

INTRODUÇÃO À PSICOPATOLOGIA DO RECÉM-NASCIDO

Trabalho de Curso no âmbito da cadeira Psicopatologia da gravidez e do bebé, do Mestrado Integrado em Psicologia na Universidade de Coimbra

2011

Pedro Nuno M. Carvalhal

Licenciado em Ciências Psicológicas pela Faculdade de Psicologia da Universidade de Coimbra.
Mestrando em Psicologia Clínica e da Saúde na Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra (Portugal)

Email:

pedronuno21@hotmail.com

RESUMO

O presente trabalho reflecte de forma clara e sucinta acerca de alguns aspectos no campo da psicopatologia do recém-nascido. Começando pela relação precoce do bebé com a mãe, ainda antes do seu nascimento obstétrico, onde este já pensa, sente e interage. Mostra-se a importância dos cuidados maternos e do estabelecimento de vínculos, para o desenvolvimento do lactente e a forma como isto pode influenciar no aparecimento de uma perturbação. De seguida, para se poder compreender melhor a psicopatologia do Recém-nascido são esclarecidos os conceitos de risco resiliência, competência e vulnerabilidade. Finalmente, é abordado de uma forma sucinta algumas das perturbações do lactente, onde se fez a divisão entre: patologias na interacção; perturbações da incorporação oral; perturbações da expressão motora; perturbações do sono; depressão no bebé e autismo infantil precoce.

Palavras-chave: Gravidez, mãe, bebé, psicopatologia, interacção precoce

1. O BEBÉ ANTES DO NASCIMENTO OBSTETRÍCIO

O nascimento do bebé dá-se a partir do momento em que sente e pensa, e quando começa a interferir com a vida dos seus pais, e assim *nascer dentro deles* muito antes de haver o nascimento obstétrico. (Sá, 2003)

A partir do quarto mês de gravidez, o feto já possui um vasto leque de competências interactivas: emociona-se, angustia-se e constrange-se, alegra-se e deprime-se. (Sá, 2003) Assim, o bebé ainda antes de nascer já é inteligente, pensa e possui uma personalidade. A sua vida afectiva e relacional está intrinsecamente ligada às suas experiências relacionais com a mãe, pois está ligado a ela de uma forma empática e fisiológica onde capta os seus estados emocionais. (Sá, 2004)

Vários estudos na fisiopatologia da gestação desmistificam a ideia que o útero é um *mundo impenetrável, silencioso e abrigado sem movimentos*. Também se verificou que os fetos de mulheres grávidas em níveis de stress permanente, apresentaram batimentos cardíacos acelerados e uma sensível alteração da actividade respiratória, bem como o consumo de substâncias como álcool, tabaco, drogas, e substâncias neuro-hormonais da mãe modificam os seus estados emocionais e atravessando a placenta atingem o feto. (Sá, 2004) Não obstante, o meio intra-uterino é influenciado por factores externos e está assim sujeito a diversas variações de estímulos colocando-o em contacto com o meio ambiente exterior. (Sá, 2003)

Estudos recentes comprovam uma percepção e memorização pré-natal a sons exteriores, principalmente música e a voz da mãe, isto porque o bebé recém-nascido comprova uma grande capacidade para reconhecer a sua voz, quando nasce, através das histórias que ela contava antes do nascimento. (Sá, 2003)

Nas interacções entre o feto e a mãe, é bastante notório a sua intimidade, devido ao facto das repercussões que a vida emocional da mãe tem sobre este. Além disso, a infância dos pais que se dividem nas suas experiências gratificantes de parentalidade (infância de fantasia) e nas experiências dolorosas mal elaboradas (infância fantasmática) serão uma das bases fundamentais da relação futura que estes pais terão com a criança. (Sá, 2009)

São todas estas vivências pré-natais que serão a sua “bagagem inconsciente” e terão influência na estruturação da sua personalidade, no comportamento que vão evidenciar ao longo da vida. (Sá, 2004)

2. DEPOIS DO NASCIMENTO

A mãe logo no momento do nascimento da sua criança está logo apta a estabelecer um elo de ligação com o seu bebé, sendo que em várias investigações é demonstrada a importância deste laço logo nas primeiras horas de vida, para o desenvolvimento da vinculação entre ambos. (Sá, 2004)

Nas primeiras horas, o recém-nascido é capaz de discriminar a voz da mãe e tem uma preferência por esta relativamente a outras vozes. (Mazet, 2003)

Boubli (2001) caracteriza a interacção bebé-mãe como sendo de natureza cíclica, onde existe a alternância entre períodos onde o lactente fixa intensamente o rosto da mãe e períodos em que o evita, fechando os olhos ou desviando-os. A mãe deverá respeitar estes períodos de afastamento, ou nesse caso o bebé sentindo-se absorvido é levado a afastar-se ainda mais. Este período de afastamento corresponde ao momento em que a criança recupera e trata as informações que recebe, verificando-se assim que ela procura controlar a quantidade de estimulações sociais que é capaz de assumir. O recém-nascido é dotado da capacidade de antecipar inter-relações sociais e quando as suas tentativas não surtem efeito ele procura utilizar várias técnicas para envolver a sua mãe.

Os bebés discriminam estímulos, escolhem dar atenção aos que lhe são atraentes e tornam-se insensíveis aos mais desagradáveis, assim sendo, protegem-se daqueles que são mais desagradáveis para si. (Boubli, 2001)

Através dos cuidados maternos, a criança é inserida numa continuidade familiar, a mãe oferece-lhe aquilo que recebeu e aprendeu por si, interiorizando os seus ímagos parentais. Esta é então uma boa ocasião para que se possam ligar à família nuclear. (Boubli, 2001) No caso do primeiro filho, aquilo que era uma díade entre um casal passa a ser uma relação a três, e as modificações afectivas destes é acompanhada de uma redefinição de papéis e funções. (Relvas 1996)

Segundo Paixão (2002) o objectivo da interacção precoce para a mãe não será tanto o de criar a ordem a partir do caos, mas de adaptar o seu comportamento a uma condição que é desde logo pré-existente. A partir disto compreende-se a dimensão e a natureza de uma psicopatologia da relação precoce, onde a interacção ocupa um lugar central.

O mesmo autor define a interacção como o *“encontro dos movimentos internos que o recém-nascido suscita na mãe (pela sua maneira de ser, sentir, reagir) com os movimentos que a mãe suscita nele (pelas suas próprias características, sensibilidade e forma de lidar)”*. Será então este encontro que estará na base da organização de um processo de respostas e estimulações mútuas, de uma grande riqueza, descrevendo um “padrão” ou um “sistema” de interacções.

Cada díade “mãe-bebé” é um sistema próprio e original de interacção e serve de modo de expressão e regulação aos movimentos internos de ambos que têm o valor de uma linguagem corporal e comportamental. Esta organização das interacções constitui-se como um dos elementos determinantes do desenvolvimento futuro da criança. (Paixão, 2002)

É nas respostas adequadas da mãe às suas necessidades que o bebé encontra a harmonia do funcionamento. Ele tem a necessidade de uma figura de ligação que vai procurar autonomizar-se e distanciar-se progressivamente através da exploração do meio, e aqui, tal será melhor conseguido quanto mais esta figura for coerente e tranquilizadora. (Sá, 2003)

3. RISCO, COMPETÊNCIA E VULNERABILIDADE

Para uma melhor compreensão da Psicopatologia do Recém-nascido, é relevante esclarecer os conceitos de Risco Resiliência, competência e vulnerabilidade.

Os factores de risco são as condições que comportam um risco de morbilidade mental superior ao da população geral, neste caso na criança destacam-se: prematuridade, sofrimento neonatal, gemelaridade, patologia somática precoce e as separações precoces na família. (Sá, 2004)

A competência já diz respeito às capacidades adaptativas do bebé ao meio que o rodeia. (Sá, 2004)

Relativamente à vulnerabilidade, esta resulta das características hereditárias e congénitas, fruto das relações primárias. Evoca as fragilidades latentes, imediatas ou diferidas, pode ser vista como uma capacidade de resistir às pressões do meio. (Sá, 2004)

4. DESENVOLVIMENTO PATOLÓGICO

O diagnóstico de psicopatologia na criança deve ser feito sempre tendo em conta as interacções entre a mãe e o seu bebé, isto porque o sintoma forma-se em função das comunicações entre ambos, das angústias da mãe e das necessidades da criança. Desta forma a terapia deverá ser sempre dirigida para as inter-relações entre os pais e a criança. (Sá, 2004)

4.1 As patologias na interacção

Etiologicamente considera-se que estas perturbações podem tanto estar ligadas a factores da criança, dos pais ou a uma combinação de ambos. (Boubli, 2001)

4.1.1. A vertente materna

Kreisler (1987, citado por Boubli, 2001) postula duas influências etiológicas para este tipo de perturbações: por um lado a dinâmica conflitual por excesso ou distorção; e por outro, uma dinâmica ligada ao défice de estimulação.

Ansiedade e a inadequação parental: mães demasiado inquietas que podem alimentar excessivamente o seu bebé, medir-lhe constantemente a temperatura aplicando-lhes supositórios logo ao mínimo indício de atraso na defecação. Também se encontram mães que sofrendo de

uma grande angústia de morte podem reacear fazer-lhe mal, afastando-se o mais possível dele, chegando a evitar alimentá-lo no berço e evitar mudar-lhe as fraldas. Outras mães podem ter dificuldades na autonomia do seu filho e dificultar o seu processo de separação/individuação (Boubli, 2001)

Intolerância ao mal-estar do bebé: é possível observar-se nas mães cujos bebés nascem prematuros uma ferida narcísica e uma certa culpabilidade com perda da auto-estima. Associado a isto, poderá haver disfunções na díade, ao que é aconselhável psicoterapia e apoio pedagógico à mãe. (Boubli, 2001)

Maternagem operatória: São as mães que Winnicott denominava de “intelectuais” pois funcionam sobretudo de um modo operatório sem no entanto investirem emocionalmente na relação. Acontece nos casos onde as mães se apresentam demasiado frágeis naquele momento, ou poderá corresponder à reacção perante o anúncio de uma anomalia no bebé durante a gravidez, perda de um familiar ou traumatismo. Esta patologia poderá provocar perturbações funcionais de alto risco: insónia e anorexia primária graves, vómitos psicogénicos, e mericismo. Corresponde a uma etiologia importante das desorganizações funcionais, da depressão primária e depressão branca. (Boubli, 2001)

Mães psicóticas: nestas mães as suas angústias arcaicas encontram as angústias do lactente e assim torna-se difícil de gerir sobretudo na ausência de um terceiro que ofereça segurança. Muitas vezes os ritmos biológicos do bebé não são respeitados, mas sim depende da mãe e para este as relações quotidianas são totalmente imprevisíveis. (Boubli, 2001)

Mães deprimidas: a depressão na mãe reflecte-se na sua interacção com o lactente, marcada por uma tonalidade depressiva e carência afectiva. Existe uma atitude de retraimento por parte desta e no bebé um comportamento passivo como forma de hiperadaptação à patologia materna. Estas crianças desenvolvem uma representação de si como incapazes de actuar no seu ambiente devido a sua incapacidade de modificar as interacções com a mãe. (Boubli, 2001)

4.1.2. A vertente do bebé

Condições fisiológicas: corresponde às perturbações sensoriais por parte da criança que podem dificultar a interacção e as suas repercussões no desenvolvimento psicoafectivo e cognitivo da criança. (Boubli, 2001)

Prematuridade: as mensagens que estes bebés emitem podem carecer de clareza e existe uma grande dificuldade em decifrá-las de modo que provoca nos pais comportamentos ansiosos e levando-os a não respeitar os ritmos da criança, tornando-se intrusivos e reforça assim os comportamentos de evitamento desta. Nota-se assim uma assincronia relacional onde sempre que a mãe está disponível a criança não está e vice-versa. Caso não seja feita uma regulação dos ritmos relacionais a partir dos 3/4 meses o desvio quase sistemático do olhar da criança pode ser um indicador de que se está a instalar uma perturbação. (Boubli, 2001)

4.2 Perturbações da incorporação oral

A criança em vez de se identificar com um objecto compreensivo, vai identificar-se com um objecto destruidor e desestruturante. (Boubli, 2001)

Vómitos psicogénicos: Esta perturbação representando com o vómito a projecção dos objectos maus e intoleráveis, manifesta-se predominantemente nos bebés hiperactivos que são estimulados em excesso e de uma forma incoerente. Note-se que antes de se supor que estes vómitos têm uma origem psicogénica deve-se despistar uma causa orgânica. (Boubli, 2001)

Cólicas idiopáticas do primeiro Trimestre: Spitz estudou esta síndrome e mostrou o encontro entre uma criança “hipertónica”, que reage vivamente aos estímulos exteriores com uma mãe ansiosa que superprotege (a que este autor chama de *solicitude primária excessiva e ansiosa*) que vai multiplicar as refeições na tentativa de acalmar o bebé sobrecarregando o seu aparelho digestivo. (Mazet, 2003)

Anorexia: Na anorexia que aparece por volta do segundo trimestre, o bebé recusa a alimentação, fechando a boca ou cuspendo, ou por outro lado, aceita de uma forma passiva o alimento que a mãe lhe impõe, para vomitar de seguida. Estas perturbações provocam nas mães uma ferida narcísica considerável. (Boubli, 2001)

4.3 Perturbações da expressão psicomotora

São organizações motoras desviantes constituindo frequentemente um sinal de disfunções da personalidade como o autismo e as psicoses precoces, mas pode assinalar também perturbações menos graves. (Boubli, 2001)

Tónus: bebés que parecem “escorrer” dos braços e nos quais é difícil pegar, possuem uma reduzida resposta às solicitações e uma passividade motora generalizada. Este atraso indica uma submissão por parte da criança aos desinvestimentos, atitudes superprotectoras e imaturas por parte da mãe. Este sintoma pode ser demonstrador de evitamento psicótico ou de depressão. (Boubli, 2001)

Hiperactividade: como uma defesa antidepressiva surge após um período de inércia a partir do segundo semestre. (Boubli, 2001)

4.4 Perturbações do Sono

A qualidade do sono da criança está ligada ao sentimento da criança de segurança e calma na relação com o cuidador. (Boubli, 2001)

Insónia silenciosa: o bebé mantém-se acordado durante várias horas, sendo que a presença da mãe e a alimentação não o acalma. Este tipo de insónia grave pode ser indicador de perturbações autísticas. (Boubli, 2001)

Insónia com gritos prolongados: associado a uma grande agitação devido à dificuldade da mãe para interpretar correctamente as suas necessidades, o que não permite que esta adormeça pacificamente. (Boubli, 2001)

Insónia com choro prolongado: evidencia-se quando mãe e criança são incapazes de se separar. Para a criança a amamentação é a única resposta que a acalma, e o objecto transaccional não assume uma função de espaço intermediário. (Boubli, 2001)

4.5 Depressão no bebé

Spitz e posteriormente Bowlby estudaram as reacções das crianças pequenas à separação. Spitz demonstra que após uma separação materna brutal entre os 6 e os 18 meses que a criança começa a desenvolver um período de choros, depois um estado de retirada e indiferença, o que poderá conduzir a um estado de marasmo. Este autor chama a este conjunto de reacções de “depressão anaclítica”. Já Bowlby designa de período sensível aquele que vai entre os 5 meses e os 3 anos. Segundo este, na sequência de uma separação a criança começa por uma fase de protesto onde chora e agita-se na procura dos pais, seguindo-se uma fase de desespero onde esta parece entrar num momento de luto, recusa a alimentação e os cuidados. Finalmente entra numa fase de desvinculação, passando aqui a aceitar os cuidados das outras pessoas e caso reveja nesta altura a mãe poderá não reconhecê-la. (Marcelli, 2005).

São as rupturas relacionais cumulativas e as carências afectivas precoces que provocam falhas na organização narcísica, da qual depende o seu desenvolvimento psíquico. (Boubli, 2001)

Estas rupturas são um factor importante para a depressão no bebé, sendo que esta ruptura tanto pode ser real, ou no plano do vivido deste (por exemplo quando a mãe deprimida está presente fisicamente mas não investe emocionalmente na criança). (Boubli, 2001)

A nível da sintomatologia estas crianças não manifestam curiosidade pelo ambiente, nem competências relacionais ou afectivas, fechando-se sobre si próprias. (Boubli, 2001)

4.6 Autismo infantil precoce

Kanner (1943, citado por Paixão, 2002) definiu o autismo como uma síndrome marcada por “isolamento social com indiferença aos outros” e a “resistência à mudança com fixação em rotinas repetitivas”.

Esta perturbação do espectro autista tem início segundo Marcelli e Jeammet (1988, citado por Sá, 2007) antes do primeiro ano de vida, e aparece como um quadro nosologicamente organizado antes dos 3 anos.

A etiologia está na origem das vivências persecutórias de terror e medo sentidas pelo bebé na sua relação com os seus objectos primários. Estas experiências causam uma dor mental

insuportável que caso não sejam dissimuladas pelos comportamentos auto-mutilatórios da criança (através dos objectos artísticos) levam-na a fechar-se sobre si própria, numa tentativa de se fechar ao mundo que sente como persecutório. (Sá, 2003)

As mães destas crianças exteriorizam o seu mal-estar relativamente à hipotonia destas que lhe parecem escorregar das mãos quando lhes pegam, e não se ajustam ao corpo de quem lhe pega, para se acomodar. Isto é considerado pelos pais como uma forma de recusa de comunicação. (Boubli, 2001)

Mais tarde quando crescem, estas crianças são incapazes de brincar e vivem momentos de angústia maciça quando o seu espaço de vida é modificado. (Boubli, 2001)

Quanto mais precocemente for diagnosticado, o Autismo infantil precoce maiores as possibilidades de sucesso da intervenção psicoterapêutica. (Sá, 2003)

BIBLIOGRAFIA

Boubli, M. (2001) *Psicopatologia da Criança*. Lisboa: Climepsi.

Marcelli, D. (2005). *Infância e Psicopatologia*. Lisboa: Climepsi

Mazet, P.; Stoleru, S; (2003) *Psicopatologia do lactente e da criança pequena*. Lisboa: Climepsi.

Paixão, R. (2002). *Manual de Psicopatologia Infantil e Juvenil*. Coimbra: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da U.C.

Relvas, A.P. (1996) *O Ciclo Vital da Família: Perspectiva Sistémica*. Porto: Edições Afrontamento.

Sá, E. (2003), *Psicologia do Feto e do Bebé*. Lisboa: Fim de Século

Sá, E. (2004), *A Maternidade e o Bebé*. Lisboa: Fim de Século.

Sá, E. (2007) *Patologia borderline e Psicose na Criança*. Lisboa: ISPA.

Sá, E (2009) *Esboço para uma nova Psicanálise*. Coimbra: Almedina.