

INVESTIGAÇÃO EM PEDOPSIQUIATRIA

DIAS CORDEIRO, RUI VIEIRA, ELSA LARA, NEVES CARDOSO, CARLOS GÓIS, FÁTIMA ISMAIL, MARIA JOSÉ GONÇALVES

Clínica Psiquiátrica Universitária. Faculdade de Medicina de Lisboa. Hospital de Santa Maria. Lisboa.

RESUMO

A investigação em Pedopsiquiatria reveste-se de condicionalismos gerais de observação e interpretação dos fenómenos psicopatológicos infantis, acrescidos dos limites da fiabilidade metodológica da investigação psiquiátrica em adultos. A forma específica de aparecimento do sofrimento psicológico infantil radica numa multiplicidade de factores, tanto os oriundos da criança, como os da modalidade da relação com os adultos num sentido bidireccional e, por último, os relacionados com a saúde mental dos próprios adultos. A investigação neste campo privilegia situações individuais ou sociais de risco, cuja detecção precoce permitirá por sua vez uma melhoria dos cuidados, numa perspectiva preventiva. Neste artigo os autores pretendem levantar questões pertinentes e sugestivas de investigação em Pedopsiquiatria através da apresentação de situações com actualidade. São abordados vários temas em estudo, e mais correctamente: a patologia mental parental, incluindo a associada à gravidez e pós-parto, bem como a toxicodependência e a dependência do álcool dos pais, e a sua relação com o desenvolvimento infantil; as áreas recentes de investigação como a fertilização *in vitro* e a imunodeficiência adquirida; e por último o desmembramento familiar e a problemática da comunicação humana.

SUMMARY

Child psychiatry research

The research in child psychiatry faces general restrictions related to the observation and interpretation of child psychopathological phenomena. These restrictions are increased by the limits of the methodological credibility of the psychopathological and psychiatric research with adults. The specific form of the emergence of child psychological suffering lies in a great number of factors. These can be derived from the child itself, the interaction that the child has with adults or be related with the mental health of the adults themselves. The research in this field favours the detection of risk situations either individual or social. Assuming the preventive perspective, the early identification of these situations will allow an improvement in medical care. The authors intend to raise pertinent and suggestive questions on child psychiatry research by means of the introduction of update situations. Several areas, which are still being studied, are approached, namely the parental mental pathology and its association with pregnancy and post-delivery, parental drug and alcohol addiction and its relation to the child's development, recent fields of research such as fertilization *in vitro* and the acquired immunodeficiency syndrome and, lastly, family separation and human communication.

INTRODUÇÃO

A Metodologia — A investigação em pedopsiquiatria tem pontos de contacto com a investigação psicopatológica e psiquiátrica em adultos na utilização de métodos clínicos e experimentais e abordagens hipotético-dedutivas baseadas em modelos explicativos prévios.

Mas antes de reflectirmos sobre a metodologia, importa dizer que a observação e interpretação da fenomenologia infantil se revestem de particularidades¹: dependentes da própria criança²; dependentes do adulto³ e dependentes das condições de recolha de informação psicopatológica. Assim é inerente à criança a especificidade da expressão sintomática, modulada pelo estado ou fase do seu desenvolvimento cognitivo e emocional e pela limitação da capacidade de avaliação e comunicação do seu sofrimento. Acresce a variabilidade individual de cada criança com uma constituição, temperamento e reactividade próprios, bem como o funcionamento característico infantil no que respeita aos sistemas implicados nos processos de mediação psicofisiológica presentes nas perturbações somáticas de origem emocional, como o sistema nervoso vegetativo, os sistemas reguladores dos ritmos circadianos e o sistema neuroendócrino. O adulto, por seu lado, é quem, amiúde, valoriza as queixas da criança, socorrendo-se de critérios que são os seus e podendo ele pró-

prio ser agente contributivo passivo ou activo do aparecimento e/ou perpetuação da situação patológica infantil. Por fim, é na colheita dos dados, que surgem condicionalismos decorrentes da variabilidade dos processos empregues, que se estendem da recolha directa junto dos pais e crianças, à observação do comportamento em condições standardizadas, ou, ainda, à aplicação de instrumentos objectivos de avaliação por mais de um interveniente na investigação.

Após esta nota introdutória consideremos então a apresentação crítica da metodologia de investigação mais corrente em Pedopsiquiatria.

No que se refere ao método clínico, importa distinguir entre as abordagens *clínico-descritivas* e *empíricas*. No primeiro caso, incluem-se relatos clínicos e observações casuísticas, que carecem de consistência metodológica e são impregnadas pela subjectividade do observador. As observações são geralmente feitas através de entrevistas não standardizadas ou aplicando testes projectivos, não sendo empregues avaliações objectivas nem procedimentos de quantificações; não há controlo de variáveis susceptíveis de influenciar a observação e não são utilizados entrevistadores múltiplos ou realizadas avaliações em condições de ocultação do diagnóstico; também as séries de doentes estudados não são seleccionadas de acordo com critérios bem definidos e consistentes; quando são realizadas análises estatísticas dos

dados, elas consistem em meras determinações de frequências, quase sempre em pequenas amostras de doentes. De um modo geral, as limitações desta abordagem derivam dos procedimentos utilizados na constituição das amostras, da utilização de avaliações subjectivas — o que compromete a possibilidade de replicação —, de múltiplos *bias* dos observadores, da ausência de grupos de controlo e da não utilização de análises estatísticas sofisticadas. No entanto deve reconhecer-se que este tipo de estudos descritos podem constituir uma etapa de grande importância, no sentido em que facultam pistas e hipóteses de trabalho para investigações futuras. Ainda dentro do método clínico, as abordagens vulgarmente designadas como *empíricas* ou *empírico-correctivas* agrupam investigações em que são utilizados instrumentos de avaliação objectivos e entrevistas clínicas estandardizadas; assiste-se à utilização de desenhos de investigação mais consistentes, nomeadamente através da inclusão de comparações intergrupos e do controlo das variáveis descritivas, para além do recurso a métodos de análise estatísticas mais poderosos e rigorosos. Nalguns casos, estas investigações procuraram confirmar dados provenientes de estudos não controlados e meras observações clínicas. No entanto, este tipo de estudos não escapam a importantes limitações metodológicas; em muitos casos os instrumentos utilizados, embora estandardizados, não são devidamente validados; os dados das avaliações objectivas não são cotejados por abordagens clínicas e diagnósticas; as análises de grupo obscurecem importantes diferenças individuais.

O segundo tipo de métodos faz apelo à utilização de hipóteses e modelos explicativos prévios. Pela própria complexidade do objecto de estudo e dos seus determinantes, trata-se habitualmente de modelos *sistémicos*, que permitem conceptualizar um sistema interactivo que inclui, entre as variáveis independente e dependente, um conjunto de variáveis mediadoras. Este tipo de abordagem coloca algumas exigências particulares: a necessidade de definir claramente as variáveis dependentes e independentes; as variáveis mediadoras apropriadas devem ser identificadas e quantificadas; finalmente, medidas sensíveis e válidas das respostas (variáveis dependentes) devem ser colhidas em pontos específicos no tempo. Em qualquer caso, os modelos devem autorizar previsões que sejam acessíveis a testes de observação ou experimentais. Igalmente se deve notar que, na fase de verificação, este tipo de abordagem reencontra as dificuldades e problemas gerais da observação e mediação em psicopatologia infantil.

INVESTIGAÇÃO

A Prática — A forma específica de aparecimento do sofrimento psicológico infantil radica numa multiplicidade de factores, tanto os oriundos da criança, com o seu desenvolvimento individual e modos de comunicação variáveis, como provenientes da modalidade de relação com os adultos num sentido bidireccional modelado por díades, tríades ou sistemas familiares, e por último, na Saúde Mental dos próprios adultos, os quais contribuem para a vertente psicossocial, susceptível de influenciar o bem estar psíquico da criança. Estas questões já foram afluadas acima, a propósito da introdução à metodologia.

Assim, a investigação neste campo privilegia situações individuais ou sociais de risco, cuja detecção precoce permita uma melhoria dos cuidados, numa perspectiva preventiva.

Uma das perturbações em risco estudada refere-se aos pais, em particular à mãe, com doença mental, e a sua repercussão ao nível do desenvolvimentos da psicopatologia infantil.

PATOLOGIA MENTAL PARENTAL. GRAVIDEZ E PÓS-PARTO

A doença psiquiátrica dos pais constitui uma situação de risco para a saúde mental da criança, observando-se uma prevalência elevada de perturbações psicopatológicas nos filhos de pais com doença mental^{1,2}.

Numerosas investigações têm identificado um risco aumentado de morbilidade psiquiátrica nos familiares do primeiro grau de probandos com doenças afectivas, esquizofrenia, alcoolismo, perturbações de personalidade e estados de pânico, em comparação com o risco em parentes afastados ou na população geral^{3,7}.

Os estudos hereditários de famílias, gêmeares e de adopção, têm indicado que a vulnerabilidade para as afecções mentais, em especial as de grau *major*, é em grande parte geneticamente transmitida, e que a hereditariedade só pode explicar uma parte das causas das doenças psiquiátricas deixando espaço para as teorias de carácter ambiental e psicológico.

A questão que se coloca é saber como e o que se transmite nas doenças mentais, e é neste sentido que estudos prospectivos efectuados em populações de alto risco poderão dar contribuições válidas, ao detectarem indicadores de vulnerabilidade para as doenças psiquiátricas.

O modelo de vulnerabilidade⁸, ao procurar convergir as tradicionais concepções biológica e psicossocial, tem por base a ideia de que as afecções mentais, nomeadamente as doenças afectivas e a esquizofrenia, surgem como uma complicação de natureza endógena entre os indivíduos geneticamente mais vulneráveis.

Investigações recentes sugerem que as interacções entre traços geneticamente determinados e os factores do ambiente afectam a expressão da doença. Deste modo, um campo de investigação promissor é o estudo da interacção entre os factores de risco biológicos e sociais que influenciam a hereditariedade e o desenvolvimento de perturbações familiares⁹.

A associação entre predisposição genética e ambiente *stressante* crónico identifica uma pessoa em alto risco e pode predizer certo grau de disfunção¹⁰. Contudo, apesar do determinismo genético existente em grau maior ou menor nalgumas destas situações, temos de entrar sempre em consideração com as capacidades (*competências*) da própria criança e com factores de ordem sócio-económico, que tornam mais complexa a investigação.

Os conceitos de genética mais actuais indicam que se uma doença tem uma componente hereditária então um factor dessa doença será uma vulnerabilidade bioquímica. No entanto, e até que sejam identificados marcadores biológicos específicos responsáveis pelo desenvolvimento da psicopatologia, os esforços preventivos devem orientar-se na procura de factores de risco, que aumentam a probabilidade de expressão da psicopatologia, e que sejam susceptíveis de serem modificados pelo próprio indivíduo e pelo ambiente. Neste sentido, é compreensível o interesse dado prioritariamente ao estudo das afecções psiquiátricas na gravidez e no pós-parto.

Os métodos terapêuticos actuais possibilitaram o acompanhamento dos doentes mentais em regime ambulatório e integrados no seu ambiente familiar e social, diminuindo a necessidade de hospitalizações prolongadas. Esta situação teve como consequência um aumento do número de gravidezes em mulheres atingidas de afecções mentais *major*, nomeadamente esquizofrenias e doenças afectivas, e uma frequência crescente de crianças que estão em contacto com uma mãe doente mental.

É necessário que a mulher grávida com antecedentes de episódios psiquiátricos *major* e/ou história familiar de perturbações psicóticas e doenças do humor, tenha o seu filho

no Hospital, requerendo-se uma observação cuidadosa no período crítico das manifestações psicopatológicas a fim de que sejam detectadas e se intervenha precocemente aos primeiros sinais de doença mental tanto no filho como na mãe. Nestas circunstâncias, poderá ser necessário o internamento da puérpera juntamente com o seu filho, se a situação assim o permitir, em departamentos especializados de que é exemplo entre nós a Unidade de Cuidados Intensivos Materno-Infantil criada recentemente na Clínica de Psiquiatria e Saúde Mental do Hospital Universitário de Santa Maria (Director: Prof. Dias Cordeiro).

Perturbações do Humor Pós-Natal — É muito raro o aparecimento de depressões graves durante a gravidez, cujo surgimento nos orienta para a existência de profundos sentimentos de ambivalência em relação ao marido e à própria gravidez, que necessitam de ser investigados psicoterapeuticamente.

As depressões puerperais e as perturbações maníacas, em particular as de intensidade *major*, consituem um factor de risco para a saúde mental da criança, pela desmotivação e disrupção da mãe pela própria vida e a do seu filho, com dificuldades na empatia e interacção com a criança.

As situações de carência materna precoce com separação física da mãe sem figura maternal suplectiva têm implicações nefastas para o bebé, como tão bem frizou Spitz¹² a propósito dos casos de hospitalismo. No entanto, as insuficiências maternas precoces poderão ter repercussões tardias para a criança nomeadamente a nível do rendimento intelectual, nas alterações da linguagem e na afectividade da criança que tem tendência a manifestar relações sociais instáveis¹².

As perturbações neuróticas em geral e as distímias em especial merecem particular destaque, pois, apesar de menos graves do que os quadros *major* poderão, pela menor intensidade da sintomatologia, passar despercebidas aos técnicos de saúde, evoluindo sem tratamento psiquiátrico. Deste modo as insuficiência e os desequilíbrios afectivos em relação ao filho poderão levar a situações de instabilidade dos cuidados maternos, prejudiciais para a criança.

Psicoses Pós-Natal — Estimam-se que as psicoses no primeiro mês após o parto ocorra numa frequência de um para dois em mil partos¹³. Na fase psicótica aguda a criança está em risco pelo que disposições para a sua protecção tem de ser efectuadas. Calcula-se que 10 a 15% das crianças mal tratadas têm pais com doenças mentais graves¹⁴.

A psicose puerperal é uma situação séria mas, em regra, de recuperação relativamente breve. Manifesta-se por isolamento, excitabilidade e actividade extremas, discurso incongruente com delírios e alucinações, alterações bruscas de humor e muitas vezes acompanha-se de obnubilação da consciência.

Os únicos factores conhecidos como significativos para o desenvolvimento de uma psicose pós-parto são a existência de uma doença psicótica prévia e uma história familiar de afecções psicóticas.

O facto de haver quase invariavelmente um período livre de sintomas de três ou mais dias após o parto, antes do desenvolvimento do comportamento psicótico, sugere uma causa orgânica, ainda que desconhecida, pelo que a investigação deve-se orientar nesta direcção, procurando correlacionar as alterações hormonais — que provavelmente só actuariam com mecanismos disparadores —, como os desequilíbrios bioquímicos a nível da neuromediação cerebral.

A TOXICODEPENDÊNCIA PARENTAL

Gravidez e Toxicodependência — A toxicodependência enquanto alteração do comportamento, tem um carácter primário ou secundário num contexto evolutivo habitualmente ligado à adolescência¹⁵. Na adolescente toxicodependente

grávida, o estudo da repercussão sobre as áreas psíquica, afectiva, social e familiar, tem sido no intuito de encontrar determinantes que definam uma população em maior risco pré e pós natal.

A caracterização duma população mais vulnerável pode ser procurada atendendo a factores predictivos, tal como tem sido efectuado em diversos estudos^{16,17} e com intervenção de grupos de controle que possam reflectir a maturidade psicosexual e adaptativa. A forma de avaliar e investigar populações com maior ou menor maturidade global, com possível repercussão na capacidade materna, passa pela história familiar, nomeadamente pela mãe, muitas vezes também ela grávida na sua adolescência, e pelo pai, ausente ou excessivamente próximo, cujos hábitos tóxicos são frequentes, sobretudo os alcoólicos. A história pessoal da grávida toxicodependente, com abortos voluntários prévios, doenças venéreas, promiscuidade sexual bem como o grau de adaptação social e profissional, como a conduta escolar, a autonomia afectiva, física e económica, em relação aos pais, são outras tantas áreas de investigação retrospectiva e prospectiva.

A fiabilidade dos dados é complicada pela irregularidade dos contactos da grávida toxicodependente com o médico, assim como a determinação do consumo de tóxicos, eventualmente auxiliado pelo doseamento urinário.

Os estudos longitudinais nas grávidas adolescentes não toxicodependentes apontam para disfunções variáveis no desenvolvimento psicomotor das crianças, que é, neste caso, mais lento, para além de défices mais específicos relativos à reactividade emocional e à aprendizagem escolar¹⁸.

Actualmente as grandes orientações da investigação dirigem-se para a pesquisa de perturbações particulares do desenvolvimento dos filhos das adolescentes toxicodependentes, consequentes ao consumo de tóxicos, como os opiáceos, os psicoanalépticos (cocaína) e os derivados do cannabis pelos pais.

Estão comprovados os défices ponderais nos recém-nascidos de mães com hábitos tabágicos (mais de 10 cigarros/dia) e de mães adolescentes, independentemente destes hábitos. Outras complicações obstétricas como o aborto espontâneo e a prematuridade também estão associadas à gravidez na adolescência, embora necessitando de melhor estudo¹⁹. A abstinência sintomática de duração variável no recém-nascido duma mãe heroínmana pode introduzir perturbações na relação precoce cuja investigação poderá fornecer dados de actuação preventiva.

Em qualquer politoxicodependência, como é comum nas grávidas adolescentes, é difícil encontrar uma causalidade linear, possibilidade unicamente aberta pela discriminação estatística, o que é falível.

Também é fonte de pesquisa a prevenção pré e pós-natal, através da família e/ou equipa terapêutica utilizando programas multidisciplinares, incluindo terapias de grupo, onde a grávida pode encontrar informação e participar activamente em papéis associados à função materna.

Engravidar na adolescência e consumir tóxicos podem ser atitudes aparentadas psicologicamente pelo que, há que estudar e caracterizar a toxicodependência na grávida adolescente dum modo tanto quanto possível independente do seu próprio percurso evolutivo.

Os Filhos de Pais Alcool-Dependentes — Esta população infantil tem sido exaustivamente investigada em três áreas: hereditariiedade, meio sócio-cultural e riscos psicoestruturais. Os filhos de alcoólicos, herdando a predisposição para o álcool, estão altamente marcados pelo risco genético de desenvolverem abuso de álcool.

No alcoolismo, como em qualquer área de investigação científica, a escolha da metodologia influencia radicalmente as conclusões, e as informações retrospectivas sobre a histó-

ria alcoólica, nunca são rigorosas quando colhidas exclusivamente junto do próprio alcoólico.

A predictibilidade de dados positivos em três áreas: 1) História familiar de alcoolismo; 2) Investigação em gémeos e estudos de adopção e 3) Investigações neuropsiquiátricas — têm fundamentado a hereditariedade alcoólica.

Os filhos biológicos de alcoólicos, antes da exposição ao álcool²⁰, evidenciam uma predisposição neuro psicológica deficitária com diminuição de auto-controle emocional, da memória, da capacidade de planear, do funcionamento perceptivo motor e do processo da linguagem, reagindo idiosincraticamente à intoxicação alcoólica.

Tem padrões anormais de respostas psicofisiológicas, parecendo mais sensitivos ao reforço putativo da intoxicação alcoólica. As investigações ao nível fisiológico, devem ser conduzidas no sentido de estudar as disfunções cerebrais nos filhos dos alcoólicos (sexo masculino) através dos Potenciais Evocados (PE), onda P₃₀₀ e sua diminuição, de modo a comprovar déficits no Cortex pré-frontal e desequilíbrios bioquímicos ao nível dos neurotransmissores, e a sua relação com perturbações da memória.

Os filhos de alcoólicos¹³ são habitualmente descritos como crianças impulsivas, inseguras e hiperactivas, com baixas performances no meio escolar. São sujeitos a abusos sexuais e desleixo das funções maternas (mães deprimidas) e paternas (pais alcoólicos). Quando educados com os pais biológicos, têm um risco acrescido de depressão, pelo que há que prevenir e investigar nesta área.

Os adolescentes não estão imunes às consequências adversas do alcoolismo dos pais. Ao longo da sua vida vão ter repercussões ao nível da personalidade, formação da identidade e atitudes disfuncionais em relação ao álcool.

Os filhos de alcoólicos têm um papel muitas vezes positivo em relação ao pai alcoólico encorajando-o ao controle temporário da imoderação e da violência, ou estimulando-lhe o afecto. Há pais que bebem pela frustração de não controlarem as passagens ao acto dos adolescentes, particularmente a dependência de drogas.

As grandes linhas de investigação nos filhos de alcoólicos procuram estabelecer conexões entre os déficits neuropsiquiátricos e as consequências psico-dinâmicas nestas crianças, particularmente a relação com a Hiperactividade Infantil, que predispõe à sociopatia, ambas comprovadas hereditariamente e associados com o alcoolismo tardio²².

Os estudos demográficos são muitas vezes unidimensionais, contrariando os modelos etiológicos multidimensionais actuais sobre o alcoolismo.

Os estudos socio-culturais que impliquem diferenciar os vários modos de exposição ao álcool e a contribuição dos pais e parentes na difusão da capacidade mimética dos hábitos alcoólicos, são, cada vez mais, de interesse nacional.

Futuras Investigações — 1.º A causa do alcoolismo é multiterminada, e os estudos sobre a sua etiologia devem ter em conta a personalidade dos filhos de alcoólicos como factor de risco primário, em interacção dinâmica com as condições mediadoras que potenciam riscos hereditários ou factores sociológicos; 2.º Diferentes factores de risco originam diferentes formas de doença alcoólica nos filhos de alcoólicos, pelo que é necessário, cada vez mais, a tipificação de Grupos Específicos.

Filhos de alcoólicos com alcoolismo precoce, devem ser estudados separadamente daqueles com alcoolismo tardio, aqueles que tenham personalidade anti-social versus criminalidade daqueles que não a têm, filhos de alcoólicos estudados separadamente das filhas de alcoólicos e haver comparação de amostrar de alcoólicos com e sem história familiar de alcoolismo.

É cada vez mais necessário a utilização de *Rating Scales* sofisticadas^{23,24}, que quantifiquem a psicoestrutura dos filhos

de alcoólicos, mas como a mobilidade do alcoolismo precoce distorce a percepção dos factores pré-mórbidos, os projectos de investigação neste campo devem ser prospectivos tanto quanto possível.

ÁREAS RECENTES DE INVESTIGAÇÃO

Fertilização *In Vitro* — A possibilidade de criar Vida Humana através de técnicas, entre as quais a fertilização *in vitro* (FIV), levantou e continua a levantar considerações éticas e morais, independentes dos avanços científicos. Parece-nos pois, que a avaliação das características psicológicas e psicopatológicas rodeando a FIV se reveste de alguma importância.

Nestes casos os aspectos psicológicos são o resultados das exigências emocionais e físicas do programa, das pressões éticas e morais da comunidade e ainda dos aspectos que normalmente rodeiam a esterilidade²⁵.

Qualquer que seja a sua causa (orgânica ou funcional), os factores psíquicos intervêm e têm um papel importante no estudo de evolução da Esterilidade. O seu diagnóstico põe em causa problemas de identidade sexual da mulher, destabilizando o seu equilíbrio emocional²⁶.

Ao pretendermos avaliar as características psicológicas destes casais, enfrentamos várias limitações que passam, naturalmente, pelas causas variáveis da Esterilidade, orgânicas e funcionais, e ainda por exemplo, pela dificuldade em conseguir um grupo de controle com características semelhantes (isto é, com problema de infertilidade, probabilidade comparativa de sucesso e envolvendo técnicas invasivas como na FIV)²⁷.

É difícil determinar os meios óptimos de avaliação psicológica destes pacientes, pela falta de instrumentos específicos e fidedignos para estas situações assim como a altura ideal da sua aplicação. Geralmente prefere-se as entrevistas semi-estruturadas e as escalas de auto-preenchimento.

As investigações relativamente limitadas nesta área, deixam alguns aspectos sem resposta, nomeadamente quando se pensa na melhor forma de apoiar e orientar as pacientes da FIV. Entre estes aspectos figuram o que sabemos acerca do desejo de ter uma criança, as características emocionais dos casais em FIV, quais as suas motivações para ter um filho, como lidam com a angústia provocada pela esterilidade ou com a tensão e ambivalência que rodeia o processo de FIV²⁸. Contudo, os estudos até agora efectuados revelam alguns dados acerca do funcionamento destes casais, e isto pode ser utilizado posteriormente no desenvolvimento de programas de apoio psicológico.

O desejo de um filho faz parte da natureza e função da mulher. Porém, pode assumir uma forma excessiva, com todas as expectativas da vida dirigidas para a criança.

Por outro lado às mulheres estéreis são vistas e sentem-se diferentes das mulheres-mães.

A maioria refere ser vítima de comentários desagradáveis devido à sua esterilidade, sendo por exemplo tidas como mulheres que fizeram voluntariamente a escolha de não terem filhos.

Há ainda a tomar em consideração que, embora sentindo os maridos como a fonte principal de apoio, julgam muito importante a troca de impressões com outras mulheres estéreis, assim como os técnicos de Saúde envolvidos. A rede de apoio é geralmente restrita aos elementos acima referidos, pois mesmo os pais são muitas vezes considerados incapazes de compreender as exigências e complexidade do tratamento.

O papel do marido no programa de FIV é difícil, pois a sua participação activa é temporariamente mínima, fazendo-o sentir-se muitas vezes excluído de tudo o que se está a passar²⁹.

Daí a utilidade da realização de grupos de casais, que poderiam permitir não só uma participação maior dos maridos, como também uma troca de experiências entre pessoas vivendo situações semelhantes.

Naturalmente que há inúmeros aspectos em estudo levantados por este processo de fertilização, dos quais se destacam:

— Não ter sido encontrada estrutura psicológica específica das mulheres estéreis nem uma interação particular do casal.

— As técnicas que necessariamente se utilizam, introduziram um risco iatrogénico suplementar, sendo por vezes intrusivas e alterando os padrões sexuais do casal (curva de temperatura, análises frequentes, recolha de gâmetas).

— A FIV pode levar, naturalmente, a um esforço do fantasma de patogénese subjacente a toda a fecundação.

Na grande maioria dos estudos verifica-se que as alterações psicopatológicas dos casais em FIV são raras (1%). Por isso parece ser mais importante a avaliação dos traços de personalidade e das alterações emocionais, bem como dos mecanismos de *coping*, principalmente ao longo do processo de tratamento. Poderemos ainda abordar a forma como a FIV interfere na dinâmica do casal, como é enfrentada a paternidade, de que forma se estabelecem os laços precoces mãe-filho e, enfim, quais as características psicológicas destas crianças.

Imunodeficiência Adquirida — O primeiro diagnóstico de SIDA num recém-nascido data do início dos anos 80. Desde então o número tem aumentado rapidamente. A exposição *in utero* ou durante o parto representa a fatia mais grossa das crianças seropositivas. A probabilidade de uma grávida seropositiva, habitualmente toxicodependente, contagiar o seu filho varia entre 20 a 70% dos casos³⁰. A seropositividade do recém-nascido não basta para a eclosão da doença, a qual vai surgir em 30 a 50% das crianças infectadas³¹, e num período correspondentemente mais curto que no adulto, através de infecções graves ou alterações neurológicas e perda de aquisições motoras, conferindo-lhe um carácter mais grave e de prognóstico mais pessimista.

É sobretudo a população seropositiva assintomática que justifica uma abordagem psicossocial, pois a reacção dos adultos e da criança a uma doença crónica acresce a dificuldade em lidar com uma patologia fortemente estigmatizada e receada socialmente, estando os próprios pais, quando vivos, frequentemente também contagiados. Esta população é naturalmente a de detecção mais difícil e simultaneamente a de maior interesse para a investigação a qual deve passar pelo estudo de mecanismos defensivos desadaptados, como são exemplos a negação, o ostracismo social e a ocultação da doença. Só assim será possível manter uma situação de equilíbrio entre o melhor bem estar psíquico e social das pessoas e famílias afectadas, e a prevenção da disseminação da doença³².

A VERTENTE PSICOSSOCIAL

Famílias Desmembradas e Comunicação Humana — As famílias desmembradas, integram e activam vectores sociais, religiosos, culturais legais e interpessoais.

O acréscimo do número de famílias desmembradas advém do aumento em especial dos divórcios, separações e cisões nas chamadas *famílias intactas*.

Não existe nenhuma *sequela* que possa ser patogénica-mente identificada como consequência inevitável da dissolução familiar.

Várias investigações têm comprovado serem os adolescentes o grupo etário mais reactivo³³ à situação de família des-

membrada, quando comparados com outras idades como a fase pré-escolar e o período de latência.

A etiologia dos comportamentos patológicos nas famílias desmembradas corresponde às reacções infantis mais frequentes a essa situação — denegação, tristeza, e depressão: medo, sentimentos de abandono e de culpa, além de altos índices de censura intra familiar.

A quantidade de tempo (presença física do membro ausente em relação à família desmembrada) tem justificado várias investigações. Verificou-se uma correlação negativa estatisticamente significativa entre a inadaptação escolar e o tempo que o pai perdeu com o filho considerando idades entre os 17 aos 13 anos, mais do que dos 3 aos 6 anos.

Nos primeiros dois meses do novo ciclo da família desmembrada, verificou-se uma maior afeição e maximização na defesa dos direitos das visitas³⁴, e manutenção do contacto face a face, superior à fase do ciclo da família intacta, por parte dos membros familiares marginalizados. Em relação a estes últimos, nos dois anos consecutivos à dissolução familiar há um desinvestimento progressivo nos filhos e na ex-mulher, sendo o *pico* máximo dos comportamentos negativos em relação aos filhos um ano após a família se ter fragmentado.

As mães sem patologia mental³⁵, transcorridos dois anos criam condições intrafamiliares para maior independência e maturidade dos seus filhos, comunicam melhor, são mais racionais, estimulantes e consequentes no controle dos filhos.

Os pais distantes do sistema familiar utilizam padrões de comunicação gradualmente menos disciplinadores, controladores e afectuosos. Em termos de pragmática da comunicação humana tem um alto índice de mensagens ordem-negativas, o que está relacionado com a precipitação da agressividade mais da parte dos filhos do sexo masculino do que do sexo feminino.

A passagem ao acto na escola é consequência por um lado da dificuldade do manejo da agressividade e por outro da crise emocional criada pela transição família intacta — família desmembrada.

A patologia mental individual ou familiar são consequência directa da saúde mental dos progenitores ou seus substitutos, mas também doutros factores como a ingenuidade, inexperiência e índice de marginalidade das figuras parentais.

A *imagem familiar positiva* corresponde a uma relação *triade*, composta por duas gerações. Dois progenitores com uma relação especial (Genital) e um 3.º elemento um filho(a) que a não tem.

Uma imagem familiar negativa contém várias diádes fixas trans geracionais, que são dum modo latente incestuosas.

A dialéctica do processo de reconstrução da família desmembrada passa pela resíntese do conceito imagem da família intacta e dos mitos que lhes estão associados — Mito da harmonia, Mito da salvação, Mito da culpa/separação.

Uma boa imagem familiar já internalizada antes da dissolução e uma estrutura *triade* ainda funcionante apesar do desmembramento familiar são de bom prognóstico para as novas famílias que devem ser estudadas em termos de Teoria geral dos sistemas, Cibernética e Pragmática da Comunicação humana. O mau prognóstico depende da rigidez na interacção das novas diádes (Mãe-filho — Avô-filho, etc) e na incapacidade em aprender a viver em intimidade sem a experiência do confronto com as funções parentais e conjugais sobrepostas, ambas baseadas nas experiências que cada um dos pais teve com a sua família de origem.

As reformas jurídicas nas sociedades modernas têm-se pontuado no sentido de reduzir o estigma de família desmembrada, através de leis desculpabilizantes e redutoras de acusações mútuas entre os intervenientes assumidos da fragmentação familiar.

A conceptualização dos efeitos da família desmembrada devem fazer parte de futuras investigações e em termos de implicações sociais Major³⁶ são:

1) A ausência do adulto masculino determina dificuldades na realização do processo de imitações em relação aos filhos rapazes, enquanto as filhas apresentam déficits no processo de aprendizagem de complementaridade.

2) Ausência dum agente de socialização ou figura disciplinadora.

3) Declínio do nível económico, o que determina padrões de reorganização social stressizantes.

4) Perda de suporte emocional que advém da falha pela ausência da função mulher-conjuge-mãe, que se combina por vezes com a redução da segurança económica, com a consequente ameaça à homeostase familiar.

5) Isolamento social, não só pela não aprovação do desmembramento familiar, mas também pela exclusão inevitável da parte do sistema social que vê as famílias intactas como unidades elementares e indivisíveis.

A experimentação clínica tem-se revelado eficaz quando se faz o uso criterioso da psicologia individual ou não, da terapia familiar, ou aconselhamento familiar, na fase da *turbulência* porque passa sempre, ou deve passar uma família que se desmembra, contudo são áreas que necessitam de avaliações dos *follow-ups*.

A CRIANÇA — A investigação em Pedopsiquiatria também incide no estudo da criança, enquanto agente activo na dialéctica relacional com o sistema familiar, as instituições de Saúde ou outras e o próprio médico da família.

O seu comportamento e as suas *competências* que também lhe advém da sua constituição, temperamento e reactividade pessoal, já evocados de modos diversos ao longo desta exposição, são passíveis de investigação da dinâmica interactiva entre o que é quantitativamente herdado e adquirido.

CONCLUSÃO

Reflexão Final — As questões expostas ao longo deste texto não se pretendem exaustivas, mas sim como contributos à reflexão sobre a investigação em pedopsiquiatria, através de exemplos de situações mais ilustrativas, complexas ou inovadoras da nossa prática clínica quotidiana.

Muito mais heveria a explorar, mas algumas pistas aqui surgidas julgamos poderem ser úteis para uma discussão mais alargada e participada.

Tal como em qualquer outra área de investigação, também nesta há condicionalismos de ordem ética, que derivam da manipulação de variáveis susceptíveis de influenciar o estado psicológico da criança, dos pais e da interacção sempre dinâmica destes com a primeira.

BIBLIOGRAFIA

1. CANTWELL D.P., BAKER L.: Parental mental illness and psychiatric disorders in *at risk* children. *Journal of Clinical Psychiatry* 1984; 45: 503-507.
 2. HAMMEN C., GORDON D., BURGE D., et al.: Maternal affective disorders, illness and stress: risk for children's psychopathology. *Am J Psychiatry* 1987; 144: 736-41.
 3. WEISSMAN M.M., GERSHON E.S., KIDD K.K., et al.: Psychiatric disorders in the relatives of probands with affective disorders: the yall-NIMH collaborative family study. *Arch Gen Psychiatry* 1984; 41: 13-21.
 4. GUROFF J. et al.: A family study of schizoaffective, bipolar I, bipolar II, unipolar, and normal control probands. *Arch Gen Psychiatry* 1982; 39: 1157-73.
 5. GOODWIN D.W.: Alcoholism and genetics: the sins of the fathers. *Arch Gen Psychiatry* 1985; 42: 171-74.
 6. CADORET R.J., CAIN C.A., CROWE R.: Evidence for gene-environment interaction in the development of adolescent anti-social behavior. *Behavioral Genetics* 1983; 13: 301-10.

7. CROWE R.R., NOYES R., PAULS D.L. et al.: A family study of panic disorders. *Arch Gen Psychiatry* 1983; 40: 1065-69.
 8. MOLINA J.A.: Understanding the biopsychosocial model. *Int J Psychiatry Med* 1984; 13: 29-35.
 9. KENDLER K.S., EAVES I.J.: Models for the joint effect of genotype and environment on liability to psychiatric illness. *Am J Psychiatry* 1986; 143: 279-89.
 10. WEINBERGER D.R.: Implications or normal brain development for the pathogenesis of schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 1987; 44: 660-69.
 11. SPITZ R.A.: Anaditic depression. *Psychoanal. Stud Child* 1945; 2: 313-42.
 12. SAMEROFF A.J., SEIFER R.: Familial risk and child competence. *Child Development* 1983; 54: 1254-68.
 13. MELTZER E.S., KUMAR R.: Puerperal mental illness, Clinical features and classification: a study of 142 mother-and-baby admissions. *Brit J Psycho* 1985; 147: 647-54.
 14. KAPLAN S.J., ZITRIN A.: Psychiatrists and child abuse. *J Am Acad Child Psychiatry* 1983; 22: 253-57.
 15. DIAS CORDEIRO J.A.: O adolescente e a família. Lisboa: Moraes Editora. 1987.
 16. AMARO H., ZUCKERMAN B., CABRAL A.: Drug use among adolescent mothers: a profile of risk. Division of Developmental and Behavioral Pediatrics. Boston City Hospital. 1987.
 17. ZUCKERMAN B.: Alcohol and psychoactive substance use during pregnancy. In: Biopsychology of Early Parent. infant Communication Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian 1989; 93-97.
 18. BABIKIAN H.M., GOLDMAN A.: A study in teen-age pregnancy. *Am J Psychiatry* 1971; 128: 755-760.
 19. HECHTMAN L.: Teenage mothers and their children: risks and problems: a review. *Can J Psychiatry* 1989; 34: 569-575.
 20. VAILLANT G.E.: The natural history of alcoholism. Cambridge: Harvard University Press. 1983.
 21. TAMLIR R.E., MC BRIDGE H., BOUNPANE N., et al.: Differentiation of Alcoholics. *Arch. gen Psychiatry* 1977; 34: 761-768.
 22. GOODWIN D.N., SCHULSINGER F., HERMASEN L., et al.: Alcoholism and the Hyperactive child syndrome. *J Nerv Ment Dis.* 1975; 160: 349-353.
 23. LOLVINGER J.: Ego Development. San Francisco: Jossey-Bass. 1976.
 24. BELLAK L., HURVICH M., GEDIMEN H.K., et al.: Ego functions in schizophrenics neurotics and normals. New York: John Wiley and Sons, 1973.
 25. GREENFELD D., HASELTINE F.: Candidate selection and Psychosocial considerations of in-vitro fertilization procedures. *Clinical Obstet. and Gynecol.* 1986; 29: 1.
 26. RAOUL A., DUVAL: Sterilité: Demande de fecondation in vitro. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* — 1989; 18: 663-667.
 27. HEARN M.T., YUZPE A.A., BROWN S.E., et al.: Psychological characteristics of in vitro fertilization participants. *Am J Obst and Gynecol.* 1987; 156: 2.
 28. KENTENICH H.: Psychological Guidance of IVF patients. *H. Reproduction* 1989; 4: 17-22.
 29. JOHNSTON W.I.H., OKE K, SPEIRS A., et al.: Patient selection for in vitro fertilization: Physical and psychological aspects. *Annals of the New York. Academy of Science* 1985; 442.
 30. PAHWA S.: Human immunodeficiency virus infection in children: nature of immunodeficiency, clinical spectrum and management. *Ped Infect Dis.* 1988; 7 (5 suppl.): 561-71.
 31. PEARCE J.B.: Life — threatening illness and the impact of negative life events. *Current opinion in Psychiatry* 1990; 3: 477-481.
 32. HALPERN F.W.: Prise en charge psychosocial des enfants seropositifs pour le VIH. *La Revue du Praticien-Médecine Général* 1990; 109: 29-31.
 33. KELLY J.B., WALLERSTEIN J.: Brief intervention with children in divorcing families. *Am J Orthopsychiatry* 1977; 47: 23-29.
 34. HETHERINGTON E.M., COX M., COX R.: The aftermath of divorce. In: Stevens, J.H., JR and M. Matthews (Eds), *Mother-child, Father-child Relations.* Washington, D.C.: Naeye. 1977.
 35. GARDNER R.A.: Psychotherapy with children of divorce. New York: Jason Arousou, 1976.
 36. LAMB M.E.: The effects of divorce on children's personality development. *Journal of Divorce* 1977; 1: 163-174.