

Síndrome de Imaturidade Psicológica Masculina (Variante do Distúrbio de Ligação da Infância Tipo Simbiótico): Relato de Casos

Marcelo Caixeta

Marcus V. Paula

Paulo Verlaine Borges

Magno Nóbrega

Leonardo Caixeta

Giulliana Araújo*

Rúbia C. Oliveira**

A Psiquiatria, sob o influxo francês, atravessou um largo período “atomístico”, onde síndromes variadas tinham o status de entidades nosológicas. A sistematização kraepeliniana pôs fim a muitos absurdos cometidos neste sentido.

Com os novos sistemas diagnósticos (DSM, CID X), vemos ressurgir a possibilidade de uma nova atomização sintomática de processos etiológicos e patogênicos comuns, com surgimento do controverso conceito de “comorbidade” (por exemplo, associação entre depressões-obsessões, ansiedade-pânico, depressão-ansiedade etc.). De fato, é também nossa opinião que, sob uma sintomatologia aparentemente díspar, escondem-se processos etiopatogênicos comuns. Isto parece ser verdade sobretudo para as “doenças” com substrato cerebral conhecido ou altamente pressuposto, pois na “biologia” as variações são mais grosseiras e em menor quantidade do que no campo psicológico. Neste último, a complexidade psicossocial do ser humano faz pressupor uma gama muito maior de situações psicopatológicas, que em determinados momentos apresentam-se como “síndromes”. Nos atuais sistemas nosográficos esta parece ser a situação de distúrbios tais como: oposição desafiante, personalidades, de apego, de stress, de separação etc., e desta síndrome que passamos a descrever.

Fica óbvio e implícito o caráter puramente heurístico deste estudo, uma vez que não temos a pretensão de “fundar” uma nova entidade com o estudo de três casos. Não obstante, concordando com Bachelard em seu “Novo Espírito Científico”, julgamos os estudos heurísticos como provisoriamente (pelo menos) pertencentes à qualidade de científicos.

Casos Clínicos

Caso 1: O paciente Carlos... nos foi encaminhado aos 8 anos com história de comportamento disruptivo escolar, dificuldades no cálculo, história de atraso no desenvolvimento motor. Pai funcionário de cartório, mora em uma

RESUMO

Os autores descrevem 3 casos de crianças e adolescentes comportando a seguinte sintomatologia básica: obesidade, imaturidade afetiva, abandono escolar, mães superprotetoras, genitor masculino ausente, excesso de fantasias, sobretudo de poder, traços feminóides, ansiedade, taquialia, preocupações hipocondríacas e obsessivas, dificuldade no contato interpessoal. Os autores nomeiam este quadro como síndrome de imaturidade psicológica, e tecem considerações acerca de sua provável relação patogênica com distúrbios de ligação do tipo simbiótico.

UNITERMOS

Clínica. Psicopatologia. Distúrbio de ligação da infância. Imaturidade psicológica.

* Grupo de Psiquiatria Experimental (UFG)
** Setor de Psicologia. Centro Médico-Pedagógico de Goiânia

cidade próxima a Goiânia, sendo que Carlos permanece em companhia da mãe e de duas irmãs. Muito apegado à mãe, recusa o hospital-dia. É obeso, assim como as duas irmãs, e tem hábitos amaneirados, de configuração feminóide. Lábil, fica muito ansioso quando a mãe demora para vir pegá-lo no hospital, ou quando tem de fazer tarefas que envolvam objetos que ele julga “sujos”. Vida fantasmática muito intensa, com referência freqüente e invasiva a “super-heróis”, novelas de TV. Agressividade quando contrariado. Muito voluntarioso em casa, aparentemente todos os seus desejos que se mostram financeiramente factíveis são realizados pela mãe. Esta por sua vez desvaloriza afetiva e pessoalmente a figura do marido, muito distante da educação dos filhos. Bom nível de inteligência, não obstante uma discalculia proveniente de dificuldades psicomotoras. A mãe relata que seu desenvolvimento psicomotor foi lento, muito provavelmente em decorrência de ter ficado em seu colo por muito tempo.

Caso 2: Adilson... é um adolescente de 15 anos muito obeso, que nos é trazido por ter ameaçado os familiares com uma faca. Passa o tempo todo em casa em frente à TV, tendo abandonado a escola há 4 anos por não se dar bem com a professora. De fato, obrigou a mãe, que é delegada de ensino da cidade, a dispensar esta professora, por incompetência. Filho adotivo, mora com a mãe e uma avó de 90 anos. Estas o superprotegem, evitando que faça trabalhos pesados, que se aborreça etc. Adilson vem apresentando alguns comportamentos que a mãe julga como bizarros, tais como ligar para emissoras de TV, querendo falar com artistas (Elke Maravilha, por ex.), e querendo ir para os EUA estudar para ser ator. Efetivamente diz odiar o Brasil, que não julga o seu país, e afirma não sair de casa porque abomina sua cidade. Por outro lado, sua mãe diz que ele não sai de casa por causa do complexo de ser obeso. Ansioso quando separado dos familiares, tem uma fala afetada, assim como Carlos, conversa muito, reivindica. Queixas somáticas múltiplas: braço que dói, coração apertado, “colesterol no sangue”. Pueril, não gosta de se relacionar com adultos, a não ser para reclamar de algo, e teme adolescentes, com medo de ser machucado por eles. Na verdade, passa uma impressão de fragilidade, e também como Carlos tem muito medo de sujeira, de copos “contaminados” etc.

Caso 3: Henrique, 12 anos, é trazido pela mãe (pais separados) com queixa de total anedonia. Efetivamente, só fica no alpendre de sua casa e conversa rapidamente com alguns colegas, a maioria do sexo feminino. A única atividade que faz fora de casa é a de passear de bicicleta com algumas colegas em frente a sua casa. Obeso, exige tiranicamente que a mãe compre potes de 2 kg de sorvete, que devora vorazmente. Não foi mais aceito no colégio porque além de agredir verbalmente a

professora, vinha apresentando comportamentos “estranhos” tais como o de gritar em plena aula: “eu quero morrer, eu quero morrer...”. No pátio do recreio era vítima de muitas chacotas e apupos físicos; paradoxalmente, parecia se sentir à vontade como “bode expiatório”. No entanto, talvez possamos compreender melhor este comportamento se atentarmos para o fato de que alterna estes períodos de passividade com episódios agressivos e hiperativos, quando então se diz possuído de um poder sobre-humano. Diante de uma proposta em hospital-dia freqüentou o hospital por poucos dias, sendo logo retirado pela mãe, que se justificou por estar seu filho “sofrendo muito”.

Aspectos Clínicos

Em todos estes três casos, observamos alguns elementos em comum:

1. Obesidade
2. Imaturidade Afetiva
3. Abandono Escolar
4. Mães superprotetoras
5. Genitor masculino ausente ou inexistente
6. Excesso de fantasias, sobretudo de poder
7. Traços feminóides
8. Ansiedade intensa e disruptiva
9. Voluntarismo
10. Taquialia e verborria
11. Preocupações com a integridade corporal
12. Preocupações obsessivas com “sujeira”
13. Dificuldade de contato interpessoal

Vê-se assim que a especificidade semiológica ultrapassa de muito a clássica descrição das “ligações simbióticas”: insucesso em progredir independentemente entre 18 e 36 meses; ligação mãe-filho muito intensa durante o 2º e 3º anos de vida; hipersensibilidade ante as emoções da mãe; hipersensibilidade da mãe ante a criança; inibição da sociabilidade¹.

Por outro lado, a denominação de distúrbio de “ligação simbiótica” chama mais o aspecto etiológico do que propriamente clínico, contrariamente aos sistemas nosográficos atuais, pelo menos pretensamente “ateóricos”. Como, entre estes elementos clínicos, julgamos a imaturidade como o mais relevante, optamos por denominar este grupo de sintomas como síndrome de imaturidade psicológica, masculina, porque só o observamos em garotos.

Aspectos Psicopatológicos

A obesidade parece-nos ser o resultado de uma conjunção de fatores, nestes casos, tais como um

aplanamento dos horizontes vitais, ansiedade, tédio, preenchimento do “vazio das relações objetais” com uma atividade ao mesmo tempo compulsiva e ansiolítica, como o é a saciedade alimentar.

A imaturidade afetiva se estrutura dentro da ausência de contatos interpessoais fora do círculo restrito familiar, assim como pela falta de dialética “construtiva” pai-mãe. Esta hipercentração familiar induziria também comportamentos da linha fóbica, tal como a recusa escolar. A simbiose com a mãe dá conta dos traços feminóides assim como a exclusão do “terceiro” (pai) na triangulação edípica. As fantasias de poder podem ao mesmo tempo decorrer da falta de limites para a onipotência infantil (a mãe satisfaz todos os desejos), assim como uma maneira de hipercompensar a “nulificação” de não poder se individualizar. Esta falta de contenção “fantasmática” pode induzir a verdadeiras disrupções psicóticas, comumente agressivas; a falta da “Lei”, do “Nome do Pai” parece ser aí um elemento preponderante. Ao mesmo tempo, o paciente foge do que ele fantasmaliza ser a “invasão pelo mundo”, representada pelos medos de micróbios, doenças, sujeira, integridade corporal, dificuldades interpessoais. Por ser tão “frágil” (auto-imagem que ele internaliza a partir dos cuidados excessivos), o mundo se torna tão hostil. A incapacidade de suportar a frustração, a “falta”, predispõe às condutas de ansiedade, aí inclusas a hiperfagia, taquifagia, taquilalia e verborria (uma metáfora comportamental correspondente ao “comer as palavras”). Esta forte emergência ou impossibilidade de continência pulsional fez com que os franceses classificassem este distúrbio entre as “desarmonias psicóticas”, pois a classificação francesa adota critérios psicodinâmicos em sua categorização nosográfica².

Aspectos Terapêuticos

Quando a irrupção psicótica ou agressiva se torna de montante, pode tornar-se necessária uma internação. Esta tem como objetivo uma separação do meio patógeno, um trabalho de elaboração com os pais, uma imposição da “Lei” do outro através de trabalhos e interação com outros no hospital.

Uma psicoterapia familiar onde possamos identificar os problemas mãe-pai e onde possamos deslindar a simbiose faz-se imprescindível.

Quando a ansiedade e as condutas bulímicas se mostrarem enraizadas e automatizadas, intervenções comportamentais e uso de medicação ansiolítica (ou mesmo neuroléptica sedativa) podem tornar-se necessários, assim como o ensaio com inibidores seletivos da recaptção de serotonina para o conúbio ansiedade-bulimia.

Medidas mesológicas tais como: desenvolver uma ocupação útil, promoção de contatos interpessoais, relação com figuras masculinas fazem-se imprescindíveis.

SUMMARY

Three cases of children and adolescents are reported, containing the symptomatology as follows: obesity, affective immaturity, school refusal, overprotective mothers, absent fathers, excess of fantasies, feminoid features, anxiety, tachyphemia, hypochondriac and obsessive overconcern, interpersonal difficulties. This “syndrome” was named as “psychologic immaturity” and authors made some considerations about its likely pathogenic connection with attachment disorders of infancy.

KEY WORDS

Clinic. Psychopathology. Attachment disorders of infancy. Psychological immaturity.

Bibliografia

1. CALL, J.D. - Attachment disorders of infancy. In: Comprehensive textbook of psychiatry, 3rd ed., HI Kaplan, AM Freedman, BJ Sadock (eds.). Williams & Wilkins, Baltimore, 1980.
2. MISÈS, R. (org.) - Classificação francesa dos distúrbios mentais da criança e do adolescente. (Tradução portuguesa na tese de conclusão do diploma de especialização complementar em psiquiatria infanto-juvenil, M. Caixeta, 1989).

Endereço para correspondência:

Setor de Psiquiatria. Centro Médico-Pedagógico de Goiânia.
R. Pe. C. Hidelbrando, qd 1, It 16. V. Cintra.
74515-100 – Goiânia-GO.