com a terapeuta. No final, a mãe refere que o J. mantém comportamentos de autoagressão e agressão a familiares. Na *2ª sessão*, O J. já aceita entrar sozinho, procurando, de imediato, *“o gorila e o jacaré”*. Mais à frente, encontra uma pistola e simula dar um tiro, dizendo:

J: *Matei-te!*

T (Terapeuta): *Mataste quem?*

J: *A cadeira. Estava a arder e isto é uma pistola de água.*

Acede, posteriormente, a brincar com uma família de bonecos simulando uma história, na qual, na hora de dormir, o pai e o bebé ficaram na sala, a mãe num quarto e o filho no telhado. A mãe nega novos episódios de autoagressão, embora o J. mantenha o padrão de irritabilidade.

Nas *3ª e 4ª sessões*, o J. apresenta-se notoriamente mais sorridente e espontâneo. Mantém a sua preferência pelos *“gorila e jacaré”*, exibindo, também, diferentes momentos de luta entre duas personagens novas: *“a cobra e o homem forte”* (sic), que finalizam com o homem a matar a cobra. A dada altura, depois de explorar o cesto dos brinquedos, pega em duas formas geométricas, que coloca no dorso.

T: *São umas asas?*

J: *Sim!*

T: *Vais voar com as asas?*

J: *A mãe não deixa... (E dispersa para outra atividade.)*

A mãe refere que o J. tem estado mais calmo. No entanto, verbaliza preocupação com a “*dependência*” que tem da mãe (chora na separação e, na presença da mãe, parece ficar mais “*agitado*”, sempre a solicitar a sua atenção, sendo, por vezes, agressivo com ela).

Na 5ª sessão, destaca-se o momento em que constrói um carro com legos, dizendo:

J: *É um supercarro!*

T: *Qual é o superpoder do carro?*

J: *Voa. Quando eu morava no Brasil, também voava.*

T: *Ai sim? E voavas como?*

J: *Tinha umas asas, era como uma águia.* (Não elabora mais, começando a construir outro carro.)

Nesta fase, a mãe informa que o J. já não exhibe comportamentos de auto ou heteroagressividade, embora mantenha birras ocasionais, que a mãe percebe como normativas. Além disso, está mais autónomo (incluindo no sono), tolerando bastante melhor a separação da mãe.

Sucedem-se uma interrupção não programada de cerca de dois meses no acompanhamento psicoterapêutico, por efeitos cumulativos de faltas da criança por doença aguda, mudança de instalações do serviço hospitalar e ausência temporária da terapeuta. Em consulta de reavaliação, embora mantenha algumas melhorias, constata-se ainda baixa tolerância à frustração, tendo períodos de heteroagressividade dirigida sobretudo à mãe. À observação, denota-se maior inibição e menos prazer, quer no jogo, quer na relação. Nesta altura, decide-se retomar acompanhamento psicoterapêutico com sessões de jogo.

Nos primeiros momentos após a interrupção, o J. mostra-se mais desorganizado, sendo o seu jogo essencialmente caracterizado por construir e destruir torres. Ainda assim, mostra-se muito contente quando descobre os seus familiares “*gorila e jacaré*”. Da 1ª à 3ª sessões, destaca-se o momento em que diz espontaneamente:

J: *Vou de férias para outro país.*

T: *Qual país?*

J: *O Brasil. No Brasil era azul, verde e havia venda... (...) O Brasil é a minha casa. (...) Tive que vir para este país porque alguém levou eles.*

T: *Quem?*

J: *Ninguém...*

Neste alinhamento, transcreve-se outro segmento:

J: *No Brasil eu peguei numa casa grande! (...)*

T: *Ah, tinhas superpoderes!*

J: *Sim, mas aqui já não tenho!*

Paralelamente, salienta-se um discurso do J. pautado por frases como: “*Eu consigo, já tenho 5 anos! (...) Eu consigo arrumar rápido! (...) Fiz esta casa mesmo rápido! (...) Sou o Hulk! Não... Sou o homem aranha com músculos!*”.

Em entrevista com a mãe, esta fala um pouco mais sobre a vida do J. no Brasil: “*O J. era muito livre, andava na rua muito à vontade, descalço, havia muita relva. Só tinha escola das 7h às 11h30m (...) Havia uma “venda” (supermercado) ao lado de casa e o J. ia lá muitas vezes. Brincava muito com a tia da idade dele...*” (sic). Nesta fase, trabalha-se com a mãe a necessidade de “criar boas memórias” em Portugal, notando-se um esforço importante da mãe nesse sentido (sobretudo com atividades lúdicas em família).

Nas 4^a e 5^a sessões, o J. mostra-se, desde o início, mais sorridente. Destaca-se o momento em que o J. faz uma construção com legos, que diz ser uma “*máquina que dá tiros*” (sic), pelo que a terapeuta pergunta:

T: *Para quê?*

J: *Para matar...*

T: *E quem é que vais matar?*

J: *A minha mãe...*

T: *Queres matar a mãe?*

J: (a sorrir): *Eu já a matei... E agora queria dar-lhe um beijinho.*

Adicionalmente, constrói um castelo com uns brinquedos que já conhece (Figura 1), mas, depois, aproxima-se de uns cubos de madeira, com os quais diz querer fazer um castelo maior. Embora a terapeuta o ajude, o J. tenta fazê-lo sozinho, dizendo “*É pesado, mas eu consigo!*”. Quando completa a construção (Figura 2), sobe-a, dizendo: “*Eu sou o rei! E sou muito alto, até consigo tocar no teto!*”. Nas 6^a e 7^a sessões, mantém-se globalmente bem-disposto. Pede para desenhar um coração que quer entregar à mãe. Quer novamente construir um castelo, mas está claramente mais recetivo à ajuda da terapeuta. Além disso, quando fazem um jogo de lançamento de bola para um cesto, que já haviam feito em sessão, o J. verbaliza: “*Eu sou bom neste jogo, mas às vezes falho...*”.

Por ter faltado às sessões seguintes, foi apenas possível reavaliar o menino passado três semanas. Nessa altura, a mãe informa que o J. tem estado muito mais calmo, negando comportamentos de agressividade. Refere, ainda, que está mais capaz de expressar e regular as suas emoções, assim como de aceitar limites. A mãe nota-o também mais conformado e tranquilo em relação ao Brasil, dizendo, agora, que tem duas casas, uma no Brasil e outra cá, mas que agora a casa dele é aqui. À observação, o J. está sorridente e espontâneo, explorando com à vontade o espaço e os brinquedos. Nas reavaliações, um e quatro meses depois, o estado do J. é sobreponível.



Figura 1. O primeiro castelo



Figura 2. O castelo maior

DISCUSSÃO

Em crianças com experiências de vida adversas há, geralmente, um padrão emocional intenso e caracteristicamente negativo¹⁴. Além disso, uma vez que a percepção que a criança tem do mundo é filtrada pela negatividade das suas experiências prévias, estas emoções surgem, muitas vezes, aparentemente desligadas da realidade do momento¹⁵. Através de investigação qualitativa,

Moustakas¹⁵ identificou quatro estádios de mudança, durante o processo terapêutico em sessões de jogo com estas crianças, que conduzem a uma melhoria do funcionamento. À medida que a criança recebe e internaliza esperança, aceitação e respeito, a relação com o terapeuta é fortalecida e a criança progride através dos estádios. Embora haja mudanças significativas desde o início, isso pode não ser imediatamente perceptível fora da sala de jogo¹⁵.

No *primeiro estádio*, predominam na criança emoções negativas difusas, que esta expressa através do seu jogo. Como suprarreferido, a criança já não conecta as suas emoções negativas e frustrações às pessoas que originalmente as provocaram, surgindo estas de modo ampliado, generalizado e facilmente despertável. A criança apresenta-se geralmente assustada, zangada, ou inibida, sem focar as suas emoções em nenhuma pessoa ou experiência¹⁵. No caso do J., este primeiro estádio manifestou-se, em sessão, por uma grande inibição e por um jogo que era maioritariamente caracterizado por lutas indiscriminadas, entre diversos elementos. Neste estádio, segundo a mãe, o J. mantinha uma grande irritabilidade e comportamentos agressivos auto e heterodirigidos, com familiares.

Durante o *segundo estádio*, a criança passa a expressar as emoções negativas de modo direcionado, tipicamente a pessoas ou experiências particulares. Neste estádio, a criança pode focar as agressões em membros da família ou no terapeuta, ao atacar, condenar ou ameaçá-lo durante o jogo¹⁵. No caso do J., durante este estádio, ainda que o jogo continuasse a ser essencialmente de lutas, estas eram mais organizadas, havendo elementos e desfechos definidos. Além disso, passou a verbalizar mais, denotando-se que começava a focalizar as emoções negativas na mudança do Brasil para Portugal, que parecia associar à figura materna [*Quando eu morava no Brasil, também voava (...). Tinha umas asas, era como uma águia.*]; quando a terapeuta pergunta se vai voar com umas asas que coloca, o J responde [*A mãe não deixa...*]. Paralelamente, a mãe refere que, embora esteja globalmente mais calmo, passou a dirigir a sua agressividade sobretudo a ela.

No *terceiro estádio*, surge a ambivalência, e a criança deixa de exibir emoções completamente negativas. Assiste-se, no jogo, a um flutuar entre emoções negativas e ambivalentes¹⁵. Neste estádio, o J. exibiu emoções negativas mais claramente definidas que nos estádios anteriores, patentes num discurso mais elaborado sobre o Brasil, em que se começou a permitir aceder, por momentos, à tristeza advinda dessa perda. No entanto, demonstra-se ainda ambivalente no que toca à elaboração desse sofrimento, estando pouco recetivo à ajuda do outro, sobreidentificando-se com super-heróis e dizendo repetidamente que consegue fazer sozinho. O movimento ambivalência revela-se, também, quando

o J. diz querer matar a mãe, para logo de seguida dizer que já a matou e lhe quer dar um beijinho. A mãe referiu que o J. estava mais calmo, já sem comportamentos agressivos, tendo aderido à sugestão de criar momentos de prazer em família, no dia-a-dia do J. em Portugal.

No *estádio final*, emergem as emoções claramente positivas, isto é, separadas das negativas. A criança consegue ver-se a si própria e às suas relações de modo mais realista, pelo que, quer emoções positivas, quer negativas, surgem de modo bem definido, adequado e consistente¹⁵. Neste estágio, o J. esteve globalmente bem-disposto em sessão, constatando-se, sobretudo, uma maior capacidade de reconhecer e aceitar a ajuda da terapeuta, sem desconforto associado. Em relação à situação do Brasil, parece ter sido capaz de aceitar, elaborar e integrar a perda, tendo-se permitido investir emocionalmente na “casa em Portugal”, sem negar a ligação ao que ficou no Brasil. Além disso, segundo a mãe, estava calmo e capaz de expressar e regular as suas emoções.

Além do trabalho individual com a criança através do jogo, foi efetuada paralelamente uma intervenção com a mãe, de modo a melhorar o ambiente sistémico da criança, otimizando o progresso terapêutico. Efetivamente, a intervenção com TJCC preconiza também a realização de consultas com os pais, de modo regular e consistente, devendo integrar cinco componentes principais: (1) criar e manter a relação terapêutica com os pais; (2) demonstrar sensibilidade e compreensão ao escutar e responder; (3) reconhecer os pais como os *experts* em relação aos seus filhos; (4) providenciar conhecimentos/informações pertinentes; (5) trabalhar competências parentais de modo terapêutico¹⁶.

CONCLUSÃO

Este trabalho ilustra o impacto positivo de uma abordagem com Terapia de Jogo Centrada na Criança num caso de múltiplas experiências adversas na infância, nomeadamente ausência de pai, violência doméstica, perda de cuidadores de referência e emigração. A intervenção em terapia de jogo permitiu à criança iniciar um processo de auto-atualização, auxiliando-a na construção de autoaceitação e autoconfiança. Este desenvolvimento interno refletiu-se, externamente, numa clara melhoria da sua capacidade de regulação emocional e comportamental. O processo terapêutico parece ter ocorrido de acordo com os estádios previamente descritos relativos à terapia de jogo, movendo-se de reações negativas difusas para uma expressão emocional integrada e discriminada. A relação entre a criança e a terapeuta parece ter

proporcionado uma experiência reparadora para esta criança, cujas relações primárias foram vulnerabilizadas por experiências adversas precoces. Assim, esta história convida à reflexão sobre o modo como nós, profissionais de saúde mental, podemos, e devemos, intervir, concorrendo para o cuidar do sofrimento e para a edificação de resiliência.

REFERÊNCIAS

- ¹ Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., Koss, M. P., Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *Am J Prev Med*, 14, 245-258.
- ² Wade, R., Jr., Cronholm, P. F., Fein, J. A., Forke, C. M., Davis, M. B., Harkins-Schwarz, M., Pachter, L. M., & Bair-Merritt, M. H. (2016). Household and community-level Adverse Childhood Experiences and adult health outcomes in a diverse urban population. *Child Abuse Negl*, 52, 135-145.
- ³ Clarkson Freeman, P. A. (2014). Prevalence and relationship between adverse childhood experiences and child behavior among young children. *Infant Mental Health Journal*, 35, 544-554.
- ⁴ Burke, N. J., Hellman, J. L., Scott, B. G., Weems, C. F., & Carrion, V. G. (2011). The impact of adverse childhood experiences on an urban pediatric population. *Child Abuse Negl*, 35, 408-413.
- ⁵ Escueta, M., Whetten, K., Ostermann, J., O'Donnell, K., & Positive Outcomes for Orphans Research Team. (2014). Adverse childhood experiences, psychosocial well-being and cognitive development among orphans and abandoned children in five low income countries. *BMC Int Health Hum Rights*, 14, 6.
- ⁶ Kot, S., Landreth, G. L., & Giordano, M. (1998). Intensive child-centered play therapy with child witnesses of domestic violence. *International Journal of Play Therapy*, 7, 17-36.
- ⁷ Scott, T. A., Burlingame, G., Starling, M., Porter, C., & Lilly, J. P. (2003). Effects of individual client-centered play therapy on sexually abused children's mood, self-concept, and social competence. *International Journal of Play Therapy*, 12, 7-30.
- ⁸ Schottelkorb, A. A., Dumas, D. M., & Garcia, R. (2012). Treatment for childhood refugee trauma: A randomized, controlled trial. *International Journal of Play Therapy*, 21, 57-73.
- ⁹ Bratton, S. C., Ceballos, P. L., Sheely-Moore, A. I., Meany-Walen, K., Pronchenko, Y., & Jones, L. D. (2013). Head start early mental health intervention: Effects of child-centered play therapy on disruptive behaviors. *International Journal of Play Therapy*, 22, 28-42.
- ¹⁰ VanFleet, R., Sywulak, A. E., & Sniscak, C. C. (2010). *Child-centered play therapy*. New York: The Guilford Press.
- ¹¹ Axline, V. M. (1947). *Play therapy*. New York: Ballantine Books.

- 12 Rogers, C. R. (1951). *Client-centered therapy: Its current practice, implications, and theory*. Boston: Houghton Mifflin Co.
- 13 Ray, D. C. (2011). *Advanced play therapy: Essential conditions, knowledge, and skills for child practice*. New York: Routledge/Taylor & Francis Group.
- 14 Landreth, G. L. (2012). *Play therapy: The art of the relationship*. New York: Routledge.
- 15 Moustakas, C. E. (1953). *Children in play therapy: A key to understanding normal and disturbed emotions*. New York: McGraw-Hill.
- 16 Schottelkorb, A. A., Swan, K. L., & Ogawa, Y. (2015). Parent consultation in child-centered play therapy: A model for research and practice. *International Journal of Play Therapy*, 24, 221-233.

ABSTRACT

Adverse childhood experiences have immediate and long-term deleterious consequences for the individual's health and well-being. Child-Centred Play Therapy (CCPT) has been described as an effective intervention in these children. In this context, we present a clinical case of an intervention with CCPT in a child with multiple adverse experiences (namely fatherlessness, domestic violence, loss of primary caregivers and emigration), conditioning a situation of important emotional suffering and behavioural difficulties. The intervention had a positive impact, favouring internal development, which was reflected externally in a clear improvement in the child's emotional and behavioural regulation ability. To sum up, this case alerts mental health professionals to the benefit of early intervention through CCPT for caring and resilience promotion, in cases of multiple adverse childhood experiences.

Key words: Adverse childhood experiences, Child-centred play therapy, Early intervention, Emigration.

PERTURBAÇÃO DE HIPERATIVIDADE/DÉFICE DE ATENÇÃO SECUNDÁRIA A UM TRAUMATISMO CRÂNIO-ENCEFÁLICO: CASO CLÍNICO

Mara Costa de Sousa ¹
C. Vieira da Costa ¹
S. Sousa Tieló ¹
Teresa Goldschmidt ¹

RESUMO

A Perturbação de Hiperatividade/Défice de Atenção, uma das perturbações mais frequentes do neurodesenvolvimento, pode ser secundária a uma lesão cerebral grave, como por exemplo um traumatismo crânio-encefálico (TCE), designando-se nestes casos por Perturbação de Hiperatividade/Défice de Atenção Secundária. Com a elaboração deste artigo pretende-se explorar esta etiologia através de uma breve revisão bibliográfica não sistemática do tema, a propósito de um caso clínico de um jovem do sexo masculino, de 14 anos, que deu entrada na Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos do Hospital de Santa Maria após ser vítima de um atropelamento com TCE. Frequentemente as crianças e jovens vítimas deste tipo de traumatismo descrevem dificuldades de atenção, diminuição da concentração e alterações da memória. Habitualmente estas queixas são consistentes com os relatos dos cuidadores e relatórios da escola. No caso deste jovem, as queixas surgiram no período após alta clínica, quando regressou à escola. A literatura refere que aproximadamente um terço dos casos diagnosticados imediatamente após o traumatismo resolve dentro de 18 meses, mas quando os sintomas persistem até 2 anos, pode ser considerada uma condição crónica. Contudo ainda se sabe pouco sobre esta etiologia e o impacto a longo prazo, pelo que são necessários estudos longitudinais para avaliar a sua evolução.

Palavras-chave: Perturbação de hiperatividade/Défice de atenção secundária, Lesão cerebral, Traumatismo crânio-encefálico, Crianças, Adolescentes.

¹ Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental da Infância e Adolescência, Departamento de Pediatria, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, Lisboa, Portugal

INTRODUÇÃO

O traumatismo crânio-encefálico (TCE) é uma das principais causas de mortalidade e morbidade em crianças e adolescentes¹. Define-se como uma lesão cerebral causada por uma força externa, cujos défices podem persistir durante meses ou anos após o traumatismo¹⁻². Problemas cognitivos e comportamentais são comuns após um TCE e existe um risco acrescido para o desenvolvimento de patologia psiquiátrica, nomeadamente problemas de atenção, de ansiedade e do humor¹. A perturbação psiquiátrica mais comum em crianças e jovens após o TCE é a Perturbação de Hiperatividade/Défice de Atenção (PHDA)¹, que se caracteriza por níveis de desatenção, hiperatividade e impulsividade desadequados e prejudiciais, interferindo no funcionamento da criança ou do jovem em diferentes contextos³. Quando os sintomas de PHDA surgem após um TCE, designa-se por PHDA secundária (PHDAs)¹.

CASO CLÍNICO

N.S., sexo masculino, 14 anos, estudante, a residir em Ourém, foi internado na Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIPed) do Hospital de Santa Maria por politraumatismo crânio-encefálico, torácico e abdominal, após atropelamento, com projeção e posterior embate no vidro do carro. À chegada do INEM, o jovem estava consciente e cumpria ordens simples. Posteriormente houve um agravamento do estado de consciência apesar de se desconhecer o valor da *Glasgow Coma Scale* (GCS). Foi entubado no local, sedado e helitransportado para o Hospital de Santa Maria. À chegada, o jovem apresentava-se taquicárdico, mas normotenso, com alteração do estado de consciência (GCS 5). Ao exame objetivo observavam-se múltiplas feridas no lado direito, quer no membro superior, quer no membro inferior, e na face. As pupilas estavam isocóricas e isorreativas. Apresentava reação a estímulos dolorosos, mobilizando passivamente os quatro membros, aparentemente sem assimetrias. Não havia alterações na auscultação cardíaca e pulmonar, nem na palpação abdominal. De seguida procedeu-se à realização dos exames complementares de diagnóstico. Dos exames realizados, na radiografia do tórax observou-se uma “*hipotransparência no campo pulmonar esquerdo*”; na tomografia computadorizada (TC) do crânio e da região cervical, o relatório referia “ *fina lâmina hemática aguda extra-axial frontal esquerda, com espessura inferior à da calote adjacente, e múltiplos focos gasosos associados.*”

Coleção hemática aguda parieto-occipital direita extra-axial, com espessura inferior à da calote adjacente. Densificação tentorial à direita. Focos hemáticos cortico-piais temporais à direita. Hematoma epicraniano fronto-parietal lateralizado à esquerda e da face com maior expressão peri-orbitária direita. Fratura frontal lateralizada à esquerda com discreto desalinhamento dos topos ósseos, estendendo-se à escama temporal, calote parietal, região pterional esquerda, seios frontais e labirinto etmoidal assim como teto e parede interna da órbita direita, não se excluindo envolvimento do teto da órbita esquerda. Associa-se lâmina hemática e focos gasosos na vertente superior e interna da órbita direita que desvia inferiormente o músculo reto superior. Discreta proptose do globo ocular direito. Hemossinus. Fratura da arcada zigomática esquerda. Sinostose incompleta do arco posterior de C1.” Fez também TC e ecografia abdominal onde se verificou um “foco de contusão na metade anterior do polo inferior do rim esquerdo, associando a líquido peri-renal com espessura máxima de 8 mm no polo inferior. Hipodensidade/edema peri-portal difuso. Pequena quantidade de líquido intra-peritoneal sub-hepático e nas goteiras parietocólicas direita e esquerda. Alguns infiltrados parenquimatosos no lobo superior e lobo inferior do pulmão esquerdo”. Analiticamente não apresentava alterações relevantes. Posteriormente foi observado por outras especialidades médicas, nomeadamente pela Neurocirurgia que optou por tratamento conservador, pela Oftalmologia e pela Otorrinolaringologia que iniciaram antibioterapia profilática. Ao terceiro dia de internamento na UCIPed, já emitia sons, mas sem linguagem, e não cumpria ordens simples. Na TC-CE de controlo, parecia haver uma melhoria do quadro, com a observação de zonas de reabsorção dos focos hemáticos. Por este motivo, foi transferido para o internamento de Cirurgia para continuação de cuidados.

Após nove dias de internamento, o jovem apresentava melhoria do estado de consciência, mas tinha alguns períodos de agitação psicomotora e insónia inicial, motivo pelo qual foi solicitada a observação pela Pedopsiquiatria. Na avaliação do exame do estado mental, o jovem permaneceu em decúbito dorsal, com períodos de agitação psicomotora intercalados com períodos de acalmia. Encontrava-se desorientado auto e alopsiquicamente, no tempo e espaço. A atenção era captável por alguns momentos, mas não mantida. O discurso era espontâneo, fluente, mas por vezes incoerente. O humor era lábil com choro fácil. Apresentava comportamentos sugestivos de alterações da perceção. Posteriormente entrevistou-se a mãe, que referiu que o jovem mantinha períodos de agitação psicomotora ao longo do dia, nos quais parecia estar muito angustiado, como se estivesse a reviver o acidente. Referiu ainda dificuldades no sono que não tinha antes do acidente, nomeadamente a insónia inicial.

Relativamente aos antecedentes, a mãe referiu que o jovem tinha asma, para a qual estava medicado com montelucaste 10mg e salmeterol e propionato de fluticasona 50/250µg. Negou outros seguimentos médicos anteriores, nomeadamente em consulta de Pedopsiquiatria ou Neurodesenvolvimento. Tinha transitado para o 8º ano de escolaridade, com rendimento escolar mediano, referindo apenas uma retenção prévia no 5º ano de escolaridade. Sem queixas de aprendizagem na escola. Em relação ao contexto familiar, os pais estavam separados há seis anos e atualmente o jovem vivia com a mãe, o padrasto, o irmão de 18 anos e os filhos do padrasto, uma rapariga de 21 anos e um rapaz de 15 anos. Negou antecedentes familiares relevantes, nomeadamente perturbações psiquiátricas.

Após a observação e colheita de história junto da mãe, colocou-se a hipótese de se tratar de um quadro de *Delirium* hiperativo, dado o início agudo e curso flutuante, com diminuição do estado da consciência, desatenção e alterações do sono. Aplicou-se a escala *Cornell Assessment of Pediatric Delirium (CAP-D)* cujo score foi 15 (valor igual ou superior a 10 aponta para quadro de *Delirium*). Perante este resultado, iniciou-se terapêutica com risperidona titulada até 1mg/dia e promoveu-se a redução dos estímulos externos, nomeadamente da luminosidade e do ruído e a orientação no espaço e no tempo, com a colocação de um relógio, de um calendário, mantendo a presença da mãe. No décimo oitavo dia de internamento, o jovem encontrava-se vigil, calmo, colaborante e orientado nas quatro referências. Já não apresentava agitação psicomotora, permanecendo sentado no leito durante toda a entrevista. Negava memória para o sucedido, referindo que a última recordação que tinha era prévia ao acidente. O discurso era organizado, mas ainda apresentava alguns períodos de latência na resposta. A mãe referia melhoria do sono com a medicação. Aplicou-se novamente a escala *CAP-D* cujo score foi 5. Teve alta nesse dia, com indicação para ser reavaliado em consulta de Pedopsiquiatria no ambulatório.

Cerca de dois meses após a alta, o jovem foi novamente observado. Nessa altura, a queixa principal era a dificuldade em estar atento na escola. A mãe referia que o rendimento escolar tinha piorado face ao ano anterior, com várias avaliações negativas. Quando questionada se antes do acidente estavam presentes estas dificuldades, a mãe negou. O jovem referia que antes não estudava porque não queria e que atualmente não estudava porque não conseguia, dadas as dificuldades atuais em concentrar-se. Relativamente ao sono, não havia queixas, mas a mãe referia que nos dias em que se esquecera de dar a medicação, o jovem tinha ficado mais agitado e com dificuldades em adormecer. Para além deste seguimento, o jovem mantinha acompanhamento na Fisioterapia (semanal), na Terapia da Fala (semanal), na Terapia Ocupacional

(semanal) e na Psicologia (quinzenal). Dada as queixas, manteve-se a medicação e solicitou-se o preenchimento do *Strengths and Difficulties Questionnaire* ao jovem, aos cuidadores e ao diretor de turma. Na consulta subsequente, que ocorreu cerca de um mês depois, procedeu-se à cotação dos questionários, cujo score apontou para dificuldades de risco médio/alto para a Perturbação de Hiperatividade/Défice de Atenção. Mediante as queixas e estes resultados, colocou-se a hipótese de tratar de uma Perturbação de Hiperatividade/Défice de Atenção Não Especificada, segundo a classificação *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5), e medicou-se com metilfenidato 20mg de longa ação. Cerca de um mês após introdução da medicação, as melhorias eram sentidas em todos os contextos. O rendimento escolar melhorou significativamente e tanto o jovem como a mãe encontravam-se satisfeitos com os resultados. Manteve a medicação (a risperidona e o metilfenidato) ao longo do ano letivo e transitou apenas com uma negativa.

DISCUSSÃO

As lesões cerebrais resultantes de traumatismos são comuns na população pediátrica e podem ter consequências neurocognitivas graves. Na abordagem de casos como o descrito anteriormente, onde existe um acidente de viação com TCE e sintomas de PHDA após o evento, uma das primeiras questões que se coloca é pensar qual dos eventos é a causa ou a consequência. A literatura refere que crianças e jovens com PHDA têm maior probabilidade de ter acidentes e que os TCE podem ocorrer como consequência da desatenção e da impulsividade, características nesta perturbação⁴. Contudo, também refere que é muito comum surgir sintomatologia psiquiátrica após uma lesão cerebral grave, nomeadamente a PHDAs¹. Segundo as classificações diagnósticas internacionais⁵⁻⁶, em relação à PHDA primária, não basta a presença dos sintomas-chave para que seja feito o diagnóstico. Deve ser cumprida a condição de transversalidade dos sintomas em diferentes domínios, a instalação precoce e insidiosa das queixas, e a repercussão das mesmas deve ser significativa ao nível do desenvolvimento e funcionamento global da criança, família e escola. Os sintomas e/ou sinais de desatenção ou hiperatividade/impulsividade devem estar presentes antes dos 12 anos. No caso clínico descrito, tanto a mãe como o jovem negam queixas de sintomatologia de um quadro de PHDA prévio ao acidente, o que nos leva a pensar que muito provavelmente terá sido a lesão resultante do TCE a desencadear este quadro clínico. A PHDA secundária em

crianças e jovens com história de TCE tem uma prevalência aproximadamente de 20%⁷. Além das manifestações comportamentais, a disfunção sono-vigília também costuma estar associada aos TCE. As dificuldades do sono que este jovem apresentava, podem afetar a cognição (principalmente a atenção e a memória) e podem contribuir para o aumento da labilidade emocional.

Por norma, os sintomas pós-traumáticos desaparecem em 3 meses, e o *status* funcional melhora nos primeiros 6 a 12 meses após a lesão. Aproximadamente um terço dos casos de PHDA diagnosticados imediatamente após o TCE resolvem até 18 meses após a lesão, mas quando persistem 2 anos depois do evento traumático, podem ser considerados crônicos. Não obstante, a literatura descreve que independentemente da causa, na presença de sintomas de PHDA deve-se iniciar terapêutica, nomeadamente farmacológica. Esta indicação ganha particular importância em doentes com impulsividade, por apresentarem um risco superior de sofrerem acidentes, quando comparados com a restante população⁷. No caso apresentado, a principal queixa era a desatenção, que melhorou após introdução do psicoestimulante, com um impacto positivo ao nível do seu rendimento escolar.

CONCLUSÃO

A lesão cerebral que advém de um trauma violento é um problema de Saúde Pública grave da população pediátrica¹, que deve ser perspetivado como um processo contínuo em vez de um evento isolado, dados os efeitos cumulativos que podem resultar após o TCE. Esta situação é muito comum nos acidentes de viação devido às concussões que podem levar a disfunções psíquicas e cognitivas, bem como perturbações do sono-vigília⁸. Por este motivo, é fundamental uma abordagem multidisciplinar para fornecer todos os cuidados necessários a estes pacientes de forma a otimizar a sua recuperação. Ainda se sabe pouco sobre a PHDA secundária e o seu impacto a longo prazo, sendo necessários estudos longitudinais para compreender a sua evolução².

REFERÊNCIAS

- ¹ Narad, M. E., Riemersma, J., Wade, S. L., Smith-Paine, J., Morrison, P., Taylor, H. G., Yeates, K. O., & Kurowski, B. G. (2019). Impact of secondary ADHD on long-term outcomes after early childhood traumatic brain injury. *J Head Trauma Rehabil.*

- 2 Eme, R. (2012) ADHD: An integration with pediatric traumatic brain injury. *Expert Rev Neurother*, 12(4), 475-483.
- 3 Iverson, G. L, Gardner, A. J., Terry, D. P., Ponsford, J. L., Sills, A. K., Broshek, D. K., & Solomon, G. S. (2017). Predictors of clinical recovery from concussion: A systematic review. *Br J Sports Med*, 51(12), 941-948.
- 4 Amiri, S., Sadeghi-Bazargani, H., Nazari, S., Ranjbar, F., & Abdi, S. (2017). Attention deficit/hyperactivity disorder and risk of injuries: A systematic review and meta-analysis. *J Inj Violence Res*, 9(2), 95-105.
- 5 American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub.
- 6 World Health Organization. (2018). *International Classification of Diseases for Mortality and Morbidity Statistics (ICD-11 MMS)*.
- 7 Narad, M. E., Kennelly, M., Zhang, N., Wade, S. L., Yeates, K. O., Taylor, H. G., Epstein, J. N., & Kurowski, B. G. (2018) Secondary attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents 5 to 10 years after traumatic brain injury. *JAMA Pediatr*, 172(5), 437-443.
- 8 Morse, A., & Garner, D. (2018). Traumatic brain injury, sleep disorders, and psychiatric disorders: An underrecognized relationship. *Med Sci*, 6(1), 15.

ABSTRACT

Attention-deficit/hyperactivity disorder, one of the most common neurodevelopment's disorders, may be secondary to severe brain injury, such as traumatic brain injury, which in these cases is referred to as secondary attention-deficit/hyperactivity disorder. With this article, we intend to explore this etiology through a brief non-systematic literature review, regarding a cynical case of a 14-year-old male, who was admitted to pediatric intensive care at the Hospital de Santa Maria after being run over with traumatic brain injury. Often children and young victims of this type of trauma report difficulties in attention, concentration and memory. Usually these complaints are consistent with School and caregivers' reports. In the case of this young boy, the complaints appeared in the period after clinical discharge, when he returned to school. The literature reports that approximately one third of cases diagnosed immediately after trauma will resolve within 18 months, but when symptoms persist for up to 2 years, it may be considered a chronic condition. However, we don't know much about this etiology and long-term impact, so longitudinal studies are needed.

Key words: Secondary Attention-Deficit/Hyperactivity disorder, Brain injury, Traumatic brain injury, Children, Adolescents.

TRIFOFOBIA, UMA FOBIA POR CONTAR? A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

João B. Fonseca¹
Eduarda Machado¹
Rosa Rodrigues²
Patrícia Mendes³

RESUMO

A tripofobia define o medo intenso, ou aversão, a padrões irregulares ou agrupamento de pequenos buracos ou saliências. Embora não seja reconhecida pelo Manual de Diagnóstico e Estatística de Perturbações Mentais, a descrição da tripofobia cumpre em muitos casos critérios para ser classificada como uma fobia específica.

A maioria dos indivíduos queixa-se de um medo desproporcional dirigido a imagens compostas por buracos ou padrões geométricos repetitivos cuja visualização desencadeia uma resposta ansiosa com intensa sintomatologia neurovegetativa e que pode conduzir a evitamento fóbico e ansiedade antecipatória a essas imagens.

Descrevemos um caso de uma adolescente de 15 anos de idade que foi referenciada à consulta de Pedopsiquiatria por perturbação ansiosa com sintomas somáticos e comportamentos ritualizados de ordem e verificação. Referia sentir náuseas, taquicardia e inquietação interna sempre que observava padrões geométricos (como olhar para kiwis, morangos e favos de mel) e evitar situações em que antecipava a existência desses padrões. A doente foi medicada com fluvoxamina 50 mg id e manteve acompanhamento psicológico com melhoria do quadro clínico.

Com este caso pretendemos rever a literatura existente sobre tripofobia e contribuir para uma melhor compreensão da sua existência em outras patologias psiquiátricas como as perturbações da ansiedade.

Palavras-chave: Tripofobia, Aversão, Perturbação de Ansiedade, Fobia Específica.

¹ Interno Psiquiatria Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental, Hospital Senhora da Oliveira, Guimarães.

² Psiquiatra Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental, Hospital Senhora da Oliveira, Guimarães.

³ Pedopsiquiatra Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental, Hospital Senhora da Oliveira, Guimarães.

INTRODUÇÃO

A tripofobia define o medo intenso, ou aversão, a padrões irregulares ou agrupamento de pequenos buracos ou saliências. O termo deriva do grego *trýpa* (buraco) e *phóbos* (fobia) e tem sido utilizado sobretudo em comunidades online que se identificam com esta condição⁽¹⁻²⁾.

A maioria dos indivíduos queixa-se de um medo desproporcional dirigido a imagens compostas por buracos ou padrões geométricos repetitivos cuja visualização desencadeia uma resposta ansiosa com intensa sintomatologia neurovegetativa e que pode conduzir a evitamento fóbico e ansiedade antecipatória a essas imagens. Os estímulos envolvem uma grande variedade de imagens que podem ser inócuas como as sementes da flor de lótus, favos de mel, esponjas e bolhas, ou sinalizadores de perigo como padrões característicos de certos animais venenosos presentes em cobras ou peixes, por exemplo⁽²⁻³⁾.

Apesar da literatura científica deste fenómeno ser limitada, Cole et al. (2013) estudaram um grupo de 286 adultos aos quais foi pedido que indicassem se uma imagem considerada tripofóbica (sementes de flor de lótus) era aversiva ou repulsiva. Estimaram que 11% dos 91 homens e 18% das 195 mulheres incluídos no estudo apresentavam aversão ao estímulo, sugerindo a existência de um subgrupo da população geral que apresenta suscetibilidade para se enquadrar nesta condição⁽²⁾. Estas características individuais foram verificadas com o desenvolvimento duma escala psicométrica (*Trypophobia Questionnaire*) que se correlacionou positivamente com a propensão para o desenvolvimento de tripofobia⁽⁴⁾.

Numa tentativa de esclarecer as características clínicas deste quadro, Vlok-Barnar et al. (2017) aplicaram um questionário a 195 indivíduos pertencentes a um grupo online de tripofobia e verificaram que a maioria dos indivíduos era do género feminino, apresentava sintomas persistentes desde a adolescência e que nunca tinha procurado ajuda médica. As perturbações psiquiátricas mais comumente associadas foram as perturbações depressivas e a perturbação de ansiedade generalizada em 19 e 17% dos casos, respetivamente. Embora o nojo fosse o sintoma mais comumente identificado comparativamente com o medo, os indivíduos preenchiam mais critérios para o diagnóstico de uma fobia específica do que para perturbação obsessiva compulsiva⁽³⁾.

Tradicionalmente, a tripofobia tem sido entendida de um ponto de vista comportamental, mas dado que a maioria dos estímulos não apresenta um perigo real, algumas hipóteses evolucionistas argumentam que a aversão a estes padrões tripofóbicos poderá estar associada a uma resposta inata de evitamento de agentes patogénicos e animais perigosos⁽²⁾.

Embora não seja reconhecida pelo Manual de Diagnóstico e Estatística de Perturbações Mentais (DSM-5), a descrição da tripofobia cumpre em muitos casos critérios para ser classificada como uma fobia específica, no sentido em que os pacientes apresentam medo persistente ou ansiedade situacional desencadeados por um objeto específico, desproporcional ao perigo real, levando ao evitamento e ao prejuízo do funcionamento social ou ocupacional do indivíduo⁽⁵⁾.

Na prática clínica, este conjunto de sintomas é pouco habitual, mas a emergência de grupos de discussão *online* com partilha de casos sobre tripofobia mostra que esta condição pode não ser assim tão incomum.

Com este caso pretendemos rever a literatura existente sobre tripofobia e contribuir para uma melhor compreensão da sua existência em outras patologias psiquiátricas como as perturbações da ansiedade.

CASO CLÍNICO

Apresenta-se o caso de uma adolescente do género feminino, de 15 anos de idade, que frequenta o 10º ano de escolaridade na área de Humanidades e que foi referenciada para a consulta de Pedopsiquiatria pelo seu médico assistente por quadro ansioso com características somáticas.

No momento da observação, a adolescente encontrava-se a viver com a mãe. Os pais divorciaram-se quando tinha 8 anos e até há um ano esteve a viver juntamente com os avós maternos. A relação com o pai era caracterizada por instabilidade, com ausências prolongadas do mesmo, não mantendo contactos regulares. A mãe tinha antecedentes de patologia psiquiátrica com história de vários episódios depressivos com necessidade de tratamento farmacológico. Para além da perturbação depressiva materna, não se apuraram outros antecedentes psiquiátricos familiares, nomeadamente perturbações de ansiedade.

A adolescente apresentava antecedentes de seguimento em consultas de Psicologia para onde foi enviada 3 anos antes por queixas somáticas recorrentes, como dor abdominal, relacionadas com a ida para a escola e ansiedade de desempenho. A situação terá sido precipitada por conflitos entre os pais com envolvimento da Comissão de Protecção de Crianças e Jovens.

Os sintomas ter-se-ão manifestado cerca de 6 semanas antes da consulta de Pedopsiquiatria e incluíam sintomatologia ansiosa caracterizada por inquietação interna e manifestações somáticas que coincidiram com nova descompensação depressiva da mãe. Referia preocupações excessivas com a saúde da mãe e com

a sua performance escolar, com ansiedade de desempenho e evitamento do ambiente escolar com absentismo. Passava várias horas a organizar o quarto com comportamentos ritualizados de ordem e verificação.

Associadamente, descrevia crises de ansiedade com medo intenso despoletado pela visão de objetos esburacados ou com protuberâncias organizadas num padrão regular (Figura 1). A inquietação psíquica era sempre acompanhada por sintomas neurovegetativos incluindo náuseas, taquicardia, tremor, xerostomia e inquietação motora. Estes episódios eram despoletados por estímulos inócuos como ver morangos, kiwis fatiados e favos de mel. Reconhecia estas reações como estranhas, intensas e desproporcionadas, mas incontroláveis descrevendo que “a imagem dá-me nojo, é estranho... sei que me vou sentir mal e por isso evito olhar para elas, fico incomodada” (sic). Admitia evitar situações em que antecipava a existência desses padrões. Não conseguia localizar cronologicamente a primeira vez que experienciou estes sintomas e não foi possível estabelecer uma correlação entre o seu início e uma experiência aversiva prévia. A adolescente refere, contudo, um agravamento das crises de ansiedade aos estímulos identificados com a situação escolar e familiar que vivenciava como negativas.

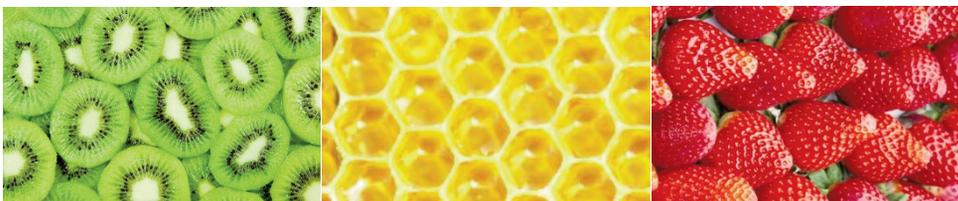


Figura 1. Exemplos dos estímulos aversivos que a doente referiu

Mais ainda, apresentava cognições negativas com sentimentos de tristeza e baixo autoconceito e necessidade de controlo e organização. Também apresentava dificuldades no sono. Negou ideias e comportamentos autolesivos.

A doente foi medicada com fluvoxamina 50 mg id com boa resposta na diminuição dos níveis de ansiedade e melhoria do padrão de sono.

Complementarmente à intervenção psicofarmacológica, a adolescente iniciou intervenção psicoterapêutica de base cognitivo-comportamental, aplicando-se o protocolo de dessensibilização sistemática para fobia específica. Inicialmente, procedeu-se à psicoeducação da adolescente sobre ansiedade e foi explicada a intervenção. Posteriormente, a exposição ocorreu de forma gradual e seriada aos estímulos aversivos identificados que foram hierarquizados por

ordem crescente de intensidade ansiogénica, começando-se pela exposição aos estímulos menos ameaçadores (pensar em imagens com buracos) até aos mais ameaçadores (visualizar imagens/objetos com buracos como as representadas na Figura 1). Ao longo das sessões, a estimulação repetida a cada um dos estímulos era realizada até se verificar diminuição da resposta fisiológica desencadeada pelo mesmo e extinção das respostas comportamentais (evitamento) e cognitivas (associação do estímulo a consequências catastróficas).

Ao fim de meio ano, apresentava melhoria do quadro clínico com tolerância aos estímulos causadores das respostas aversivas, maior sensação de autocontrolo e autoeficácia. A adolescente decidiu mudar de escola e ingressar num curso profissional de moda, descrevendo sentimentos de gratificação e boa integração.

DISCUSSÃO

Este caso representa uma descrição típica de tripofobia enquanto um desconforto ou aversão a estímulos repetitivos. Neste caso, os sintomas de ansiedade somática também se poderiam enquadrar no funcionamento obsessivo da doente, embora isso não exclua a presença comórbida de sintomas fóbicos enquadráveis na tripofobia dada a especificidade da associação entre os estímulos tripofóbicos, a ansiedade excessiva desencadeada por eles e o evitamento posterior. Com efeito, estima-se que a comorbilidade de outras perturbações psiquiátricas com a fobia específica varie entre 50 e 80%, especialmente perturbações de ansiedade como se verifica neste caso⁽⁶⁾.

As fobias são das perturbações psiquiátricas mais comuns e a sua prevalência estimada é de 7 a 9%. Nos adolescentes entre os 13 e 17 anos a prevalência sobe para os 16%, representando uma condição que deve ser alvo de intervenção pela possibilidade de persistir ao longo da vida e condicionar impacto na vida do indivíduo⁽⁵⁾. As intervenções na fobia específica podem ser de diversos tipos, sendo que a exposição ao estímulo por dessensibilização sistemática é uma técnica bastante utilizada. Apesar da tripofobia ser ainda uma condição pouco estudada, há a descrição de um caso clínico em que houve melhoria sintomática com a aplicação desta técnica, de forma semelhante ao caso que aqui se descreve⁽⁷⁾.

Para além do exposto, destacam-se como fatores de predisposição para o desenvolvimento de tripofobia neste caso as cognições negativas da adoles-

cente, o seu funcionamento obsessivo e a instabilidade familiar que são características predisponentes mencionadas na literatura⁽⁵⁾.

Embora os estudos disponíveis sobre o curso e prognóstico das fobias específicas, e especialmente da tripofobia, sejam limitados podemos justificar a evolução favorável verificada neste caso pelo contributo de vários fatores. Dentre eles, salientam-se o tratamento da perturbação depressiva materna que melhorou o relacionamento familiar; o bom nível cognitivo que a adolescente apresentava e a sua adesão às intervenções propostas; e boa adaptação e satisfação ao novo projeto escolar com integração no grupo de pares.

Os mecanismos para explicar os sintomas despoletados pelos estímulos tripofóbicos não estão claramente esclarecidos, mas vários autores propuseram algumas hipóteses. Yamada et al. (2017) propuseram que a tripofobia poderia constituir uma proteção involuntária contra dermatoses. Esta hipótese argumenta que as pessoas que experienciam reações emocionais negativas quando expostas a estímulos tripofóbicos, provavelmente associam-nos de forma involuntária a doenças dermatológicas que partilham as mesmas características visuais. Em linha com estes dados, os investigadores verificaram que os indivíduos que tinham história de problemas dermatológicos apresentavam maior suscetibilidade para evitar estímulos tripofóbicos semelhantes a fontes patogénicas que podem provocar dermatose⁽⁸⁾.

Kupfer e Le (2018) conceptualizam a tripofobia como um mecanismo de evitamento de doenças e ectoparasitas. De um ponto de vista evolucionário, as doenças infecciosas e parasitárias exerceram pressões de seleção natural, na medida em que se manifestavam por aglomerados de lesões circulares e pústulas visíveis na pele. Com efeito, os indivíduos que mais facilmente reconheciam estes padrões como ameaçadores teriam mais hipóteses de evitar estas doenças, sugerindo que a aversão a esses estímulos seria uma vantagem adaptativa de evitamento de doença. Este estudo comparou um grupo de indivíduos com tripofobia e um grupo controlo aos quais foram apresentadas imagens de doenças e imagens neutras. Embora ambos os grupos apresentassem aversão às imagens de doença, só o grupo com tripofobia apresentou aversão a imagens não relacionadas com doença como bolas de sabão. Desta forma, a tripofobia surge como uma sobregeneralização de uma resposta de evitamento de agentes patogénicos, envolvendo uma categoria de estímulos visuais que perceptualmente se assemelham a padrões de doenças dermatológicas, desencadeando uma resposta fóbica⁽⁹⁾.

Assim, a tripofobia pode ser conceptualizada como o produto de pressões evolutivas, vieses cognitivos acerca dos estímulos que a despoletam e condicionamento e foco atencional. A este respeito, foi demonstrado através de registo

eletroencefalográfico que indivíduos com tripofobia apresentam aumento dos potenciais positivos tardios parietais, o que reflete aumento da atenção motivada para imagens com padrões geométricos⁽¹⁰⁾.

No caso apresentado, a doente referia sentir aversão a estes estímulos, demonstrando que pode evidenciar predisposição para evitar imagens com características tripofóbicas. O desconforto pode provocar ansiedade antecipatória e por um mecanismo de condicionamento operante, esse reforço negativo desencadear evitamento como no caso das fobias.

Em suma, a discussão se a tripofobia corresponde a uma fobia específica permanece aberta e estudos futuros são importantes para esclarecer qual a relevância clínica desta entidade, nomeadamente qual reação (medo ou aversão) está relacionada com maior severidade dos sintomas; se há diferenças no tratamento de pessoas que exibem maioritariamente medo comparadas com as que exibem aversão; e se a tripofobia tem impacto significativo se não estiver associada a outros diagnósticos⁽²⁾.

REFERÊNCIAS

- (1) Martinez-Aguayo, J. C., Lanfranco, R. C., Arancibia, M., Sepulveda, E., & Madrid, E. (2018). Trypophobia: What do we know so far? A case report and comprehensive review of the literature. *Front Psychiatry, 9*, 15.
- (2) Cole, G. G., & Wilkins, A. J. (2013). Fear of holes. *Psychol Sci, 24*, 1980-1985.
- (3) Vlok-Barnard, M., & Stein D.J. (2017). Trypophobia: An investigation of clinical features. *Braz J Psychiatry, 39*, 337-341.
- (4) Le, A. T., Cole, G. G., & Wilkins, A. J. (2015). Assessment of tryphobia and an analysis of its visual precipitation. *Q J Exp Psychol, 68*, 2304-2322.
- (5) American Psychiatry Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA.
- (6) Sadock, B. J., Kaplan, H. I., & Sadock, V. A. (2007) *Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry* (10th ed.). Philadelphia: Wolter Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins.
- (7) Marcon, R., & Reolon, G. (2016). Tripofobia: Um relato de caso do tratamento do medo de buracos. *Rev Bras Ter Comport Cogn, 18*, 100-111.
- (8) Yamada, Y., & Sasaki, K. (2018). Involuntary protection against dermatosis: A preliminary observation on tryphobia. *BMC Res Notes, 10*, 658.
- (9) Kupfer, T. R., & Le, A. T. D. (2018). Disgusting clusters: Trypophobia as an overgeneralised disease avoidance response. *Cogn Emot, 32*, 729-741.

- (10) Wabnegger, A., Schwab, D., & Schienle, A. (2019). The hole story: An event-related potential study with tryphobic stimuli. *Motiv Emot*, 43, 985-992.

ABSTRACT

Trypophobia is the fear or aversion to the sight of irregular patterns or a cluster of small holes or bumps. Although not recognized in the Manual of Diagnosis and Statistics of Mental Disorders, in many cases tryphobia fulfills criteria to be classified as a specific phobia.

Most individuals complain of a disproportionate fear elicited by images composed of holes or repetitive geometric patterns whose visualization triggers an anxious response with intense neurovegetative symptoms. It can lead to phobic avoidance and anticipatory anxiety about these images.

We report the case of a 15-year-old adolescent who was referred to the Child and Adolescent Psychiatry consultation with an anxiety disorder characterized by somatic symptoms and rituals of order and verification. In association, she reported feeling nausea, tachycardia and internal restlessness whenever she observed geometric patterns (such as looking at kiwis, strawberries and honeycombs) and avoiding situations in which she anticipated the existence of these patterns. The patient was medicated with fluvoxamine 50 mg id and maintained psychotherapy follow-up with clinical improvement.

This case report intends to review the existing literature on tryphobia and contribute to a better understanding of its existence along with other psychiatric pathologies such as anxiety disorders.

Key words: Trypophobia, Disgust, Anxiety Disorders, Specific Phobia.

UM COMPORTAMENTO, MÚLTIPLAS FUNÇÕES

A propósito de um caso clínico

C. Vieira da Costa¹
S. Sousa Ticló¹
M. Costa de Sousa²
S. Henriques²
C. Cordovil²
T. Goldschmidt³

RESUMO

Os comportamentos autolesivos (CAL) têm sido um motivo crescente de ida ao Serviço de Urgência e de pedido de consulta de Pedopsiquiatria. É sabido que a sua prevalência tem aumentado nos últimos dez anos. Existem modelos que procuram explicar as funções dos CAL na adolescência, contextualizando-os na atualidade e nas problemáticas que hoje dominam a vida dos adolescentes. Este trabalho tem como objetivo a apresentação e análise de um modelo explicativo das funções dos comportamentos autolesivos na adolescência (Jill M. Hooley, 2017), com foco na sua função unificadora de grupo e como elemento de identidade grupal. Tomando como ponto de partida uma vinheta clínica de um adolescente de 15 anos, referenciado à consulta de psiquiatria da adolescência por um quadro clínico de tristeza, episódios de CAL e verbalização de ideias de morte, procedeu-se a uma revisão bibliográfica sobre os CAL na adolescência, com particular enfoque na sua contribuição para a afiliação grupal. Estudos sobre as motivações subjacentes a surtos de CAL em escolas demonstraram que alguns adolescentes iniciam estes comportamentos para afirmar ou aumentar a sua ligação a um grupo de pares. A vinheta clínica descrita enquadra-se nesta realidade. O jovem em análise, na procura de uma autoimagem positiva, idêntica à do grupo ao qual se tinha recentemente aproximado, iniciou comportamentos autodestrutivos que passavam pelo consumo de substâncias, cortes nos antebraços e simulações de

¹ Médica interna de Pedopsiquiatria, Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental da Infância e Adolescência, Departamento de Pediatria, Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE.

² Médica especialista em Pedopsiquiatria, Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental da Infância e Adolescência, Departamento de Pediatria, Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE.

³ Assistente graduada em Pedopsiquiatria e diretora do Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental da Infância e Adolescência, Departamento de Pediatria, Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE.

asfixia. Foi importante, no acompanhamento terapêutico do adolescente, identificar o percurso que culminou nos comportamentos autolesivos e reforçar a sua identidade própria, distinta da dos pares.

Palavras-chave: Comportamentos autolesivos, Adolescência, Afiliação grupal.

INTRODUÇÃO

Os comportamentos autolesivos correspondem a um ato no qual um indivíduo de forma deliberada provoca uma lesão no próprio corpo, sem, no entanto, haver uma intenção suicida com esse ato. Podem envolver comportamentos de diferentes ordens, sendo os mais frequentes os cortes, as queimaduras ou a ingestão de uma substância lesiva ou numa dose superior à recomendada, com um propósito autoagressivo¹.

A prevalência de CAL na infância e adolescência tem variado ao longo dos anos. De acordo com a *International Society for the Study of Self-Injury*, a prevalência e incidência de CAL em adolescentes aumentou em todo o mundo nas últimas décadas². Também a *Centers for Disease Control and Prevention* relatou um aumento de 50% de admissões no SU por CAL entre 2010 e 2016³. Em Portugal, têm-se desenvolvido estudos que procuram documentar a realidade nacional⁴. O *Health Behavior in School-aged Children (HBSC)*⁵, desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde, é um estudo que analisa os comportamentos dos adolescentes nos vários contextos da sua vida e o impacto na sua saúde e bem-estar. O HBSC português de 2018 incluiu 8215 alunos, de 42 agrupamentos e 476 turmas aleatoriamente selecionados, com uma média de idades de 14,36 anos⁶. Demonstrou-se que 18% relataram ter tido comportamentos autolesivos, dos quais mais de um terço relatou ter realizado o comportamento 2 a 3 vezes e mais de um quinto dos adolescentes mencionou tê-lo feito 4 vezes ou mais⁶.

A literatura tem sido pouco consistente relativamente à diferença de prevalência de CAL entre géneros, com estudos a documentarem uma maior prevalência em jovens do género feminino e outros não mostrando uma diferença significativa⁷. Existem dados que apontam para uma diferença no tipo de método utilizado, sendo os cortes mais frequentes em populações do género feminino e os socos (na parede ou no chão) mais característicos de populações do género masculino⁷.

Desde que foram incluídos no DSM-5 como critério de diagnóstico de perturbação estado-limite (*borderline*) de personalidade, os comportamentos autolesivos têm sido encarados na clínica apenas como um sintoma deste

distúrbio de personalidade⁸. Estudos recentes contradizem esta ideia, mostrando que os CAL estão associados a diferentes perturbações internalizantes e externalizantes, e podem ocorrer na ausência de doença psiquiátrica. Em populações clínicas, a literatura aponta para a não existência de uma diferença significativa entre o risco de CAL em doenças psiquiátricas, sugerindo que estes comportamentos representam um fenómeno transdiagnóstico⁹. Concordante com estes dados, uma meta-análise conduzida em 2015 por Bentley e colaboradores procurou uma associação entre o fenómeno CAL e diferentes grupos psicopatológicos, tendo analisado um total de 56 estudos⁹. Nesta meta-análise, apurou-se uma prevalência superior de CAL em adolescentes com perturbações emocionais, onde se incluíram Perturbações do Humor, Perturbações de Ansiedade, Perturbação Pós Stress Traumático e Perturbação de Pânico. Ainda que se tenham encontrado ligeiras diferenças de prevalência em diferentes entidades clínicas, os autores concluíram não existir uma diferença estatisticamente significativa para a prevalência de CAL nos diferentes grupos de doença.

A última versão do DSM propôs, na secção III do manual, um conjunto de entidades clínicas para as quais se encoraja um estudo futuro. Uma das condições propostas é a *Autolesão Não Suicida*, com critérios de inclusão e exclusão, dados sobre o desenvolvimento, curso, fatores de risco e de prognóstico, bem como hipóteses de diagnóstico diferencial. A inclusão nesta secção do DSM pode significar o isolamento da patologia enquanto entidade autónoma no futuro, evidenciando assim a sua relevância clínica por um lado e por outro a necessidade de se encontrar uma posição científica consensual relativamente à forma como são abordados estes comportamentos. De facto, tem-se argumentado na literatura a necessidade de se encontrar uma linguagem universal, consensual a nível internacional, para se nomear os CAL. A criação de uma categoria estritamente definida no DSM poderá contribuir para tal, facilitando a monitorização da prevalência dos CAL, promovendo iniciativas de investigação para um melhor entendimento das autoagressões e melhorando a abordagem terapêutica aos doentes¹⁰.

MODELOS EXPLICATIVOS

Os comportamentos autolesivos são fenómenos complexos, com relação estabelecida com múltiplos fatores de risco, precipitantes e de manutenção. Não dependem normalmente de uma única causa, constituindo-se antes como resultado final de interações entre fatores genéticos, biológicos, psicológicos,

sociais e culturais. Dada a complexidade e a prevalência crescente, têm-se desenvolvido modelos teóricos que procuram explicar as funções psíquicas assumidas pelos CAL.

Karen L. Suyemoto (1998)¹¹ reuniu seis modelos funcionais dos comportamentos autolesivos. Encontrou o modelo ambiental, o modelo antissuicida, o modelo sexual, o modelo de regulação de afetos, o modelo de dissociação e o modelo de limites. Esta revisão da literatura e reflexão da autora serviram como mote para a criação posterior de outros modelos explicativos, com implicações na abordagem terapêutica¹¹.

Nock and Prinstein (2004)¹² propuseram uma teoria assente em 4 funções distintas – *Four-Function Model (FFM)* – na qual as funções dos CAL são categorizadas segundo dois sistemas dicotômicos: A) reforço positivo (implica a continuação do comportamento para manutenção de uma sensação positiva ou aquisição de algo secundário positivo) ou reforço negativo (implica a manutenção do comportamento para remover algo de negativo); e B) intrapessoal (automático) ou interpessoal (social). O *Four-Function Model* tem sido amplamente estudado e aplicado em populações clínicas, com bons resultados na implementação de estratégias terapêuticas direcionadas para a função avaliada em cada caso¹³.

Klonsky (2007) trouxe um modelo mais extenso, baseado em dados colhidos junto de adolescentes com CAL. Este modelo evidencia sete funções dos comportamentos autolesivos: alívio emocional, autopunição, antidissociação, influências interpessoais, afiliação grupal, *sensation seeking* e criação de limites interpessoais¹⁴.

Jim Hooley (2017)⁸ propõe uma abordagem inovadora, partindo de duas questões que pretende ver respondidas – *Porque é que os CAL são considerados um comportamento útil para tantas pessoas* e *O que separa as pessoas que se envolvem em CAL das pessoas que não o fazem*.

A resposta a estas duas questões parte de uma revisão bibliográfica em literatura científica. Concordante com investigações prévias sobre as funções afetivas e sociais dos CAL^{9,12}, é colocada a hipótese de que existem fatores que atraem as pessoas a envolverem-se em CAL – consideram esses os *Benefícios dos CAL*. Hooley propõe que esses benefícios transformam os CAL num comportamento útil para quem os pratica. É igualmente levantada a hipótese de que existem outros fatores que naturalmente dissuadem a maioria das pessoas – considerando estas as *Barreiras dos CAL*. Partindo desta formulação é proposto um modelo de *Benefícios e Barreiras*, assente nos pressupostos: (a) Os CAL têm o potencial de fornecer uma gama de benefícios para quase todos os que os praticam, mas que; (b) A maioria das pessoas não tem acesso a esses benefícios

por fatores fisiológicos, psicológicos e sociais. A utilização do termo *benefício* neste artigo não significa que se considera o CAL um comportamento benéfico. Embora possa trazer benefícios afetivos e secundários, é um comportamento com custos físicos e psicológicos consideráveis.

De seguida, apresenta-se uma vinheta clínica de um caso acompanhado em consulta de pedopsiquiatria. O caso será analisado à luz do modelo proposto por Hooley⁸, servindo como ponto de partida para uma pesquisa bibliográfica e análise sobre as funções psíquicas dos CAL.

VINHETA CLÍNICA

Adolescente de 15 anos de idade, género masculino, recorreu a consulta de psiquiatria do adolescente, encaminhado pelo Serviço de Urgência. Apresentava um quadro clínico com cerca de 1 ano de evolução, caracterizado por alterações do comportamento em contexto escolar, incumprimento de regras, comportamentos opositivos e atitude de desafio dirigida exclusivamente aos professores. Três meses antes da primeira consulta, observou-se um agravamento do quadro anterior, adquirindo um humor depressivo, isolamento em relação à família e episódios de irritabilidade de intensidade desproporcional ao desencadeante, apenas em contexto familiar. A par com o agravamento da sintomatologia, houve uma diminuição do investimento escolar e do rendimento e o início de episódios de consumo de álcool, tabaco e canabinóides em contexto social que aumentaram de frequência ao longo do tempo. Iniciou comportamentos autolesivos – cortes no antebraço e um episódio de *asfixia com a corrente que usa ao pescoço, com cianose facial*, segundo informação fornecida pela mãe, que motivou a ida ao Serviço de Urgência. Estes comportamentos tinham habitualmente um carácter impulsivo, ocorriam em situação de frustração e por vezes sem desencadeante aparente. À data da primeira consulta, o jovem encontrava-se a cumprir terapêutica com Quetiapina 50mg, prescrita no Serviço de Urgência.

Na entrevista com a família, a mãe relacionou o quadro apresentado à aproximação do filho a um grupo de pares da escola que frequentava. Descreveu o grupo como usando roupa preta, com membros com consumo conhecido de álcool e de canabinóides, havendo uma cultura gótica/*emo* vivida em contexto grupal. Referiu ainda que alguns membros do grupo tinham patologia psiquiátrica e comportamentos autolesivos conhecidos. Descreveu a personalidade prévia do filho como muito variável ao longo do seu desenvol-

vimento, sendo permeável ao grupo de pares a quem se associa. Descreveu ainda dificuldades nas interações sociais desde a infância e uma propensão para identificação com os amigos a que se vai aproximando. Do ponto de vista familiar foi referido um afastamento relacional progressivo, com isolamento no quarto e irritabilidade no contacto com os pais.

À observação na primeira consulta, o jovem aparentou uma idade superior à idade real. Apresentou uma postura calma, um contacto sintónico, estabeleceu uma relação adequada e aderiu à entrevista de forma natural. O seu discurso, inicialmente provocado, foi-se tornando progressivamente mais fluido. Apresentou um humor eutímico, com uma expressão de afetos algo discordante do conteúdo do seu discurso, demonstrando um aplanamento/indiferença afetiva ao abordar temáticas potencialmente difíceis. Referiu sentimentos de desesperança, verbalizou pensamentos sobre a morte, sem, no entanto, existir uma ideação suicida estruturada. Não se apuraram alterações da forma, da posse e do conteúdo do pensamento nem alterações da esfera sensorio-perceptiva. Referiu ter-se integrado num grupo de pares constituído por jovens com perturbações do humor e comportamentos autolesivos: *“Há dois que também se cortam, há um que tem uma depressão e outro é alcoólico”*. Neste contexto, comentou que um dos amigos consome bebidas brancas e que esse amigo o influencia nesse sentido. Acrescentou que no grupo se sente integrado e que finalmente encontrou um “espaço onde pode sentir-se aceite pelo que é, e não tem de fingir ser o que não é”. Iniciou CAL com intenção de “alívio do que estava a sentir”, sem, no entanto, especificar sentimentos ou pensamentos associados aos momentos dos CAL. Acrescentou que partilhava com os pares estes episódios, sentindo-se compreendido e apoiado por estes. Foram negadas alterações do padrão do sono ou do apetite. Apresentou crítica para os sintomas e para a necessidade de tratamento e aderiu ao plano terapêutico proposto.

A impressão clínica obtida depois da primeira consulta apontava para um conjunto de comportamentos de risco em contexto de grupo, associado a traços de impulsividade, com impacto no funcionamento escolar e familiar. Não reuniu critérios para o diagnóstico de uma perturbação psiquiátrica de acordo com os manuais DSM5 ou CID10.

Ao longo do acompanhamento do adolescente foi importante identificar o percurso individual que culminou nos comportamentos autolesivos. O jovem em análise reconheceu que, na procura de uma autoimagem positiva, idêntica à do grupo ao qual se tinha recentemente aproximado, iniciou múltiplos comportamentos autodestrutivos. Foi importante reforçar a sua identidade própria, distinta das dos pares que iniciaram as autolesões e que tinham um papel de líderes no grupo em questão.

DISCUSSÃO

Os quadros clínicos acompanhados em consulta de pedopsiquiatria assumem diferentes formas, construindo-se a partir de diversas realidades (de personalidade, de contexto social, familiar e biológico). Os CAL são um sintoma que frequentemente motiva o pedido de consulta para adolescentes, sendo claro para o clínico que estes comportamentos se inscrevem em situações clínicas de gravidade variada. Os modelos explicativos desenvolvidos apontam para a multiplicidade de funções que os CAL podem assumir, sendo úteis na formulação de hipóteses clínicas e fornecendo informação sobre áreas de disfunção e possíveis alvos terapêuticos.

Na vinheta clínica aqui apresentada, aplicando o modelo proposto por Hooley⁸, identificam-se fatores de risco individuais do jovem que o colocam numa posição de, por um lado beneficiar dos efeitos dos CAL e de, por outro, não ser sensível às barreiras aos CAL. Neste caso em particular, exploram-se os *Benefícios dos CAL – afiliação grupal, identidade individual e de grupo e idioma grupal*. São abordados ainda aspetos da *fase de desenvolvimento* e da *personalidade* do jovem, como fatores com impacto no quadro clínico apresentado.

CAL para afiliação grupal, como característica identitária e como idioma de grupo

No caso em estudo, foi possível ao longo do acompanhamento perceber a contribuição da adesão a um novo grupo de pares para os episódios de comportamentos autolesivos que motivaram o início do seguimento. Explorando a história pregressa em consulta, o jovem reconheceu ter tido sempre alguma dificuldade em isolar o seu comportamento e pensamento do grupo a que ia pertencendo. Foi ainda possível apurar alguma insegurança na relação com os pares e uma leitura negativa das relações prévias. Ao aproximar-se de um grupo com elementos com comportamentos autolesivos, absentismo escolar e consumos de substâncias, estes passaram a ser integrados por si, tornando-se comportamentos seus.

No seu modelo, Hooley aponta a *afiliação grupal* como um dos benefícios conferidos pelos CAL (*Benefit 3: NSSI provides peer group affiliation*). Em adolescentes menos seguros ou com personalidades mais vulneráveis, o início de CAL pode servir como forma de aumentar ou afirmar a sua ligação a um grupo. Desta forma, se no grupo de pares desejado/idealizado houver elementos com gestos autolesivos, o adolescente vulnerável pode iniciar CAL para

afirmar, melhorar ou manter a sua ligação ao grupo. De uma forma semelhante, se admirar uma pessoa do grupo com CAL, na procura de uma *autoimagem positiva*, o adolescente reproduz o comportamento. A função, neste caso, é a sensação de elevação do seu *status*, ao aderir ao comportamento valorizado.

O *desejo de comunicar* num grupo onde os CAL funcionem como idioma ou como forma de expressão do grupo, induz a sua utilização como forma de comunicação validada e compreendida pelos pares.

A apoiar estes dados, existem estudos que demonstraram que, em comparação com adolescentes sem história prévia de CAL, os adolescentes com CAL relataram conhecer mais pessoas com estes comportamento¹⁵. Noutra investigação¹⁶, testemunhos de adolescentes apontam como motivação para os CAL a “necessidade de alcançar um sentimento de pertença”, “para se sentir mais parte de um grupo” e “para não se sentir um estranho”. Dados de estudos com desenho longitudinal¹⁷⁻¹⁸ têm confirmado a hipótese da existência de um efeito da socialização com pares com CAL ao longo do tempo.

Cultura adolescente e CAL

Na vinheta apresentada, a mãe referiu que o jovem se aproximou de um grupo com uma cultura gótica/*emo*, tendo identificado os ideais e os comportamentos partilhados pelo grupo como elementos contribuidores para o quadro clínico apresentado. A roupa preta, as correntes e os *piercings* são elementos de expressão exterior/social da cultura, funcionando como marcas que unem o grupo e que afirmam a sua identidade. Está descrito que em alguns grupos com cultura gótica/*emo*, os CAL servem uma função semelhante, fazendo parte de um conjunto de comportamentos a que o adolescente adere para afirmar a sua cultura¹⁹. A literatura tem procurado esta associação. Um estudo conduzido na Alemanha²⁰, em 452 estudantes com 15 anos de idade, procurou perceber a relação entre diferentes culturas juvenis – Alternativa (Gótica, *Emo*, *Punk*), *Nerd* (académico) ou *Jock* (atletico) – e a frequência de comportamentos autolesivos e suicidários, controlando para variáveis como antecedentes pessoais psiquiátricos, *status* socioeconómico e experiência prévia de *bullying*. Os resultados apontaram para uma correlação direta entre identidade “alternativa” e CAL ($r=0,3$) e uma correlação inversa para a identidade atlética ($r>-0,1$). Neste estudo, os adolescentes alternativos (gótico, *emo*, *punk*) apresentaram uma frequência de CAL superior (45,5% vs. 18,8%), repetiram os episódios mais vezes e tiveram 4-8 vezes mais hipóteses de tentar suicídio do que os pares não alternativos. Quando se explorou as razões subjacentes aos CAL relatadas pelos adolescentes, apuraram-se mais razões interpessoais e de

comunicação nos *adolescentes alternativos*, quando comparados com os pares. Está também descrito que o temperamento estereotipado de adolescente gótico – tendências de não-conformidade, maior abertura a experiências novas, valorização do mórbido e uma postura melancólica – predispõe o indivíduo a experimentar novas estratégias de *coping*, onde se inclui a automutilação¹⁹⁻²⁰. Estes dados vêm ao encontro da hipótese de que um dos fatores que possa ter contribuído para os episódios de CAL na vinheta em análise tenha sido a necessidade de aderir a uma cultura partilhada, assumindo o CAL uma função facilitadora desta adesão. Desta forma, os CAL desempenham um papel unificador de elementos que partilham determinados valores, crenças e gostos.

Perfil do adolescente

No caso apresentado é possível identificar outros fatores, individuais do adolescente, que podem ter contribuído para o quadro clínico apresentado e para a sintomatologia aqui analisada em maior detalhe. A literatura descreve que sentimentos de solidão, isolamento e alienação de pares e da sociedade constituem alguns dos fatores de risco mais frequentes em jovens com CAL²¹. Outros fatores individuais como traços de impulsividade²², neuroticismo e introversão estão estatisticamente associados a uma maior predisposição para comportamentos autolesivos, quando comparados com outros traços de personalidade. O jovem em análise apresentava alguns comportamentos com carácter impulsivo e revelava nas relações interpessoais traços de introversão.

Perspetiva de desenvolvimento

De uma perspetiva do desenvolvimento, a adolescência é uma fase caracterizada por movimentos individuais que visam a procura de uma identidade própria e de um conjunto de valores pessoais distintos dos dos pais²³. Pertencer a um grupo de pares desempenha um papel fundamental neste processo, fomentando o desenvolvimento de um sentido de independência, domínio e controlo²⁴. Na vinheta em análise, o jovem encontrava-se numa fase de maior afastamento da família, tendo procurado no grupo de pares elementos que lhe devolviam uma sensação de segurança e de validação existencial, confirmando e alimentando alguns dos processos da adolescência próprios da idade. Estando integrado neste grupo com comportamentos desviantes, rompeu com alguns dos seus padrões comportamentais prévios, dissolvendo-se na trama grupal e adotando parte dos comportamentos do grupo.

FUNÇÃO DOS CAL E IMPLICAÇÕES TERAPÊUTICAS

Compreender a função associada a um comportamento tem implicações para a implementação de um tratamento dirigido, orientando o clínico na direção de intervenções potencialmente mais eficazes¹⁰. Se um adolescente iniciar ou mantiver episódios de CAL com uma função de regulação emocional (por exemplo, reduzir a sensação de raiva), fará sentido que uma das estratégias terapêuticas passe pela elaboração de métodos alternativos de gestão de raiva¹⁰. De uma forma semelhante, se o CAL assumir uma função de comunicação de mal-estar no meio familiar ou no contexto escolar, poderá ser necessária uma abordagem sistêmica ou familiar. Um dos objetivos da intervenção terapêutica passará, então, por encontrar meios alternativos, menos prejudiciais, para cumprir as funções que os CAL assumem na vida do adolescente, capacitando o jovem para os substituir²⁴.

Na vinheta em análise, a intervenção terapêutica passou pela introdução de um fármaco para controlo comportamental, iniciado no Serviço de Urgência, e por uma intervenção individual e familiar. Foi possível, junto do jovem, um reconhecimento do percurso individual que culminou nos comportamentos autolesivos e comportamentos de risco. Dado o impacto do grupo na dimensão comportamental do quadro clínico, foi possível ao longo do processo terapêutico uma atitude crítica do jovem e um abandono de alguns dos comportamentos que passou a sentir como não próprios. Do ponto de vista familiar, houve uma necessidade de mediação da comunicação intrafamiliar para reaproximar o jovem dos pais, não comprometendo os movimentos de autonomia, próprios da adolescência. Esta reaproximação trouxe uma maior compreensão e aceitação mútua, tendo sido possível para o adolescente comunicar de uma forma mais genuína e transparente no seio familiar.

CONCLUSÃO

Os comportamentos autolesivos são um sintoma comportamental, com múltiplos significados clínicos e servindo diferentes funções. Na vinheta apresentada, apurou-se um quadro clínico caracterizado por alterações do comportamento que foram contextualizadas na sua dimensão social, tendo-se explorado o impacto da influência do grupo e a importância da procura de uma autoimagem positiva. Outros fatores individuais (de personalidade e do desenvolvimento) foram identificados como contribuidores para o quadro.

O caso apresentado é representativo de uma realidade particular, minoritária no contexto dos comportamentos autolesivos na adolescência. De facto, a literatura é clara no que diz respeito ao papel do contágio de grupo na iniciação dos CAL, mas este não é o cenário mais prevalente ou mais representativo do que ocorre, hoje em dia, em grupos de adolescentes. Estudos realizados em populações não clínicas (escolas, comunidades) apuraram que a maioria dos episódios de CAL ocorre em privado e não são divulgados²⁵, sugerindo que habitualmente não são realizados com um fim de regulação do ambiente social.

Os casos clínicos em pedopsiquiatria revestem-se de uma complexidade que espelha as diferentes dimensões que operam na emergência da sintomatologia. As especificidades da fase de desenvolvimento, o contexto familiar e social e as dimensões individuais de temperamento e de personalidade em construção conjugam-se de formas mutáveis ao longo do tempo, sendo necessária uma abordagem dinâmica e adaptada a cada caso. A intervenção terapêutica deverá ser igualmente multidimensional, intervindo nas diferentes frentes que contribuem para a construção do quadro clínico.

REFERÊNCIAS

- ¹ Guerreiro, D., & Sampaio, D. (2013). Comportamentos autolesivos em adolescentes: Uma revisão da literatura com foco na investigação em língua portuguesa. *Revista Portuguesa Saúde Pública*, 31, 204-213.
- ² *International Society for the Study of Self-Injury*. Disponível em <https://itriples.org/category/about-self-injury/>
- ³ *Centers for Disease Control and Prevention*. Disponível em <https://www.cdc.gov/nchs/fastats/emergency-department.htm>
- ⁴ Sampaio, D., & Guerreiro, D. (2014). Comportamentos autolesivos na adolescência. In Pedro Monteiro (Ed.), *Psicologia e Psiquiatria da Infância e Adolescência de Acordo com o DSM-5* (1ª ed., pp. 383-393). Lisboa: LIDEL.
- ⁵ *Health Behavior in School-aged Children*. Disponível em <http://www.hbsc.org/>
- ⁶ Reis, M., Gaspar, S., & Ramiro, L. (2019). Comportamentos autolesivos nos adolescentes: Resultados do estudo HBSC 2018. *Journal of Child and Adolescence Psychology*, 10, 207-217.
- ⁷ Bresin, K., & Schoenleber, M. (2015). Gender differences in the prevalence of nonsuicidal self-injury: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 38, 55-64.
- ⁸ Hooley, J. M., & Franklin, J. C. (2018). Why do people hurt themselves? A new conceptual model of nonsuicidal self-injury. *Clinical Psychological Science*, 6(3), 428-451.

- ⁹ Cassiello-Robbins, C., Vittorio, L., Sauer-Zavala, S., & Barlow, D. H. (2015). The association between nonsuicidal self-injury and the emotional disorders: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review, 37*, 72-88.
- ¹⁰ Plener, L., & Fegert, M. (2012). Non-suicidal self-injury: state of the art perspective of a proposed new syndrome for DSM V. *Child and adolescent psychiatry and Mental Health, 6*(9).
- ¹¹ Suyemoto, K. (1998). The functions of self-mutilation. *Clinical Psychology Review, 18*, 531-554.
- ¹² Nock, M., & Prinstein, M. (2004). A functional approach to the assessment of self-mutilative behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 72*, 885-890.
- ¹³ Power, J., Smith, H., & Beaudette, J. (2016). Examining Nock and Prinstein's four-function model with offenders who self-injure. *Personality Disorders, 7*, 309-314.
- ¹⁴ Klonsky, D. (2007). The functions of deliberate self-injury: A review of the evidence. *Clinical Psychology Review, 27*, 226-239.
- ¹⁵ Claes, L., Houben, A., Vandereycken, W., Bijttebier, P., & Muehlenkamp, J. (2010). Brief report: The association between non-suicidal self-injury, self-concept and acquaintance with self-injurious peers in a sample of adolescents. *Journal of Adolescence, 33*, 775-778.
- ¹⁶ Giletta, M., Burk, J., Scholte, H., Engels, C., & Prinstein, J. (2013). Direct and indirect peer socialization of adolescent nonsuicidal self-injury. *Journal of Research on Adolescence, 23*, 450-463.
- ¹⁷ Prinstein, J., Heilbron, N., Guerry, D., Franklin, C., Rancourt, D., Simon, V., & Spirito, A. (2010). Peer influence and nonsuicidal selfinjury: Longitudinal results in community and clinically-referred adolescent samples. *Journal of Abnormal Child Psychology, 38*, 669-682.
- ¹⁸ Bowes, L., Carnegie, R., Pearson, R., Mars, B., Lucy, B., & Maughan, B. (2015). Risk of depression and self-harm in teenagers identifying with goth subculture: A longitudinal cohort study. *Lancet Psychiatry, 2*(9), 793-800.
- ¹⁹ Young, R., Sproeber, N., Groschwitz, R., Preiss, M., & Plener, P. (2014). Why alternative teenagers self-harm: Exploring the link between non-suicidal self-injury, attempted suicide and adolescent identity. *BMC Psychiatry, 14*, 137.
- ²⁰ Claes, L., & Luyckx, K. (2015). Bullying and victimization, depressive mood, and non-suicidal self-injury in adolescents: The moderating role of parental support. *Journal of Child and Family Studies, 24*, 3363-3371.
- ²¹ Catherine, M., McHugh, R., Lee, S., Hermens, D., Corderoy, A., & Hickie, M. (2019). Impulsivity in the self-harm and suicidal behavior of young people: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychiatric Research, 116*, 51-60.
- ²² Flemming, M. (1988). *Autonomia comportamental na adolescência e percepções das atitudes parentais* (Cap. II – Conceptualizações de Autonomia Adolescente, pp. 29-39). Dissertação de Doutoramento, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto.
- ²³ Bentley, K., Nock, M., Barlow, D. (2014). The Four-Function Model of Nonsuicidal Self-Injury: Key Directions for Future Research. *Clinical Psychological Science, 2*(5), 638-656.

- 24 Nock, K., & Mendes, B. (2008). Physiological arousal, distress tolerance, and social problem-solving deficits among adolescent self-injurers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 76*, 28-38.
- 25 Turner, J., Cobb, J., Gratz, K., & Chapman, L. (2016). The role of interpersonal conflict and perceived social support in nonsuicidal self-injury in daily life. *Journal of Abnormal Psychology, 125*, 588-598.

ABSTRACT

Self-harm behavior has been an increasing motive for Emergency Department recurrence and for child and adolescence mental health (CAMH) consultation request. It is known that its prevalence has increased in the last ten years. There are several models that seek to explain the functions of self-harm in adolescence. This paper aims to present and analyze an explanatory model of the functions of self-harm in adolescence (Jill M. Hooley, 2017), regarding the group affiliation and group identity significance. Focusing on a clinical vignette of a 15-year-old adolescent, referred to the adolescent psychiatry consultation due to symptoms of sadness, with multiple episodes of self-harm behavior and verbalization of ideas of death, a literature review was conducted, with particular focus on the contribution of self-harm to peer affiliation. Studies on the motivations underlying outbreaks of self-harm in schools have shown that some teenagers initiate these behaviors to affirm or increase their attachment to a group of peers. The clinical vignette described fits this reality. The young man under analysis, searching for a positive self-image, identical to that of the group he had recently approached, started multiple self-destructive behaviors that included substance use, cuts on his forearms and asphyxiation simulations. It was important, in the therapeutic follow-up of the adolescent, to identify the path that culminated in self-harm behavior and to reinforce his own identity, different from the peers who started the self-harm and who had a role as leaders in the group.

Key words: Self-harm behavior, Adolescence, Group affiliation.

A TRANSMISSÃO INTERGERACIONAL DOS COMPORTAMENTOS SUICIDÁRIOS

Sara Sousa Ticoló ¹
Carolina Vieira da Costa ¹
Mara Costa de Sousa ¹

RESUMO

A psicopatologia parental tem sido associada a um conjunto de consequências negativas no desenvolvimento psicoafetivo dos filhos. No caso particular dos comportamentos suicidários, muitas vezes inseridos numa doença psiquiátrica, tem-se verificado a manutenção intergeracional deste padrão, com início, geralmente, na fase da adolescência.

Neste artigo, parte-se de uma vinheta clínica para fazer uma revisão teórica sobre a transmissão intergeracional dos comportamentos suicidários, por forma a contribuir para uma melhor compreensão e abordagem dos adolescentes e suas famílias na consulta de Pedopsiquiatria.

Evidencia-se, para além da transmissão hereditária das doenças psiquiátricas, a persistência, ao longo das gerações, de traços de personalidade como a propensão a reagir com agressividade ou hostilidade perante frustrações e provocações, a exposição a eventos adversos durante a infância e a manutenção de ciclos replicativos de ambientes familiares pouco estruturados/funcionais.

Concluimos que a melhor compreensão dos mecanismos subjacentes à transmissão familiar dos comportamentos suicidários tem sido determinante para a identificação destes indivíduos e elaboração de estratégias de prevenção e intervenção efetivas. Realçamos a necessidade de vigilância das crianças e dos adolescentes cujos progenitores apresentem sintomatologia deste tipo.

Palavras-chave: Suicídio, Comportamento suicidário, Transmissão familiar, Pais, Adolescência, Psiquiatria.

¹ Médica interna de Formação Específica em Psiquiatria da Infância e Adolescência, Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental da Infância e Adolescência, Departamento de Pediatria, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, EPE.

INTRODUÇÃO

O suicídio é um problema global de Saúde Pública. De acordo com a informação mais recente disponibilizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), datada de 2016, estima-se que o suicídio seja responsável pela morte de cerca de 800 000 pessoas por ano, sendo as taxas mais elevadas na Europa de Leste, Sudeste Asiático e em algumas regiões de África. Constitui, globalmente, a décima oitava causa de morte, deslocando-se para o segundo lugar no grupo de indivíduos com idades compreendidas entre os 15 e os 29 anos¹.

O suicídio pode ser melhor conceptualizado como o extremo de uma gama mais alargada de comportamentos, incluindo a ideação suicida não estruturada e estruturada e as tentativas de suicídio². Estima-se que por cada vítima de suicídio, mais de 20 outras pessoas terão feito uma tentativa de suicídio¹.

Tanto o suicídio como os comportamentos suicidários apresentam um componente familiar considerável, com início, geralmente, na fase da adolescência. Sabe-se que as crianças e os jovens expostos a comportamentos suicidários parentais são mais suscetíveis à adoção do mesmo tipo de comportamentos, o que pode condicionar significativamente a vida pessoal, familiar, social e académica. Neste contexto, defendemos que a investigação sobre este fenómeno deve ser considerada uma prioridade para a comunidade científica^{3,4}.

OBJETIVOS E MÉTODOS

Com este trabalho, pretende-se explorar a problemática da transmissão intergeracional dos comportamentos suicidários, por forma a contribuir para uma melhor compreensão e abordagem dos adolescentes e suas famílias na consulta de Pedopsiquiatria. Tomando como ponto de partida a vinheta clínica de uma adolescente de 14 anos acompanhada na consulta de Pedopsiquiatria de um Centro Hospitalar, realizou-se uma revisão teórica sobre esta problemática.

VINHETA CLÍNICA

M.S., sexo feminino, 14 anos, frequentava o 10º ano, no ensino regular, área de Ciências e Tecnologias, com bom aproveitamento. Residia numa vila próxima de Lisboa com os pais e a irmã de 19 anos.

A jovem apresentava um quadro de 4 meses de evolução caracterizado por tristeza, choro fácil, isolamento, anedonia, insónia inicial e diminuição do apetite, reativo à rutura de uma relação afetiva. Cerca de 2 meses depois do início da sintomatologia, regista-se um primeiro episódio de ingestão voluntária de 8 comprimidos de ibuprofeno, após discussão com o ex-namorado. A jovem não revelou esta situação a ninguém, não tendo procurado ajuda médica. Dois meses depois, fez uma nova ingestão medicamentosa voluntária, desta vez com 18 comprimidos de paracetamol, após ter visualizado, numa rede social, um vídeo no qual o ex-namorado se encontrava com outra rapariga. Desta vez, transmitiu o sucedido à mãe, que levou a filha ao serviço de urgência (SU). No SU, aferiu-se um risco suicidário moderado-baixo, não tendo sido apurada uma ideação suicida clinicamente estruturada. A adolescente referiu que, em ambos os episódios, os gestos suicidários foram impulsivos, demonstrando arrependimento para os mesmos. Receava, contudo, a reemergência de um impulso autolesivo, em contexto de angústia. Foi introduzida terapêutica farmacológica com quetiapina 50 mg (formulação de libertação prolongada) ao jantar, alertando-se para a necessidade de supervisão familiar da toma da medicação. Foram também implementadas medidas a adotar num novo contexto de crise, como por exemplo, contactar a mãe ou a irmã e, em caso de persistência da sintomatologia, recorrer novamente ao SU.

Relativamente aos antecedentes pessoais, é descrita uma relação precoce comprometida, em contexto de uma depressão pós-parto materna. Regista-se também um temperamento inibido desde a primeira infância. Os restantes antecedentes médico-cirúrgicos eram irrelevantes, registando-se um desenvolvimento psicomotor adequado.

Relativamente ao contexto familiar, foram descritas dificuldades na relação parental nos últimos 4 anos, com elevada conflitualidade conjugal não centrada nas filhas, a par de uma comunicação deficitária entre os vários elementos do núcleo familiar, sobretudo ao nível da expressão emocional.

No que respeita aos antecedentes familiares psiquiátricos, o pai fez uma tentativa de suicídio (ingestão medicamentosa voluntária) no início da vida adulta, na sequência de rutura de uma relação afetiva. A mãe descreve sintomatologia sugestiva de uma perturbação depressiva no período pós-parto, com tentativa de suicídio (tentativa de queda para um abismo), que, como referido, terá condicionado a prestação de cuidados ao bebé nos primeiros meses de vida.

Nos últimos 4 anos, são referidos por ambos vários episódios de comportamentos suicidários, nomeadamente tentativas de queda para um abismo, condução de risco e ingestão de veneno. Estes atos ocorrem geralmente no contexto de conflito conjugal e são travados pelo outro membro do casal. Alguns

destes episódios foram presenciados pelas filhas, as quais nunca procuraram ajuda externa. Nem a mãe nem o pai têm antecedentes de seguimento em saúde mental.

Na primeira consulta de Pedopsiquiatria, destacou-se, ao exame do estado mental da adolescente, o humor sub-depressivo com alguma irritabilidade, mais marcada na presença dos pais, e o discurso coerente e organizado, centrado no percurso que culminou nas tentativas de suicídio e nas dificuldades relacionais entre os vários membros do núcleo familiar. Foi feito o encaminhamento da adolescente para acompanhamento psicológico no centro de saúde, bem como o pedido de avaliação dos pais pelo médico de família e eventual orientação para consulta de Psiquiatria. Foi também realizado o encaminhamento da família para terapia familiar no Serviço onde a consulta foi realizada.

Ao longo de 15 meses de evolução, verificou-se uma melhoria progressiva do quadro sintomático a par de uma crescente capacidade de adotar estratégias adaptativas face a situações despoletantes de mal-estar. A terapêutica farmacológica foi interrompida ao fim de 10 meses, por indicação médica, com boa resposta. Relativamente à dinâmica e estrutura familiares, a evolução foi flutuante, mas globalmente positiva, registando-se uma melhoria da comunicação entre todos os elementos da família. Não se verificaram novos comportamentos suicidários em qualquer um dos elementos da família.

A TRANSMISSÃO INTERGERACIONAL DOS COMPORTAMENTOS SUICIDÁRIOS

Segundo o conhecimento científico atual, a transmissão deste tipo de comportamentos é multifatorial, destacando-se o contributo da psicopatologia parental e do ambiente familiar, de características da interação pais-filhos e da reprodução comportamental intrafamiliar⁵.

Psicopatologia parental

Traços de Personalidade Cluster B: Neste âmbito, destaca-se a transmissão intergeracional de padrões de impulsividade e agressividade, em situações de frustração, que assumem, com frequência, a forma de comportamento auto-lesivo e/ ou tentativa de suicídio⁶.

Perturbações de Ansiedade: As Perturbações de Ansiedade dos progenitores, nomeadamente a Perturbação de Pânico e a Perturbação de Ansiedade Genera-

lizada estão associadas à sobreativação dos sistemas límbico e simpático nos filhos, favorecendo a passagem ao ato aquando da existência de ideação suicida³.

Perturbações do Humor: Crianças e adolescentes cujos pais sofram de Perturbações do Humor, nomeadamente Perturbações Depressivas, podem apresentar uma maior dificuldade na regulação emocional e conseqüente propensão para o desenvolvimento de sintomatologia depressiva, o que pode potenciar a emergência de comportamentos suicidários⁵.

Ambiente familiar/Contexto social

Nesta dimensão, destaca-se o papel da exposição precoce a fatores *stressores*, como a presença de múltiplos cuidadores, ambiente familiar instável e o testemunho ou vivência de episódios de agressão física, psicológica e abuso sexual. Este último surge, habitualmente, em contexto de marcada disfunção familiar e psicopatologia parental envolvendo comportamentos suicidários, os quais, por si, aumentam a suscetibilidade dos filhos para desenvolverem o mesmo tipo de comportamentos. Alguns estudos indicam que, independentemente da patologia mental, o abuso sexual aumenta o risco e diminui a idade de início dos comportamentos suicidários⁵.

Existe ainda evidência crescente de que estas experiências adversas precoces desencadeiam alterações neurobiológicas permanentes, nomeadamente ao nível da libertação do cortisol em resposta ao *stress*, função cognitiva e tolerância à frustração. Concomitantemente, investigações neuroimagiológicas têm identificado alterações no volume do corpo caloso e do hipocampo. Existem também estudos sugestivos de uma diminuição da libertação de serotonina, associada a padrões de impulsividade/agressividade e a comportamentos suicidários⁵.

Reprodução comportamental intrafamiliar

Verifica-se, com frequência, a reprodução pelos filhos de estratégias parentais não adaptativas de gestão de frustrações, associadas a elevados níveis de impulsividade e agressividade. Estes mecanismos de *coping* desajustados podem envolver comportamentos heteroagressivos, autolesivos ou suicidários⁷.

Interação pais-filhos

Estudos têm demonstrado que as dificuldades relacionais entre pais e filhos, nomeadamente a discordância em diversas áreas são preditores do comporta-

mento suicidário, em particular em adolescentes de idade inferior aos 16 anos. Estas dificuldades na interação pais-filhos podem condicionar a capacidade parental de identificar problemáticas/estados de sofrimento psíquico dos filhos e solicitar o apoio médico e/ou psicológico adequado^{5,8}.

Lai e Chang, 2001, indicam como fatores propiciadores de ideação suicida nos filhos o estilo parental autoritário, a falta de “calor” parental, o controle materno excessivo, as práticas parentais negativas e o clima familiar negativo⁹.

Transpondo os dados apresentados para a consulta de pedopsiquiatria, verificamos que as famílias que solicitam o apoio desta especialidade apresentam, habitualmente, mais do que um dos fatores de risco, os quais, por sua vez, interagem entre si. Por exemplo, a psicopatologia parental, nomeadamente as perturbações do humor e os traços de personalidade *cluster B* estão, muitas vezes, associadas a um ambiente familiar instável e pouco favorecedor do diálogo e da expressão de emoções entre pais e filhos. Esta dificuldade de comunicação pode condicionar o reconhecimento de situações de sofrimento dos filhos por parte dos pais, não sendo raros os casos em que esta tomada de conhecimento ocorre na sequência de uma passagem ao ato suicidária.

Ao avaliar as famílias dos jovens com este tipo de sintomatologia, deparamo-nos também, com alguma frequência, com pais que utilizam estratégias de *coping* pouco adaptativas e uma maior propensão para comportamentos impulsivos e agressivos, verificando-se, assim, a manutenção de um ciclo de disfunção familiar.

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

O suicídio é um problema global de Saúde Pública, constituindo a segunda causa de morte no adolescente e no adulto jovem¹. A emergência de comportamentos suicidários tem, geralmente, início na adolescência, em jovens que, para além dos desafios próprios desta fase de vida (mudanças físicas, psicológicas e dos papéis nos meios familiar e social) se encontram sujeitos à influência de características individuais e ambientais, em particular traços psicopatológicos e contextos familiares adversos⁴.

A transmissão intergeracional dos comportamentos suicidários constitui um fenómeno complexo e independente da transmissão hereditária de doenças psiquiátricas. Resulta de uma conjugação de vários fatores, nomeadamente a psicopatologia parental, o contexto familiar, a reprodução de comportamentos e a interação pais-filhos⁵.

A vinheta clínica apresentada reflete esta problemática, na medida em que envolve a tentativa de suicídio de uma jovem inserida numa família onde os comportamentos suicidários eram recorrentes. O comportamento suicidário da adolescente ocorreu em contexto de um episódio depressivo, constituindo, paralelamente, uma reprodução de um padrão familiar de resposta a uma situação de angústia/frustração.

A melhor compreensão dos mecanismos subjacentes à transmissão familiar dos comportamentos suicidários tem sido determinante para a elaboração de estratégias de prevenção e intervenção eficazes. Neste contexto, reforçamos a necessidade de vigilância das crianças e dos adolescentes cujos progenitores apresentem este tipo de sintomatologia.

REFERÊNCIAS

- ¹ World Health Organization, Mental Health. (2018). *Suicide data*. Acedido a 27 de Fevereiro de 2020 em https://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/
- ² Ougrin, D., Tranah, T., Stahl, D., Moran, P., & Asarnow, J. R. (2015). Therapeutic interventions for suicide attempts and self-harm in adolescents: Systematic review and meta-analysis. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, *54*(2), 97-107.
- ³ Geulayov, G., Gunnell, D., Holmen, T. L., & C. Metcalfe, C. (2012). The association of parental fatal and non-fatal suicidal behaviour with offspring suicidal behaviour and depression: A systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, *42*(8), 1567-1580.
- ⁴ Santana, J. L., Coelho, B. M., Borges, G., Viana, M. C., Wang, Y. P., & Andrade, L. H. (2015). The influence of parental psychopathology on offspring suicidal behavior across the lifespan. *PLOS ONE*, *10*(7), e0134970.
- ⁵ Brent, D. A., & Melhem, N. (2008). Familial transmission of suicidal behavior. *Psychiatr Clin North Am*, *31*(2), 157-177.
- ⁶ McGirr, A., Alda, M., Séguin, M., Cabot, S., Lesage, A., Phil, M., & Turecki, G. (2009). Familial aggregation of suicide explained by cluster B traits: A three-group family study of suicide controlling for major depressive disorder. *Am J Psychiatry*, *166*(10), 1124-1134.
- ⁷ Burke, K. A., Galfalvy, H., Everett, B., Currier, D., Zelazny, J., Oquendo, M., . . . Brent, D. (2010). Effect of exposure to suicidal behavior on suicide attempt in a high-risk sample of offspring of depressed parents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, *49*(2), 114-121.
- ⁸ Lunde, I., Reigstad, M. M., Moe, K. F., & Grimholt, T. K. (2018). Systematic literature review of attempted suicide and offspring. *Int J Environ Res Public Health*, *15*(5), 937.
- ⁹ Lai, K. W., & McBride-Chang, C. (2001). Suicidal ideation, parenting style, and family climate among Hong Kong adolescents. *International Journal of Psychology*, *36*(2), 81.

ABSTRACT

Parental psychopathology has been associated with a set of negative consequences on the psycho-affective development of children. In the particular case of suicidal behaviors, which are often a symptom of a psychiatric disease, the intergenerational maintenance of this pattern has been verified, generally having its onset during adolescence.

In this article, based on a clinical vignette, we make a theoretical review on the intergenerational transmission of suicidal behaviors, in order to contribute to a better understanding and approach of the adolescents and their families in the Child and Adolescent Psychiatry consultation.

In addition to the hereditary transmission of psychiatric diseases, we emphasize the rule of personality traits such as aggressiveness and impulsivity over the generations, exposure to adverse events during childhood and the reproduction of poorly structured / functional family environments.

We conclude that a better understanding of the mechanisms underlying the family transmission of suicidal behaviors has been crucial for the identification of these individuals and the development of effective prevention and intervention strategies. We highlight the need for the surveillance of children and adolescents whose parents have symptoms of this type.

Key words: Suicide, Suicidal behavior, Familial transmission, Parents, Adolescence, Psychiatr.