

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.