

Ansiedade de Separação: Relato de Caso*

*Genario Alves Barbosa** & Hermano Jose Falcone de Almeida****

Ansiedade de separação faz parte do desenvolvimento normal da criança, começando a surgir aproximadamente entre oito e dez meses e decaindo aos dezoito meses, podendo persistir de forma suave até os cinco ou seis anos.

FREUD, citado por KUINOED, 1993, abordou o tema sob o registro da angústia de separação e perda do objeto em "luto e melancolia" (1917) e "inibição, sintoma e angústia" (1926), tendo, a partir de então, servido como referencial teórico para outros autores psicanalistas que aprofundaram o assunto. SPITZ (1962) deu uma grande contribuição para o estudo da dinâmica na separação, dentro da díade mãe-bebê, além de ter estudado a angústia de separação como um dos organizadores no processo de formação da constância objetal da criança, com surgimento evolutivo aos oito meses.

Mediante o estudo do processo de separação-indivuação, dividido em quatro subfases (diferenciação e o desenvolvimento da imagem corporal, treinamento, reaproximação e consolidação da realidade e início da constância objetal), MAHLER (1978) deu uma contribuição significativa para o estudo da separação envolvida na relação mãe-bebê.

Enquanto BOWLBY (1989) estudou o desenvolvimento do apego, unindo teoria psicanalítica e etologia, dando ênfase ao processo biológico envolvido no processo da separação comum a outras espécies, estudando principalmente o vínculo entre primatas, comparando-os ao processo de apego mãe-bebê humanos.

Para LEWIS & WOLKMAN (1993), usando-se como referencial a teoria do apego de BOWLBY e AINSWORTH, existem dois componentes que se destacam ao nível de evolução com a figura de apego na relação mãe-filho, sendo estes (a) a discrepância produzida quando a criança é colocada sem a mãe em um ambiente estranho e (b) a incapacidade da criança em apresentar uma resposta prática que a leve de volta para a mãe. Quanto mais estreito o apego da criança à mãe, mais freqüente e intensa será a ansiedade de separação com ulterior desenvolvimento da patologia.

Até 1980, este tema apesar de estar sempre presente a diversos autores, sendo abordado dentro de estudo de desenvolvimento da personalidade, não figurava como entidade nosológica capaz de provocar alteração no desempenho psicossocial da criança e padrão desadaptativo. Com a publicação do DSM-III em 1980, na sua terceira edição, ansiedade de separação é classificada dentro do capítulo de transtornos de ansiedade ligados à infância. Nesta classificação, os transtornos de ansiedade em crianças foram dividi-

RESUMO

Estudando um caso clínico de ansiedade de separação, em criança com seis anos de idade, e utilizando como critério de diagnóstico a CID-X, os autores relatam experiências terapêuticas com a ludoterapia e com o uso de antidepressivos, avaliando ainda a eficácia destas intervenções para a citada patologia.

UNITERMOS

Ansiedade de Separação, Psiquiatria Infantil.

* Trabalho apresentado na X JORNADA PER-NAMBUCANA DE PSQUIATRIA, RECIFE, 9-11 DE SETEMBRO DE 1993.

** Doutor em psiquiatria infantil pela Universidade de Sevilla. Bolsista RD/CNPq junto à UFPb.

*** Estagiário do Setor de psiquiatria infantil HU/UFPb.

dos em ansiedade de separação, transtornos de excesso de ansiedade e de evitação, continuando a mesma divisão no DSM-III-R, em 1987.

Com a publicação da CID-X em 1993, a ansiedade de separação foi inserida no item referente a "transtornos emocionais, com início específico na infância". De acordo com a CID-X o transtorno de ansiedade de separação deve ser diagnosticado apenas quando o medo da separação constitui o foco da ansiedade e quando tal ansiedade surge durante os primeiros anos. Deve ser diferenciada da ansiedade de separação normal que faz parte do processo de desenvolvimento.

Os sintomas provocam perturbações adaptativas para criança em casa e na escola, a ponto de despertar a atenção de pais e professores. Deve ter a duração de, no mínimo, duas semanas.

A ansiedade de separação surgida primariamente na adolescência não deve ser codificada neste item, a menos que constitua uma continuação anormal da ansiedade de separação na infância. Nas diretrizes diagnósticas da CID-X, consideramos principalmente a ansiedade focada e excessiva concernente a separação daqueles indivíduos a que a criança está vinculada (usualmente pais ou outros membros da família), tratando de diferenciar de outros tipos de ansiedade associadas a outros contextos (transtorno de ansiedade fóbica, social, etc.).

Segundo a CID-X, a ansiedade de separação se apresenta sob a forma de:

- Uma preocupação irrealista e aflitiva sobre um possível dano, acontecendo para as importantes figuras de vinculação ou um medo de que elas irão embora e não voltarão.
- Uma preocupação irrealista e aflitiva em que algum acontecimento desfavorável, tal como a criança perdendo-se, sendo raptada, indo para o hospital ou sendo morta, irá separá-la de uma importante figura de vinculação.
- Relutância ou recusa persistente para ir à escola, por causa de medo de separação (mais do que por outras razões, tais como medo de acontecimentos na escola).
- Relutância ou recusa persistente para ir dormir, sem estar perto de uma importante figura de vinculação.
- Medo persistente e inapropriado de ficar sozinha ou, de alguma maneira, sem a importante figura de vinculação em casa, durante o dia.
- Pesadelos repetidos sobre separação.
- Ocorrência repetida de sintomas físicos (náuseas, dor de estômago, dor de cabeça, vômitos etc) em ocasiões que envolvem separação de

uma importante figura de vinculação, tais como sair de casa para ir à escola.

- Angústia excessiva e recorrente (como mostrada por ansiedade, choro, acessos de raiva, sofrimento, apatia ou retraimento social), em antecipação, durante ou imediatamente após a separação de importante figura de vinculação.

Com relação à epidemiologia, o transtorno tende a ocorrer em famílias, sendo a população por sexo igual ou levemente predominante em mulheres com idade de aparecimento entre cinco e oito anos (BERNSTEIN, 1992).

De acordo com POPPER, citado por TALBOTT, HALLS E WUDOFKY, (1992), "mais de 92% das crianças com transtorno de ansiedade de separação têm outros transtornos de ansiedade e/ou humor, o que dificulta bastante o diagnóstico. O absentismo escolar está diretamente ligado à ansiedade de separação. Para BERNSTEIN (1992), entre 60% e 80% das crianças com fobia escolar, existe ansiedade de separação, especialmente em crianças menores, que têm uma recusa escolar aguda, de curta duração.

Como fator etiológico é enfatizada, principalmente, a interação entre fatores genéticos, constitucionais e ambientais. KAPLAN e SADOCK (1993) citam as transações entre a criança e um dos pais ou ambos com conflitos de separação, como fator importante do desenvolvimento do problema.

Segundo estes autores, alguns pais ensinam seus filhos a serem ansiosos, criando padrões de interações nocivos, que geram modelos defeituosos de resposta, inclusive no que se refere ao apego-dependência-individualização.

Um trabalho realizado por BERNSTEIN & GARFINKEL, em 1986, utilizando-se a escala geral da medida de avaliação familiar, apontou o seguinte problema: pais de crianças com ansiedade de separação apresentam disfunções nas áreas de desempenho de papéis, comunicação, expressão afetiva e controle.

Com relação ao curso e ao prognóstico, há uma tendência para a cronificação com exacerbação, acarretada por pessoas, acidentes, mudanças de local e doenças físicas. A evasão escolar pode produzir conduta disruptiva e agressiva. É freqüente a evolução para agorafobia com ou sem distúrbio de pânico, depressão e somatização patológica.

O diagnóstico diferencial pode ser feito com transtorno de conduta que apresenta recusa escolar, mentira, furtos, não se observando estas características na ansiedade de separação. Com relação à depressão maior ou distímia, há uma sobreposição de sintomas, sendo necessário fazer, em muitos casos, os dois diagnósticos. Nos outros transtornos de ansiedade, não existe o medo focalizado na separação. Os transtornos globais de desenvolvimento (pervasive) manifestam ansiedade de aniquili-

ção acentuada, decorrente do quadro de desagregação maior.

Com relação à terapêutica, a maioria dos autores preconizam o uso de antidepressivos tricíclicos, como imipramina e amitriptilina, associados à psicoterapia, sendo a cognitivo-comportamental a mais indicada. Estudos realizados por BLAGG E YULE (1984) tentam mostrar que a terapia condutual é a mais eficaz na resolução de sintomas, mas, em nossa experiência, não temos ainda casuística para corroborar a supremacia de uma técnica sobre as demais.

Relato do Caso

Dados

P.S., seis anos, branca, sexo feminino, católica, procedente de João Pessoa. Data da primeira entrevista 5/8/1993.

Queixa Principal

A criança é muito medrosa, principalmente na ausência dos pais. Dorme na cama destes, não consegue ficar sozinha e tem acessos de birra.

H.D.A.

Relata a mãe que, aos cinco anos, a criança começou a apresentar o comportamento de birra, de forma acentuada na ausência dos pais, principalmente da mãe, na escola e em casa. Começa a chorar, espernear, vomitar, provocando mal-estar em todas as pessoas presentes. Durante todo o ano de 1992, teve a companhia da mãe na escola, tendo queda acentuada no desempenho, quando esta não ficava com a criança. Durante todo este período, a criança realizava atividade inclusive de lazer, somente com a mãe. Com muita dificuldade, não perdeu o ano letivo. Em casa dorme com os pais na mesma cama e, quando lhe é negado este hábito, urina, defeca e chora bastante. É muito agressiva e arredia, principalmente quando os pais ameaçam sair de casa. A mãe afirma que a criança tem medo de que os pais morram na rua e que um bicho a pegue. Apresenta, ainda, dor de cabeça, tem muitos amigos, é sociável e apresenta desempenho adequado para a idade.

Antecedentes Pessoais

Aos oito meses, apresentou o primeiro acesso de birra ligado à separação da mãe. Este comportamento se acentuou, principalmente quando tinha um ano e meio. Apresentou melhora após os dois anos. Reaparecendo aos cinco, com o início da vida escolar. Sempre foi uma criança inteligente, sociável e sadia (sic). É a terceira filha de uma prole de três. Nasceu de parto normal sem intercorrências. A gestação foi normal. Desenvolvimento

neuropsicomotor compatível com a idade. Teve rubéola e caxumba entre dois e três anos. Nega quadro convulsivo e intercorrências cirúrgicas. Foi amamentada durante um ano e sempre foi dependente da companhia dos pais, principalmente da mãe. Para hábitos quotidianos, tipo vestir roupa, alimentar-se etc. é independente. Relaciona-se bem com os irmãos e com outros familiares.

Antecedentes Familiares

Pais casados no civil e no religioso. A Mãe tem quarenta e um anos, tem um filho de uma união anterior, é funcionária pública e goza de boa saúde. O pai tem trinta e oito anos, com boa saúde e é bancário, sendo este o seu primeiro casamento. A criança em questão tem dois irmãos, tendo o mais velho dezessete anos, da primeira união, e o segundo tem nove. Ambos gozam de boa saúde. Negam-se doenças mentais na família. O avô materno faleceu de câncer no estômago. As avós e o avô paterno são saudáveis. A mãe realiza psicoterapia, há três anos, e é extremamente ansiosa.

Exame Físico

Nada digno de nota.

Sumário do Exame Mental

Criança bem vestida, com aspecto higiênico bom, manteve com o examinador atitude hostil em algum momento, mostrando-se pouco solícita. Apresentou-se lúcida, orientada auto e alopsíquica, atenção normal, linguagem e pensamento sem alterações, inteligência acompanhando o desenvolvimento normal (fase pré-operatória, entrando na fase de operações concretas), humor instável, com irritabilidade e ansiedade na ausência dos pais.

Diagnóstico

Transtorno de Ansiedade de Separação na Infância CID/X: F93.0

Conduta Terapêutica

Prescrevemos amitriptilina (meio comprimido de 25 mg uma vez ao dia). Solicitamos avaliação psicológica para aplicação do T.A.T., Teste da família de Corman, contos de Madaline Thomas e fábulas de Duss.

Iniciamos, na semana subsequente, o processo ludoterápico, com realização de duas sessões por semana. Optamos por ludoterapia associada a técnicas condutuais. Além disso, fizemos um trabalho de orientação familiar, onde foram detectados problemas de ansiedade em ambos, principalmente na mãe, que é muito ansiosa e com traços obsessivos (o que dificultou bastante o trabalho ludoterápico e terapêutico).

O laudo psicodiagnóstico verificou características clínicas que foram confirmadas ao longo do contato com a paciente. A criança apareceu como muito ansiosa, dependente emocionalmente, com medo de ser rejeitada,

fato observado durante o processo de análise, quando interrogava até quando deveria ser acompanhada, demonstrando assim o medo de ser abandonada. É muito frágil, do ponto de vista egóico, porém com ambições, demonstrando produtividade e vitalidade naquilo que faz. Não existiram dificuldades de *rapport*: no entanto demonstrou dificuldades de separação, no final da aplicação dos testes. A mãe mostrou-se muito ansiosa, principalmente após o término do psicodiagnóstico da filha.

Conclusão

A paciente apresenta ansiedade de separação na infância, F93.0 da CID-X, associada a episódio depressivo leve, com sintomas somáticos, F32.1. Dentre os itens das diretrizes de diagnóstico, com relação à ansiedade de separação, a paciente apresentou, no início, os aspectos encontrados nos itens A,C,D,E,G e H. Os testes psicológicos confirmando tudo isso, ajudaram na elucidação do diagnóstico.

A Ludoterapia e o uso da amitriptilina ajudaram na remissão completa da sintomatologia depressiva e contribuíram para a remissão de alguns sintomas da ansiedade de separação, principalmente dificuldade escolar, somatização e dependência dos pais.

Os conflitos dos pais, principalmente os da mãe, que apresenta ansiedade acentuada, dificultou a resolução do problema da filha, que ainda continua apegada à mãe, dormindo no quarto desta. Os pais foram encaminhados para terapia familiar sistêmica.

Os modelos etiológicos enfatizam a interação familiar complicada, com dificuldades ao nível da individuação e dependência, devendo estas ser mais bem estudadas, porquanto, de acordo com a nossa experiência estas explicações são compatíveis com a realidade dos fatos.

Ao nível da eficácia terapêutica, descontextualizando a criança do meio familiar, o tratamento passa a ser apenas paliativo e sintomático. Este é o principal alerta

que devemos dar aos profissionais que lidam com ansiedade de separação na infância.

SUMMARY

By means of a clinical case study in separation anxiety disorder in six-year old children and using the ICD-X as the diagnostic criterium, the authors relate therapeutic experiences with ludotherapy and the use of anti-depressants, and evaluate the efficiency of these kinds of intervention for the pathology in question.

KEY WORDS

Separation Anxiety Disorder, Child Psychiatry.

Bibliografias

1. BERNSTEIN GA, GARFINKEL BD, AUGUST GJ - Visual analogue scale for anxiety, revised. IN: Scientific proceedings for the annual meeting. *American Academics of Child and Adolescent Psychiatry* 2, 1986.
2. BLAGG NR, YULE W - The behavioral treatment of school refusal. A comparative study. *Behav.res. Ther.* 22:112-127, 1984.
3. **Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento - CID-X**, Editora Artes Médicas, 1993.
4. GARFINKEL BD, BARRY D, CARLSSON ET COL. - **Transtornos psiquiátricos na infância e adolescência**. Ed. Artes Médicas, pp. 67-80, 1992.
5. KAPLAN IH, SADOCK B - **Compêndio de psiquiatria**. Ed. Artes Médicas, pp. 779-782, 6ª Edição, 1993.
6. LEWIS, MLEVIN & WOLKMAR - **Aspectos clínicos do desenvolvimento na infância e adolescência**. Ed. Artes Médicas, pp. 376-380, 1993.
7. QUINODOZ, JEAN-MICHEL - **A solidão domesticada. A angústia de separação em psicanálise**. Ed. Artes Médicas, pp. 1-74, 1993.
8. TALBOTT, JOHN & HALES - **Tratado de psiquiatria**. Ed. Artes Médicas, pp. 426-500, 1992.

Endereço para correspondência:

Genário Alves Barbosa
Caixa Postal 3008 - CEP 58.031.970
João Pessoa - PB
Fax: (083) 222.0002