



Universidades Lusíada

Bernardo, Margarida
Costa, Carolina Vieira da
Marinho, Ângelo
Pinheiro, Joana
Andrea, Mafalda
Salgado, Mónica
Marta, Sandra
Santos, Nazaré

Entre o medo e o desejo de crescer

<http://hdl.handle.net/11067/4797>

<https://doi.org/10.34628/bqr9-mp27>

Metadados

Data de Publicação

2018

Resumo

O título da obra de Manuela Fleming serve como inspiração para este caso clínico que aborda a adolescência, fase em que a descoberta do corpo e da identidade só podem ocorrer quando associadas a um simultâneo processo de individuação. Quando o sistema familiar é constituído por limites pouco definidos entre os seus membros, não estimulando a autonomia do indivíduo, está criado terreno fértil para o aparecimento de psicopatologia. O presente trabalho pretende retratar o processo diagnóstico e per...

The title of the book of Manuela Fleming serves as inspiration for this case report, that addresses adolescence, a phase in which the discovery of the body and identity, can only occur when associated with a simultaneous process of individuation. When the family system has undefined limits between its members and does not stimulate the individual's autonomy, there is fertile ground for the appearance of psychopathology. This work intends to portray the diagnostic and therapeutic process of a you...

Palavras Chave

Autonomia (Psicologia), Psicopatologia infantil, Psicopatologia do adolescente

Tipo

article

Revisão de Pares

Não

Coleções

[ULL-IPCE] RPCA, v. 09, n. 2 (2018)

Esta página foi gerada automaticamente em 2024-09-21T08:25:40Z com
informação proveniente do Repositório

ENTRE O MEDO E O DESEJO DE CRESCER

Margarida Bernardo

Médica Interna de Psiquiatria, HGO

Carolina Vieira da Costa

Médica Interna de Psiquiatria da Infância e Adolescência, CHLN

Ângelo Marinho

Enfermeiro Especialista em Psiquiatria e Saúde Mental do Serviço de Psiquiatria do CHLN

Joana Pinheiro

Terapeuta Ocupacional do Serviço de Psiquiatria do CHLN

Mafalda Andrea

Psicóloga Clínica do Serviço de Psiquiatria do CHLN

Mónica Salgado

Psiquiatra da Infância e Adolescência do Serviço de Psiquiatria do CHLN

Sandra Marta

Assistente Social do Serviço de Psiquiatria do CHLN

Nazaré Santos

Assistente Graduada em Psiquiatria do Serviço de Psiquiatria do CHLN

Resumo: O título da obra de Manuela Fleming serve como inspiração para este caso clínico que aborda a adolescência, fase em que a descoberta do corpo e da identidade só podem ocorrer quando associadas a um simultâneo processo de individuação. Quando o sistema familiar é constituído por limites pouco definidos entre os seus membros, não estimulando a autonomia do indivíduo, está criado terreno fértil para o aparecimento de psicopatologia. O presente trabalho pretende retratar o processo diagnóstico e percurso terapêutico de um jovem com doença mental, em regime de internamento hospitalar parcial. O tratamento é de modelo grupal com outros adolescentes, sendo complementado com uma abordagem individual e familiar. Foi estabelecido o diagnóstico de Perturbação dos Sintomas Somáticos e avaliado um padrão de interdependência identitária com a figura paterna. Houve melhorias clínicas significativas ao longo do tratamento, sem registo de alterações psicofarmacológicas relevantes. Durante o processo terapêutico, o jovem foi experienciando um novo modelo relacional com os pares e adultos, tendo sido também simultaneamente criado um espaço para a família ser ouvida, permitindo uma autonomização lenta e progressiva do jovem em relação à família e da família em relação ao jovem doente. O caso descrito pretende transpor para a prática clínica os conceitos teóricos da relação dinâmica entre o aparecimento de psicopatologia na infância e adolescência e o funcionamento do sistema familiar.

Palavras-chave: Adolescência, Autonomia, Perturbação dos sintomas somáticos.

Abstract: The title of the book of Manuela Fleming serves as inspiration for this case report, that addresses adolescence, a phase in which the discovery of the body and identity, can only occur when associated with a simultaneous process of individuation. When the family system has undefined limits between its members and does not stimulate the individual's autonomy, there is fertile ground for the appearance of psychopathology. This work intends to portray the diagnostic and therapeutic process of a young man with mental illness, in partial hospitalization. The treatment is group orientated, with other adolescents, and complemented with an individual and familiar approach. The diagnosis of Somatic Symptom Disturbance was established, and was identified a pattern of identity interdependence with the paternal figure. There were significant clinical improvements throughout the treatment, without relevant psychopharmacological changes. During the therapeutic process, the patient experienced a new relational model with the pairs and adults and there was created a space for the family to be heard, allowing a slow and progressive autonomization of the adolescent in relation to the family and the family in relation to the young patient. The case described aims to transpose into clinical practice, the theoretical concepts of the dynamic relationship between the onset of psychopathology in childhood and adolescence and the functioning of the family system.

Keywords: Adolescence, Autonomy, Somatic symptom disorder.

Introdução

“Entre o medo e o desejo de crescer” é o título da obra de Manuela Fleming, que serviu como inspiração para a abordagem exploratória de um caso clínico que retrata a doença mental no adolescente.

De acordo com a autora, a capacidade de realização da autonomia é tanto maior, quanto maior for a intensidade de percepção pelos filhos, de que os seus pais são encorajadores de autonomia. (Fleming, 2005). Esta é uma fase em que há uma descoberta do corpo e da identidade, processos que só podem ocorrer se associados a um processo de individuação.

Freud foi um dos primeiros a destacar a importância primordial do processo de individuação do adolescente, com particular ênfase na separação do adolescente e dos seus progenitores. Referia que “o desligar do indivíduo da autoridade dos pais é uma das mais necessárias, mas também das mais penosas, realizações do desenvolvimento” (Freud, 1909). Segundo a conceptualização psicanalítica clássica, na fase adolescente existiria “um ego fraco” e um “sistema pulsional forte”, sendo considerada necessária e desejável a ocorrência de “turbulência” emocional entre estas duas entidades. (Freud, 1958).

Mais tarde, a teoria de Peter Blos (1967, 1962) veio alargar as conceptualizações psicanalíticas até então dominantes, colocando a tónica nas relações de objeto e introduzindo o conceito de “segundo processo de individuação”, cujo objetivo seria a aquisição de um self autónomo e com limites bem definidos.

Na presença de um sistema familiar com limites indefinidos entre os seus membros, a aquisição dos limites individuais está dificultada e a autonomia do indivíduo não consegue ser estimulada. Assim, está criado terreno fértil para um processo de desenvolvimento alterado e o eventual aparecimento de psicopatologia. (Figueira, 2014)

De acordo com teoria do desenvolvimento psicosssexual, de Erik Erikson (Erikson, 1968; Veríssimo, 2012) a personalidade desenvolver-se-ia segundo uma sequência de estádios, cada um deles caracterizado por uma crise ou conflito dominante. A resolução desse conflito resultaria na possibilidade de avançar para as tarefas desenvolvimentais do estágio seguinte. Nesta perspetiva, o conflito dominante na adolescência seria entre a formação de identidade versus a difusão de identidade.

O processo de formação de identidade incluiria a integração das identidades infantis precoces com outros aspetos psicológicos e psicossociais, ingressando em novas crises desenvolvimentais, como a intimidade e generatividade. (Amaral Dias, 1988). Assim, a formação de identidade só seria possível com movimentos concomitantes de separação psicológica interna e de distância física face aos pais, o que se traduziria em comportamentos de autonomia e de experimentação. Segundo o pensamento de Amaral Dias (1988), se o primeiro luto (pelos *selves* pa-

rentais auxiliares) anuncia a autonomização da família, o último luto, pelo grupo, anuncia o homem individual, capaz de estar só e de estar com os outros.

Ao abordar alguns constructos teóricos da autonomia na adolescência, parece-nos também importante a inclusão das teorias de Bowlby, em que se visa a compreensão em simultâneo da vinculação e da individuação. Bowlby (1973) sugere que a autoconfiança e consequentemente a autonomia, não sejam tanto “contar consigo próprio”, mas contar com o apoio dos outros para construir a sua própria autonomia.

Através deste modelo é possível explicar não só a persistência dos laços familiares, mas também a sua transformação. Neste contexto, a vinculação (se não for excessiva), é um laço afetivo persistente e promotor da autonomia, e não da dependência.

Metodologia

O seguinte trabalho pretende ilustrar a variabilidade sintomática dos quadros psicopatológicos na adolescência, demonstrando também como uma avaliação longitudinal e a integração da família se mostram essenciais para o processo diagnóstico e terapêutico destes jovens.

Para tal, apresenta-se um caso clínico de um jovem com doença mental e descreve-se o seu percurso terapêutico em regime de internamento hospitalar parcial. A informação foi recolhida através dos registos obtidos durante as observações diárias e reuniões realizadas pela equipa de tratamento.

Caso clínico

1. Identificação

Trata-se de um jovem (J) do sexo masculino de 21 anos, solteiro, com o 12º ano de escolaridade, que se encontra desempregado e reside com os pais.

2. História da Doença Atual

Jovem com antecedentes de ansiedade desde a infância, desenvolvendo desde os 12 anos quadros frequentes de sintomas somáticos, especialmente sintomas gastrointestinais (dores do tipo cólica e diarreia), que condicionaram redução do seu rendimento escolar. O próprio identifica também dificuldades no estabelecimento de relações interpessoais desde os 13 anos.

A partir dos 16 anos, inicia sintomatologia depressiva de forma insidiosa, nomeadamente tristeza, diminuição da energia e motivação para a escola e outras

atividades, astenia e isolamento social. Os sintomas eram flutuantes e ocorriam de forma reativa a fatores de stress externos, sem alterações da vida instintiva ou ideação suicida associadas. Foi introduzida terapêutica antidepressiva com um inibidor selectivo da recaptação da serotonina (paroxetina), com resposta parcial (principalmente melhoria do humor e diminuição da ansiedade). O doente e a família associam à titulação do fármaco (20 para 30 mg), o início de alguma desinibição comportamental e de heteroagressividade, dirigida principalmente ao pai e colegas da escola, pelo que interromperam o fármaco por mote próprio.

Do período dos 16 aos 20 anos, mantém de forma persistente sintomas ansiosos e depressivos subsindromáticos, sem períodos de remissão sintomática total.

Aos 20 anos os sintomas depressivos exacerbam-se, com o aparecimento de ideação suicida, insónia e agravamento do isolamento social, passando a ficar fechado em casa desde então.

Alguns meses depois inicia de forma abrupta um quadro de bizarria comportamental e sentimentos de desconfiança em relação à privacidade do seu computador. De acordo com os pais “ele acordou a meio da noite em pânico, a dizer que havia hackers no computador e que divulgavam as suas histórias... depois confundia as pessoas na rua, apontava para desconhecidos e dizia que eram amigos nossos...”. Desejava ser um curandeiro ou médium para ter a capacidade de ressuscitar, curar ou provocar doenças. Referia que o poderia fazer através da “repetição de uma sequência de números que fazem vibras as células”, que designava de “números de Grabovoi”.

Foi passando progressivamente mais tempo isolado no quarto, onde ouvia risos e vozes de conteúdo imperativo. Identificou-se um episódio isolado de crise clástica, motivado por vozes que lhe diziam “tens de fazer isto para te libertares...”. Numa ocasião foi encontrado a correr durante a noite à volta da escola, enquanto se olhava várias vezes ao espelho, tendo atribuído ao comportamento a intenção de proteção de sua casa de uma maldição “ouvi tiros, gritos e tinha de fazer aquilo”.

O início da sintomatologia delirante ocorreu de forma abrupta e não associada a tóxicos, sendo as ideias delirantes de conteúdo principalmente persecutório e místico, pouco estruturadas e de curso flutuante, sendo substituídas entre si, ao invés de integradas em sistema delirante. As alucinações auditivas eram principalmente do tipo simples, com apresentação típica de pseudo-alucinações.

De acordo com a percepção retrospectiva da família e do doente, estes sintomas ocorreram durante um curto período de tempo (alguns meses) e remeteram sem a necessidade de terapêutica antipsicótica.

O jovem refere inclusive que a sua “psicose” foi curada por um psicólogo através de hipnose. A mãe considera que o início destes sintomas foi precipitado pelo facto de uma antiga psicóloga ter feito uma referência ao doente na Internet,

identificando-o como um caso de sucesso. Na família as temáticas da maldição e do espiritismo são culturalmente relevantes, pelo que na altura o comportamento do filho foi normalizado e integrado nas vivências culturais familiares, com tendência à desvalorização do patológico.

Os sintomas psicóticos tiveram remissão completa, tendo o doente insight preservado para a sua ocorrência. Acha que foram “coisas da minha cabeça, aquilo era tudo uma palhaçada”, assumindo atitude jocosa em relação às suas bizarras comportamentais.

Pelo contrário, as queixas ansiosas e depressivas têm persistido ao longo dos anos, sem melhorias identificadas pelo doente ou família. Desde o início dos sintomas que têm recorrido a múltiplos técnicos de saúde (pedopsiquiatras, psiquiatras, psicólogos, neurologistas...), interrompendo de forma sistemática o acompanhamento psicoterapêutico e os psicofármacos pouco tempo após o início, por sensação de ineficácia terapêutica.

O doente sabe listar de cor todos os psicofármacos que já tomou, considerando que nenhum dos medicamentos utilizados funcionou. De acordo com lista fornecida pelo próprio, já esteve medicado com: paroxetina, escitalopram, sertralina, trazodona, mirtazapina, amitriptilina, propranolol, alprazolam, cloxazolam, ciamemazina, lorazepam, carbamazepina, risperidona, olanzapina e paliperidona depot (Xeplion), este último durante três meses.

Previamente à descrição do exame do estado mental do utente no início do acompanhamento, optou-se por integrar alguns antecedentes pessoais e familiares do jovem na descrição do caso clínico, por se considerar que são relevantes para uma melhor e mais transversal conceptualização.

3. Antecedentes Pessoais:

a) Gravidez

Tratou-se de uma gravidez desejada e planeada e de termo.

Intercorrências: Durante o primeiro trimestre de gravidez, a mãe foi diagnosticada com pré-eclâmpsia e intervencionada em cirurgia de emergência por torção de quisto ovárico, diagnosticado desde o início da gravidez. A própria considera que esta situação foi impactante na forma ansiosa como vivenciou toda a gravidez. Sugere inclusive que possa ter sido a causa para a ansiedade evidenciada pelo filho desde cedo no seu crescimento. Identifica como fatores precipitantes e perpetuadores da sua ansiedade, o tamanho do quisto (tinha 16 cm diâmetro quando removido cirurgicamente) e o facto do seu crescimento ser visível e palpável para a própria.

b) Parto

Foi eutócico, de termo, sem registo de intercorrências ou internamento prolongado.

c) Infância

- Desenvolvimento Psicomotor: Não foram identificadas alterações no seu desenvolvimento psicomotor, tendo adquirido as diversas marcas de desenvolvimento infantil na idade normal.

- Alimentação: Não foram relatadas dificuldades na amamentação e introdução da alimentação sólida, mantendo percentis adequados durante o seu crescimento estatutoponderal. Os pais referem que não se lembram de alguma vez o J ter pedido para comer ou ir buscar comida para si, pelo que deduziam que “nunca tinha fome”.

- Problemas Emocionais: Desenvolveu bruxismo a partir dos 4 anos, tendo os pais recorrido à consulta de Neurologia aos 7 anos, por sugestão da educadora, que o achava “muito nervoso”. Durante esse período não foram apurados antecedentes de onicofagia, enurese, encoprese ou terrores noturnos.

- Temperamento Infantil: Descrito pelos pais como uma “criança sociável” até aos 4 anos, facto que atribuem aos cuidados da ama que o levava a passear diariamente. Referem que “nunca fez birras” e que “já era obsessivo... aos 4 anos chorava quando não conseguia fazer os desenhos, aos 7 anos levava para casa os jogos para depois saber fazer...”. Estes comportamentos terão continuado durante o 1º ciclo, também indo à sala da mãe (que era professora na mesma escola), perguntar como se resolviam os exercícios.

d) Percurso Académico

- Educação Pré-escolar - Os primeiros tempos de escola são caracterizados pelo próprio como “assustadores” e que “estava sempre com medo”, apesar dos pais relatarem uma boa adaptação.

- Ensino Básico - Mudou cinco vezes de escola, a maioria por decisão da mãe. Quando esta tinha de mudar de local de emprego, o filho também mudava para uma escola mais perto. De destacar que as duas cidades onde a mãe trabalhou, distanciavam-se a menos de 30km uma da outra.

No 6º ano começou a ser vítima de bullying pelos colegas da turma e mais novos. Quando estas situações ocorriam, não se conseguia defender e habitualmente relatava o sucedido à mãe, procurando a sua proteção junto dos agressores.

No 7º ano, após quadro de salmonelose, manteve sintomas gastrointestinais diários de cólicas, flatulência, diarreia e períodos de febre durante várias sema-

nas, com absentismo e diminuição do rendimento escolar (até à data havia tido sempre aproveitamento escolar médio-alto). No ano seguinte pediu transferência de escola, considerando que a mudança foi um importante fator de auxílio na gestão dos sintomas gastrointestinais.

- Ensino Secundário - Concluiu o 12º ano aos 20 anos (repetição do 10º e 11º anos) no regime de ensino noturno, terminando o ensino secundário sem projeto académico-profissional.

e) Desenvolvimento Afetivo-Sexual

Apura-se uma ausência significativa de relações sociais interpares, sendo o seu convívio quase exclusivo a sua família nuclear (mãe, pai e irmão). Nunca namorou e também não iniciou vida sexual.

f) Principais interesses e hobbies

Uma das suas atividades preferidas é jogar jogos de computador. Já experimentou algumas atividades desportistas (natação, judo e karaté), por curtos períodos de tempo, mas que lhe davam prazer.

4. Antecedentes Médico-Cirúrgicos

a) Doenças

Tem queixas de “problema ocular” que descreve como “uma mancha branca sempre a piscar e quando eu tenho os olhos fechados é mais forte, as coisas piscam e tremem...”. Já foi avaliado por vários oftalmologistas e todos despistaram patologia que justificasse as queixas.

Refere também zumbidos constantes que o impedem de dormir. Também foi realizada extensa investigação por médicos otorrinolaringologistas, sem causa identificada até à data.

Tem desvio do septo nasal sem compromisso funcional, não se apurando outros antecedentes médico-cirúrgicos relevantes.

b) Hábitos

Nega consumo de tabaco, álcool ou outras drogas.

5. Antecedentes Familiares

a) Família Nuclear

Pai - está desempregado há 8 anos após falência da fábrica onde trabalhava. Tem antecedentes psiquiátricos de um episódio depressivo. O J descreve-o como “bipolar... ora é bem-falante ou é uma grande besta”

Mãe - é professora do ensino básico, encontrando-se de baixa por apoio à família há vários meses. A mãe tem antecedentes ansiosos (sem acompanhamento), e tanto o filho como a própria caracterizam a sua personalidade como “nervosa e protetora”.

Ambos os pais mudaram de cidade com o jovem desde o início do tratamento, com o objetivo de que este pudesse frequentar o programa. A relação entre o J e os pais está deteriorada, os quais apresentavam um visível cansaço físico e psíquico, que atribuem exclusivamente à situação clínica do filho. Queixam-se de que o filho tem um discurso repetitivo, centrado nas queixas de mal-estar próprio, necessitando de cuidados contínuos.

Irmão - tem 30 anos, reside e trabalha fora de casa há um ano. O jovem considera-o “egoísta”, por menosprezar o seu sofrimento e acha injusto o irmão ter “amigos, carta e trabalho”. Pede-lhe repetidamente que volte para casa, que os pais lhe tirem o carro e lhe deem os mesmos medicamentos que ele já tomou: “quero que ele fique igual a mim”.

b) Família alargada

Destaca-se também os seguintes elementos familiares:

Avô materno - toma “calmantes” há muitos anos, por motivo que o doente desconhece;

Avó materna - provável tendência à psicossomatização “ela é como eu, tem diarreia todos os dias por causa dos nervos...”.

Primo materno em 2º grau - foi um dos poucos amigos que teve durante a sua adolescência. Após conflito entre ambos aos 16 anos, sentido pelo próprio como “uma traição”, que perderam o contacto, apesar do primo já ter tentado várias vezes resolver a situação, sem recetividade.

6. Personalidade

O próprio descreve-se como desinteressante, tímido e ansioso. É desconfiado, tendo dificuldade em confiar nos outros: “já fui traído muitas vezes”. Os pais caracterizam-no também como perfeccionista: “tem de ter sempre tudo perfeito, como ele quer... o pai também é assim”.

7. Avaliação à entrada da Unidade de Adolescência

Dada a evolução crónica da sua situação clínica e à ausência de um diagnós-

tico psiquiátrico consensual entre os médicos que o haviam acompanhado até à data, o doente foi referenciado à Unidade de Dia da Adolescência do serviço de Psiquiatria do HSM.

Quando integrou a unidade, estava medicado apenas com “produtos naturais” (“dormisol” - produto natural regulador do sono, “cerebrum” - multivitamínico e “alegra” - cloridrato de fexofenadina).

Apresentava-se pouco motivado para o projeto, sendo as suas principais queixas insónia, cansaço e falta de energia. Mantinha também queixas múltiplas de vários sistemas de órgãos, já avaliadas múltiplas vezes pelas respetivas especialidades, com despiste de etiologia orgânica para os sintomas apresentados: “eu tenho muitas doenças... tenho sempre uma narina entupida, olho seco, o problema da barriga e o do olho que ninguém descobre...”.

Evidenciava também elevada dificuldade na relação interpares e no reconhecimento das suas emoções ou outras dificuldades.

Não apresentava sintomatologia psicótica, tendo inclusive insight mantido para os sintomas ocorridos no passado.

Negava antecedentes de tentativas de suicídio ou comportamentos auto-lesivos, referindo ideias de morte passivas, mas recorrentes. Negava ideação suicida, referindo que “eu não quero sofrer, mas também não quero morrer”.

Tinha atitude de vitimização e desesperança, com discurso polarizado nos sintomas físicos e sem se conseguir projetar no futuro como adulto. Verbalizava frequentemente que, dado a sua condição de doente, teria sempre de ficar em casa para ser cuidado pelos pais.

Resultados

O programa de tratamento é de metodologia sistémica com enfoque na matriz grupal, utilizando terapias expressivas, terapia de grupo, musicoterapia, sociodrama e desporto, sendo complementado com um acompanhamento individual, grupo de pais e terapia familiar. Este espaço contentor, securizante, que cria um sentimento de pertença., com regras e responsabilidades partilhadas, permite a gestão de conflitos, a socialização e uma forma diferente de expressar o sofrimento psíquico, articulando acções, afectos, sensações, sentimentos, ideias e pensamentos para uma adequada mentalização e autonomia.

No caso em análise, foi feito o diagnóstico de Perturbação dos Sintomas Somáticos (PSS) como diagnóstico primário e de Perturbação Depressiva comórbida.

Foi possível também avaliar a estruturação de uma personalidade do tipo evitante e dependente, assim como um padrão de interdependência identitária com a figura paterna. Através das terapias familiares, foi possível identificar

inúmeros comportamentos de infantilização, reflexo de uma relação parental conflituosa e de dificuldades marcadas na flexibilidade familiar às mudanças de crescimento e autonomia do filho. Foram também sinalizados fatores de risco transgeracionais: ansiedade generalizada, ansiedade à doença e tendência à psicossomatização.

Discussão

1. Discussão diagnóstica

A cronicidade dos sintomas físicos [inespecíficos (fadiga e insônia) e específicos (as “manchas nos olhos”, zumbidos, dores abdominais...)], a ausência de patologia física que os comprovem e o espaço central que estes ocupam na vida do doente, fazem o diagnóstico de PSS.

De acordo com a visão psicanalítica, os sintomas somáticos surgem como forma de comunicação de “emoções proibidas” e conflitos intrapsíquicos inconscientes. (Figueira, 2014). Nesse sentido, Bergeret afirma que “*o corpo parece ser utilizado como o local onde os fantasmas dos pais e dos filhos se projetam, combinam e negociam, a um nível muitas vezes anterior à representação e à simbolização*”. À semelhança do que ocorre na criança com um psiquismo rudimentar, também este jovem escolheu o corpo como forma dominante de comunicação, evidenciando a sua dificuldade no crescimento e na aquisição de estratégias mais maduras para gestão de conflitos internos.

Os traços de personalidade evitante aparecem neste caso como uma base explicativa para a sintomatologia apresentada. Os sintomas somáticos apresentados podem ser entendidos como manifestações da angústia vivenciada pelo perfil evitante que o jovem apresenta – o medo da rejeição, crítica ou humilhação, o evitamento do contacto social e a hipersensibilidade à rejeição do outro, que vê como certa.

Etiologicamente, as experiências de rejeição e marginalização durante a infância, combinadas com traços inatos de ansiedade podem contribuir para a emergência de traços de personalidade evitante. No caso apresentado, estiveram presentes ao longo do desenvolvimento do jovem, diversos episódios experienciados como maus-tratos, ocorridos em contexto escolar.

“O medo de crescer” foi-se intensificando, sendo que uma das tarefas do desenvolvimento que ficou comprometida, foi a aquisição progressiva de maior autonomia. Este processo idealmente deverá ocorrer ao longo da adolescência, culminando com o movimento de saída de casa dos pais no adulto. Flemming (1988, 2005) explica em “Autonomia Comportamental na Adolescência e Percepções das atitudes parentais” que, “*todos os comportamentos indicadores da autonomia comportamental, são largamente desejados pelos adolescentes desde os 12 anos, pelo que*

admitimos tratarem-se de “atributos de maturidade”, cuja aquisição reflete e conduz a níveis de maior autonomia. O padrão é linear, na maior parte dos comportamentos, apontando para uma mudança progressiva, através de acréscimos graduais de competência.”

No caso em estudo, as limitações na autonomia adquirida ao longo da adolescência são resultado do padrão relacional vivenciado em contexto familiar. A interdependência relacional observada entre o jovem e o pai, o perfil ansioso característico da mãe e as dificuldades colocadas por ambos no processo de autonomia do jovem, parecem ter tido uma importante contribuição. Sabe-se que *“A capacidade de realização da autonomia comportamental é tanto maior quanto maior for a intensidade de percepção de pais encorajadores de autonomia e esta tendência verifica-se do início ao término da adolescência. A capacidade de realização da autonomia comportamental diminui quando o adolescente tem uma percepção elevada do controlo exercido pelos pais e esta tendência verifica-se sobretudo na adolescência média e terminal.”* (Flemming, 2005)

2. Tratamento

O tratamento passou pela integração num projeto terapêutico de matriz grupal, em regime de hospital de dia. Através das várias atividades do programa, promovidas em *setting* grupal, o jovem foi estimulado a experimentar diferentes estratégias de expressão emocional e novos mecanismos de coping para gerir a sintomatologia persistente.

A nível individual, o tratamento passou por várias fases, de acordo com o progresso do jovem e com a permeabilidade que foi adquirindo às intervenções terapêuticas. Inicialmente, foi importante uma abordagem onde fosse possível a escuta não confrontativa das queixas, com enfoque particular nas possíveis causas psicológicas envolvidas na génese ou modulação dos sintomas (Rabelo, 2001; Saraiva, 2015). Posteriormente, foi possível uma postura mais interventiva e diretiva, em que se promoveu a exposição gradual ao estímulo ansiogénico, visando uma diminuição progressiva da ansiedade social e das cognições auto-depreciativas no contacto com o outro. Foi também importante a estimulação da capacidade crítica, possibilitando que o jovem identificasse a dimensão familiar nos sintomas apresentados e nas limitações da autonomia.

A terapia familiar foi fundamental no processo terapêutico. Foi proposto um afastamento temporário da figura materna, a par com uma intervenção na relação existente entre o jovem e o pai.

Ao longo dos sete meses de tratamento foram feitos vários progressos. Houve uma diminuição significativa do enfoque e valorização dos sintomas somáticos, sendo atualmente possível para o jovem reconhecer a melhoria de algumas das queixas apresentadas, nomeadamente a insónia e as dores corporais generalizadas. A par com a diminuição da sintomatologia somática, surgiu um maior prazer e capacidade para o exercício físico, que foi importante para a valorização do ego fragilizado.

A dimensão grupal do tratamento permitiu-lhe um aumento significativo das suas competências sociais, estando agora mais capaz para ouvir o outro, identificar mensagens não verbais da comunicação e dirigir o seu foco de atenção e interesse para os pares. Os progressos realizados no seu funcionamento social permitiram uma atenuação da componente fóbica dos seus traços de personalidade evitante. É agora possível uma maior espontaneidade na interação social, mais prazer na relação e um sentimento de valorização, quando ganha consciência do seu papel no grupo.

Para o futuro, o jovem começa a projetar de forma espontânea um plano onde figuram comportamentos de maior autonomia em relação às figuras parentais e uma maior aproximação dos pares – pretende sair de casa e iniciar uma vida longe do local onde cresceu, manifesta vontade em iniciar um emprego (ainda com alguma ambivalência entre o desejo de autonomia e o medo da rejeição) e começa a elaborar estratégias para poder manter o contacto e as relações com os colegas do grupo terapêutico.

Conclusões

No caso clínico apresentado, o diagnóstico de PSS associa-se à moldagem de uma estrutura de personalidade do tipo evitante, configurando um quadro clínico potencialmente crónico. Contudo, são também identificados fatores de bom prognóstico (Figueira, 2014) que, trabalhados a longo prazo, irão promover uma melhoria significativa da sua qualidade de vida.

Através do programa de tratamento que frequentou, foi possível ao jovem experienciar um novo modelo relacional com os pares e adultos. Foi também simultaneamente criado um espaço de escuta e reflexão da (e para a) família, o que permitiu o desbloqueio e início do seu processo de autonomização em relação a família, assim como da família em relação ao jovem.

Concluiu-se que, com a ajuda de uma equipa técnica multidisciplinar e de um tratamento integrado e personalizado, foi possível que o jovem retomasse o seu percurso de desenvolvimento, abandonado quando o *medo ultrapassou o desejo de crescer*.

Referências

- Amaral-Dias, C. (1988). *Para uma Psicanálise da Relação*. Porto, Ed. Afrontamento
- Blos, P. (1962). *On Adolescence*. London: The Free Press of Glencoe.
- Blos, P. (1967). The second individuation process of adolescence. *Psychoanal. Study of the Child*, 22, 162-186.

- Bowlby (1973). *Attachment and Loss*. London: The Hogarth Press.
- Erikson, E. H. (1968). *Identity, Youth and Crisis*. New York:W.W. Norton & Company.
- Figueira, M. L., Sampaio, D. & Afonso, P. (2014). Adolescência e Psiquiatria - Algumas reflexões. In D. Sampaio, *Manual de Psiquiatria Clínica* (pp.43-50). Lisboa: Lidel.
- Figueira, M. L., Sampaio, D. & Afonso, P. (2014). Perturbação dos Sintomas Somáticos Outras Perturbações Relacionadas. In D. Telles-Correia, *Manual de Psiquiatria Clínica* (pp.261-283). Lisboa: Lidel.
- Fleming, M. (1988). *Autonomia Comportamental na Adolescência e Percepções das atitudes parentais* (Tese de Doutoramento). Instituto de Ciências Médicas de Abel Salazar da Universidade do Porto, Portugal.
- Fleming, M. (2005). *Entre o medo e o desejo de crescer- Psicologia da Adolescência*. (2ª ed.). Porto: Edições Afrontamento.
- Freud, A. (1958). *Adolescence*. In *Psychoanalytic Study of the Child*, Vol. XIII.
- Rabello, E. T. (2001). Personalidade: estrutura, dinâmica e formação—um recorte eriksoniano. *Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro*.
- Saraiva, C. B. & Cerejeira, J. (2015). Perturbações de Somatização. In P. Esteves, *Psiquiatria Fundamental* (pp.309-324). Lisboa: Lidel.
- Verissimo, R. (2002). Desenvolvimento psicossocial (Erik Erikson).