

X Jornada CELPCYRO sobre Saúde Mental

21 e 22 de junho de 2013

AMRIGS

Vulnerabilidade e resiliência  
no  
desenvolvimento precoce

*Norma Escosteguy*

# Desenvolvimento



**Interação Gene X Ambiente**  
**Nature X Nurture**

A herança genética depende da influência do ambiente:  
cuidadores e experiências de vida se entrelaçam  
produzindo  
**o desenvolvimento próprio de cada indivíduo**

***Equação etiológica de Freud***

# Genética

*30 000 genes → milhões de polimorfismos*  
*- com funcionalidade e expressão variáveis*  
*Ex: Autismo - 15 genes candidatos*

## **EPIGENÉTICA**

**Trajetórias alteradas de neurodesenvolvimento**



VELHICE

MATURIDADE

ADULTO JOVEM

**ADOLESCÊNCIA**

**IDADE ESCOLAR ou LATÊNCIA**

**6º AO 12º ANO DE VIDA**

**PRÉ-ESCOLAR**

**3º AO 5º ANO DE VIDA**

**2º ANO DE VIDA**

**PIAGET**

**1º ANO DE VIDA**

**PSICANÁLISE**

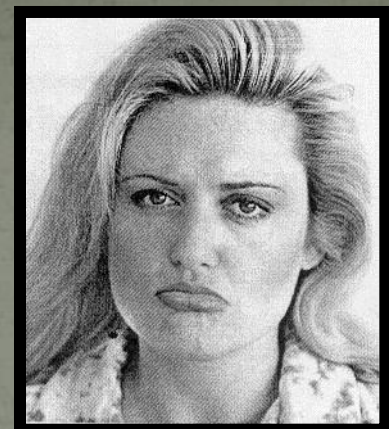
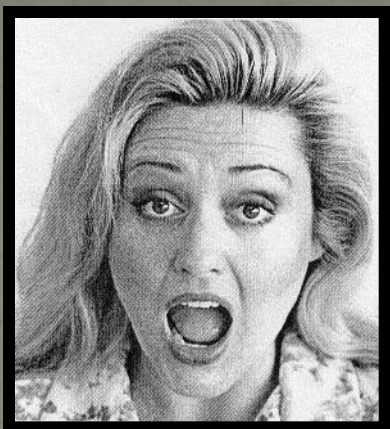
**NEUROCIÊNCIAS**

**INTERAÇÃO COM O CUIDADOR**

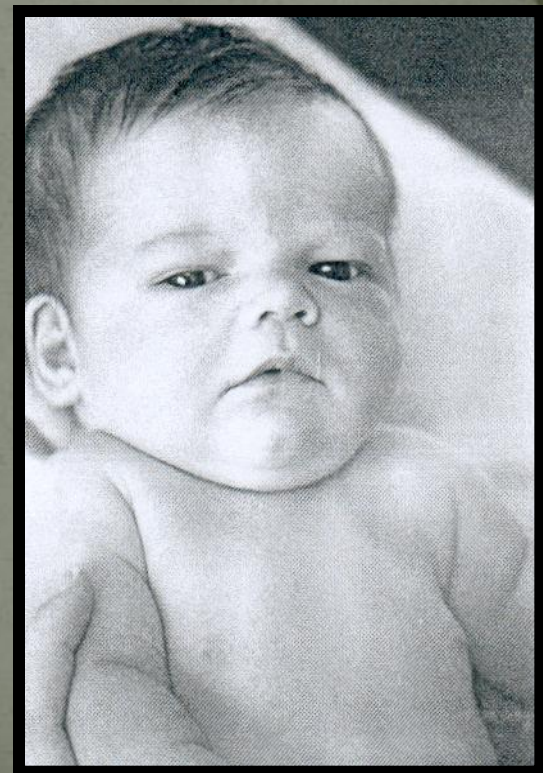
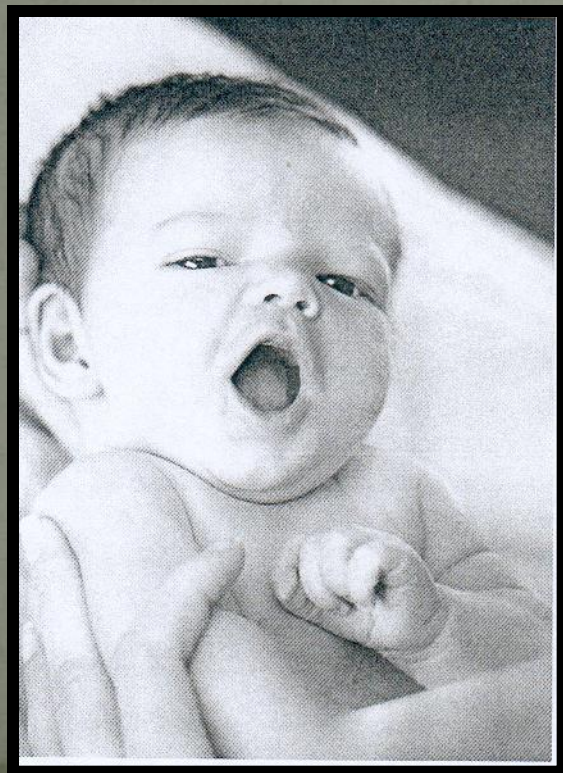
**A IMPORTÂNCIA DAS  
RELAÇÕES PRECOSES MÃE-BEBÊ**

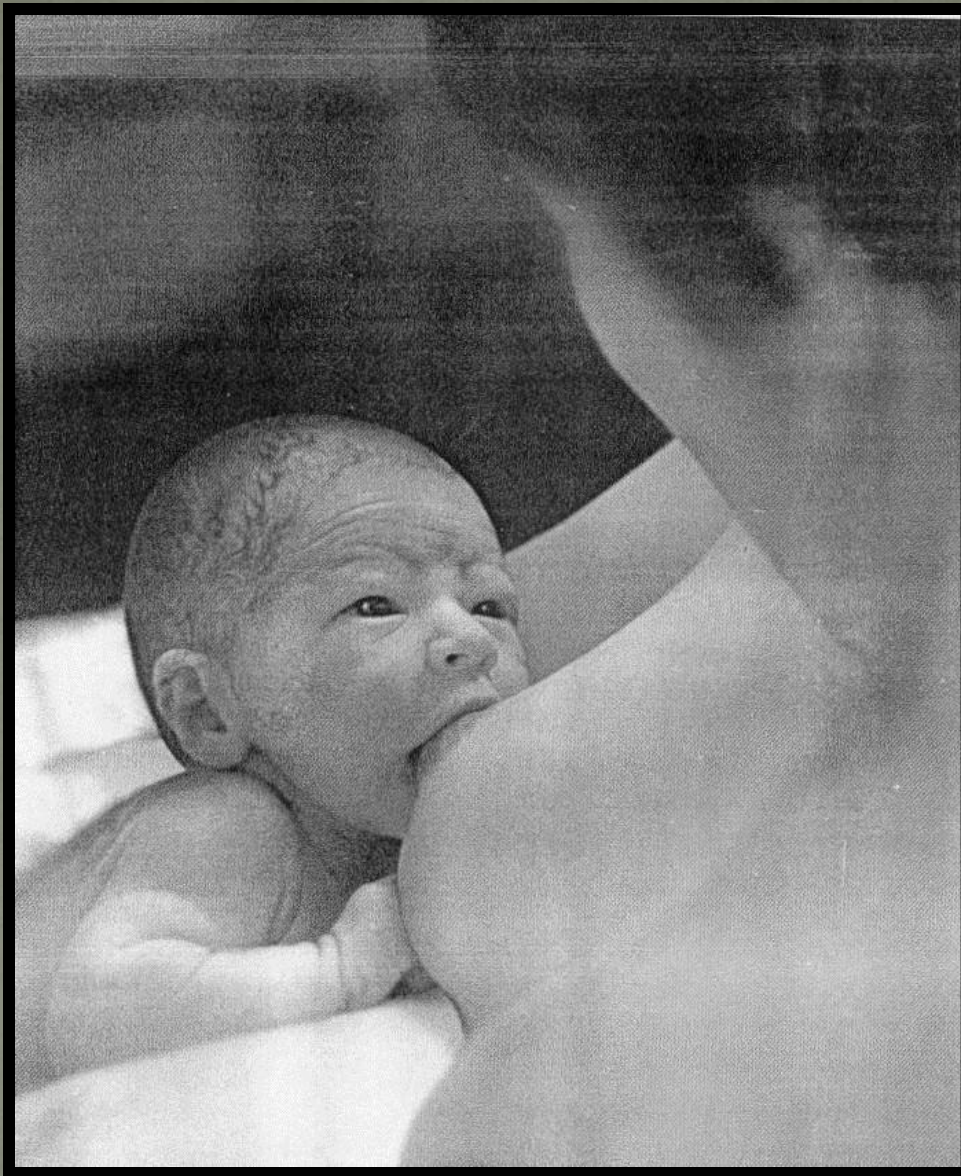
para

**O DESENVOLVIMENTO  
NEURO-PSICOLÓGICO  
DA CRIANÇA**



**Bebê  
imitando  
a mãe**





*Menos de 1  
hora após o  
nascimento*

*Início da nutrição  
afetiva*

**OLHAR**

***Neurônios Espelho***

*In: KLAUS&KLAUS: Seu Surpreendente recém-nascido*

*Artes Médicas, P. Alegre, 2001*

Os primeiros anos de vida (especialmente de **zero a três anos**) são **essenciais** como base psico-biológica do desenvolvimento.

Os **estados carenciais** neste período podem ter repercussões tardias de variadas extensões, dependendo da resiliência de cada criança.



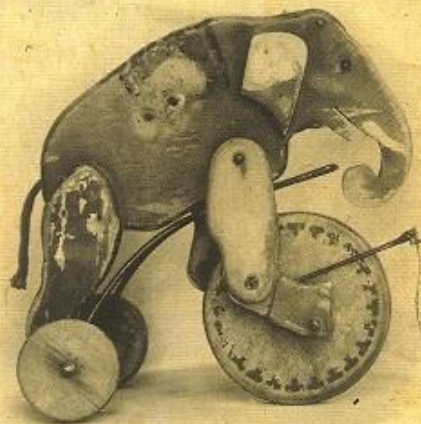
# RESILIÊNCIA

É a capacidade do bebê  
(ou da criança, ou do adulto)  
de **resistir**  
**aos estressores traumáticos**  
sem ter lesado  
**seu potencial de desenvolvimento**  
e  
de recuperação

➤ **Se receber cuidados posteriores adequados – tutores de resiliência**

Boris Cyrulnik  
**AUTOBIOGRAFIA  
DE UM ESPANTALHO**

Histórias de resiliência: o retorno à vida



# CUIDADORES e DESENVOLVIMENTO PRECOCE

## FATORES PROTETORES E DE RISCO

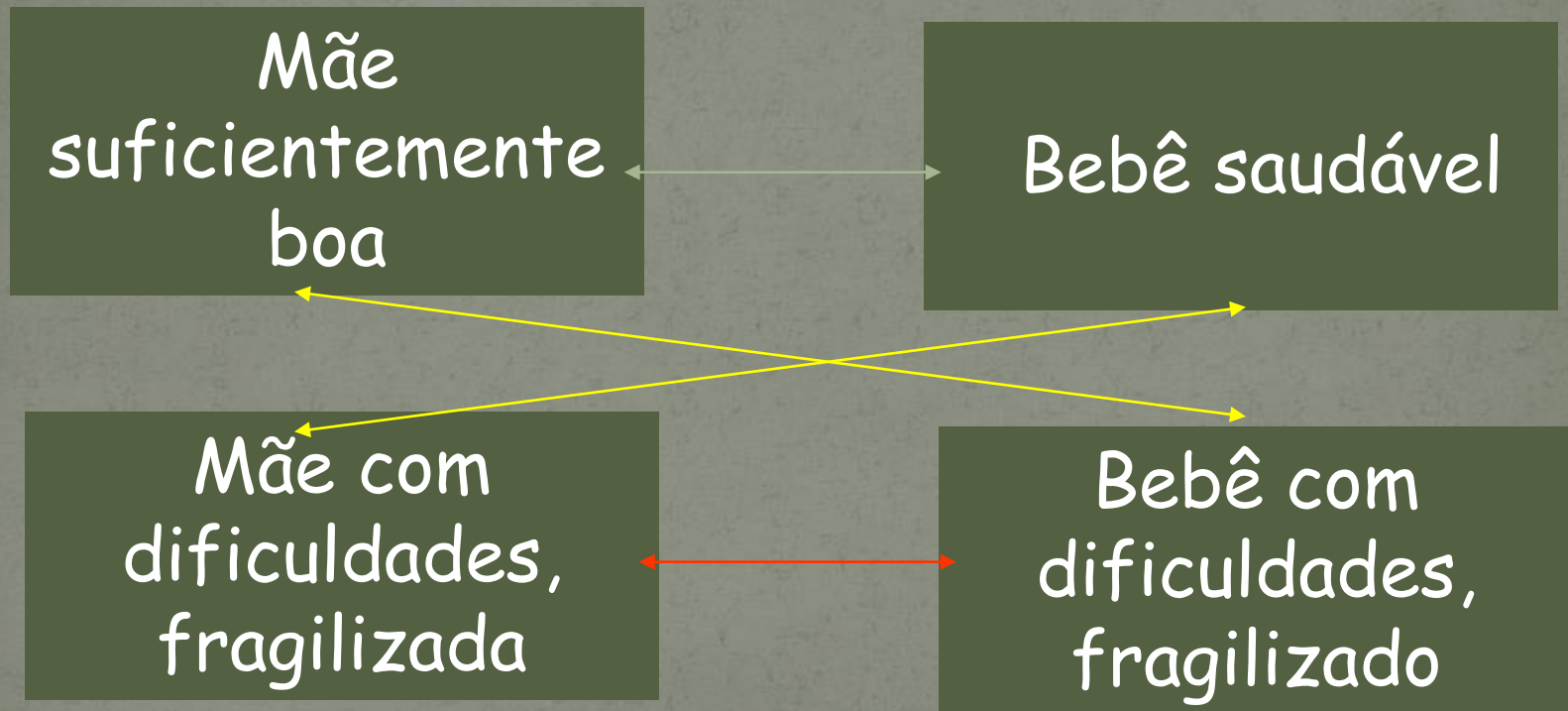
Os cuidadores são, de longe, a mais poderosa fonte de estresse e a mais efetiva defesa contra os estressores prejudiciais

- A interrupção da relação mãe-bebê ou falha dos cuidadores em prover adequado cuidado contribui para as diferenças individuais nas respostas fisiológicas e de conduta aos desafios ambientais
- A conduta materna pode efetivamente mudar os padrões controlados por genes na responsividade ao estresse
- A informação genética ligada à reatividade neuroendócrina pode ser programada - ou alterada epigeneticamente - pela estimulação materna precoce
- Nos modelos com roedores, uma conduta materna responsiva realmente promove uma neurobiologia ao estresse que é menos reativa e mais resiliente aos desafios

- Fonagy menciona “intrigantes sugestões de que alguns polimorfismos marcam uma vulnerabilidade a eventos de vida estressantes, por um lado, mas podem receber uma influência da sensibilidade materna, por outro.
- Acumulam-se evidências de que um mesmo alelo - em combinação com apego seguro aumenta a possibilidade de conduta social agradável, embora autônoma, em adolescentes.
- O mesmo polimorfismo, em combinação com parentalidade insegura prediz pobre auto-regulação e impulsividade em resposta a ameaças à autonomia”.

*P. Fonagy – The neuroscience of prevention – J R Soc Med 2012;105 – 97-100*

# RELAÇÃO PRECOCE MÃE-BEBÊ



# Questões atuais

- **Genética, ambiente, interações e epigenética**
  - Estudos genéticos - *LINDA BOOIJ*
  - Gêmeos monozigóticos
  - Vulnerabilidades constitucionais: Zero a Três
  - Temperamento (ex: timidez)
- **Idade de início de tratamento**
  - Reversibilidade / evolução/ Resiliência
  - Estresse pós-traumático
  - Estudos longitudinais
  - Órfãos da Romênia

# Estudos Genéticos

- Estudos com gens = procurar gens específicos:
  - + Hipótese
- Nenhum gen é responsável por qualquer alteração de comportamento
- Estudos Genoma Wide= procuram no genoma inteiro
  - + Detalhado
- Necessita de muitos candidatos para ter significância estatística

*LINDA BOOIJ, PhD*

# Interações entre gens e ambiente

Muitos estudos são inconsistentes em relação ao diagnóstico psiquiátrico

Hipótese: O impacto da adversidade sobre diagnóstico psiquiátrico  
**depende do genótipo (e vice-versa)**

*LINDA BOOIJ, PhD*



# Sumário

- Gens são associados com traços de personalidade, doenças mentais, função cognitiva
- Entretanto, não existe um único gen identificado como causador de doença mental
- Gen pode ser responsável por doença mental **na presença de estressores precoces**
- Mais pesquisas são necessárias para confirmação

*LINDA BOOIJ, PhD*

# Estudos sobre agressão

- Genética (MAOA) têm uma função importante, mas não explica tudo
- Existem mecanismos cerebrais envolvidos, especialmente o córtex pré-frontal
- Serotonina tem uma função importante, mas não é a principal causadora de agressão
- A agressividade depende do meio ambiente

*LINDA BOOIJ, PhD*

# Estudos sobre agressão

- Agressão começa cedo = prevenção deve começar cedo
- Dada a importância do meio ambiente como causador de agressividade, programas de prevenção precoce podem ajudar diminuir o risco de agressividade crônica

*LINDA BOOIJ, PhD*

# Importância do Estudo com Epigenética

- Pesquisas em epigenética podem ajudar a entender o impacto do meio ambiente na biologia e na criação e desenvolvimento de programas de intervenção que ajudem a prevenir os problemas de agressividade.

*LINDA BOOIJ, PhD*

# Vulnerabilidade X Resiliência

## Respostas a estressores

- Constitucionais – biológicas ou genéticas
- Desenvolvimentais – períodos sensíveis  
fase cronológica
- Ambientais – epigenéticas
- Tutores de resiliência

# CLASSIFICAÇÃO DIAGNÓSTICA ZERO A TRÊS (0 - 3)

Força-tarefa criada nos EEUU em 1994

*Revisada em 2005, com a proposta de desenvolver pesquisas, especialmente longitudinais, que esclareçam vários quadros clínicos propostos*

# CLASSIFICAÇÃO DIAGNÓSTICA ZERO A TRÊS

(CID-10 ou DSM-IV)

## EIXO I : Quadros Clínicos

*Eixo I : Transtornos Clínicos*

➤ EIXO II: Transtornos do Relacionamento

➤ *Eixo II: Transtornos de Personalidade*

## EIXO III: Transtornos e Condições Orgânicas e do Desenvolvimento

*Eixo III: Condições médicas gerais*

## EIXO IV: Estressores Psicossociais

*Eixo IV: Problemas Psicossociais e Ambientais*

## EIXO V: Nível de Desenvolvimento

Emocional Funcional *Eixo V: Avaliação Global do Funcionamento*

*Em cogitação - EIXO VI : Família*

# CLASSIFICAÇÃO DIAGNÓSTICA ZERO A TRÊS

## **EIXO I : Quadros Clínicos**

**100 - Transtorno de Estresse Traumático**

**200 - Transtornos do Afeto**

**206 - Transtorno Reativo de Privação de Vínculo / Apego**

**300 - Transtorno (Reação) de Ajustamento**

**400 - Transtornos Regulatorios**

**500 - Transtorno do Comportamento do Sono**

**600 - Transtorno do Comportamento Alimentar**

**700 - Transtorno Multissistêmico do Desenvolvimento**



# CLASSIFICAÇÃO DIAGNÓSTICA ZERO A TRÊS

## **EIXO II: Transtornos do Relacionamento (cuidador-bebê)**

901 - Excessivamente Envolvido

902 - Pouco Envolvido

903 - Ansioso/Tenso

904 - Irritado/Hostil

905 - Misto

906 - Abusivo

906a - Verbalmente Abusivo

906b - Fisicamente Abusivo

906c - Sexualmente Abusivo

# CLASSIFICAÇÃO DIAGNÓSTICA ZERO A TRÊS

## EIXO III: Transtornos e Condições Orgânicas e do Desenvolvimento

Utilizado para anotar quaisquer **diagnósticos físicos (incluindo pediátrico e neurológico)** e/ou do desenvolvimento, feito com base em outros sistemas de classificação (**DSM-IV ou CID-10**) e classificações específicas usadas por **fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas e educadores especiais (psicopedagogos)**.

# CLASSIFICAÇÃO DIAGNÓSTICA ZERO A TRÊS

## EIXO IV: Estressores Psicossociais

- gravidade de estressor identificado
- nível de desenvolvimento da criança (prejuízo)
- disponibilidade de adultos como amortecedores e protetores para ajudar a criança a lidar com o estressor – tutores de resiliência, segundo Boris Cyrulnik

*(Equivalente ao Eixo IV da DSM-IV:  
Problemas Psicossociais e Ambientais  
(especificar a área perturbada – família, trabalho,  
escola, moradia, saúde, judicial, etc)*

# CLASSIFICAÇÃO DIAGNÓSTICA ZERO A TRÊS



## EIXO V: **Nível de Desenvolvimento Emocional Funcional**

- **Atenção mútua** *(todas as idades)*
- **Envolvimento mútuo** *(3 - 6 meses)*
- **Intencionalidade interativa e reciprocidade** *(6 – 18 meses)*
- **Comunicação** representativa / afetiva: linguagem e brinquedo *(acima de 18 meses)*
- **Elaboração** representativa: idéias no **brinquedo de faz de conta** *(acima de 30 meses)*
- **Diferenciação** representativa: fantasia e realidade, conceitos de causalidade, tempo e espaço *(entre 36 e 42 meses)*

# Transtornos regulatórios

- **Regulação do comportamento e dos processos fisiológicos sensoriais**
  - **de atenção**
  - **motores**
  - **afetivos**
  - **organização dos estados de calma, alerta ou afetivamente positivo**
- **Dificuldades de processamento sensoriomotor ou organizacional afetando a adaptação e interação/relacionamentos cotidianos da criança**
- **Base constitucional possível de patologias da infância de Eixo I (TDAH, TAB)**

# Transtornos Multissistêmicos de Desenvolvimento

- Prejuízo significativo, mas não falta completa de capacidade de formar e manter um relacionamento emocional e social com um cuidador primário
- Prejuízo significativo na formação, manutenção e/ou desenvolvimento de comunicação
- Disfunção significativa no processamento auditivo
- Disfunção significativa no processamento de outras sensações e no planejamento motor

# APLICAÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO 0 - 3

- Os **distúrbios do sono (500)** ou **da alimentação (600)** podem constituir uma dificuldade isolada ou ser devidos a um distúrbio mais extenso: **transtornos regulatórios (400\*)**, **transtorno multissistêmico (MSDD - 700)**, ou de **apego (206)**
- *É importante considerar que o Eixo II (do Zero a Três) - **Transtornos do Relacionamento dos cuidadores com a criança** - deve ser considerado ao longo da infância e, sobretudo, na adolescência*

# ÓRFÃOS DA ROMÊNIA

*Estudo longitudinal de carências precoces*



# ÓRFÃOS DA ROMÊNIA

## ➤ **Transtorno de vínculo**

foi o diagnóstico predominante para definir as manifestações apresentadas por cerca de 1000 órfãos romenos do Leste, que foram adotados na Europa, EEUU e Canadá e são seguidos, constituindo uma grande amostra longitudinal

Um desses meninos recebeu os seguintes diagnósticos diferentes: **esquizofrenia, autismo, transtorno obsessivo-compulsivo**

O diagnóstico deveria ser:

- **Complexa disfunção comportamental neurofisiológica de crianças pós-institucionalizadas**

# ÓRFÃOS DA ROMÊNIA

- Os **danos** causados pela **negligência precoce** podem ser **incuráveis** se assumirem dimensões **psicológicas e neurológicas**.
- “Não apenas a **falta de nutrição**, mas a **falta de estímulos e contato emocional** podem **inibir o desenvolvimento de sistemas cerebrais**”.  
(avaliação de cerca de 1000 crianças oriundas do Leste europeu)

# ÓRFÃOS DA ROMÊNIA

Num estudo de 229 famílias americanas que adotaram crianças romenas, os adotados foram divididos em **três grupos distintos**

- Cerca de **20%** eram “**crianças prejudicadas**”, **gravemente afetadas** pela institucionalização, que continuavam com problemas emocionais e atrasos de desenvolvimento marcantes até 4 anos após a adoção

- Outros **60%** eram as “**maravilhas feridas**”, atrasadas em relação aos seus colegas, em crescimento social e desenvolvimento, mas que haviam conseguido dar grandes saltos qualitativos em seu desenvolvimento

- O terceiro grupo (**20%**) não demonstrou **nenhum** efeito negativo óbvio de sua passagem pelo orfanato:

- **Enorme capacidade de resiliência!**

# ÓRFÃOS DA ROMÊNIA

- **Crianças adotadas com 4 meses de idade** tiveram desempenho superior às adotadas **aos 8 meses de idade**
- Ao serem adotadas, **78% das crianças estavam atrasadas** em suas habilidades de **coordenação motora fina e geral**, de **interação social** e de **linguagem**.
- **Todas as crianças estão melhores** do que estariam se não tivessem sido adotadas por pais com os quais **puderam estabelecer vínculos**.

# Reação autista por estresse pós-traumático em púbere

- Reação regressiva psicótica (autismo secundário) após trauma cirúrgico, em menino de 12 anos
- Aspectos do desenvolvimento puberal –  
VULNERABILIDADE DESENVOLVIMENTAL
- Prognóstico face a desenvolvimento pré-mórbido normal;
- Relação entre depressão anaclítica, autismo infantil e possíveis vulnerabilidades constitucionais *não expressas antes da situação traumática* (Caso John, 9 dias numa creche)

# Reação autista por estresse pós-traumático em púbere

- No primeiro contato, Daniel aparece como um menino de aspecto físico normal para sua idade, bem constituído e bem cuidado, mas, ao menos naquele momento, apresentando uma síndrome autista. Apresentava “flapping” (movimento com as mãos, como borboletas que voam), total perda de contato objetal (com pessoas), pulava na ponta dos pés e cantava em voz alta, parecendo imitar algum cantor que não se conseguiu identificar (a mãe informou ser uma música que acabara de escutar). A expressão do rosto, pueril, com risos imotivados e estereotípias poderia lembrar também uma hebefrenia (tipo de esquizofrenia de início precoce). Convidado a entrar no consultório, diz com voz de criancinha: “Tenho medo de bicho papão, aí tem este bicho?” Tranquilizado, a terapeuta lhe assegura que só vão tentar conversar, que não será tocado, nem examinado. Entra no consultório, fazendo “flapping” e desviando o olhar; fica a maior parte do tempo desligado ou evitando qualquer contato. Reage com gritos muito altos à referência de que deve estar assustado, por não lhe terem explicado nada sobre a cirurgia e, principalmente, pelo cansaço que teve devido às dores que sofrera. Então grita: “Isto dói, isto dói”.
- Os pais mostravam-se muito preocupados. Não conseguiam entender como em tão poucos dias o filho havia *despencado* (sic). Mas apesar de não entenderem a doença do filho, puderam mostrar-se muito contínuos de suas ansiedades e medos, tendo uma sintonia importante com seu sofrimento .
- Daniel foi medicado com 2 mg/dia de pimozide (Orap) e foi visto todos os dias nessa primeira semana

# Reação autista por estresse pós-traumático em púbere

## Evolução

- Na consulta de revisão, passados quase 4 meses após sua cirurgia, foi iniciada a retirada da medicação, face ao esbatimento dos sintomas, passando Daniel a ser acompanhado quinzenalmente.
- Fez projetos para o período de férias de verão, mostrando-se então capaz de falar sobre a crise psicótica (grave regressão) e seus desencadeantes, tolerando a ansiedade que experimentara.
- No início do ano letivo, voltou a frequentar a escola, com bom aproveitamento, não tendo apresentado, nos dois anos que se seguiram, quaisquer sequelas visíveis em seu funcionamento cognitivo ou afetivo.

# Reação autista por estresse pós-traumático em púbere

## Discussão

- Quando seus pais referem o curto espaço de tempo (10 dias) em que seu filho “despencou”, não podemos deixar de lembrar que foi este mesmo espaço de tempo que precipitou numa depressão anaclítica grave, “John, de dezessete meses: nove dias numa creche com internamento”, o caso histórico de observação filmado por J. Robertson:
- Em ambos os casos, bastaram 10 dias, portanto, para que se instalasse a regressão, retraimento e a desorganização psicótica, de características autistas.
- Este componente de desenvolvimento é coerente ainda com o largo espectro de manifestações da síndrome autista: tanto mais grave, se mais precoce, possivelmente face à dificuldade de mobilização de novos esquemas neurais que se sobreponham às disfunções causadas pela persistência de circuitos primitivos, podendo, entretanto, ser reversível, como no caso apresentado, admitindo-se que resquícios de circuitos primitivos tenham sido ativados pelo montante desorganizador, traumático, de emoções que se tornaram impensáveis, incompreensíveis e ameaçadoras.
- O balanceio precoce descrito em Daniel (até os 2 ½ anos) forneceria a evidência desses resquícios, que não teriam impedido, entretanto, o desenvolvimento afetivo e cognitivo normal apresentado até então pelo paciente.



# Reação autista por estresse pós-traumático em púbere

## Questões

- Face a uma situação traumática, de estresse, similar, outros indivíduos possivelmente fariam outras reações patológicas, sem as características autistas apresentadas por Daniel. Seria então necessário que fosse comprovada a existência, em Daniel, de um potencial patológico constitucional que teria sido ativado - por defesa ou por colapso (questão que se coloca no próprio quadro de autismo infantil precoce);
- *Se Daniel não tivesse sido atendido, precoce e compreensivamente, por suas terapeutas, que o auxiliaram a reconstituir, ou a reutilizar, sua capacidade cognitivo-afetiva de lembrar, pensar e significar (memória representativa) os acontecimentos traumáticos que vivera, qual poderia ter sido sua evolução?*
- *“Despencado” em seu funcionamento autista, com os pais aflitos, desorientados e perplexos diante de sua conduta incompreensível, ter-se-iam formado os círculos viciosos descritos nos autismos infantis precoces? Iriam cronificar-se alguns funcionamentos deficitários? Ou a força do seu desenvolvimento anterior, já consolidado, lhe teria dado recursos para restabelecer-se espontaneamente? E em quanto tempo, e com que prejuízo - considerando-se, além de sua vida escolar, a própria transição da puberdade, que certamente teve parte significativa na eclosão das profundas ansiedades mobilizadas em relação à integridade de seu corpo e à sua auto-representação?*
- Ainda cabe destacar que somente uma criança, ainda em desenvolvimento, poderia apresentar este quadro com aspectos de autismo infantil – por ainda estar em desenvolvimento. Este tipo de reação regressiva, além de rara, não poderia ocorrer num adulto.

# Comentários finais

- As evidências demonstram que os bebês se desenvolvem, desde o nascimento - bioquímica, neuronal, mental e psiquicamente - num contexto relacional, que chamamos “díade mãe-bebê”.
- As diferenças individuais dos componentes da díade – e suas vulnerabilidades - interferem na formação e emergência das características da criança.
- O contexto ambiental afeta profundamente o desenvolvimento da criança, no conjunto de seus aspectos.
- Os primeiros anos de vida (especialmente de zero a três anos) são essenciais como base psico-biológica do desenvolvimento.
- Os estados carenciais neste período podem ter repercussões tardias de variadas extensões, dependendo e/ou comprometendo a resiliência de cada criança.

*Obrigada pela atenção!*

*nescosteguy@terra.com.br*