

A PSICOSSOMÁTICA NA CRIANÇA – UMA REVISÃO

Trabalho de curso realizado na unidade curricular de psicossomática
no Mestrado Integrado em Psicologia

2016

Ana Luísa Martins Almeida
Mestre em Psicologia Clínica e da Saúde
Subespecialização em Psicopatologia e Psicoterapias Dinâmicas
Universidade de Coimbra

E-mail de contato:
almeida.analuisamartins@gmail.com

RESUMO

No presente artigo pretende-se realizar uma revisão das diversas perturbações psicossomáticas na criança, nomeadamente aquelas que surgem nas esferas digestiva, respiratória e cutânea, bem como outras patologias (cefaleias, enxaquecas e nanismo carencial). O objetivo deste artigo passa pela abordagem do diagnóstico e da atitude terapêutica, não esquecendo a importância da relação mãe-criança no desenvolvimento das manifestações psicossomáticas na criança.

Palavras-chave: Atitude terapêutica, diagnóstico, psicossomática, psicossomática infantil, relação mãe-criança.

Copyright © 2016.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License 4.0.

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



1. INTRODUÇÃO AO CONCEITO DE PSICOSSOMÁTICA

As primeiras referências ao conceito de psicossomática referiam-se exclusivamente às doenças funcionais sem causa orgânica, sendo explicadas por fatores psicossociais. No entanto, atualmente este conceito pode aplicar-se a situações conflituais capazes de desencadear uma desorganização somática ou inibição dessa organização, podendo traduzir-se em sintomas, síndromes ou doenças. Estas podem estar associadas à submersão das possibilidades de integração mental ou insucesso dos mecanismos que asseguram a elaboração mental dos conflitos. Para tal insucesso contribuem uma série de situações patogénicas que aparecem ligadas à qualidade dos objetos internos, bem como das relações que estas estabelecem com o meio (Paixão, 2002).

Segundo Paixão (2002), a relação entre o psiquismo e o somático tem preocupado profissionais de várias áreas, como é o caso da Psicologia, da Medicina, da Biologia, entre outras áreas.

2. A DOENÇA PSICOSSOMÁTICA NA CRIANÇA

Atualmente, a psicossomática infantil ocupa um lugar de destaque entre as entidades psicopatológicas da criança. No entanto, Marcelli (2005) alerta para a necessidade de existirem certos cuidados quando se fala sobre esta problemática, uma vez que se assiste a um uso excessivo do termo psicossomática, englobando-se nele diversas perturbações, muitas vezes, somente pela descoberta de um fator psicológico, causal ou reacional. Portanto, é importante delimitar o que se entende por psicossomático procurando excluir determinadas reações psicológicas secundárias a doenças somáticas; situações em que se assiste ao aumento da gravidade de doenças somáticas devido a complicações psicológicas; manifestações somáticas que aparecem comparadas ao mecanismo de conversão.

Outro problema bastante frequente diz respeito às generalizações precoces efetuadas tendo por base determinados estudos realizados sobre as manifestações psicossomáticas no adulto. Muitos destes estudos esquecem-se de considerar a especificidade das manifestações somáticas na infância, particularmente devido às ligações existentes entre os processos maturativos e o desenvolvimento psicológico.

Na perspetiva de Marcelli (2005), um fator que se deve ter em consideração é que as manifestações psicossomáticas ocorrem em idades muito específicas, comprovando a relação entre

as perturbações e a maturação do funcionamento dos órgãos, assim como as características do desenvolvimento psicológico.

Neste sentido, pode realizar-se uma classificação das manifestações psicossomáticas em função da idade:

- Cólica idiopática entre os 3 e os 6 meses,
- Vômito do primeiro semestre,
- Anorexia do segundo semestre,
- Eczema infantil entre os 8 e os 24 meses,
- Dores abdominais por volta dos 3-4 anos,
- Cefaleia da criança de 6-7 anos.

Alguns autores pretenderam associar esta classificação à especificidade da relação mãe-criança. Spitz, por exemplo, organiza as perturbações psicossomáticas consoante os tipos de atitudes maternas: as *Perturbações Psicotóxicas* relacionadas com as relações mãe-criança desapropriadas; e as *Perturbações por Deficiência*, referentes às relações mãe-criança quantitativamente insuficientes (Marcelli, 2005).

Segundo Marcelli (2005), o sintoma psicossomático na criança ocupa um lugar privilegiado no sistema de interação mãe-criança, sendo nesta perspetiva que deve ser entendido. Para Spitz (1974), citado por Paixão (2002), a análise destas interações deve ter em consideração as consequências das atitudes maternas sobre a criança e a alteração desta atitude perante o sintoma da criança. A mãe é particularmente sensível às manifestações psicossomáticas da criança, o que a leva a adotar novas e diferentes atitudes. Assim, por exemplo, a agressividade subjacente à relação mãe-criança é, em muitos casos, totalmente anulada, com o aparecimento dos sintomas psicossomáticos. Para Marcelli (2005), o aparecimento de uma doença psicossomática contribui para a instauração de uma relação de cuidado entre a mãe e a criança, sendo o estabelecimento desta relação absolutamente fundamental.

Boubli (2001) refere que, por vezes, os cuidados maternos não são apropriados face ao pedido biológico da criança, cujo objetivo principal é a realização do desejo materno. Nos casos em que esta inadequação é maior, existe o perigo de se instalarem desarmonias relacionais precoces. Assim, a ansiedade e a inadequação parental aparecem associadas, frequentemente, à cólica do primeiro trimestre, à síndrome dos gritos proxiásticos e a certas insónias e anorexias.

Nos casos de maternagem operatória, as mães ocupam-se corretamente do seu filho, mas não investem na criança libidinalmente. Pode tratar-se de mulheres que funcionam maioritariamente de modo operatório ou de uma forma de funcionamento temporária que algumas mulheres, adotam para evitar a desorganização. Em alguns casos, este funcionamento psíquico pode ser um modo de defesa contra a regressão associada ao parto e à gravidez. Assim, as consequências para a criança dependem do tempo que durou esta relação e do facto de a criança encontrar ou não outra figura que possa ocupar o lugar da mãe. Existem vários autores que associam os cuidados maternos de tipo operatório à insónia e anorexia primária graves, vómitos e mericismo (Boubli, 2001).

Em suma, Marcelli (2005) salienta que perante a suspeita de um problema psicossomático numa criança, deve-se procurar comprovar a existência de uma ligação psicossomática, concretizando-se um estudo no sentido de verificar ou não uma correlação entre um sintoma e um acontecimento exterior, considerando sempre as fases privilegiadas do desenvolvimento; e tentar perceber qual é o sentido que determinado sintoma tem na interação da criança com a mãe, bem como o papel económico que desempenha.

Clínica da psicossomática infantil

Tipo de Perturbação	Exemplos
Esfera digestiva	Cólicas idiopáticas dos três primeiros meses Vómitos Mericismo Retocolite ulcero-hemorrágica
Esfera respiratória	Asma infantil Espasmo de soluço
Esfera cutânea	Eczema Pelada
Outras perturbações	Cefaleias Enxaquecas Nanismo carencial

3. PERTURBAÇÕES DA ESFERA DIGESTIVA

3.1. Cólicas idiopáticas dos três primeiros meses

Esta perturbação é caracterizada pelo aparecimento de crises com choros e gritos intensos, ocorrendo após a criança se alimentar ou na hora de ir dormir quando supostamente a criança deveria estar mais calma. Estes comportamentos acabam quando a mãe vai dar o biberão, apesar de voltarem a reaparecer após um curto espaço de tempo (Marcelli, 2005).

Segundo Spitz (1987), a cólica dos três meses aparece, geralmente, na terceira semana e pode prolongar-se até ao final do terceiro mês, desaparecendo inexplicavelmente tal como surgiu deixando a mãe e o pediatra mais aliviados. O fator que desencadeia este comportamento refere-se ao encontro entre a “solicitude primária excessiva e ansiosa” da mãe e à hipertonia da criança, uma vez que com este comportamento a criança manifesta desagrado e a mãe com a sua resposta ansiosa, vai contribuir ainda mais para esse descontentamento.

As mães destas crianças surgem descritas como muito ansiosas e tensas cuidando excessivamente do seu bebé, mas demonstrando grande impaciência em acalmá-lo. Estas veem o choro do filho como um sinal da sua incompetência em cuidar dele, bem como uma recusa da parte do bebé em reconhecer as suas qualidades tranquilizadoras. Esta interação repleta de ansiedade conduz à alteração dos ritmos da criança (Marcelli, 2005). De acordo com Paixão (2002), geralmente estes sintomas desaparecem quando a criança fica aos cuidados de uma ama ou é hospitalizada.

Em síntese, alguns observadores concluem que os fatores significativos na etiologia desta cólica são a preocupação excessiva da mãe e a hipertonicidade da criança, estabelecendo-se um círculo vicioso entre estes dois fatores (Sá, 2004). Segundo Marcelli (2005) a aprendizagem, o ajustamento progressivo da mãe à criança e o facto de a criança desvendar novas vias de descarga da tensão levam ao fim da cólica dos três meses.

3.2. Vómitos

O vómito é um sintoma bastante comum no recém-nascido, definido como um regurgitamento dos alimentos após ter principiado a digestão. Esta definição complica-se nos bebés mais pequenos, devido à existência de uma continuidade e similaridade entre o pequeno regurgitamento, o regurgitamento mais substantivo e o vómito propriamente dito. Nos bebés, o vómito é um acontecimento relativamente vulgar e acontece em variadas ocasiões para além das situações médicas definidas (Paixão, 2002).

No âmbito da Psicossomática, o vómito tem de ser interpretado atendendo ao contexto alimentar e relacional da criança. Muitas vezes, este sintoma insere-se num comportamento onde a relação mãe-bebé é bastante conflituosa. Assim, o vómito alterna com o comportamento anorético associando-se a comportamentos alimentares particulares, como a recusa de determinados alimentos ou uma atitude bulímica (Paixão, 2002). Em situações bastante mais raras, é possível verificar-se que o vómito é motivado por um comportamento intencional, nomeadamente a introdução dos dedos na boca (Marcelli, 2005).

Segundo Spitz (1987), as mães destas crianças demonstram uma rejeição passiva dirigida não contra a criança, mas contra o facto de terem uma criança, isto é, a mãe rejeita a maternidade.

Esta atitude pode evidenciar-se apenas nas primeiras semanas após o nascimento do bebé, prolongando-se até aos dois primeiros meses de vida da criança. No entanto, mais tarde a criança começa a desenvolver a sua individualidade e personalidade e a hostilidade materna começa a dirigir-se mais contra o seu bebé. As atitudes destas mães podem ter origem na sua história pessoal; na relação que mantém com o pai da criança; na forma como elas resolveram ou não os seus conflitos edipianos; e na sua angústia de castração.

Durante o segundo ano de vida, os vómitos vão desaparecer progressivamente por causa da idade; de uma maior diversidade da alimentação; e da aquisição de uma autonomia alimentar crescente. No entanto, em algumas crianças a facilidade em vomitar persiste e pode ocorrer em diversos contextos, nomeadamente quando surge um constrangimento e/ ou sentimentos de ansiedade ou angústia. É frequente, estas crianças manifestarem vómitos antes de ir para a escola, verificando-se no seu historial pessoal a presença de vómitos precoces. Posteriormente, existe o risco destas crianças desenvolverem uma fobia escolar (Marcelli, 2005).

3.3. Mericismo

O mericismo manifesta-se no decorrer do segundo trimestre de vida da criança, caracterizando-se por uma regurgitação provocada por um esforço manifesto, assim como uma facilidade exagerada de voltar a trazer alimentos à boca. Este vómito leva a uma ruminação, uma vez que a criança guarda na boca a totalidade ou parte dos alimentos, mastigando-os lentamente, enrolando-os e engolindo-os. Acontece, por vezes, que uma parte dos alimentos seja rejeitada, existindo o problema da desidratação e da desnutrição (Paixão, 2002). No mesmo sentido, Sá (2004) refere que o mericismo pode também ser designado de ruminação, tratando-se de um determinado comportamento alimentar aberrante.

Marcelli (2005) afirma tratar-se de uma perturbação que se manifesta nos momentos em que a criança está sozinha, terminando quando a criança percebe que um adulto está a aproximar-se. Em alguns casos, assiste-se a outras manifestações alternadas com o mericismo como, por exemplo, a oscilação da cabeça, a sucção dos dedos e tricotilomania. Strecht (2012) considera que o mericismo está ligado com a relação de dependência e autonomia entre a criança e quem a alimenta, frequentemente a mãe. A comida é investida como um equivalente simbólico da mãe, e a criança perante a dificuldade em gerir essa ausência emocional traz novamente a comida à boca, mantendo a sensação fisiológica que lhe permite a organização emocional da presença da mãe.

Geralmente, as mães destas crianças são frias, distantes e muito pouco carinhosas, educando os seus filhos num quadro ritualizado e obsessivo. Alguns autores consideram que os receios que os pais têm frequentemente de doença ou de morte da criança são o testemunho da agressividade inconsciente que dirigem contra a criança. O estabelecimento de uma relação calorosa põe fim a

este comportamento, uma vez que estas crianças demonstram um grande desejo de receber afeto (Marcelli, 2005).

Existem autores que consideram que esta atividade é secundária a uma síndrome de carência materna. A privação materna pode estar ligada a uma depressão, verificando-se uma incapacidade da mãe para investir no seu filho e adota atitudes incongruentes. Porém, o mericismo não é obrigatoriamente patológico e consequência de uma mãe carente. Existem casos em que o sintoma surge após a mãe iniciar a sua atividade profissional e a criança ir para a creche ou ficar com uma ama, pois a criança sente a ausência da mãe como uma perda (Mazet & Stoleru, 2003).

3.4. Retocolite ulcero-hemorrágica

Esta doença surge maioritariamente em crianças de idade escolar (7-8 anos) ou início da puberdade. Frequentemente, estas crianças têm antecedentes de anorexia, bem como vários sinais neuróticos (fobias, rituais obsessivos, entre outros). O episódio de diarreia sanguinolenta ocorre aquando de uma separação real ou fantasmática da mãe (Marcelli, 2005).

Sperling, citado por Marcelli (2005), considera que estas crianças surgem caracterizadas como tímidas, apagadas, submissas e obedientes. As mães destas crianças parecem ter traços depressivos, no entanto, evidenciam autoritarismo, agressividade e hiperprotecção. Após o aparecimento destes sintomas, a relação mãe-criança oscila de uma tonalidade agressiva e rejeitante a uma relação de cuidados invasiva e manipuladora.

Alguns autores acentuam como determinantes psicológicos a separação parental, o nascimento de um irmão, a entrada na escola e o início da puberdade (Marcelli, 2005).

4. PERTURBAÇÕES DO SISTEMA RESPIRATÓRIO

4.1. Asma

Durante muito tempo acreditou-se que os fatores de ordem psicológica eram os únicos responsáveis pelo surgimento de crises asmáticas nas crianças. Recentemente com a descoberta dos mecanismos bioquímicos desta doença, bem como a evidenciação de que nem sempre esta crise é determinada por fatores alérgicos veio complexificar ainda mais a forma como vemos o problema. Atualmente, defende-se que o processo que desencadeia a crise de asma apresenta numerosas etiologias, podendo ser hereditária, alérgica, infecciosa e psicológica (Paixão, 2002).

Em todas as perturbações psicossomáticas, o ambiente desempenha um papel fundamental, uma vez que as crises somáticas surgem, na maior parte das vezes, depois de um traumatismo afetivo, o que vai levar a que a criança tenha crises em situações bastante específicas como, por

exemplo, na ausência ou presença da mãe (ou outro elemento próximo), em determinados locais ou circunstâncias, sem que a crise esteja ligada ao alérgeno (Marcelli, 2005).

A asma do lactente é também muitas vezes designada por bronquite asmática. Esta apresenta algumas particularidades como o facto de surgir durante o segundo semestre de vida e cessar por volta dos 2-3 anos; e a ausência de angústia manifesta pela criança, uma vez que a criança parece não estar incomodada, mantendo-se ativa, divertida e contente. No plano psicológico, pode salientar-se que estas crianças não apresentam a normal angústia ao estranho, tal situação pode dever-se ao facto de o substituto materno mudar com bastante frequência. Por outro lado no plano psicopatológico, a asma pode traduzir o insucesso na elaboração mental do mecanismo de angústia do estranho, sendo então o autoerotismo a solução mais frequente para este insucesso (Marcelli, 2005).

Gautier et al, citados por Marcelli (2005), não registam no latente asmático e na interação com a mãe, qualquer característica específica além de uma inquietude um pouco excessiva de afastamento materno. Consideram, portanto, que as descrições das relações mãe-criança patogénicas, válidas no caso da criança asmática mais crescida, não se observam ainda neste estágio precoce.

Em suma, pode dizer-se que se pode ver no bebé um estado de tensão na ligação com a mãe e se agarra a uma relação de objeto instantânea e inconstante, sem as manifestações normais de angústia ao estranho. Esta situação pode ocorrer em situações de guarda partilhada, uma vez que pode dificultar o estabelecimento de uma relação dual, ou um desejo fusional da mãe que poderá bloquear a evolução do processo de separação-individualização (Mazet & Stoleru, 2003). Bayle & Martinet (2008) referem que a asma é mais frequente em situações em que a maternagem é insuficiente.

Segundo Marcelli (2005), geralmente, a asma infantil surge durante o terceiro ano de vida, persistindo ao longo de toda a infância. É importante considerar que um grande número de asma desaparece na puberdade, enquanto outras podem persistir na idade adulta.

Paixão (2002) salienta a complexidade de delimitar um perfil típico da criança asmática. No entanto, Marcelli (2005) refere que estas crianças surgem caracterizadas como ajuizadas, calmas, ligeiramente dependentes, submissas perante os que a rodeiam e ansiosas. Contrariamente podem também demonstrar-se agressivas e provocadoras.

As mães, da criança asmática, aparecem, geralmente, caracterizadas como frias, conformistas, “hipernormais”, organizando a sua relação afetiva com os filhos exclusivamente em torno da doença (Paixão, 2002). Verifica-se, assim, que a mãe trata da criança e da sua própria culpabilidade, o que vai levar a que a criança se submeta à mãe, suscitando angústia. Então, a ambivalência dos afetos evidenciados tanto da mãe como da criança encontram uma base para a sua expressão na relação de cuidados prestados durante as crises asmáticas. Quando a criança se

separa do meio familiar assiste-se a uma melhoria significativa das crises, voltando a agravar-se quando volta para junto da família (Marcelli, 2005).

No tratamento da asma, o mais importante é a avaliação dos processos mentais, nomeadamente o papel da angústia tendo em conta o contexto dos diferentes fatores que desencadeiam as crises de asma. Nos casos em que os fatores psicológicos evidenciam ser os mais importantes, os tratamentos médicos têm uma probabilidade de êxito bastante reduzida. Nestes casos é fundamental que se realize um trabalho psicoterapêutico com a criança e com a mãe, de modo a criar as condições necessárias à aquisição de melhorias significativas (Marcelli, 2005).

4.2. Espasmo de soluço

O espasmo de soluço é entendido como uma forma ampliada de desmaio, ocorrendo uma perda de respiração que vai interromper o choro em muitas crianças. A idade de início desta perturbação situa-se entre o segundo semestre e o terceiro ano de vida (Sá, 2004). Verifica-se que o tempo entre os espasmos aumenta progressivamente até que ocorre o seu desaparecimento (Marcelli, 2005).

Segundo Marcelli (2005) existem duas formas distintas de espasmo de soluço: a *forma azul*, a que ocorre com maior frequência, sendo marcada por uma perda de consciência que ocorre num contexto de grande frustração, de dor ou quando a criança foi repreendida; e a *forma pálida*, onde surge uma síncope devido a um acontecimento desagradável, tal como uma dor súbita, medo ou uma emoção intensa. A criança grita de forma relativamente breve, empalidece e acaba por cair. Apesar de distintas e embora o episódio de crise seja relativamente breve, em ambas as formas a criança fica muito cansada.

O perfil típico destas crianças também varia consoante as duas formas distintas de espasmo de soluço. As crianças da forma azul são descritas como energéticas, ativas, opositoras e dominadoras, enquanto as crianças da forma pálida são caracterizadas como mais receosas, tímidas, dependentes e passivas (Paixão, 2002).

A evolução do espasmo de soluço é benigna, não se registando qualquer sinal neurológico associado ou sequela a temer. Geralmente, as crises desaparecem por volta dos 3 anos, devendo-se prestar atenção às circunstâncias do aparecimento do espasmo, uma vez que este se manifesta na maioria dos casos sempre na presença do mesmo membro da família, por exemplo, a mãe (Paixão, 2002). No mesmo sentido, Boubli (2001) afirma que na maioria dos casos a criança escolhe a pessoa com a qual esta perturbação se desencadeará. Geralmente, é o parceiro mais frágil e mais impressionável do casal parental. As crises agravam-se com a escalada da angústia que a criança faz surgir na família e atenuam-se rapidamente quando os pais compreendem que não existe perigo de vida e percebem o sentido psicológico do sintoma.

O tratamento é tanto mais simples quanto mais pequena for a criança, centrando-se naqueles que rodeiam a criança e que devem ser tranquilizados. Deve dar-se espaço para que a mãe expresse as suas angústias, daí a necessidade de existir apoio psicoterapêutico. É preciso trabalhar para que o receio do espasmo deixe de ser pretexto para o abandono de toda a atitude educativa e que a mãe se desinteresse destas manifestações (Marcelli, 2005).

5. PERTURBAÇÕES DA ESFERA CUTÂNEA

5.1. Eczema infantil

O eczema infantil é uma perturbação que se limita a uma determinada fase do desenvolvimento. A forma mais típica do eczema instala-se durante o segundo trimestre de vida do recém-nascido, assistindo-se ao seu desaparecimento no final do primeiro ano de vida, uma vez que a criança adquire a locomoção tornando-se mais independente da mãe, sendo capaz de substituir as relações objetais normais por estímulos que ela própria pode obter (Spitz, 1987). Na perspectiva de Paixão (2002) em algumas situações ocorre a substituição por sinais do tipo asmático.

Donald Williams, citado por Spitz (1987), considera que a criança que apresenta eczema é uma criança atópica, com uma carência afetiva incomum que se confronta com uma mãe que não satisfaz esta necessidade da criança, através de atitudes diárias de amor em relação à criança, como abraços e carinhos.

As crianças mais crescidas são caracterizadas como submissas, sensíveis, apresentando níveis de ansiedade consideráveis. As mães destas crianças podem oscilar entre a rejeição e a sobreprotecção, sendo os únicos contactos carinhosos entre a mãe e a criança a aplicação da pomada (Marcelli, 2005). No mesmo sentido, Rosenthal, mencionado por Spitz (1987), refere que estas mães procuram evitar qualquer contacto físico com as suas crianças.

Na perspectiva de Sá (2004), a maior parte das mães destas crianças demonstram uma atitude de grande ansiedade, essencialmente no que diz respeito ao seu próprio filho. Esta ansiedade corresponde à presença de uma enorme hostilidade materna inconsciente e reprimida.

5.2. Peladas

Marcelli (2005) salienta que apesar do determinismo psicogenético das peladas ser bem conhecido, os estudos psicodinâmicos são raros. Alguns autores consideram que um fator que origina a pelada é o choque afetivo, representando muitas vezes uma perda. Associado a esta perturbação aparece com bastante frequência a noção de abandono.

No caso particular da *pelada decalvante precoce*, pode dizer-se que se caracteriza pela perda de todos os pelos (Marcelli, 2005), aparecendo devido a condições de carência afetiva permanente e a uma perda (Sá, 2004).

Bayle & Martinet (2008) referem que é a doença de pele mais característica, surgindo em muitos casos de forma abrupta quando existe uma separação com o cuidador.

6. OUTRAS PERTURBAÇÕES

6.1. Enxaquecas

As enxaquecas caracterizam-se pela ocorrência de uma palidez súbita com cefaleia intensa, sendo acompanhada por uma má disposição geral, levando a criança a vomitar. Quando a criança vomita é frequente apresentar uma grande sonolência. Atualmente, alguns clínicos insistem no possível carácter hereditário destas perturbações enquanto outros dão grande importância ao contexto familiar em que se desenvolvem (Paixão, 2002).

Segundo Marcelli (2005) estas perturbações aparecem, frequentemente, nas crianças em idade escolar, encontrando-se relacionada com uma escolaridade muito investida.

6.2. Cefaleias

Paixão (2002) refere que, por vezes, é difícil distinguir as cefaleias das enxaquecas. No entanto, podem distinguir-se considerando que as cefaleias ocorrem e desaparecem mais lentamente que as enxaquecas. Segundo Marcelli (2005), as cefaleias aparecem, também, ligadas à escolaridade. A criança procura um benefício como ficar em casa e/ou evitar uma tarefa escolar complicada, sendo a cefaleia o resultado direto da tensão entre um medo ou uma angústia e um desejo de autonomia.

Em determinadas situações, as cefaleias dão resposta a um mecanismo de conversão histórica, nomeadamente quando a criança se encontra num conflito que é incapaz de resolver como é o caso do divórcio dos pais. Verifica-se que também é possível que um dos pais tenha cefalalgias (Marcelli, 2005).

6.3. Nanismo carencial ou atraso no crescimento de origem psicossocial

O atraso no crescimento de origem psicossocial pode caracterizar-se por um atraso bastante significativo no crescimento, bem como por um crescimento bastante lento nas crianças de idade

superior a três anos, devido a algum problema no funcionamento das hormonas do crescimento e por condições ambientais particulares (Paixão, 2002).

Esta perturbação pode ocorrer em crianças que apresentam um estado geral satisfatório ou em crianças que apresentam determinados problemas como hematomas, fraturas e baixo peso; insónia, enurese, encoprese e/ ou perturbações do comportamento; e outros sintomas psicossomáticos como diarreia ou asma, por exemplo (Marcelli, 2005). No mesmo sentido, Boubli (2001) refere que estas crianças manifestam perturbações alimentares (vómitos, anorexia) e, sobretudo, perturbações do sono. Apresentam ainda outros sintomas comuns à maioria de crianças que sofrem de carências afetivas, tais como enurese, encoprese, atraso das aquisições, instabilidade motora, dificuldades sociais, etc.

Segundo Marcelli (2005), as crianças com atraso no crescimento de origem psicossocial apresentam uma tendência excessiva para agir, estando inseridas num contexto marcado pela violência entre a criança e o seu ambiente (mãe).

Mazet & Stoleru (2003) salientam a existência de um grande sofrimento da parte da criança perante a mãe, uma vez que sente que a dececionou, ou face a uma mãe que demonstra desinteresse e hostilidade pelo filho, levando a criança a sentir-se como uma estranha. Assim, é importante que as relações mãe-criança sejam recolocadas no contexto familiar e na história parental constituída por uma infância na qual existem muitas vezes semelhanças notáveis com a que os pais impõem à sua própria criança.

Esta patologia surge como um exemplo dos efeitos dramáticos de uma perturbação profunda na relação mãe-criança. Apesar destas mães poderem ter tido uma relação boa com o seu bebé, quando ele começa a crescer não conseguem suportar a ideia de separação, reativando as suas próprias dificuldades interna. Porém, existem estudos que evidenciaram que uma das características do nanismo psicogénico é que o défice de hormona do crescimento tem tendência a ser reversível muito rapidamente quando a criança se separa do seu meio familiar (Boubli, 2001).

Mazet & Stoleru (2003) afirmam que a nível terapêutico, é primordial ajudar os pais e, em simultâneo, dar à criança a oportunidade para exprimir o seu sofrimento. Em alguns casos, pode ser necessário que exista uma separação (pelo menos temporária) da criança e dos pais.

7. PSICOSSOMÁTICA DA CRIANÇA CRESCIDA

Marcelli (2005) refere que enquanto no lactente se podem descrever tipos de organização precisos e particulares, nas crianças mais crescidas tal não acontece. Verifica-se que quanto mais crescida é a criança menos parece existir uma relação direta entre um tipo de sintoma somático e uma organização psicológica, uma vez que o sintoma psicossomático passa a ocupar o campo das

interações com aqueles que a rodeiam, sobretudo os pais. A impossibilidade de exprimirem a agressividade parece estar na origem de um grande número de manifestações somáticas, como dores abdominais, anginas ou otites repetidas.

CONCLUSÃO

Em jeito de conclusão, pode dizer-se que a criança produz um determinado sintoma tendo em consideração as comunicações e as angústias da mãe, assim como considerando as suas próprias necessidades. O sintoma apresentado pela criança só pode ser compreendido atendendo às inter-relações comportamentais e psíquicas entre pais e filhos. Assim, qualquer diagnóstico deve ter como base o estudo da criança em relação, ou seja, deve ser realizado a partir das interações mãe-bebé. No que diz respeito ao tratamento das perturbações psíquicas, este deve efetuar-se com os pais e a criança (Sá, 2004).

O estudo das perturbações da interação mãe-bebé é útil, uma vez que pode ser o único indicador semiológico de determinados distúrbios psicopatológicos em vias de constituição na criança. Quanto à etiologia das perturbações da interação, esta pode estar ligada a fatores próprios da criança, aos pais ou a uma combinação dos dois tipos de fatores (Sá, 2004).



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bayle, F. & Martinet, S. (2008). *Perturbações da parentalidade*. Climepsi Editores, Lisboa;
- Boubli, M. (2001). *Psicopatologia da criança* (M. Fernandes, trad.). Climepsi Editores, Lisboa. (Obra originalmente publicada em 1999);
- Marcelli, D. (2005). *Infância e Psicopatologia* (F. Fernandes e R. Rocha, trad.). Climepsi Editores, Lisboa. (Obra originalmente publicada em 1982);
- Mazet, P. & Stoleru, S. (2003). *Psicopatologia do lactente e da criança pequena* (M. Romão trad.). Climepsi Editores, Lisboa. (Obra originalmente publicada em 1988);
- Paixão, R. (2002). *Tendências Doutrinárias em Psicologia*. Manual de Psicopatologia Infantil e Juvenil, FPCE: Coimbra;
- Sá, E. (2004). *A maternidade e o Bebé*. (2ª ed). Fim do Século, Lisboa;
- Spitz, R. (1987). *O Primeiro Ano de Vida: um estudo psicanalítico do desenvolvimento anômalo das relações objetais*. (4ª ed.). (E. Barros da Rocha, trad.) Martim Fontes, São Paulo. (Obra originalmente publicada em 1965).

