

## **“Quando o Sono assusta, ou tarda em chegar...”**

O “mistério do sono” tem vindo a preocupar e intrigar a humanidade. Desde curiosos, filósofos e/ou cientistas, todos são consensuais na admissão da sua extrema importância no desenvolvimento harmonioso da criança, bem como no bem-estar do adulto. Para mais, o sono representa a “ocupação” humana mais difundida e de maior duração: cerca de um terço do tempo duma vida humana.

As actividades mentais explicativas do sono, dada a complexidade dos mecanismos subjacentes, são ainda insuficientemente conhecidas. Sabe-se, porém, que o sono normal se caracteriza por uma dissolução periódica da capacidade em comunicar com o ambiente, constituindo-se como fisiologicamente imprescindível, essencial à vida e ao equilíbrio.

O ciclo vigília-sono pode ser descrito pela sucessão de diferentes estádios: estado de vigília (difusa ou activa) e de sono, sendo que este último possui duas fases distintas. Uma consiste no sono lento (SL), também denominado como sono NREM, subdividindo-se em 4 estádios (do adormecimento / sono ligeiro a muito profundo), sincronizado, sossegado ou tranquilo, caracterizado por um EEG em que predominam as frequências baixas. Por outro lado, constata-se a existência do sono paradoxal (SP), exibindo movimentos oculares rápidos – sono REM –, rápido ou dessincronizado, apresentando um EEG com pequena amplitude, sem uma frequência dominante. Este estado é, ainda, denominado de sono activo ou onírico, pelo aparecimento frequente de sonhos vividos com maior ou menor intensidade.

A organização do sono varia ao longo das idades da vida. Assim, no recém-nascido distinguem-se três estados: a vigília, o sono calmo e o sono agitado (equivalente ao SP do adulto). Este padrão polifásico (vários períodos de sono por dia) é substituído, no lactente e na criança pequena, por um padrão bifásico (sono nocturno e sesta diurnas), e por um padrão monofásico (um único sono nocturno), na criança mais velha e no adulto. O ritmo bifásico de sono é retomado, não raras vezes, pelos indivíduos idosos, com o hábito da sesta à tarde.

O tempo dispendido a dormir tende a diminuir, à medida que se envelhece. O recém-nascido dorme cerca de 15 a 16 horas diárias, enquanto que o adulto só necessita de 7 a 8 horas, embora existam variações individuais.

A importância do sono é-lhe conferida, fundamentalmente, pelas funções que lhe são atribuídas. Estas últimas vão desde a restauração das capacidades somáticas / restituição corporal, as relações estreitas entre SP e a maturação cerebral (ex.: coordenação dos movimentos oculomotores, facilitação da função motora), ou entre SP e os processos mnésicos (ex.: consolidação da aprendizagem e memória). Não menos significativas, surgem as teorias psicológicas de inspiração freudiana, que apelidam o sono de “guardião do sono” e lhe conferem um papel predominante na reestruturação da vida afectiva, mormente através da realização de desejos recalçados.

No que concerne às crianças ou (pré)adolescentes em idade escolar, inúmeros estudos acerca dos hábitos e distúrbios de sono apontam para a existência de perturbações de sono em cerca de 25% desta população, ainda que, na sua maioria, sejam perturbações transitórias e benignas.

Os distúrbios de sono podem ser temporários, intermitentes ou persistentes. Neste sentido, torna-se imprescindível distinguir a psicopatologia das perturbações de sono reactivas, i.e., ainda contextualizáveis numa variação da normalidade. Mesmo nesta circunstância, se as mesmas revelarem um padrão altamente insatisfatório para as crianças / adolescentes, ou para os pais, estas alterações constituem-se enquanto problema que urge resolver. Por vezes, podem mesmo contribuir para o aparecimento, ou estarem de qualquer forma associadas, a alterações de comportamento.

Segundo a classificação internacional das perturbações mentais (DSM-IV-TR), as perturbações primárias do sono dividem-se em Dissónias e Parassónias. Existem, ainda, as perturbações do sono relacionadas com outra perturbação mental e outras perturbações do sono (as mais das vezes “devidas a...”).

As Dissónias englobam a insónia primária, a hipersónia primária, a narcolepsia, a perturbação de sono relacionada com a respiração, a perturbação do ritmo circadiano do sono e a dissónia sem outra especificação.

As Parassónias, por sua vez, reúnem os pesadelos, os terrores nocturnos, o sonambulismo e a parassónia sem outra especificação.

Sem aprofundar a semiologia psicopatológica das perturbações acima enunciadas, são do conhecimento de todos aqueles que lidam mais de perto com crianças (pais, educadores, professores), as dificuldades em adormecer, as insónias, o “falar a dormir”, o bruxismo (“rilhar o dente”, enquanto dorme), os pesadelos, a enurese nocturna, entre outros.

De facto, uma grande percentagem de crianças, e mesmo de adolescentes, oferece grande resistência ao acto de deitar. Muitos necessitam da luz acesa, da presença dos pais, ou de um objecto / brinquedo especial, tecnicamente apelidado de objecto transicional. Outros revelam intensos medos, na hora de deitar; tentam dormir com os pais, esgueiram-se para a sua cama ou chamam-nos, repetidamente, durante a noite. Estes medos estão, invariavelmente, relacionados com as separações “normais” do quotidiano, com o “encontro, a sós, consigo próprio”, com as suas angústias, dúvidas e incertezas.

Urge, então, perceber da “normalidade” ou da eventual perigosidade das perturbações de sono em questão. Pais atentos e preocupados facilmente investigam três vertentes primordiais: as insónias, os distúrbios episódicos do comportamento e o sono diurno excessivo. Se estas indicações se consubstancializam, torna-se importante o recurso a um técnico de saúde que prossegue na avaliação, diagnóstico e tratamento da situação em causa.

Reitera-se, no entanto, a ideia de que, após realizado o diagnóstico diferencial e excluída a existência duma patologia associada, a grande maioria das situações de distúrbios de sono são variantes do habitual e, assim sendo, não necessitam de tratamento. Se, pelo contrário, o tratamento for imperativo, pode recorrer-se à Psicoterapia, efectuada por um psicoterapeuta (as mais das vezes, psicólogo clínico) devidamente habilitado e credenciado, sendo o uso farmacológico relegado para situações muito específicas e raras. Dado que as situações que determinam uma perturbação do sono são variadas, a sua abordagem diagnóstica e terapêutica pode ser multidisciplinar, envolvendo diversas especialidades.

Seja qual seja a situação, deve evitar-se sempre qualquer tipo de punição à criança, dado que a mesma apenas aumenta a ansiedade e agrava, conseqüentemente, a alteração. Por outro lado, aos pais deve-se “ensinar a ensinar” regras e hábitos de higiene de sono. A saber: estabelecer horários regulares de deitar e levantar, mesmo durante os fins-de-semana e as férias; evitar exercício físico intenso ou esforço intelectual, imediatamente antes de deitar; controlar o uso de estimulantes e excitantes (ex.:o chocolate); respeitar os factores que favorecem o sono (ambiente sonoro, quarto de dormir, cama); controlar os estímulos, nomeadamente, pugnar para que a criança adormeça sempre na sua cama e não noutros locais (ex.: cama dos pais, sofá).

Cabe, também, aos técnicos de saúde (psicólogos, psicoterapeutas, pediatras, enfermeiros, etc.), prevenir a ansiedade parental, informando sobre a fisiologia do sono,

explanando as atitudes possíveis face ao comportamento específico da criança, evitando erros de conduta e, sobretudo, promovendo, por parte dos pais, uma atitude firme, informada, adequada, responsável, mas não culpabilizada, relativamente a todas estas questões.

*Sónia Soares Coelho* \*

\*

- Psicóloga Clínica;
- Membro Candidato da Sociedade Portuguesa de Psicanálise;
- Membro Aderente da Sociedade Portuguesa de Psicoterapia Psicanalítica;
- Docente Universitária: Professora no Instituto Superior Miguel Torga.