
FERNANDES, Irisomar.

FERNANDES, Irisomar. (org.). **Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) e Psicanálise Infantil**. Vila Velha - ES: CETAPES: Centro Teológico e Psicanalítico do Espírito Santo, 2016.

CETAPES: Centro Teológico e Psicanalítico do Espírito Santo
Site: cetapes.org
Contatos: (27) 3340-6094 / 9 9978-4158

SOPES: Sociedade Psicanalítica do Espírito Santo
Site: sopes.psicanalise
Contatos: (27) 9 9707-0627

Diagramação e capa: Roney Ricardo
(roneycozzer@hotmail.com).

CETAPES

Centro Teológico e Psicanalítico do Espírito Santo

Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) & Psicanálise Infantil

Irisomar Fernandes (org.).

Apresentação

Olá, estamos adentrando em um novo módulo de nosso curso. Agora, iremos ter uma visão contemporânea de um tema atualíssimo, ou seja, os TDAH, ou: Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade, e ainda, as altas habilidades.

Normalmente, as crianças que chegam até nós trazem as queixas comuns por parte dos pais que são: inquietude (a criança não consegue ficar muito tempo quieta ou concentrada...), perdem facilmente o interesse pelas coisas que estão fazendo, via-de-regra, gostam de um determinado tema.

As escolas por sua vez, apresentam queixas inerentes ao comportamento de seus alunos, mas, geralmente, recebem uma resposta pouco satisfatória, ou ainda, os alunos são submetidos ao tratamento farmacológico, com certas drogas para “acalmá-los”. As drogas passaram a fazer parte da rotina de muitas crianças, o termo hiperativo e déficit de atenção tornaram-se parte comum e corriqueira do vocabulário escolar e doméstico. Mas, será que realmente tais crianças são portadoras dos transtornos apontados aqui? Ou será que há falta de outros elementos necessários para um desenvolvimento saudável como a convivência familiar e a estrutura funcional dos lares?

Bem, não nos compete contestar os procedimentos médicos, mas como psicanalistas devemos ter o conhecimento que nos ajude a contribuir com o bem estar de nossos pequenos pacientes. Por isso, iremos ver algumas características dos transtornos em tela.

No Estado do Espírito Santo, há uma resolução específica para o atendimento educacional especializado, trata-se da Resolução 2.152/10 do Conselho Estadual de Educação – CEE. Neste, são apresentados os transtornos e como poderão receber atenção educacional diferenciada.

Não significa dizer que devem ser tratados com menosprezo e nem tão pouco renegados a uma forma educacional de menor valor, mas sim, que se deve buscar formas didáticas pelas quais os alunos em questão possam ser atendidos a contento, obtendo assim maior possibilidade de apreender os conteúdos escolares e outros.

Temos objetivo neste estudo identificar os sintomas, as características de cada transtorno e principalmente, como poderemos ajudar no processo de melhoria de qualidade de vida dos portadores dos respectivos transtornos.

Como psicanalistas buscaremos compreender o que é e como se apresentam os transtornos inerentes aos TDAH e consecutivamente, associá-los aos demais comportamentos apresentados por nossos pacientes, inclusive os de ordem sócio afetivas, logicamente, a livre associação contribuirá significativamente para que o analista possa buscar meios

de atuação que contribuam com a melhoria da qualidade de vida do analisando.

Nas páginas seguintes veremos um estudo realizado pela Professora Eugênia Maria (Psicóloga e Professora de Psicanálise), sobre o tema.

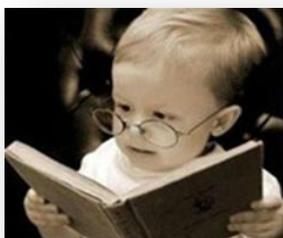
A todos bom estudo.

Irisomar Fernandes

Coordenador do Curso de Psicanálise.

Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH)

Professora Eugenia Maria Caldeira



Altas habilidades / Superdotação.

Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade - TDAH: o que é?

O TDAH é um transtorno de base neurobiológica que se inicia na infância e pode se estender à vida adulta. As causas que dão origem ao transtorno ainda são desconhecidas, mas há evidências da forte influência de fatores genéticos em sua etiologia. Apesar de não ser um transtorno da aprendizagem (TA), os sintomas nucleares do TDAH - *a desatenção, a impulsividade e a hiperatividade* - contribuem de forma impactante no desenvolvimento da criança em relação às questões acadêmicas, principalmente, quando existem "comorbidades nas áreas da aprendizagem e do comportamento" (ROHDE, DORNELES e COSTA, 2006, p. 365). Pode-se considerar que o comportamento TDAH nasce do que se chama *trio de base alterada*. É a partir desse trio de

sintomas - formado por alterações da atenção, impulsividade e da velocidade da atividade física e mental - que se irá desvendar todo o universo TDAH, que, muitas vezes, oscila entre o universo da plenitude criativa e o da exaustão de um cérebro que não para nunca (SILVA, 2003, p. 20).

A alteração da atenção é a condição principal para a realização do diagnóstico do TDAH, pois mesmo que o indivíduo não apresente hiperatividade física poderá revelar uma forte tendência à dispersão. Esse comportamento acarreta problemas nos relacionamentos interpessoais e na capacidade de organização do indivíduo, em todas as dimensões de sua vida. São pessoas com dificuldades para cumprimento de horários, metas e prazos preestabelecidos (SILVA, 2003).

A impulsividade tomada pelo significado do termo - "ação de impelir, força com que se impele; estímulo, abalo; ímpeto impulso" - revela com clareza o que ocorre com o indivíduo, ou seja, reações impetuosas frente os estímulos externos sem reflexão anterior sobre elas, o que leva a um resultado desastroso. Crianças impulsivas dizem o que pensam sendo taxadas de mal educadas, grosseiras, outros. A mente dessas crianças funciona como um receptor tão sensível que mesmo diante um pequeno sinal vai reagir automaticamente sem antes identificar a natureza do objeto captado. É mais ou menos assim:

o caso de um caçador que, ao detectar um pequeno ruído na floresta, põe em disparo uma AR-15 a fim de abater sua caça. Poucos minutos após a rajada de tiros, descobre que a sua grande presa não passava de um inofensivo tatu que

apenas abrisse um pequeno buraco no solo com o intuito de se abrigar (SILVA, 2003, p. 24).

O adulto impulsivo também enfrenta diversos problemas. A maturidade o ajuda a identificar riscos vitais, mas ainda assim na dimensão das relações interpessoais há um possível comprometimento em função da impulsividade verbal.

Exemplos

- O homem que numa discussão com a esposa pode dizer que está enjoado dela e não aguenta mais ouvir sua voz;
- O profissional que numa discussão com o chefe evidencia suas características físicas negativas: gordo, careca, barrigudo, outros.

A *hiperatividade física* é fácil de ser identificada. Apresenta-se como um agitação constante em que o próprio corpo ou as ações motoras tornam-se elementos de incômodo aos outros: agitação intensa em casa, na sala de aula ou qualquer lugar, mesmo em momentos de brincadeiras - andar sem parar, andar aos pulos, subir a escada rolante aos saltos. São crianças que geralmente recebem rótulos pejorativos:

bicho-carpinteiro, elétricas, desengonçadas, pestinhas, diabinhos, desajeitadas. Nos adultos, essa hiperatividade costuma se apresentar de forma menos exuberante, o que acabou por fazer alguns autores no passado pensarem que tal alteração tendia a desaparecer com o término da adolescência. Hoje se sabe que isso não é verdade, o que

ocorre é uma adequação formal da hiperatividade à fase adulta (SILVA, 2003, p. 26).

A hiperatividade mental ou psíquica apresenta-se de maneira mais sutil, mas não menos penosa que a hiperatividade física. É como um chiado cerebral que impede o adulto de se atentar para as habilidades sociais, por exemplo. É aquela pessoa que:

- Numa conversa interrompe o outro o tempo todo;
- Muda de assunto antes que o outro possa elaborar uma resposta;
- Não dorme a noite, porque seu cérebro fica agitado a tal ponto que não consegue desligar.

Essa agitação psíquica é parcialmente responsável pela inaptidão social, que muitos TDAHs apresentam, e se traduz em problemas para fazer e conservar amigos. O chiado de seus cérebros muitas vezes os impedem de interpretar corretamente as “deixas” sociais que são tão necessárias no estabelecimento e na manutenção das relações humanas.

A energia hiperativa de um TDAH pode causar-lhe incômodos cotidianos, principalmente se ele precisar adequar-se ao ritmo não tão elétrico dos não TDAHs (SILVA, 2003, pp. 26 - 27).

De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-5 (2014) o TDAH se caracteriza por um padrão persistente de desatenção e/ou hiperatividade-impulsividade que interfere no funcionamento e no desenvolvimento do indivíduo com sintomas que se apresentam antes dos 12 anos de idade; em

dois ou mais ambientes - casa, escola, trabalho, relações interpessoais e outras atividades, reduzindo a qualidade do desempenho. O Manual especifica ainda os subtipos e a gravidade dos sintomas:

- subtipos

Apresentação combinada - 314.01 (F90.2) - quando tanto os critérios de desatenção quanto de hiperatividade-impulsividade comparecem nos últimos seis meses;

Apresentação predominante desatenta - 314.00 (F90.0) - quando os critérios para desatenção são preenchidos nos últimos seis meses, mas os de hiperatividade-impulsividade não comparecem;

Apresentação predominantemente hiperativa/impulsiva - 314.01 (F90.1) - critérios de hiperatividade e impulsividade preenchidos nos últimos seis meses, mas sem o comparecimento dos critérios de desatenção.

- sintomas

Leve - poucos sintomas com pequenos prejuízos no funcionamento social, acadêmico ou profissional;

Moderado - sintomas ou prejuízo funcional entre "leve" e "grave" estão presentes;

Grave - muitos sintomas além do necessário para se fazer o diagnóstico estão presentes, vários sintomas graves comparecem ou podem resultar em acentuado prejuízo no funcionamento do indivíduo, nas diversas dimensões de sua vida.

Em relação aos sintomas Rohde e Benczik (1999: 39-40) esclarecem que o TDAH é caracterizado por dois grupos que são: (1) desatenção; (2) hiperatividade (agitação) impulsividade (*ação sem cautela, sem análise. É uma ação por reflexo, mas sem refletir sobre*), grifo da autora.

Sintomas que fazem parte do grupo de *desatenção*:

- não prestar atenção a detalhes ou cometer erros por descuido;
- ter dificuldade para concentrar-se em tarefas e/ou jogos;
- não prestar atenção ao que lhe é dito ("estar no mundo da lua");
- ter dificuldade em seguir regras e instruções e/ou não terminar o que começa;
- ser desorganizado com as tarefas e materiais;
- evitar atividades que exijam um esforço mental continuado;
- perder coisas importantes;
- distrair-se facilmente com coisas que não têm nada a ver com o que está fazendo;
- esquecer compromissos e tarefas;

Sintomas que fazem parte do grupo de *hiperatividade/impulsividade*:

- ficar remexendo as mãos e/ou os pés quando sentado;

- não parar sentado por muito tempo;
- pular, correr excessivamente em situações inadequadas, ou ter uma sensação interna de inquietude (ter "bicho-carpinteiro" por dentro);
- ser muito barulhento para jogar ou divertir-se;
- ser muito agitado ("a mil por hora", "ou um foguete")
- falar demais;
- responder às perguntas antes de terem sido terminadas;
- ter dificuldade de esperar a vez;
- intrometer-se em conversas ou jogos dos outros.

É importante considerar que para se pensar na possibilidade de um diagnóstico de TDAH "são necessários que pelo menos seis dos sintomas de desatenção e/ou seis dos de hiperatividade/impulsividade" sejam frequentes e que estejam ocorrendo nos últimos seis meses. Por ser o TDAH um transtorno relacionado ao desenvolvimento tinha-se a ideia de que os sintomas surgiam desde bebê, mas os estudos atuais revelam que algumas crianças começam a apresentar os sintomas após os sete anos de idade, com as mesmas dificuldades que as crianças que apresentaram anteriormente (ROHDE e BENCZIK, 1999, p. 41).

Nos estudos desenvolvidos por Souza, Serra-Pinheiro e Pinna, (2007), Larroca e Domingos (2012) discute-se alguns dados encontrados em pesquisas atuais sobre o TDAH revelando que:

- ▶ Metade dos pacientes com TDAH, mantém os sintomas na vida adulta, gerando importante comprometimento tanto na vida social e acadêmica como na situação familiar e de trabalho.
- ▶ Grande parte dessas pessoas apresenta Transtorno de Oposição Desafiante (TOD), relações negativas com suas mães, maiores conflitos domésticos e maior estresse psicológico materno.
- ▶ Esta comorbidade é preditiva de Transtorno de Conduta (TC), que costuma levar a suspensões e expulsões escolares, ao uso de tabaco e álcool, e ainda a delinquência.

TDAH e possíveis comorbidades

(SILVA, 2003)

- Ansiedade generalizada;
- Pânico;
- Fobias;
- Transtorno obsessivo-compulsivo;
- Depressão;
- Transtorno bipolar do humor;
- Transtornos alimentares;
- Transtorno de conduta e/ou desafiador opositivo
- Personalidade antissocial;
- Uso de drogas;

➤ Transtornos do sono.

O TDAH pode ser potencializado por comorbidades diversas. Isso implica em maiores dificuldades para aqueles que desenvolvem o transtorno.

O diagnóstico do TDAH é realizado por neurologista ou psiquiatra, com experiência no transtorno ou, pelo menos, no desenvolvimento infanto-juvenil. Não é um diagnóstico simples necessitando de muita cautela para ser confirmado. Com o resultado em mãos, o psicopedagogo tem como função elaborar um plano de atendimento psicopedagógico que atenda à criança ou adolescente com o transtorno.

Revisão de conteúdo.

1. TDAH existe mesmo?

R. Sim e tem o reconhecimento oficial pela OMS. No estado do ES, existe a resolução 2.152/10 que direciona como as escolas podem atuar com portadores de TDAH.

2. O QUE É TDAH?

R. é o Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH). Tem suas origens nas questões genéticas, via de regra, se manifesta na infância e não raramente permanece por toda vida de seus portadores.

3. QUAIS OS PRINCIPAIS SINTOMAS?

R. Os portadores de TDAH geralmente apresentam:

- a) desatenção,
- b) inquietude
- c) impulsividade.
- d) dificuldades na escola e no relacionamento com demais crianças, pais e professores.
- e) é possível que a criança se apegue a um desenho por exemplo, e se desligue de todas as outras coisas que estão à sua volta.

4. E nos adultos?

R. O esquecimento, a falta de atenção contínua, são características de pacientes com TDAH. De igual forma, a perda de interesse por algumas atividades como: a leitura de longos trechos, podem apontar para os possíveis sintomas de TDAH.

RESPOSTA;

- a) Ao atender uma criança supostamente portadora de TDAH, quais os fatores devemos levar em conta?
- b) Como se constituem os transtornos de TDAH?
- c) Quais os sintomas de TDAH nas crianças?
- d) Há diferença entre os sintomas em crianças e adultos?

- e) Os fatores sócio-afetivos podem ser considerados pelo analista no processo de identificação de TDAH? Como e porque?

- f) Descreva pelo menos quatro sintomas de TDAH que podem atrapalhar o desenvolvimento escolar das crianças e adolescentes.

Referências

Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: DSM-5. *American Psychiatric Association*; tradução: Maria Inês Corrêa Nascimento et al.; revisão técnica Aristides Volpato Cordioli et al. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

ROHDE, L. A. P; DORNELES, B. V. & COSTA, A. C. *Intervenções escolares no transtorno de déficit de atenção /hiperatividade*. In ROTTA, N. T. Et al. *Transtornos da Aprendizagem: abordagem neurobiológica e multidisciplinar*. Porto Alegre: Artmed, 2006.

ROHDE, L.A.P. & BENCZIK, E. B. P. (1999). *Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade: o que é? Como ajudar?* Porto Alegre: Artmed.

SILVA, A. B. B. (2003). *Mentes inquietas: entendendo melhor o mundo das pessoas distraídas, impulsivas e hiperativas*. São Paulo: Editora Gente.

SOUZA, I. G. S., SERRA-PINHEIRO, M. A., FORTES, D. e PINNA, C. (2007). Dificuldades no diagnóstico de TDAH em crianças [Versão eletrônica]. *J. Bras. Psiquiatria*. 56(1); 14-18.

Altas Habilidades/Superdotação

Altas habilidades ou superdotação são termos que caracterizam o indivíduo que apresenta potencial elevado no âmbito das aptidões, talentos e habilidades, evidenciando um alto desempenho em suas atividades ou no próprio desenvolvimento infanto-juvenil. Há que se considerar que essas aptidões devem comparecer ao longo do tempo, com nível expressivo de desempenho na área em que apresentou potencial elevado. Em função da maturidade muitas crianças e jovens não conseguem explorar todo o seu potencial e o surgimento das habilidades precisa ser assistido de forma a contribuir com os mesmos na manutenção do comportamento de superdotação (Secretaria de Educação Especial, 2006).

SEU FILHO É SUPERDOTADO?

Os sinais da genialidade aparecem cedo

- Engatinham e andam precocemente
- Aprendem rápido a ler, escrever, desenhar e fazer esportes
- Cultivam interesse obsessivo em algumas áreas
- Fazem perguntas difíceis, que exigem capacidade de raciocínio de um adulto
- Reagem de forma intensa a ruídos, dor ou frustração
- Têm muita energia, podendo ser confundidos com crianças hiperativas
- Necessitam de menos horas de sono que o normal para a idade



A identificação das altas habilidades é a identificação de uma assincronia, ou seja, quais funções estão se desenvolvendo primeiro ou em um ritmo que supera o nível de normalidade para aquela função, em detrimento de

outras que permanecem em seu nível normal de desenvolvimento ou até mesmo, aquém dele.

Em alguns casos, essa assincronia é tão forte que aparece na mesma pessoa, por um lado, através de desempenhos excepcionais, e, por outro, em déficits de algumas funções. São os casos que denominamos como dupla excepcionalidade. Isso quer dizer que uma pessoa pode ser surda, por exemplo, e muito inteligente; ou ter sérias dificuldades na área social (como nos casos de Síndrome de Asperger, por exemplo), associadas a um excelente desempenho acadêmico em alguma área específica. Significa, também, que temos de estar atentos para essa possibilidade, de não estarmos percebendo uma alta habilidade oculta pelo que já classificamos como deficiência ou, como vem sendo cada vez mais comum, transtorno de comportamento (SECRETARIA DA EDUCAÇÃO, CENP/CAPE 2008, p.20).

Tipos de Altas Habilidades

De acordo com documento do Ministério da Educação/Secretaria de Educação Especial (2006:12), as AH/SD apresentam-se pelos seguintes tipos:

- Intelectual - flexibilidade e fluência de pensamento, facilidade para associações lógicas, memória privilegiada, alta capacidade de compreensão e de resolução de problemas;
- Acadêmico - aptidão acadêmica específica, motivação pelo conhecimento nas disciplinas de seu interesse,

bom desenvolvimento nos processo psicológicos básicos - atenção, memória, motivação, concentração, outros -, boa capacidade de produção acadêmica e organização do conhecimento;

- Criativo - capacidade inovadora para resolver problemas, sensibilidade frente a questões ambientais, extravagante em algumas atitudes e reações, desafiador da ordem, boa capacidade de expressão, fluência e flexibilidade.
- Social - nível alto de empatia com excelente capacidade para a liderança. Por ter uma sensibilidade social bem desenvolvida identifica situações nos grupos ou nas relações com mais facilidade e habilidade para intervir, pois possui bom nível de persuasão e influência.
- Talento Especial - destaca-se, geralmente, nas áreas ligadas a arte: música, artes plásticas, artes cênicas, produção literária. Evidenciam habilidades especiais nessas áreas e alto desempenho.
- Psicomotor - desempenho incomum em atividades que exijam velocidade, agilidade de movimentos, força, resistência, controle e coordenação motora.

Existem vários traços comuns aos alunos que têm AH/SD. É importante que o profissional da psicopedagogia esteja atento a esses traços para identificar a situação e para elaborar um plano de ação que atenda às reais necessidades dos alunos.

Referências

Secretaria de Educação Especial. *Saberes e práticas da inclusão: desenvolvendo competências para o atendimento às necessidades educacionais especiais de alunos com altas habilidades/superdotação*. [2. ed.] coordenação geral SEESP/MEC. Brasília: MEC, 2006.143 p. (Série : Saberes e práticas da inclusão)

Secretaria da Educação. *Um olhar para as altas habilidades: construindo caminhos*. Secretaria da Educação, CENP/CAPE; organização, Christina Menna Barreto Cupertino. - São Paulo : FDE.

Psicanálise Infantil

Reneé Cavalcanti (org.).

INTRODUÇÃO

Sabemos que a Psicanálise foi elaborada, criteriosa e revolucionariamente, por Sigmund Freud há mais de 100 anos e que ela tem sido marcante nos diferentes estudos e práticas, não apenas no campo psíquico, mas em outras áreas do comportamento humano, ainda hoje.

Freud desenvolveu seus trabalhos analíticos com jovens e adultos, raramente atuando com crianças, o que fazia mais através de seus pais. Para Freud era necessário que o paciente pudesse estar em níveis mais elevados para o uso consciente de seus problemas. A história do pequeno Hans nos revela algumas das possíveis modalidades de intervenção psicanalítica (discutir o caso).

Na sua teoria da sexualidade infantil, elaborada numa época plena de moralismos e noções de pecado, evidencio-se sua coragem ao enfatizar a vida sexual infantil a partir do início da existência dos bebês. Freud estabeleceu como fases desenvolvimentais, determinadas idades e características infantis em seus aspectos inconscientes e plenos de erotização. Falava das “zonas erógenas” e dos impulsos em “busca do prazer e fuga da dor”, abordadas como tendências sexuais inatas.

A libido, uma energia sexual se concentrava em certas regiões sensíveis do corpo infantil, reagindo ao serem estimuladas. Na sua prática clínica, Freud buscou respostas para as neuroses do adulto, reconhecendo nelas a existência de pensamentos, sentimentos, registros e desejos reprimidos com geradores de conflitos e mobilizações – configurados estes como fonte ou origem de diversos sintomas doentios.

Freud denunciou, em todas as suas obras, que certas ocorrências são marcantes na fase da infância e que essas estariam conjugadas à sexualidade que se encontra no centro da vida psíquica. A função sexual não poderia, como afirma Freud, apenas uma ordem da natureza para o objetivo da reprodução – essa função estaria em consonância com os aspectos afetivo-emocionais em toda estruturação psíquica de cada pessoa.

A função sexual após o nascimento se continuaria em períodos da vida, de modo complexo e sempre acompanhada da busca do prazer e fuga da dor, podendo ligar-se a outras ordens vitais como a da reprodução.

A Psicanálise Infantil exige do profissional terapeuta, estudos profundos, mesclados a outras áreas e teorias. O corpo, desde cedo, é erotizado; ao serem estimuladas certas partes do corpo, como a boca, anus, peles, mucosas, etc... há respostas possivelmente prazerosas influentes na formação da personalidade. Muitos processos ocorrem, concomitantemente, a algumas fases desenvolvimentais, e Freud enfatizou bastante o complexo de Édipo, entre os 3 e 5 anos de idade.

O narcisismo infantil, o egocentrismo, o animismo, o mundo das fantasias e outros estão envolvidos na formação da

personalidade, saudável ou doentia (revê-los e debater). Não podemos afirmar se é a natureza ou o ambiente, o responsável pela estruturação personal, mas hoje, com o viés interacionista e construtivista, podemos aplicar melhor nossos conceitos, teorias e práticas psicanalistas de modo a apoiar a construção saudável ou minimização do sofrimento da vida psíquica de muitas crianças (discutir o interacionismo). É sempre bom lembrar que Freud nos alertou para as questões afetivas e relacionais e sua importância na felicidade e saúde mental de crianças e adultos.

A teoria psicanalítica da sexualidade infantil

Ao trabalhar com os adultos, Freud descobriu que a maioria dos pensamentos e desejos reprimidos, referiam-se a conflitos internos e de ordem sexual, especialmente embasados na fase infantil. Esses se configuravam como fontes ou causas de varias psicopatologias. Na vida infantil estavam as experiências de caráter traumático, reprimidas e se mostravam nos sintomas atuais.

Os principais aspectos da descoberta de sexualidade infantil se confirmaram como teoria psicosexual. No desenvolver progressivo, as crianças se encontram na **fase oral** (tendo a boca como zona de erotização), na **fase anal** (tendo a zona de erotização no ânus), a **fase fálica** (tendo a genitália como zona de erotização) seguidas de período de **latência** ou intervalo, até a **fase genital** (quando o objeto de desejo está além do próprio corpo, no alcance do outro).

As vivências conflitivas entre ordens da natureza, como o **feminino** e **masculino**, pode ser outra fonte de embates que se traduzem em ansiedades e possíveis transtornos na **identidade sócio-sexual**. Contrair tantas informações – a do mundo interior e a do mundo exterior – pode estabelecer sérios conflitos na fase em que também ocorre a **descoberta do ego**.

Entre o desejo e o dever cobrado pelo mundo externo, pode ocorrer a internalização desse controle e suas regras, trazendo complexos de culpa e auto-promoções. O ego pode se desesperar, aumentando cargas tensionais que obrigam a criança a buscar mecanismos de ajuste ou defesa contra a destruição ou desintegração. Nessa busca adaptativa, nem sempre a criança conta com a compreensão ou entendimento do adulto.

O Complexo de Édipo

Freud descobre o fato que ele denomina de complexo de Édipo, que acontece entre 3 a 5 ou 6 anos de idade e portanto, durante a fase fálica, ao período do negativismo com afirmativas do ego e identidade sexual. Nesse processo, a mãe é o objeto de desejo do filho e o pai aparece como o rival e herói, o grande poderoso que conquistou esse objeto altamente significativo para o menino. A figura paterna aparece como controladora, punitiva, impeditiva da satisfação do afeto materno, desenvolvendo-se então, não só o processo de identificação, mas a hostilidade que acompanha conflitos, sentimentos de amor e ódio.

O impedimento ao alcance exclusivo do objeto desejado traz diversos tipos de ansiedade que mobilizam defesas, muitas delas de forma saudável, auxiliando a formação de uma personalidade solucionadora, ou pode ocorrer de forma patológica, longe do poder da criança com esse processo adaptativo elaborador.

Ao internalizar as regras morais e sociais, em especial, exigidas pela autoridade paterna, a criança que, segundo Piaget, ainda está processo de desenvolvimento moral, pode encontrar caminhos pouco convenientes à sua saúde mental. Daí a importância de estarmos atentos a essa modalidade de construção – organização psico-emocional da criança em sua fase fálica e pré-operatória.

Quase sempre o menino se envolve com os encantos outros da vida cotidiana e social, com novos conhecimentos e prazeres interessantes, substituindo essa forma de apego e amor à mãe e conseqüentemente a rivalidade com o pai pode se alterar.

Freud também considera a possibilidade do Édipo feminino, com a rivalidade e identificação com a mãe e o amor pelo pai. Parece que há certo grau de afirmativa da tipologia sexual na relação com o genitor do sexo oposto, enquanto se dá a identificação ego-sexual com o genitor do mesmo sexo, numa relação de “normalidade” desenvolvimental. Difere dos processos de desencantos, cólera, hostilidade, obsessões e outros tipos característicos de distúrbios nas modalidades de defesa e mobilizações de energia.

A vivência infantil é complexa e nem sempre nós a alcançamos como deveria ocorrer. A realidade psíquica pode ser, para ela, bem diferente da realidade objetiva e

também da nossa interpretação de realidade. Essa vivência pode ser dolorosa, cruel, oferecendo sentimentos de solidão, abandono, incompreensão e impotência solucionadora – o que tem embasamento poderoso na formação de sua personalidade. Del Nero (2005) nos mostra isso com muita clareza no seu livro sobre os efeitos das relações familiares inadequadas.

O Sintoma

O sintoma é, para Freud, um tipo de “iceberg”, como se nos desse um tipo de comunicação ou alerta, ao mesmo tempo em que esconde a grandeza dos conflitos e sentimentos reprimidos. É uma produção que resulta de um conflito entre o desejo e um mecanismo de defesa pela impossibilidade de realização ou satisfação. A libido, como uma energia vital sexual não podendo ser expressada de forma a liberar-se, por ter sido reprimida, apenas sinaliza e se esconde, mas provoca várias modalidades comportamentais quando os mecanismos de defesa acionados não foram suficientes para o equilíbrio psíquico. As vezes a criança não quer comer, outras vezes se torna chorona e irritadiça, outras vezes regride dos seus aprendizados de habituação higiênica, outras pode ferir animais ou pessoas, etc. É no sintoma que nos baseamos para **começar** nossos trabalhos de psicanálise infantil, mas sabemos que a causa é bem mais profunda.

O sentimento de culpa é comum na criança, quando ela sente raiva e formula pensamentos destrutivos sobre pessoas amadas e contrastam com a outra dor que é o desejo

proibido. O superego infantil em formação acaba assumindo, internamente, o papel de autoridade paterna (lembrar que o ego e o superego são diferenciações do id e que são três sistemas interdependentes e autônomos ao mesmo tempo). Em conjunto, o id, ego e superego perfazem a história pessoal da criança.

Como profissionais, ao recebermos a criança na sala da Psicanálise Infantil, temos todo um trabalho vincular e investigativo, junto a estratégias para estimular expressões do que existe no interior ou restante do “iceberg” psíquico. Afinal, o processo de autoconhecimento da criança pequena ainda é bem difícil para ela.

Nossos métodos envolvem interpretação, análise, testagens, estimulações, aplicações da ludoterapia e da sociopsicomotricidade, diálogos, histórias, elaborações pessoais, hora da novidade, “lembranças importantes”, técnicas de sondagem do tipo “eu queria muito...” em músicas, mini-filmes ou curtas psicanalíticas, etc. Buscas e intervenções devem ser autores e pesquisadores como Ana Freud, Winnicott, Simone Ramain, Klein, Eric Erickson, Sullivan, C. Jung, Lacan, Cecchinato e outros, dentro do campo psicanalítico, podem nos ajudar melhor a desenvolver nossos atendimentos na Psicanálise Infantil, além de Freud. Considerações neopsicanalíticas, se basearam em Freud para evoluir e abrir espaços a análises cada vez mais objetivas. Continuamos a utilizar sonhos, associações livres, a palavra infantil, atos falhos e outras técnicas facilitadoras do despertar egóico da criança e dos embasamentos investigados para nossas atuações.

Nesse sentido, é sempre bom estar atentos ao narcisismo e egocentrismo natural e desenvolvimental, fantasias, crenças, esforços de auto-afirmativa egóica e outras especificidades. Os sonhos infantis são repletos de histórias aparentemente estranhas, mas que possuem sua lógica própria e seu sentido. Neles, podemos, por técnicas interpretativas, rebuscar mensagens, afetos, lembranças, mágoas e formas solucionadoras.

Freud insistia na existência de certa lógica das emoções que produzem sonhos. Neles surgem figuras estranhas, fundidas em algo mais e que formam elos fundamentais para que entendamos seu sofrimento e possíveis minimizações.

Embora plenos de **símbolos**, cenas visuais e movimentos, os sonhos não são charadas nem brinquedos. Freud dizia que são elaborações com tentativas de comunicação id e ego e possíveis realizações de desejos e fuga da dor (hoje, temos outras contribuições sobre os sonhos na neurociência).

Psicanálise e Desenvolvimentos na Infância

A Psicanálise destaca que há regiões obscuras e inconscientes em nosso psiquismo; a consciência (ego) não é realmente a dona plena de certezas, mas é a parte racional que pensa, planeja, elabora e tem noção da realidade. O ego é o mediador entre os impulsos e desejos inconscientes e as exigências do mundo real e social, incluindo-se aí a noção de ser pessoa única e indivisível (eu). Esse consciente nem sempre está fortalecido para enfrentamento de seus

próprios fantasmas. Quando a autoimagem ou autoestima é baixa, um mundo de sofrimentos pode desorganizar o psiquismo.

O desenvolvimento sexual é um dos aspectos desenvolvimentais que acompanham o crescimento da criança. Esse desenvolver é conjugado com o físico-motor, afetivo-emocional, psico-intelectual, social-cultural, etc., fazendo parte do conjunto complexo que compõe o ser humano em sua vida cotidiana. Esse é um ser de buscas, é desejante e realizador, tem mecanismos adaptativos-evolutivos, mas também tem ritmos e especificidades ou peculiaridades que as vezes não acompanham os graus ou intensidades dos conflitos desse viver social.

Os impulsos latentes estão prol da vida, do prazer e fuga da dor, mas também podem ser bloqueados pela aprendizagem social plena de regras, pressões e solicitações. O desenvolver humano pode ser traumático, contrário à natureza em prol da cultura e nesse processo, nem tudo dá certo!

Nessa evolução, tudo começa com as primeiras experiências da fase oral – não só pelas atuações reflexas da alimentação, mas as implicações assimilativas que promovem ou não a segurança e confiança ou a insegurança e a desconfiança, como as primeiras e fortes marcas básicas na estruturação da personalidade e sua formação psíquica (a partir do sensitivo).

Por outro lado, o caminho anímico dos dois aos cinco anos, é no nível cognitivo e afetivo, animado por fantasias, onde todas as coisas são vivas e animadas, onde moram as fadas, duendes, coelhinhos, papai Noel, heróis, bandidos e monstros. O pensar é imaginativo, intuitivo, prototáxico e

pré-lógico, o egocentrismo se une ao animismo na evolução dos processos desenvolvimentais e esses conteúdos vão se misturando com outros sentimentos, como os de amor e ódio, rejeição, carinho, abandono, aceitação, etc. Tudo faz parte do crescimento e condiz com as necessidades de conteúdos associativos bem úteis a esse desenvolver. Entretanto, a cada fase é preciso estarmos atentos ao processo com que esses conteúdos tomaram forma e significado para a criança.

Na fase escolar, a criança estará no período de latência, tendo acalmado um pouco a libido em termos das zonas de erotização e a atenção infantil que também se utiliza dessa força libidinal, busca o prazer das novas descobertas, o desejo de saber, de buscar, de socializar.

As experiências escolares também podem ser boas ou más, a escola pode representar a força de autoridade e repressão, pode gerar sentimentos de desvalorização pessoal e impotência ou pode representar apoio e segurança, lugar bom para evoluir e ser. A criança estará se preparando para nova fase - a genital, dos 7 anos em termos de puberdade/adolescência.

Nessa época, retornam algumas características das fases egocêntricas e negativistas. As contestações e os “nãos” dos três anos, o negativismo dos 11 e 13 anos são bem parecidos, só que envoltos num raciocínio mais lógico e dedutivo. Tudo surge como revivências, só que desta vez, repleto de ideais heroicos e realizadores, ao mesmo tempo que voltado às ânsias da sexualidade em relação ao “corpo do outro” misturados aos esforços de identidade significativa.

É enfático o papel dos pais e educadores, com crianças e adolescentes. As relações afetivas são marcantes na estruturação da personalidade. Além disso, o sexo hoje tem conotações diferentes daquelas da época freudiana e perpassa pelos novos valores e paradigmas de uma sociedade capitalista e consumista. Aspectos da mídia, da ciência, da tecnologia, etc., permeiam pela sexualidade na nova sociedade do “lenço descartável”. Como são os efeitos disso? e o “ficar”, como fica? “Onde achar segurança?” Quais os resultados afetivos na nossa juventude hoje?

Outros psicanalistas têm alterado algumas ideias, papéis e posições teóricas da Psicanálise de Freud, hoje são considerados aspectos midiáticos, ligados ao lazer e autenticidades, prazer, pluralidades X individualidades e todos tem efeitos especiais no desenvolver geral e em especial psicosexual das crianças em desenvolvimento.

Interatuações de Forças e a Psicanálise Infantil

Um conjunto de forças são sempre mobilizadas pela criança, assim como pelo adulto, no sentido da preservação da auto-regulação do organismo como um todo. Está presente ao longo do desenvolvimento. A bagagem genética, congênita, natal e pós natal, desde o início da vida, estão disponíveis para a preservação e não para a destruição. Entretanto, fatores vivenciais, sócio-culturais e até climáticos podem alterar o caminho dessas forças. Uma gama de relações e afetos também estão presentes na luta pela vida, pelo prazer e significação do viver, nas defesas e construções de toda a personalidade.

Certos padrões educacionais são bem favoráveis a um desenvolver saudável das crianças, mas há padrões de educação que são desastrosos ao desenvolver psicoemocional e até físico de muitas delas. Embora não se acredite que somos “frutos do meio” reconhecemos a força familiar como um dos primeiros “ambientes ecológicos” do desenvolver.

Del Nero (2005) diz que, juntos aos esforços elaboradores da criança para garantir seu crescimento e desenvolvimento saudável, uma mixagem de fatores forma certa parte básica à formação da personalidade infantil. Assim, exigências perfeccionistas, rejeições, instabilidades ambientais, pouca compreensão das características pessoais dos filhos, distanciamento das necessidades da criança, maus tratos, violências, etc... podem ser forças que estejam muito acima da capacidade da criança em responder às demandas do mundo à sua volta.

Muitas vezes elas ainda lutam, mobilizando suas defesas, e até usando insistência, rebeldias, choros, condutas de “pedidos de socorro”, resistências, etc... outras vezes acabam por optar pela desistência e posição de entrega e encolhimento, e são poucas as vezes em que a criança consegue trabalhar bem sua dor e suas necessidades junto ou se distanciando da família.

É comum que famílias disfuncionais, provoquem elaborações que conduzem a neuroses, fobias, transtornos nas aprendizagens escolares, busca pelas drogas, agressividades, depressões e outros tipos de demonstração de alta ansiedade.

A sensação de fragilidade e impotência infantil compromete bastante a formação da identidade, dificultando seus relacionamentos e realizações no seu meio social e escolar.

Há também os pais ou familiares altamente permissivos, protetores que, ao contrário de apoiar uma construção saudável, ajudam a criança na construção de uma personalidade exigente, egoísta (egocentrismo), indiferente ao valor do próximo, o que acaba por torná-los infelizes.

Entretanto, um dos piores e mais marcantes ambientes familiares é aquele indiferente, desligado, destituído de afetos e proteção, não oferecendo significação existencial – “síndrome do abandono”.

Algumas famílias modernas, de pais bem situados economicamente, oferecem aos filhos muito lucro, brinquedos, tecnologias atualizadas mas não tem tempo para oferecer afeto e atenção, deixando o espaço psicológico à descoberto. Muitas vezes esses jovens se tornam isolados socialmente, tem problemas nos afetos e relacionamentos e tem comprometimentos na autoestima saudável.

A ideia, na Psicanálise Infantil, é também levar em conta a Psicanálise dos pais ou familiares, penetrar no mundo escolar da criança, além do cuidado terapêutico com a criança. Chicchinato (2007) diz que “a criança é o sintoma dos pais” na maioria das vezes. Nem todo casal tem um engajamento afetivo propício a um desenvolver saudável de seus filhos. Não são poucas as relações onde está presente a discórdia, a angústia existencial dificultando a segurança de seus amados filhos.

A análise dos pais é um trabalho essencialmente clínico. Consiste na escuta integral dos pais, no acolhimento de suas

dúvidas, de suas angústias, na partilha de seus sofrimentos (p. 15).

Chicchinato lembra que, nesses tempos de mudanças no conceito e prática da autoridade paterna é bastante difícil encontrar-se um equilíbrio no processo educacional e relacional entre pais e filhos. Esse é um tempo de grande instabilidade familiar, psíquica e emocional e nós, psicanalistas e pessoas humanizadas temos muito a ajudar.

Observação

Vejamos agora temas específicos com os **textos** de Del Nero para melhor debatermos modalidades de análise e relação de ajuda com diferentes problemas da vida infantil.

RECOMENDAÇÃO DE LEITURAS

FREUD, Sigmund. **Obras psicológicas completas**. vol. I a XX (em especial vol. VII e X sobre Sexualidade Infantil). Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud.

MATURANA, H. R. **Da biologia à psicologia**. Artes Médicas, 2000.

CHECCINATO, Durval. **Psicanálise de pais: criança, sintoma dos pais**. RJ: Cia de Freud, 2007.

DEL NERO, Sonia. **Psicanálise das relações familiares**. SP: Vetor Editora, 2005.

COHEN, David. **A linguagem do corpo**. Petrópolis: Vozes, 2014.

PALAZZOLI, M. S. et al. **Os jogos psicóticos na família**. SP: Summus editorial, 2^a ed., 1998.

MALDONADO, M. T. **Cá entre nós: na intimidade das famílias**. SP: Integrare editora, 2006.

BEE, HELEN. **A criança em desenvolvimento**.

OAKLANDER, V. **Descobrimo crianças: a abordagem gestáltica com crianças e adolescentes**. 12^a ed., SP: Summus, 1990.

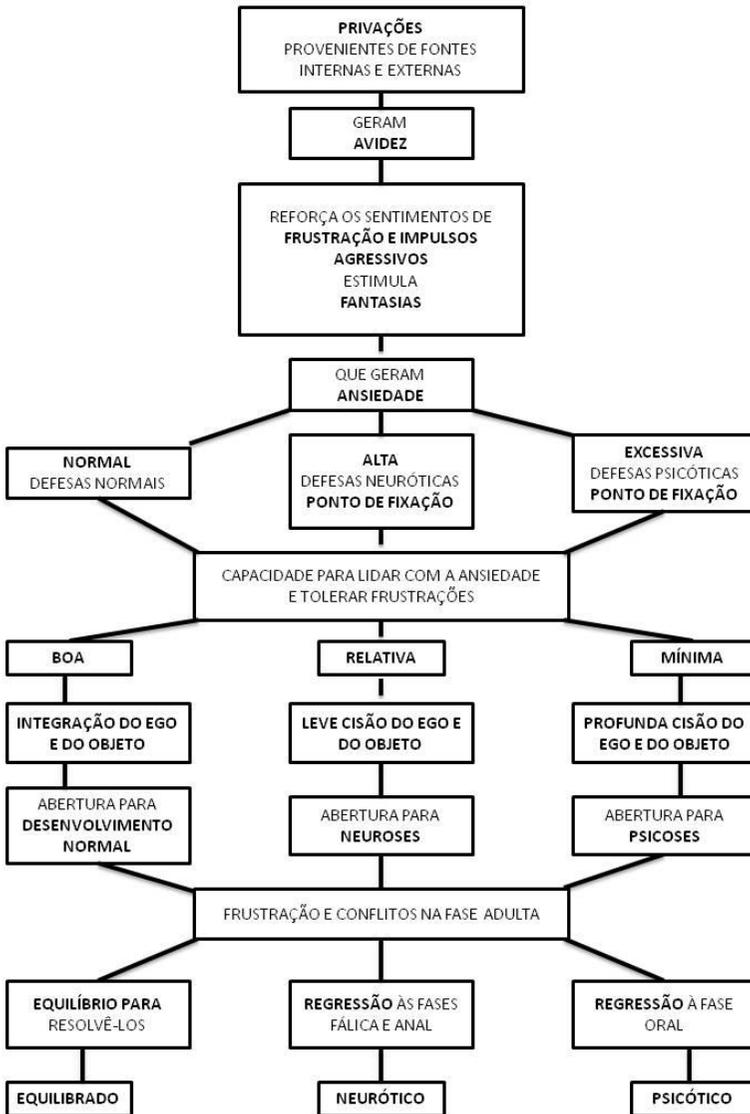
MUSSEN, CONGER, KAGAN, HUSTON. **Desenvolvimento e personalidade de criança**. SP: Habra, 2001.

FRIEDMAN, H. SCHUSTACK, M. W. Teorias da personalidade: da teoria clássica à pesquisa moderna. 2^a ed. Editora Pearson, 2005.

PAPALIA, Diane et al. O mundo da criança: da infância à adolescência. Mac Graw, Will Brasil.

PSICANÁLISE DAS RELAÇÕES FAMILIARES

Sonia Del Nero



Resumidamente podemos dizer que sempre uma estimulação proveniente do meio interno ou do meio externo gerar um aumento dos níveis de tensão interna, inconscientemente algumas operações defensivas entram em ação para combater esta tensão justamente para que a quantidade de tensão interna volte ao normal e o aparelho psíquico resgate seu equilíbrio energético ideal.

Ainda que os mecanismos defensivos sejam excelentes recursos para diminuir a tensão interna e façam com que o aparelho psíquico retome seu estado de equilíbrio energético ideal, não podemos esquecer que eles só minimizam o efeito (ansiedade/angústia) e não a causa daquilo que estava causando tensão interna. Em assim sendo, a raiva, a hostilidade, os desejos, as preocupações, os sentimentos de frustração etc, etc, etc, por não terem sido devidamente elaborados na consciência, ficam guardados no inconsciente da pessoa e continuarão provocando tensão interna. Se tudo o que está guardado no inconsciente puder ser descarregado e elaborado conscientemente, não só haverá um equilíbrio energético ideal dentro do aparelho psíquico como também haverá um equilíbrio emocional e psicológico para a própria pessoa como um todo; porém se estes conteúdos não tiverem espaço na consciência para serem devidamente descarregados e elaborados, eles continuarão provocando tensão interna e cada vez mais mecanismos de defesa terão de ser desenvolvidos para combater a ansiedade que continuamente passa a emergir.

O perigo dessa situação é que essa tensão emocional crônica, além de deixar a criança, o adolescente ou o adulto em constante desarmonia emocional, pode ser também fator fundamental para a predisposição de patologias crônicas. O

indivíduo, como digo em meu livro *Conflitos Intrapsíquicos* (2003), “em função de sua falta de adaptação interna ou externa, não consegue extravasar nem satisfazer suas necessidades e desejos adequadamente e pode encontrar na doença, e não só nas doenças físicas como em toda e qualquer produção sintomatológica, uma forma de satisfação substitutiva que embora, bem ou mal, acabe lhe trazendo algum alívio interno, lhe traz também muitos prejuízos à sua saúde física e mental”. Isto seria o mesmo que dizer que os sintomas, como por exemplo, as fobias, os rituais ou impulsos compulsivos, a insônia, as alterações de humor, as cóleras patológicas, as crises depressivas, as gastrites e úlceras, a asma, a gagueira, os acessos de tosse etc, etc, etc, aparecem como uma forma de solução inconsciente para um problema que não está tendo espaço para ser resolvido conscientemente.

Vamos ver a seguir, porque os sintomas são formados e por que eles aparecem como um meio de satisfazer um desejo inconsciente.

A ansiedade e a formação dos sintomas

Já vimos que as relações iniciais inadequadas entre pais e filho durante a infância, permeadas por hipocrisia, agressividade, rejeição ou excesso de mimos, superproteção, desavenças entre os familiares, maus-tratos, etc, predispõem o aparecimento de sentimentos opostos (amor e ódio) na criança tanto em relação a si mesma quanto em relação aos próprios pais.

A existência desses sentimentos contraditórios, por deixar a criança em conflito, torna-se um fator gerador de ansiedade. Para combater essa ansiedade são desenvolvidos mecanismos de defesa que, por sua vez, fazem gerar pontos de fixação que acabam prejudicando o desenvolvimento emocional da criança, pois, a partir desse momento, ela não só desenvolve traços de caráter que passam a fazer parte de sua personalidade como também tem início, nesse ponto, suas tendências neuróticas.

O resultado de todo esse represamento de seus sentimentos contraditórios, é a ansiedade permanente que acompanha esse conflito e a consequência desse estado de ansiedade crônica é o aparecimento de diversos distúrbios tanto emocionais quanto psicossomáticos.

Como as relações iniciais entre a criança e seus pais são a base para a estruturação da personalidade, é durante o processo psicosssexual de desenvolvimento (que vai desde o nascimento até 5/6 anos) que a criança, através de suas relações afetivas com os pais, constrói um conjunto de valores e suposições que vai determinar a imagem que ela tem, e futuramente terá, de si mesma e do mundo que a cerca. Esses valores e suposições, dependendo de como foi o seu desenvolvimento emocional nesta etapa de sua vida, serão mais ou menos precisos e adequados, seus conteúdos internos serão mais conscientes ou mais inconscientes, seu modo interno e externo de agir será mais rígido ou mais flexível e sua capacidade de lidar com os fatos da vida, com os imprevistos, com as situações de tensão, com as frustrações, com os obstáculos enfim, será mais estruturada ou mais desestruturada.

Vemos então, que se a criança percorrer sua infância em termos psicológicos e emocionais de modo fluido e construtivo não só esse período de sua existência será vivido dessa forma como as outras etapas de sua vida futura também. Porém, se nos primeiros cinco anos de ansiedade (ou a angústia) fez parte de sua vida e em muitos momentos foram criados pontos de fixação que impediram uma estruturação satisfatória de sua personalidade, certamente a sua forma de agir, de se comportar, de sentir e de enfrentar os obstáculos não será fluida e nem construtiva não só na infância como na fase adulta também pois sempre que se defrontar com uma situação frustrante que lhe gere uma ansiedade muito forte (e a vida está repleta dessas situações) a criança ou o adulto regredirá psicologicamente aos pontos de fixação criados nas fases iniciais de seu desenvolvimento e as desestruturações físicas e mentais, os distúrbios ou as doenças enfim, passam a aparecer como forma de satisfação substitutiva de desejos insatisfeitos.

É durante as diversas fases do desenvolvimento psicosssexual infantil que os distúrbios começam a ser estruturados. Eles aparecem, portanto, como uma forma de expressão das dificuldades encontradas pela criança de passar para uma fase seguinte em função da falta de habilidade interna para lidar com a ansiedade que surge como resultado dos conflitos intrapsíquicos que passam a fazer parte de sua vida desde muito cedo.

É justamente a sobrecarga de tensão interna que desequilibra o indivíduo. Se a criança, e posteriormente o adulto, não puder extravasar suas emoções e seus sentimentos de forma adequada, no lugar apropriado e no momento certo, haverá um aumento de tensão interna e a

descarga dessa tensão acumulada, desses conteúdos reprimidos ou recalçados, será feita através dos mais variados sintomas que aparecem portanto, como um sinal de ansiedade proveniente de toda uma tensão que está sendo excessivamente armazenada. Por isso é que devemos sempre cuidar da causa do problema e não só do seu efeito.

É muito comum ouvirmos algumas mães dizendo: “Meu filho está sempre doente. Mês passado estava com dor de ouvido; semana passada, com diarreia; hoje com dor de garganta. Eu estou sempre correndo para levá-lo ao médico”.

É claro que quando um sintoma aparece ele deve ser tratado, mas vamos pensar o que acontece quando tratamos o efeito e não a causa do problema: “se os sintomas aparecem como resultado da existência de níveis elevados de ansiedade que, por sua vez, foram produzidos pelo excesso de tensão interna, quando tratamos só dos sintomas podemos eliminar a doença mas não eliminamos aquilo que estava causando a doença” (Del Nero, 2003). Temos de dissolver o conflito inconsciente que continua gerando tensão interna e elevando cada vez mais os níveis de ansiedade. O conflito é o causador do problema. É ele que está produzindo a doença, o sintoma. Enquanto as tristezas, as emoções, os sentimentos, a raiva, a insatisfação, a hostilidade, o ódio... estiverem represados no inconsciente, toda a angústia que esses conteúdos geram internamente será expressa através dos sintomas.

Os sintomas são, portanto, a expressão simbólica de um conflito interno cujas raízes encontram-se na história infantil da pessoa.

A conquista da maturidade

O desenvolvimento da personalidade tem seu início logo após o nascimento e ocorre como resultado da interação de processos biológicos, psicológicos e sociais que se estendem até a fase adulta. Cada degrau galgado no processo evolutivo nos dá a possibilidade de aumentarmos o nosso grau de maturidade.

Por ser um processo dinâmico que envolve uma evolução psicológica contínua, a maturidade é paulatinamente adquirida durante as várias etapas da evolução humana.

Vamos descrever primeiramente as necessidades de todo e qualquer indivíduo e, em seguida, vamos analisar as exigências psicoafetivas ou psicológicas de cada ponto do processo evolutivo, passando do período inicial da vida do bebê até a fase adolescente.

Necessidades psicológicas do ser humano

Além das necessidades biológicas (viscerais, de segurança, de sexo, sensoriais e motoras) que precisam ser satisfeitas para que a pessoa tenha condições de manter-se e realizar-se, o organismo também tem algumas exigências psicológicas que precisam ser atendidas para que o seu crescimento e sua integração sejam atingidos.

Alguns pesquisadores do assunto apontam o fato de que as necessidades humanas organizam-se dentro de uma ordenação hierárquica. As necessidades biológicas

aparecem em primeiro plano enquanto não forem satisfeitas. Com a satisfação destas exigências básicas o indivíduo fica livre para dirigir sua energia à satisfação de suas necessidades de segurança, amor, afeição e realização do eu, que representam o desenvolvimento mais elevado da personalidade.

Em assim sendo, é somente depois de terem sido satisfeitas as suas necessidades básicas que as necessidades mais elevadas tornam-se dominantes, e é unicamente por intermédio de seus esforços para satisfazer as necessidades psicológicas que o indivíduo tem condições para realizar todas as suas potencialidades como ser humano.

De acordo com o pensamento de Maslow (1954), vemos que “um homem saudável é motivado fundamentalmente por suas necessidades de desenvolver e realizar suas potencialidades e capacidades mais completas. Se um homem tem, em sentido ativo ou crônico, outras necessidades básicas, é pouco saudável”.

Embora existam diferenças individuais e de grupo em relação ao desenvolvimento das necessidades psicológicas e também quanto aos objetivos buscados para a sua satisfação, aparentemente todos os indivíduos de todas as culturas precisam satisfazer, de acordo com a descrição de Coleman (1973), as seguintes necessidades: ordem e sentido; adequação e competência; segurança; aprovação social (participação, status); amor-próprio (valor); amor e ligação com os outros; ampliação e crescimento do eu.

Ordem e sentido

Todo indivíduo procura uma imagem significativa de seu mundo e de si mesmo com relação a esse mundo.

Esse esquema é fundamental para a avaliação de situações novas e predição do resultado de suas ações. A ambiguidade, o caos, a falta de estruturação são abominadas pelo homem pois são situações que saem do seu controle e os coloca a mercê de suas forças irracionais que, por sua vez, despertam-lhe angústia.

Adequação e competência

Quando percebemos que “nossos recursos de ajustamento são inadequados para enfrentar uma situação de tensão, tendemos a ficar confusos e desorganizados. Esse padrão aparece de forma nítida no medo diante do público ou em reações de pânico, mas a inadequação sentida em qualquer situação pode interferir no comportamento integrado e eficiente”. Para que o ser humano consiga obter e manter sentimento de adequação, ele “precisa adquirir suposições eficientes a respeito de seu mundo e desenvolver as capacidades intelectuais, emocionais e sociais necessárias para enfrentar as tarefas da vida”.

A motivação para a competência aparece através do processo de “verificação da realidade que envolve exploração e manipulação de tudo o que está ao nosso alcance e nos permite adquirir conhecimento prático e habilidades essenciais. Porém, “quando a verificação da

realidade conduz a sofrimentos, desaprovação social ou outros resultados desagradáveis, os sentimentos de inadequação e medo podem impedir atividades exploradoras normais e impedir o desenvolvimento de competências e conhecimentos necessários”.

Segurança

Esta necessidade desenvolve-se paralelamente à de adequação e está estreitamente ligada a ela. Como dentro de seu processo de desenvolvimento o ser humano logo aprende que o seu fracasso ao satisfazer suas necessidades biológicas ou psicológicas lhe traz resultados profundamente indesejáveis, ele aprende a lutar pela manutenção das condições que podem assegurar a satisfação de suas necessidades. No entanto, quando isto não ocorre, surgem os sentimentos de insegurança que, por sua vez, “levam à restrições em atividades, ao medo e à apreensão, bem como à impossibilidade de participar integralmente do que existe no mundo do indivíduo. Por isso, este deixa de ter muitas experiências de enriquecimento e crescimento” e seu processo de desenvolvimento passa a sofrer prejuízos.

Aprovação social (participação, status)

Desde muito cedo a criança necessita totalmente da assistência e da aprovação dos outros e aprende que quando segue as regras familiares e sociais é recompensada e

quando não, é castigada. O fato de ser aceito e aprovado pelos membros da família e por outros fora do grupo familiar torna-se um fator fundamental para a satisfação de muitas de suas necessidades biológicas e psicológicas e isto faz com que o seu poder de lutar para conseguir consideração positiva das pessoas que lhe são caras seja aprendido rapidamente.

Quando a aceitação interpessoal e de grupo não é conseguida, emerge um sentimento de solidão que derruba a pessoa num grande vazio fazendo com que sérios problemas passem a fazer parte de sua vida até que sua aceitação e aprovação sejam conquistadas novamente e a pessoa possa se recuperar emocionalmente outra vez, embora o trauma do vazio vivido fique encrustado no seu psiquismo pela violência da privação que sofreu naqueles momentos de rejeição familiar e/ou social.

Amor-próprio (valor)

Unidos às nossas necessidades de adequação e aprovação encontram-se os nossos sentimentos de amor-próprio e de que somos merecedores do respeito dos outros.

A estruturação do amor-próprio tem seu início na família através dos pais que passam a valorizar a criança desde cedo e posteriormente fora do âmbito familiar quando se “recebe confirmações contínuas de um sentimento de competência em áreas que permitem aprovação social”. Quase todos os seres humanos tentam ser atraentes para os outros, procuram conquistar “identificação com grupos

sociais aceitos e chegar a objetivos que lhes dêem aprovação e status”. Através de todas essas formas aumentamos nossos sentimentos de valor e amor-próprio. “É difícil obter e manter a auto-aprovação se não tivermos a confirmação da aprovação social – sobretudo da aprovação das pessoas mais importantes para nós”.

Amor e ligação com os outros

A necessidade de criação de vínculos afetivos que nos permitam amar e sermos amados é de fundamental importância para o bom desenvolvimento da personalidade.

Todos nós precisamos manter relações afetuosas e de amor com outras pessoas e estamos de alguma forma, sempre buscando uma união afetivamente mais estreita com os que nos cercam por meio dos vínculos que mantemos com nossa família e nossos amigos.

E como fica uma criança criada num ambiente em que a interação mãe-filho é pobre de amor e de “cuidados” maternos?

Aqui cabe falar dos perigos da carência afetiva e, para tanto, devemos nos apoiar em suas atuais definições para que possamos entender o que ocorre com uma criança criada no seio de “famílias-problema”, “famílias de risco” ou “famílias sem qualidade”.

Como a carência afetiva deve ser entendida sob vários aspectos, é importante que sua definição não seja focada sob um único prisma, mas englobe as três dimensões relativas à

interação mãe-filho: a insuficiência, a descontinuidade e a distorção dos laços afetivos.

A insuficiência de interação está relacionada à ausência da mãe ou da pessoa que a substitua (institucionalizações precoces). A descontinuidade dos laços traz à tona as separações da mãe ou substituta. E, finalmente, a distorção que diz respeito à qualidade da relação envolvendo a própria personalidade desajustada da mãe (mãe perfeccionista, mãe violenta, etc.).

Os resultados da carência afetiva vão variar emergindo, portanto, de acordo com a sua natureza (insuficiência, descontinuidade ou distorção), de acordo com a sua duração, com a qualidade dos cuidados maternos que precederam a situação de carências afetiva e de acordo com a idade da criança.

Efeitos de carência afetiva por insuficiência

- Aparecimento frequente de distúrbios com características psicossomáticas e/ou infecções, como por exemplo: otites, rino-faringites, resfriados, vômitos, etc. É comum haver um atraso no desenvolvimento da altura/peso;
- A falta de estimulação produz problemas nos movimentos dos membros do corpo;
- Olhar distante e não mantém interação com adulto;
- O contato corporal existe mas é permeado por passividade e uma submissão à interação não denotando ser a criança ativa na troca;

- Intolerância e pequenas frustrações principalmente se a criança for acariciada podendo tornar-se “colérica”;
- Seu desenvolvimento “social” geralmente é retardado e minado por trocas agressivas;

Se não houver um tratamento dirigido às causas dessa carência parcial, futuramente essas crianças, em função do profundo trauma registrado em seu processo de evolução emocional, poderão desenvolver doenças mais preocupantes como, por exemplo, uma depressão de longa duração e uma pré-psicose.

Efeitos da carência afetiva por descontinuidade dos laços

As repetições das separações mãe-filho geram na criança uma angústia permanente que se expressa através de sua extrema dependência ao meio (“reação de apego angustiada”) e quando a separação se estende por um longo espaço de tempo, observa-se:

- uma constante paralização do desenvolvimento afetivo e cognitivo;
- perturbações de ordem somática envolvendo periodicidade de doenças e infecções;
- afecções psicossomáticas (anorexia, enurese, distúrbios do sono);
- quadros depressivos;
- na criança maior, dificuldades frequentes de adaptação à escola e distúrbios do comportamento.

Efeitos da carência afetiva por distorção

A carência afetiva por distorção frequentemente ocorre em famílias (famílias-problema) que vivem em condições socioeconômicas difíceis e precárias onde o alcoolismo e a violência entre os adultos e os maus-tratos ao filho são habituais podendo causar na criança manifestações de apego ansioso, episódios somáticos, perturbação constante, distúrbios articulatórios, dificuldades intelectuais (debilidade limite ou leve), distúrbios do comportamento, condutas antissociais, fracasso escolar, alto risco de marginalidade, delinquência e psicopatia.

É muito comum que na história de vida de adolescentes que sofrem os efeitos da carência afetiva por distorção que, além de tantos outros problemas, esse conteúdo de “família-problema” esteja presente e que seja ele o principal fator de sua personalidade desajustada.

Ampliação e crescimento do eu

Os esforços de todos os seres humanos estão sempre voltados para o seu crescimento, o seu aperfeiçoamento e para a realização de suas potencialidades.

Huxley (citado em Coleman, 1973) confirma esse aspecto quando diz:

A vida humana é uma luta – contra a frustração, a ignorância, o sofrimento, o mal, a desesperante inércia das

coisas, mas é também uma luta *por* alguma coisa (...). E realização parece descrever, melhor do que qualquer outra palavra, o aspecto positivo do desenvolvimento e da evolução do homem – a realização de capacidades intrínsecas pelo indivíduo, e de novas possibilidades pela espécie; a satisfação de necessidades, espirituais e materiais; o aparecimento de novas qualidades de experiências que podem ser apreciadas; a formação de personalidades.

Criada em ambiente acolhedor, a criança terá condições de desenvolver formas para expressão criadora do eu, para descobrir satisfações mais amplas, para criar vínculos mais ricos com o mundo que a cerca, para empregar suas potencialidades, para ser um indivíduo em toda sua totalidade e completude.

Vimos, de uma forma ampla, quais as necessidades psicológicas de todo e qualquer ser humano que devem ser satisfeitas para que seu desenvolvimento psicosssexual se realize de modo satisfatório e equilibrado.

Agora vamos nos ater às necessidades psicoafetivas do indivíduo, desde o seu nascimento até a adolescência.

Necessidades psicoafetivas até um ano de idade

Depois de perder o conforto e a total segurança que tinha com a mãe na sua relação simbólica pré-natal, o bebê é dominado pela angústia do nascimento proveniente da dor de sua vinda a uma nova realidade e da perda da satisfação plena da vida intra-uterina. Ele sai do silêncio aconchegante do ventre de sua mãe e entra num mundo repleto de

privações que o obriga a lutar tanto pela própria sobrevivência e pela adaptação à nova condição em que se encontra quanto pela manutenção do equilíbrio homeostático.

Esse novo mundo, sentido como agressivo e hostil, o deixa muito tenso pois sente a presença desses novos fatores em sua vida como uma perseguição que o ameaça ininterruptamente.

Desde as primeiras semanas após seu nascimento, portanto, a ansiedade persecutória passa a fazer parte do mundo psíquico do bebê.

Com todas essas transformações advindas da mudança de meio (intra para extra-uterino), o bebê, além de precisar proteger-se do frio e ter de saciar sua fome e sua sede, ele apresenta necessidades psicoafetivas muito importantes que influenciarão diretamente no seu desenvolvimento psicológico para o resto de sua vida.

Muitos pais acreditam que o alinhamento corretamente, levando o bebê ao médico periodicamente e deixando-o sempre “limpinho” está tudo resolvido. No entanto, sabemos que paralelamente a todos esses cuidados, o ser humano precisa satisfazer suas necessidades psicológicas fundamentais como amor, segurança, contato físico, atenção e confiança.

Nesse período de amamentação, que deve se estender pelo menos até o desmame, o enfoque qualitativo é de extrema importância para o desenvolvimento sadio da criança ou seja, não basta alimentar o bebê pois o fundamental para a boa formação de sua personalidade é a forma como a mãe alimenta o filho pois além do leite, ele incorpora a voz, o

cheiro, o olhar, a compreensão, as carícias que a mãe faz em seu corpo quando está no colo, o amor da mãe. É este conjunto de “alimentos” que, além de proporcionar ao bebê uma sensação prazerosa, o auxilia a perceber os seus limites e através deles, criar condições de estruturar o seu esquema corporal para a configuração do próprio eu. Outro ponto de suma importância para que os vínculos de amor e confiança possam ser criados é a estabilidade da figura materna ou seja, uma só pessoa deve cuidar do bebê, principalmente no momento das mamadas.

O grande perigo durante os primeiros anos de vida de uma criança e em especial até os doze meses, que se torna uma profunda ameaça para a formação de uma personalidade sadia e sua conseqüente obtenção da própria maturidade emocional, reside na falta de afeto dos pais em relação ao filho.

Em muitas famílias os cuidados afetivos são substituídos por atitudes rígidas, intolerantes e negligentes e estas privações qualitativas indubitavelmente produzirão deficiências no desenvolvimento como um todo: a criança andar e falar tardiamente; o esquema corporal é lesado e com ele a estruturação do seu próprio “eu”; as relações afetivas sofrem sérios prejuízos e a possibilidade de estabelecimento de futuros quadros psicopatológicos, como psicose e esquizofrenia, está instalada.

Um outro ponto muito importante que também merece a atenção dos pais é o desmame pois se for realizado precocemente, de forma forçada ou tardiamente, também poderá provocar sérias perturbações mentais futuras na criança.

O desmame deve ser vivenciado, então, de forma gradativa, sendo seu início por volta do quinto ou sexto mês e seu término ao redor do nono, décimo ou décimo primeiro mês, conforme as necessidades de cada bebê e da coragem e da flexibilidade de cada mãe para suportar as angústias de ambos.

Concluindo, podemos dizer que o que importa realmente nesse período é a qualidade da relação figura materna-bebê. É ela que vai determinar o futuro mental, intelectual e emocional da criança e é justamente esse vínculo qualitativo, permeado de afeto, carinho, amor, compreensão e carícias, que direcionará o bebê para um desenvolvimento sadio e não patológico.

Necessidades psicoafetivas de dois a três anos

Com a maturação do controle muscular, tem início o desenvolvimento de uma série de funções como o andar, comer sozinho e a linguagem que lhe dão condições de ter uma maior autonomia em relação aos pais e, em especial, à mãe.

Como nesse período de dois a três anos a criança aprende a controlar os esfíncteres e a bexiga, tanto um quanto o outro, em suas fantasias, são sentidos como veículos de realização de seus desejos agressivos e amorosos. Em assim sendo, as fezes e a urina podem ser, na mente da criança, oferecidos à mãe como presentes, quanto podem ser dadas como elementos de sua própria agressividade que destruirão a mãe.

Como nesse período de dois a três anos a criança aprende a controlar os esfíncteres e a bexiga, tanto um quanto o outro, em suas fantasias, são sentidos como veículos de realização de seus desejos agressivos e amorosos. Em assim sendo, as fezes e a urina tanto podem ser, na mente da criança, oferecidos à mãe como presentes, quanto podem ser dadas como elementos de sua própria agressividade que destruirão a mãe.

Se a criança se sentir amada, oferecerá as suas fezes e sua urina à mãe como recompensa pelo amor que recebe mas, se sentir hostilizada, recusa-lhe as fezes, guardando-as pra si.

Dessa forma, as fezes tem, então, um valor positivo à medida que é objeto da atenção materna e são dadas a ela como recompensa pelo amor que a mãe lhe dedica, e têm um valor negativo e agressivo à medida que não correspondem às exigências da mãe e por isso são retiradas ou seja, a retenção das fezes é o modo que a criança encontra de expressar o seu ressentimento em relação a hostilidade da mãe e de vingar-se dela não a satisfazendo no momento em que a mãe deseja.

É nesse período do desenvolvimento da criança que a teimosia, o sadismo, o masoquismo começam a ser delineados e, conforme forem sendo criados pontos de fixação nessa fase do desenvolvimento infantil, as portas para a paranoia e a neurose obsessiva na vida adulta ficam abertas.

Necessidades psicoafetivas de três a cinco anos

Nesta fase, a masturbação e a descoberta das diferenças sexuais anatômicas passam a fazer parte da vida da criança e com elas outras situações despontam também: a angústia de castração, a situação edipiana e a resolução do conflito edipiano que aparece como reflexo da renúncia da satisfação sexual com seus pais e de sua consequente identificação com o objeto do mesmo sexo.

A masturbação, embora seja uma atividade exploratória do próprio corpo e uma forma que a criança tem de conhecer-se a si mesma e ir se desenvolvendo cada vez mais, em muitas famílias ela é motivo de punição, repreensão e proibição por parte dos adultos.

A atividade masturbatória, no entanto, faz parte do desenvolvimento normal da criança, produz satisfação e alívio das tensões pela sua descarga e a auxilia a explorar-se e a reconhecer-se.

Em relação à descoberta ou à constatação das diferenças anatômicas o foco da atenção infantil fica, nesta etapa, não só todo voltado para elas como também para as suas funções. É nesse momento que os infundáveis questionamentos feitos aos pais têm início. A criança quer respostas que diluam as suas dúvidas e que as façam descobrir qual é o seu papel no universo. Quando reconhece a desigualdade ela não apenas descobre que existem diferenças no mundo, que nem todos são iguais, que ela é um menino ou uma menina, que os pais são diferentes, mas também que ela é um ser com inúmeros desejos e que nem todos eles podem ser satisfeitos.

É muito importante, portanto, os pais responderem a esses questionamentos do filho, não só para que a sua curiosidade seja satisfeita mas, sobretudo, para que ele crie condições de saber quem é ele na realidade.

Além de tantos questionamentos próprios dessa fase, a criança passa a imitar os adultos e vai tornando-se cada vez mais independente e segura embora ainda esteja muito dependente dos cuidados familiares. Seu poder de iniciativa vai se intensificando e a realidade externa vai sendo testada e verificada a todo momento.

A grande ameaça ao desenvolvimento da criança, não só nessa fase como em todas as demais, está nas atitudes permeadas de rigidez e autoritarismo excessivo dos pais pois esses comportamentos são internalizados pela criança e sua espontaneidade, sua criatividade, sua flexibilidade, sua imaginação, sua confiança em si mesma, sua segurança, seu poder de iniciativa (elementos fundamentais para o bom desenvolvimento emocional), ficam bloqueados e sua evolução truncada.

Pontos de fixação nesta fase do desenvolvimento podem resultar nas seguintes psicopatologias: *nas crianças* – dispraxias (perturbações da lateralidade, do equilíbrio, do ritmo, da motricidade), dislexia e hiperatividade; *no adulto* – histeria (somatizações – punição ao próprio corpo e fobias).

Necessidades psicoafetivas dos seis aos onze anos

Embora nesta fase a criança pareça mais tranquila, ela necessita muita atenção e muitos cuidados, o que,

infelizmente, na maioria das vezes não ocorre por parte dos pais e professores.

Toda a sua vida neste período deve ser permeada de segurança e sossego uma vez que é um momento em que ela terá de resolver inúmeras tarefas dentro do ambiente familiar e escolar que lhe despertarão o senso de dever e realização e a consequente capacidade de execução de suas obrigações e encargos.

É uma época de aquisição de conhecimentos, de novos valores culturais e de intensa socialização. Muitas festas, aniversários, reuniões em grupo e passeios fazem parte de sua vida e os pais devem estimular esses encontros com os amigos ainda que de modo muito discreto continuem a supervisionar, sem magoar ou impor agressivamente seus desejos, a vida do filho.

Pais que “prendem” muito seus filhos dentro de casa sem permitir que mantenham esse convívio fundamental com outras crianças poderão gerar neles, além de uma grande frustração, uma ausência de sentimento de realização e de união.

Esses sentimentos podem não ser manifestados nessa fase mas certamente se manifestarão carregados de agressividade na etapa seguinte, na adolescência, onde a aparente calma desse momento atual cede lugar a uma intensa turbulência que normalmente acompanha esse período.

Adolescência

A adolescência é uma fase de transição da vida infantil para a vida adulta. Muitas transformações físicas, fisiológicas, sociais, familiares e psicológicas começam a ocorrer.

Os impulsos sexuais e agressivos que até este momento se manifestavam de forma branda, agora tomam conta da vida do jovem e algumas formas de comportamento tipicamente adolescente como mau humor, insatisfação, irritabilidade, tensão, insubordinação aos valores e normas até então aceitos bem como sentimentos de estranheza, inadequação, timidez, vergonha e confusão, passam a compor a sua vida diária.

Além de todas essas mudanças ocorridas em sua vida, a necessidade de se tornar independente dos pais também começa a despontar trazendo concomitantemente a esse desejo muita insegurança que, por sua vez, desperta-lhe hostilidade e rebeldia em relação às figuras parentais.

Como o adolescente revive nesta fase do seu desenvolvimento, consciente ou inconscientemente, as situações experienciadas no passado, as dificuldades vivenciadas nesse período de transição aparecerão de acordo com as suas experiências infantis.

Se teve uma infância equilibrada, vivida dentro de um ambiente compreensivo, sua adolescência também será tranquila, mas, se sua vida infantil foi repleta de traumas obviamente todas as expressões e comportamentos próprios dessa fase se manifestarão de forma exacerbada ou patológica.

As relações afetivas vivenciadas na infância é que vão, portanto, determinar o grau de dificuldade do adolescente para enfrentar esse novo período.

Ainda que um adolescente tenha tido uma infância conturbada é lógico que nessa fase de transição biopsicossocial se ele tiver um ambiente acolhedor, compreensivo, tolerante e bem estruturado, a intensidade de seus conflitos poderá ser amenizada e a superação de suas dificuldades poderá ser mais acelerada.

Se o período adolescente, no entanto, for vivenciado de forma traumática, certamente o jovem não terá condições psicológicas para elaborar as tantas situações críticas próprias deste momento e a sua adolescência será vivida de modo patológico.

Os resultados desse traumatismo podem se expressar de diferentes formas, indo desde um ativismo sexual acompanhado de inibição da atividade intelectual ou criadora até a anorexia nervosa, as toxicomanias e/ou a instauração da esquizofrenia.

Alerta aos pais

Como vimos, as relações afetivas entre pais e filhos (e dentro dessas relações afetivas devemos incluir também o contexto escolar, social, religioso, etc.) são de suma importância para a estruturação da personalidade e são as situações infantis vivenciadas pela criança no seio familiar, desde o seu nascimento, que vão determinar seu futuro psicológico.

Vamos aqui apontar algumas dessas situações familiares negativas que podem produzir na criança desestruturações ou desorganizações patológicas:

- 1) instabilidade emocional, agressividade, hostilidade e irritabilidade dos pais podem provocar traumatismos psíquicos na criança;
- 2) rejeição consciente ou inconsciente dos pais, e em particular da mãe, em relação ao filho;
- 3) superproteção, supergratificação (mimar excessivamente);
- 4) exigências perfeccionistas e ambições não realistas para a criança;
- 5) padrões morais de educação muito rígidos e fora da realidade;
- 6) disciplina defeituosa (excesso de liberdade, disciplina severa ou incoerente);
- 7) atitudes e comportamentos incoerentes dos pais;
- 8) criar problemas de rivalidade entre irmãos;
- 9) desavenças conjugais e uniões desfeitas;
- 10) pais como modelos inadequados ou deficientes;
- 11) exigências contraditórias;
- 12) ridicularizar ou desvalorizar a criança em público.

Em contraposição às situações familiares negativas, podemos apontar alguns fatores fundamentais que devem ser levados em conta na formação de uma personalidade sadia:

- 1) Pais sadios e psicologicamente equilibrados;

- 2) Família ajustada que compreende e estimula o desenvolvimento do filho;
- 3) Vínculos afetivos sinceros entre pais e filhos;
- 4) Segurança;
- 5) Atitudes coerentes e justas dos pais;
- 6) Elogios e valorização dos pais em relação às tarefas e capacidades do filho.

Bibliografia

ABERASTURY, A. KNOBEL, M. **A adolescência normal**. 10. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

COLEMAN, J. C. **A psicologia do anormal e a vida contemporânea**. vol. 1. São Paulo: Pioneira, 1973.

DEL NERO, S. **Caminhos do inconsciente**. São Paulo: Vetor, 2003.

_____. **Conflitos Intrapsíquicos**. São Paulo: Vetor, 2003.

_____. **Eros e Thanatos: fundamentos psicanalíticos**. São Paulo: Vetor, 2002.

ELKIND, J. **Crianças e adolescentes: ensaios interpretativos sobre Jean Piaget**. 2. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1975.

ERICK, F. **A missão de Freud: uma análise de sua personalidade e influência**. Rio de Janeiro: Zahar, 1965.

FREUD, S. **Algumas ideias sobre o desenvolvimento e regressão-etiológica: conferência XXII**. in: **Obras Completas**. v.XVI. Rio de Janeiro: Imago, 1969.

_____. **Fixação em traumas - o inconsciente: conferência XVIII**. In: **Obras Completas**. v.XVI. Rio de Janeiro: Imago, 1969.

_____. **Inibições, sintomas e ansiedade**. In: **Obras Completas**. v. XX. Rio de Janeiro: Imago, 1969.

GESELE, A. e ILG, F. **L'Enfant de 5 à 10 ans**. Paris: P.U.F., 1949.