ESTUDOS DE CASOS

Enurese

ISABEL ADRADOS

Quando a criança já tenha superado a idade em que se considera normal o contrôle do esfíncter vesical, mas ainda molhe a cama, falamos em *enurese*. Essa idade está fixada entre os 2 anos e meio para o contrôle diurno, e 3 anos a 3 anos e meio, para o contrôle noturno.

Quando já tenha controlado normalmente, o esfíncter vesical, e, por um motivo qualquer, volte a molhar a cama, falamos também em enurese.

Não devemos confundir enurese com incontinência urinária. Esta última é sempre motivada por doenças orgânicas, infecções dos rins, pielite etc.

A enurese não tem relação causal com alterações anatômicas inflamatórias ou de qualquer outro tipo, e podemos acrescentar que 90% dos casos são de origem psíquica, regredindo mediante orientação psicológica e remoção das causas externas, ligadas ao ambiente que tenham determinado seu aparecimento.

A enurese não é monossintomática, mas apresenta-se acompanhada de outras alterações decorrentes de problemas emocionais, tais como tiques, caprichos alimentares etc. É quase sempre sinal de deficiente adaptação emocional, perante as dificuldades ambientes, que forçam a criança a regredir, ansiosamente, para as primeiras fases da infância. Insegurança e problemas na esfera afetiva, junto à imaturidade geral, são as causas mais freqüentes da enurese.

Etiologia

A mais simples das causas da enurese, que costuma ser indicada com relativa freqüência nas nossas entrevistas com pais de enuréticos, é a má orientação educacional no contrôle dos esfíncteres, ou por excesso de disciplina e zêlo, ou por negligência e demasiada tolerância. Da mesma forma como há pais que não demonstram preocupação alguma pelo fato de que os filhos molhem a cama, achando que a criança de modo geral, e muito especialmente o próprio filho, é um ser demasiado frágil e delicado para ser disciplinado, assim também encontramos pais que antes mesmo da criança ter maturidade para sustentar-se em posição sentada começam a exigir o uso do urinol. Êsse adestramento precoce pode provocar outros problemas além dos da enurese.

No primeiro caso, excesso de tolerância, torna-se necessária uma reeducação planejada. O método de estimular mediante prêmios às vêzes dá bons resultados. Leo Kanner sugere o *quadro das estrêlas*: uma cartolina, ou fôlha de papel com os dias da semana. No dia em que a criança não molhe a cama, colocamos uma estrêla no quadro. A êste método respondem melhor as crianças influenciáveis um tanto simplistas, que ainda estejam na primeira infância, ou tenham inteligência algo limitada.

Casos há que sem ter maiores problemas, mas ùnicamente pelo fato de a criança ser muito sensível e emotiva, pode vir a molhar a cama perante certas circunstâncias, como por exemplo: os pais viajam pela primeira vez e ela fica com familiares ou amigos; a criança precisa ser hospitalizada para submeter-se a uma operação; nasce um irmãozinho e as atenções do ambiente se voltam para o recém-chegado; é submetida a qualquer pressão mais intensa, carecendo do apoio de um adulto, que mediante autêntica relação afetiva, lhe restitua a confiança, aliviando-lhe a ansiedade etc.

Nos casos chamados de *regressivos*, pelo fato de a criança adotar modos de comportamento por ela já superados, e que visam chamar a atenção dos pais, a enurese se faz acompanhar de outros sintomas também considerados como regressivos, (infantilismos na fala, demasiados para a idade; chôro manhoso; necessidade de ser alimentada dando-se-lhe o alimento na bôca etc.). Nesses casos, a criança precisa de atenção, que deverá ser dada, mas em nível adequado à idade

cronológica, nunca alimentando o infantilismo, o que deteria o desenvolvimento evolutivo com grave repercussão em seu futuro ajustamento. De modo geral, a modificação do ambiente e uma atitude mais neutra possível em relação ao sintoma, fazem com que êle desapareça ràpidamente.

Muito negativa pode ser a educação precoce dos esfíncteres, atitude freqüentemente encontrada entre pais muito rígidos, com traços de escrúpulo e obsessividade e que, com suas exigências, determinam na criança uma carga de ansiedade que, por vêzes, a mantém acordada à noite em estado de alerta, e durante o dia torna-a tensa e irritada.

Lembramos a êsse respeito o caso de uma menina de 4 anos, cujos pais começaram a ficar alarmados quando verificaram que sofria de insônia, levantava da cama a tôda hora para ir ao banheiro, embora sem necessidade, e que ficava dormindo no urinol, onde permanecia até que os pais a levassem de volta ao leito.

Os dados anamnésicos mostravam uma história pregressa onde os pais, muito coercitivos e rigorosos, obrigaram a filha, mediante treinamento, ao contrôle vesical quando contava apenas um ano, do que muito se orgulhavam. A Or. iniciou sua sintomatologia de ansiedade e compulsão de ir ao banheiro, quando começou a freqüentar a escola maternal. Na escola verificou que algumas crianças da sua idade ainda se molhavam. A percepção dêsse fato a deixou assustada sôbre o que poderia acontecer com ela, se por acaso molhasse também; por outro lado, não queria estar aquém das expectativas dos pais que se vangloriavam, perante outros pais e a professôra, da precocidade da Or. para manter-se *limpinha.*

Foi necessário que a menina recebesse apoio psicoterápico durante algum tempo, e que se desse orientação aos pais, para que recuperasse o equilíbrio emocional, e, com êle, o sono espontâneo.

Como a criança considera a urina, nas primeiras etapas da sua vida, como formando parte de si própria, a não-aceitação da mesma pelos pais é fato que as vêzes é incorporado pela criança como uma rejeição dela própria, de onde sua insegurança. De outra parte, a enurese aparece quando surgem problemas afetivos, e costuma desaparecer quando os pequenos conflitos infantis desaparecem.

Lembramos o caso de uma paciente de 11 anos com problemas na esfera familiar, já parcialmente resolvidos, quando os pais tiveram necessidade de fazer uma viagem ao estrangeiro. Na primeira hora de terapia, após a viagem dos pais, a S. relata consternada a volta do sintoma.

Pareceu-nos um caso de regressão ansiosa perante a insegurança determinada pela ausência dos pais. Houve uma espécie de evasão para o ambiente psíquico da primeira infância. Inconscientemente, queria ela atrair as atenções dos avós, a cujos cuidados ficou entregue,

mostrando-lhes como ainda era *doente* (designação dada pelos pais quando foi iniciado o tratamento), e quanto precisava das atenções dos parentes, porque os pais estavam longe.

Outrossim, a enurese, pelos incômodos que acarreta aos pais, origina reações muito vivas da sua parte. Assim, a criança de temperamento forte costuma reagir mal podendo dar origem a uma verdadeira guerra entre os pais e o filho. Nessa guerra, costumam perder sempre os pais. Êles submetem a criança a tôda sorte de castigos e humilhações, como por exemplo não permitir que a criança beba depois de certa hora, mesmo no calor do verão, lavar suas roupas etc. Tudo isso dá origem a novos conflitos e determina insegurança pois os castigos provocam sentimento de culpa, sem que se mostrem eficientes para resolver a situação.

Quando os pais chegam a êsse círculo vicioso e não encontram mais solução para o caso, o psicólogo pode ter um papel importante, devolvendo a confiança ao enurético, afastando os castigos e recriminações, diminuindo a importância do sintoma, canalizando as atenções para atividades agradáveis à criança, e, principalmente, pesquisando a causa que, nesse caso específico, haja determinado a enurese.

Nos casos novos, em que os pais ainda não tenham consultado o médico, costumamos pedir um exame geral para afastar as possibilidades de tratar-se de incontinência urinária ligada a causas orgânicas. Às vêzes a criança disrítmica apresenta enurese entre os vários sinais característicos dessa síndrome. Êsses casos costumam ceder mediante tratamento quimioterápico.

Apresentamos a seguir um caso de enurese onde êsse sintoma é acompanhado de outros vários motivados por retardo afetivo que atinge, inclusive a esfera intelectual.

Trata-se de criança de 8 anos e 10 meses, sexo feminino. Pai 37 anos, nível de cultura superior; mãe 32 anos, dona de casa. Motivo da consulta: a Or. sofre de enurese, fato que dos 3 aos 5 anos determinou nos pais atitudes muito negativas. Quando a Or. contava 5 anos, os pais viajaram para os Estados Unidos, ficando a menina na companhia de um casal de tios durante 3 anos; aí a tia faleceu, o que determinou a volta dos pais, agora com outro filho, um menino de dois anos. O casal queixou-se à psicóloga de encontrar a filha muito nervosa, agressiva, achando que ninguém gostava dela e continuando a molhar a cama, o que muito os impressionou, especialmente porque o menino, muito mais nôvo, não molhava a cama.

A menina recebeu mal os pais, considerando-os como intrusos, não querendo receber carinho ou qualquer agrado, não interessando-se pelos brinquedos e novidades trazidos da viagem. Não demonstrou ciúme do irmão. Teve dificuldade na adaptação à escola.

Os pais constituíam um casal muito unido, quando nasceu a Or., se bastavam a si mesmos, e não desejavam ter filhos, o que lhes pre-

judicava a liberdade. Outrossim, a mãe era muito nervosa, havendo piorado depois do nascimento da filha. Fêz análise em duas etapas durante 4 anos. Quando voltou dos Estados Unidos, sentia-se bem melhor, mas ainda sem paciência com as crianças.

O pai é normal, bastante tranqüilo, afetivo com a espôsa e orgulhoso do filho, embora confesse que não tem jeito para lidar com crianças.

Condição de nascimento: na maternidade a cesariana, mas sem nenhum contratempo. Desenvolvimento: sempre teve o sono calmo, não chorava à noite; desde a volta da maternidade dormia no quarto dos tios, que, por sua vez, não tinham filhos. Caminho e falou na idade normal, e a dentição foi precoce. Alimentação artificial, sem complicações. Exigiram desde cedo o contrôle dos esfíncteres, a tia durante a noite e a mãe, de dia. Quando fêz 3 anos, começaram a castigar e a humilhar a Or. perante visitas e familiares, tentando assim estimular a criança, mas tudo foi inútil. O médico constatou não haver qualquer problema orgânico, aconselhando os pais a não darem maior importância ao fato.

Um ano mais tarde os pais viajaram — "desanimamos de levar nossa filha por causa da enurese", disseram. Pràticamente ficou ela em mãos de empregados, pois a tia trabalhava fora. Usou chupeta e deu enorme trabalho para tirá-la, e quando isso se deu apresentou o tique de ficar cheirando as unhas e, durante a noite, de chupar o lençol.

Escolaridade: Foi difícil à menina aceitar a escola; chorava, e exigia que a mãe ficasse junto dela durante os primeiros dias. Aprendeu a ler e escrever com relativa facilidade, mas logo perdeu o interêsse pelos estudos, demonstrando muita preguiça e desinterêsse. Foi êle se acentuando para culminar com uma espécie de apatia, pela morte da tia. Quando voltaram os pais, começou a reagir, porém mal, de maneira agressiva, pirracenta, chorando por tudo e sentindo-se rejeitada.

Ambiente familiar: Residem em apartamento grande, com 3 dormitórios e 2 salas. A Or. ocupa um dos quartos; o tio dorme no outro e os pais junto ao caçula, no terceiro.

O tio fala pouco, não recebe visitas, mas as inter-relações com os pais da Or. e com ela são as melhores possíveis. Gostam de ler ou ver televisão. Quando a Or. chora ou fica inconveniente, a mãe fica logo excitada, envolve-se na situação e ameaça que vai embora, que não aguenta os berros da filha. O pai, quando a situação fica demasiado desagradável, pede que a espôsa se arrume e vá dar uma voltinha.

Antecedentes familiares: Pelo lado materno são todos *nervosos*, mas nunca precisaram de internação. Pelo lado paterno, todos normais.

Testes aplicados: Binet, Q. I. 74. Segundo o rendimento dêsse teste classificou-se como *marginal*, evidenciando grande imaturidade em relação a figura humana; deu respostas precipitadas sem a mais elementar elaboração mental. Mostrou-se muito distraída, fugindo a todo momento da situação de trabalho. No Teste de Madeleine Thomas: Criança introvertida, profundamente desajustada em relação ao grupo infantil, cujo contato teme e desperta ansiedade, reprime seus impulsos de independência e autonomia como medida de segurança, a fim de adiar o mais possível seu compromisso com as obrigações escolares. A mãe surge como a figura mais punitiva da família. Pela atitude que manteve durante a prova e pelo receio que revelou em responder certos itens, vimos que se trata de criança profundamente insegura, coartada e com sentimento de solidão e abandono decorrente de frustração afetiva. No Teste de Rorschach: Personalidade introversiva com vida interior rica, afetividade reprimida, sinais de oposição que dirige contra si mesma. Os conteúdos de despersonalização nas pranchas relativos a figura materna e paterna, evidenciam a precariedade das relações com essas figuras, donde suas dificuldades de integração no ambiente social.

As respostas de movimento humano bem vistas, embora de contato comprometedor, demonstram que a Or. não tem realmente problema intelectual, mas um retardo muito intenso no desenvolvimento afetivo, que prejudica todos os aspectos de sua personalidade. A atonia afetiva que manifesta a torna impermeável a qualquer esfôrço nos outros setores. Nunca foi incentivada nos estudos, ninguém teve interêsse genuíno por seus progressos, nem nunca sentiu ressonância afetiva em relação a êles. Ùnicamente tomou contato com adultos para escutar suas recriminações.

As três percepções humanas que teve nas pranchas de Rorschach dizem muito sôbre isso: na III: "Duas bruxas fazendo um preparado para matar uma criança". Na IV: "Um ogro avançando para engolir uma criança". Na prancha IX difícil de interpretar mesmo por crianças de inteligência normal no detalhe 3: "Uma mulher gorda, malvada, batendo numa criancinha."

Exame médico: Atitude da Or. de muito mêdo e nervosismo. Foi um exame eletroencefalográfico, que deu resultado normal.

Foi aconselhada uma modificação completa no ambiente familiar, com orientação psicológica aos pais, principalmente à mãe. Assistência psicológica a Or., ludoterapia. Freqüentar escolinha de arte, ginástica e natação. Mais adiante, bandeirantismo.

Assistência pedagógica em casa até a Or. encontrar-se no próximo ano letivo, em condições emocionais de freqüentar a escola. As aulas particulares seriam ministradas por professôres com moderna orientação de ensino, sem sobrecarregar a Or. em seus deveres.

Em relação à enurese, a própria terapia junto à modificação do ambiente familiar se encarregaria de solucionar o problema. De fato,

foi o primeiro sintoma a desaparecer 6 meses depois de iniciado o tratamento. O ajustamento escolar foi conseguido, precàriamente, um ano mais tarde, sendo o ajustamento social e afetivo os últimos a serem atingidos.

Quando os pais nos procuraram cinco anos mais tarde, para examinar o irmão da Or. que apresentava problemas de alfabetização decorrentes de dislexia, solicitamos a presença da Or., então uma adolescente de 13 anos. Deu-nos a impressão de equilíbrio e serenidade, falou a respeito dos seus estudos na 2ª série ginasial e de seus colegas. Ainda nos pareceu retraída; tem dificuldade para fazer amigos, embora reaja positivamente quando solicitada; continua com o mesmo tipo introversivo, mas atravessa a difícil fase da adolescência, de maneira bastante satisfatória.

As vítimas dos campos de concentração, os expatriados e os perseguidos da última Grande Guerra foram os elementos iniciais que permitiram a Elso Aruda, Psiquiatra e Psicólogo do ISOP, estabelecer um conceito de Opressão e revelar seus efeitos orgânicos, psíquicos, anímicos e existenciais.

Síndrome de Opressão relaciona as causas gerais dos transtornos de personalidade a que estão sujeitas ainda hoje as vítimas de guerra. E demonstra como a Opressão se manifesta em tempos de paz, com efeitos não menos graves, sobretudo quando suas vítimas são crianças.

O livro se reveste também de interêsse metodológico, pois a exposição da tese da Opressão se constitui em um modêlo nôvo para descrição e aplicação dos estudos da Psicologia em geral.

À venda nas principais livrarias ou pelo reembôlso postal. Pedidos para a FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS — Praia de Botafogo, 188, CP 21.120, ZC-05, Rio de Janeiro, GB.

REVISTA DE PSICOLOGÍA GENERAL Y APLICADA

Director: José Germain

Consejo Científico: José Ortega Gasset †, Gregorio Marañon †, Juan Zaragüeta, Manuel Soto

Secretarios: José M. Sacristán †, Ricardo Ibarrola

Redacción: Julián Marías, José Mallart, Mariano Yela, Eusebio Martí Lamich †, José López Mora

Psicología General, Experimental,

Psicología Aplicaad a La Medicina, Pedagogía,

Industria y Ciencias Económicas y Sociales.

En sus páginas encontrará el lector artículos de gran valor científico, comentarios de especial interés o actualidad sobre libros, tests y dispositivos experimentales, y además una extensa y selecta información bibliográfica y clínica.

Publicación Trimestral: 1000 páginas al año y un número Extraordinario. Suscripción para España e Hispanoamerica 300 pesetas, para el extranjero 6 dólares, número suelto 75 pesetas.

DIRECCIÓN, REDACCIÓN Y ADMINISTRACIÓN

INSTITUTO NACIONAL DE PSICOLOGÍA APLICADA Y PSICOTECNÍA, J. HUARTE DE SAN JUAN I

CIUDAD UNIVERSITARIA, MADRID — 3

Teléfono 243 68 00