

O teatro da vida

MARIA JOÃO MENDES ()*

A Maria é uma menina de 10 anos de idade, raça caucasiana, referenciada à Unidade de Gastroenterologia, Serviço de Pediatria, Hospital de Santa Maria por episódios de vómitos e dor abdominal recorrente.

É a 3.^a filha de pais consanguíneos, cuja irmã de 23 anos tem o diagnóstico de ataxia espinal, apresentando a Maria a mesma doença desde o 1.^o ano de vida com escoliose desde os 5 anos de idade.

Cerca de um ano antes do 1.^o internamento (Abril 94) na Unidade surgiram episódios de vómitos de periodicidade e gravidade progressivas (mensais → diários, duração horas → três-quatro dias, aquosos → sanguinolentos), sem factor desencadeante específico, por vezes relacionados com alterações emocionais. Estes episódios acompanhavam-se de dor abdominal, prostração e desidratação motivando internamentos sucessivos de curta duração (24-72 horas), não apresentando sintomatologia nos intervalos.

Um ano após o início das queixas foi internada na Unidade de Gastroenterologia, para investigação etiológica.

Realizaram-se múltiplos exames complementares de diagnóstico (ecografia abdominal, endoscopia, pHmetria esofágica, trânsito gastro-

-duodenal, manometria esofágica, manometria ano-rectal, clister opaco), que mostraram alterações graves e difusas da motilidade esofágica, refluxo gastro-esofágico significativo e esofagite grave difusa.

Fez múltiplas terapêuticas dirigidas para as alterações encontradas sem qualquer melhoria do quadro clínico, voltando a ser internada para reabilitação de novos exames que nada alteraram.

Por ausência de melhoria e ansiedade progressiva, labilidade emocional, inadaptação escolar e disfunção familiar progressivas foi proposto acompanhamento psicológico.

Era uma criança morena, com desenvolvimento estaturo-ponderal inferior à média, bastante magra, com uma expressão alegre e que estabelecia aparentemente uma boa relação. Digo aparentemente, porque inicialmente a Maria tinha um contacto fácil, era uma criança dócil com um sorriso sedutor, mas todo este comportamento era alterado à mínima contrariedade, isto é, a Maria apresentava um comportamento em que a oposição era constante, em que existia agressão verbal e física, sendo estas últimas apenas connosco. O que nos levou a pensar numa baixa resistência à frustração, para além de haver bruscas alterações de humor, ou seja, a Maria podia estar bem disposta e colaborante e passados uns minutos e sem causa aparente o seu comportamento podia se oposto. Como a mãe dizia «ela parece ser duas pessoas; parece ter duas personalidades opostas».

(*) Serviço de Pediatria, Núcleo de Psicologia, Hospital de Santa Maria, Lisboa.

Da história recolhida junto dos pais, foi-nos possível determinar o início da sintomatologia (Páscoa de 94) e associarmos um hipotético factor desencadeante, que foi, o facto de nessa altura se encontrar um indivíduo de sexo masculino a rondar a escola e dizia-se que este raptava meninas, de tal forma que os portões foram fechados, passando apenas a serem abertos para os pais irem deixar e trazer os seus filhos. Segundo os pais é após este incidente que a Maria começa a ter dores abdominais e a ter dificuldade em adormecer, isto porque, de acordo com o que ela dizia «quando fecho os olhos vejo sombras; vejo um homem, um raptor que me vai torturar; podes-me tirar os olhos, o fígado, o coração, tudo», o que leva a mãe a ir dormir com ela.

Parece ter havido no início da sintomatologia uma fantasia complexa de rapto e sedução com conteúdo sexual manifesto e culpabilidade representada no sonho pela tortura. O seu benefício secundário seria conseguir uma proximidade com a mãe e a separação desta do marido, impedindo desta forma uma vida íntima do casal. Por último, vai haver um atraso na autonomia e na segurança da Maria produzindo, tudo isto, culpa que ajuda a manter o sintoma.

Apesar da sintomatologia ser aparentemente somática, não nos pareceu mais do que, neste caso, um modo de expressão de sofrimento psíquico, em que os conflitos se exprimiam psicopatologicamente através do corpo. Esta é uma característica de certos quadros de sofrimento psicológico da infância, nomeadamente das histerias de conversão. Assim, e segundo Kramer, esta pode ser entendida como correspondendo/exprimindo descargas pulsionais directamente a nível corporal em vez de psíquico, como por exemplo, através dos vômitos. O corpo pode ser utilizado de forma defensiva, quando o mecanismo mental do recalcamento não é suficiente para conter o emergir das pulsões, projectando-se estas de forma expressiva através de sintomas corporais.

Das várias conversas com os pais, da observação das interacções que a família estabelecia entre si e com o meio, verificámos que se tratava de um família que «sobrevivia» e vivia em redor do problema da Maria, onde não existia uma clara autonomia e individualização dos membros, funcionando todos em bloco à roda dos sintomas da filha.

Os pais procuravam intelectualizar, pseudocientificizar o que se passava com a Maria transparentando pouco afecto na relação familiar. Mostravam-se demasiado presentes e intrusivos, procurando dificultar o trabalho dos médicos de algum modo querendo substituir-se a eles, com por exemplo, quando a mãe sugeria outra medicação, ou novos exames.

Havia, igualmente, por parte destes uma grande desconfiança em relação aos médicos, que era traduzida por pôr em causa constantemente as suas atitudes, discutindo-as, confrontando-os com a literatura, por outro lado, existia uma resistência que a Maria fosse abordada de um ponto de vista psicológico, talvez por recearem que isso os implicasse na patologia da filha.

Esta resistência era feita principalmente através da omissão ou negação de atitudes e comportamentos provocatórios, como por exemplo, o despir-se de uma forma sedutora. Quando os pais eram confrontados, imediatamente havia uma justificação onde a tentativa de desculpabilização era evidente e a culpa procurava ser transferida para o Serviço e para os médicos.

Das observações feitas à Maria em enfermaria, do contacto com os outros meninos, com as enfermeiras e com os médicos, foi-nos possível confirmar que ela apresentava comportamentos sedutores, de *coquetterie* perante os homens, de tal modo que estes se sentiam incomodados e era-lhes difícil lidar com a situação. A Maria tratava de uma forma agressiva as outras crianças, o que levava a que estas se afastassem, ficando assim, por longos períodos ou com a própria mãe ou com personagens femininas de características maternais. No entanto, se estas não a satisfaziam de um forma imediata os seus quereres e caprichos afastava-se dizendo «já não gosto delas».

Perante tudo isto, foi decidido pela equipa terapêutica pedir aos pais que se afastassem a determinadas horas – horas das refeições, pois tínhamos observado que quando a mãe estava presente a Maria vomitava tal não sucedendo na sua ausência; hora do deitar, pois quando se encontrava presente a Maria não conseguia adormecer, dizia que via o homem e tal não sucedia na ausência da mãe.

Estes pedidos foram de difícil aceitação tanto por parte dos os pais como da criança.

Os vômitos ocorriam apenas quando a mãe aparecia para a visitar, o que nos levou a concluir

que era necessária uma atitude mais drástica, ou seja, a proibição total, ainda que, obviamente, temporária da visita dos pais.

Pretendia-se que a separação consolidasse o desaparecimento dos sintomas.

Como era de esperar esta medida terapêutica foi dificilmente aceite pelos pais e pela Maria, que imediatamente disse «se me fazem isso, vou piorar».

Os pais por seu turno, apelaram para a fragilidade da filha e para a necessidade que esta tinha deles, ao mesmo tempo que, tentaram colocar os técnicos uns contra os outros.

A equipa sentiu-se desorientada e posta constantemente em causa.

Durante a ausência total dos pais, a Maria teve melhorias, deixou de vomitar e quando uma ameaça destas ocorria como numa situação de frustração, a Maria conseguia com um pequeno estímulo exterior controlá-lo.

Desde o início de todo este processo em que se decidiu fazer um apoio psicológico à Maria, esta estabeleceu uma relação de oposição intensa, chamando-nos «bruxa, má, convencida, vaidosa...». Havia uma provocação constante, para talvez, ver até onde iam os nossos limites, talvez para ter a certeza se podia confiar ou não em nós. A Maria estava sistematicamente a pôr-nos à prova, tal como os pais o faziam, mas a sua sintomatologia ia desaparecendo. No dia em que os pais vieram falar connosco, uma vez por semana conforme o previamente estabelecido, reapareceu toda a sintomatologia, o que nos levou a pensar, e embora, negado pelos pais, que tenha havido nesse dia contacto com a filha.

Um dia antes da visita dos pais à Maria, autorizada por um período de uma hora, ela fez alusão a esse facto e ameaçou-nos dizendo «vão ver o que vou fazer quando os meus pais vierem amanhã, vão ver a surpresa que vos tenho prepa-

rada». Assim foi. A Maria no dia da visita apresentava de novo toda a sua sintomatologia, comportando-se como um «bicho» dentro de uma jaula.

Perante esta situação, os pais exigiram a alta, embora se lhes tenha salientado as melhorias evidentes da filha na sua ausência. Neste momento, tiveram a oportunidade de acusar a equipa de ser desumana, de mostrarem com estavam errados, não se tratava de um caso psicológico mas sim de uma organicidade que ainda não tinha sido descoberta.

Apesar de tudo, a Maria teve alta no dia seguinte sem sintomatologia. Quinze dias mais tarde foi internada pelos mesmos motivos no Hospital de Setúbal, onde tudo recomeçou.

Casos como este, exigem uma grande coesão de todos os membros da equipa terapêutica, para que as medidas necessárias à sua resolução possam ser preparadas e postas em prática com um claro apoio de todos.

RESUMO

A autora relata um caso de uma criança que vai frequentemente ao hospital por dor abdominal recorrente. O seguimento revela uma situação de sofrimento psíquico que se enquadra num caso de histeria. O caso revela a necessidade de uma intervenção multidisciplinar coesa.

Palavras-chave: criança, dor abdominal recorrente, histeria.

ABSTRACT

The author describes a child with frequent visit to the hospital for recurrent abdominal pain. A case of hysteria is revealed stressing the need for a cohesive multidisciplinary intervention.

Key words: child, recurrent abdominal pain, hysteria.