



Universidades Lusíada

Costa, Susana Ferreira da
Teixeira, Sandra

“A história não tem de ser o destino” : o risco psicossocial em crianças com famílias disfuncionais

<http://hdl.handle.net/11067/3511>
<https://doi.org/10.34628/wf48-z984>

Metadados

Data de Publicação	2016
Resumo	Na nossa experiência num Serviço de Psiquiatria e de Saúde Mental da Infância e da Adolescência confrontamo-nos com crianças e adolescentes com comportamentos de auto e hetero-agressividade, impulsividade, bullying, furtos, consumos de álcool e drogas, que têm um grande impacto nas suas vivências, na família, na escola e na comunidade. Estes comportamentos devem ser entendidos como uma forma de expressão do sofrimento psíquico. Ao procurarmos compreender as histórias familiares destas crianças e...
Palavras Chave	Crianças em risco - Psicologia, Crianças em risco - Serviços para, Crianças em risco - Aconselhamento, Crianças em risco - Saúde mental, Famílias disfuncionais
Tipo	article
Revisão de Pares	Não
Coleções	[ULL-IPCE] RPCA, v. 07, n. 1-2 (Janeiro-Dezembro 2016)

Esta página foi gerada automaticamente em 2024-09-21T12:21:12Z com informação proveniente do Repositório

“A HISTÓRIA NÃO TEM DE SER O DESTINO”
O RISCO PSICOSSOCIAL EM CRIANÇAS COM FAMÍLIAS DISFUNCIONAIS

Susana Ferreira da Costa
Sandra Teixeira
Hospital de Santa Maria

Resumo: Na nossa experiência num Serviço de Psiquiatria e de Saúde Mental da Infância e da Adolescência confrontamo-nos com crianças e adolescentes com comportamentos de auto e hetero-agressividade, impulsividade, bullying, furtos, consumos de álcool e drogas, que têm um grande impacto nas suas vivências, na família, na escola e na comunidade. Estes comportamentos devem ser entendidos como uma forma de expressão do sofrimento psíquico.

Ao procurarmos compreender as histórias familiares destas crianças e adolescentes encontramos padrões transgeracionais que se repetem, como negligência, abandono, abusos emocionais, físicos e sexuais, perdas, disfunção familiar e incapacidade de contenção e protecção. Muitas destas crianças pretendem com estes comportamentos recuperarem o objecto amado, numa procura de limites, que lhes permitam uma maior reorganização interna, um sentimento de contenção e de protecção.

É necessária uma intervenção atempada e adequada para que estas crianças e adolescentes não corram o risco de virem a desenvolver comportamentos anti-sociais. Uma vez que nem todas as famílias demonstram competências como cuidadoras de crianças e adolescentes em situações de risco, é fundamental desenvolver apoios parentais na comunidade. Logo, é essencial uma intervenção multidisciplinar que abranja as diversas valências nomeadamente a saúde mental e intervenção social, pedagógica e jurídica.

À luz destas reflexões teóricas iremos ilustrar com algumas vinhetas da nossa experiência clínica.

Palavras-chave: Criança, Adolescente, Risco, Padrões transgeracionais, Intervenção e prevenção.

Abstract: Due to our experience in a Psychiatric and Mental Health Service for Children and Adolescents we are often faced with children and adolescents with self and hetero-aggressiveness, impulsivity, bullying, theft, consumption of alcohol and drugs which have a great impact on their experiences, on their families, at school and in the community. These behaviours should be understood as an expression of psychic suffering.

When we attempt to understand the familiar stories of these children and adolescents we can find transgenerational patterns that are repeated, as neglect, abandonment, emotional, physical and sexual abuse, loss, family dysfunction and failure of containment and protection. What many of these children are looking for with these behaviours is to recover the object beloved, in a demand for boundaries that might enable them to obtain a greater internal reorganization, a sense of restraint and protection.

With timely and adequate intervention these children and adolescents might not run the risk of developing anti-social behaviours. Knowing that not all families demonstrate skills as carers of children and adolescents in situations of risk, it is important to develop parental support in the community. Thus it becomes essential to undertake a multidisciplinary intervention covering the various valences, namely mental health and social, legal and educational assistance.

We will illustrate these theoretical reflections with some vignettes from our clinical experience.

Keywords: Adolescent, Children, Risk, Transgenerational, Prevention and intervention.

Introdução

A violência interpessoal, pode ser traçada ao longo de um contínuo invisível, desde impercetível, e mesmo não relatada, a atos de coerção, a atos extremos e agressões de ameaça à própria vida. Wolfe, Wekerle e Scott, (1997), exprimem várias formas de definir atos violentos, porque existe uma grande variabilidade no que pode ser considerado como violento e inapropriado. Por essa razão, definir-se-á a violência como qualquer tentativa de controlo e domínio de outra pessoa. Assim considera-se que a violência não se limita apenas ao exercício de atos físicos. Engloba outras formas, como a violência psicológica, que pode ocorrer através do isolamento, do limitar ou controlar o exercício de certas tarefas ou papéis, verbalizações insultuosas, controlo e domínio por ameaça de dano a si próprio ou a outros, intimidação e ciúme.

Sani (2002) salienta que a experiência de violência pode ter um impacto muito negativo nas pessoas e especialmente nas crianças, uma vez que estas são mais vulneráveis. Tal impacto na criança irá depender de muitos fatores entre eles algumas características e predisposição da vítima. Por exemplo, o género, a idade, e nível de recursos emocionais e cognitivos capazes de mediar a ansiedade, associada ao perigo objetivo ou fantasiado. Outros mediadores importantes do impacto podem estar ligados à própria natureza do incidente, o tipo de crime, frequência, previsibilidade, experiências anteriores, proximidade física ao evento ou familiaridade da vítima com o ofensor.

Os maus tratos em crianças e adolescentes constituem um grave problema social e de enorme complexidade. A violência para com os menores manifesta-se através de formas muito diferentes, como maus tratos físicos, abuso emocional ou psicológico, abuso sexual, negligência, abandono, exploração no trabalho e exercício abusivo da autoridade.

De uma forma genérica, os maus tratos podem ser definidos, segundo Magalhães (2002) como qualquer forma de tratamento físico e/ou emocional, não accidental e inadequado, resultante de disfunções e/ou carências nas relações entre crianças ou jovens e pessoas mais velhas, num contexto de uma relação de responsabilidade, confiança e/ou poder. Podem manifestar-se por comportamentos ativos (físicos, emocionais ou sexuais) ou passivos (omissão, ou negligência nos cuidados e/ou afetos). Pela maneira reiterada como geralmente acontecem, privam o menor dos seus direitos e liberdades afetando, de forma concreta ou potencial, a sua saúde, desenvolvimento físico, psicológico, social e /ou dignidade. Estes conflitos podem observar-se em diferentes contextos,

designadamente o familiar, o social e o institucional.

As formas de maus tratos com mais frequência e relevância são:

- Negligência, que constitui um comportamento regular de omissão, relativamente aos cuidados a ter com o menor, não lhe sendo proporcionada a satisfação das suas necessidades em termos de cuidados básicos de higiene, alimentação, segurança, educação, saúde, afeto, estimulação e apoio, no contexto dos recursos disponíveis pela família. Pode ser voluntária, com a intenção de causar dano, ou involuntária, resultante, da incompetência dos cuidadores para assegurar os cuidados necessários e adequados.
- Os Maus tratos físicos, que corresponde a qualquer ação, não acidental, por parte dos cuidadores. O dano resultante pode traduzir-se em lesões físicas de natureza traumática, doença, sufocação, intoxicação ou síndrome de Munchausen.
- O Abuso sexual, que se traduz pelo envolvimento do menor em práticas que visam a gratificação e satisfação sexual do adulto, numa posição de poder ou de autoridade.
- O Abuso emocional, ato de natureza intencional caracterizado pela ausência ou inadequação, persistente ou significativa, ativa ou passiva, do suporte afetivo e do reconhecimento das necessidades emocionais da criança. Dele resultam efeitos adversos no desenvolvimento físico e psicossocial da criança e na estabilidade das suas competências emocionais e sociais, com conseqüente diminuição da autoestima.

Nota Histórica

Magalhães (2002), no seu livro “Maus Tratos em Crianças e Jovens”, faz um breve resumo da história de como a criança era vista pela sociedade:

DeMause considera a história da criança dividida em seis fases. A fase do infanticídio (desde a Antiguidade até ao século III); fase do abandono (do século IV ao XIII); fase da ambivalência (do século XIV ao XVII); fase da intrusão (Século XVIII); fase da socialização (século XIX e primeira metade do século XX); e fase da ajuda (desde a segunda metade do século XX).

Numa perspetiva da saúde Díaz Huertas reconhece cinco períodos na história dos maus tratos infantis: A do desconhecimento (até 1946); da descrição de síndromas sem as identificar (1946-1961); da identificação (1962 até meados da década de 1970); do reconhecimento (meados da década de 70 a meados da década de 80); e da prevenção (desde meados da década de 80).

Na Antiguidade, o infanticídio era uma prática habitual que perdurou nas culturas orientais e ocidentais até ao século IV d.C.

Na Roma Antiga, o direito à vida era outorgado em ritual, habitualmente pelo pai, sendo ilimitados os seus direitos sobre os filhos. Aristóteles advogava que o filho, tal como o escravo, era propriedade dos pais pelo que nada do que se fizesse com ele seria injusto.

O aparecimento do Cristianismo e a conversão do Imperador Constantino

ao mesmo, provocou uma mudança fundamental da atitude da sociedade. Este imperador, que foi o autor da primeira lei contra o infanticídio, influenciou decisivamente o percurso histórico da questão da violência exercida sobre os menores, através do reconhecimento dos seus direitos.

Durante a idade Média não se conheciam as especificidades da infância nem as características das diferentes fases do crescimento.

Entre os séculos XIV e XVII as crianças, até aqui entregues a uma ama ou instituição, começaram a fazer parte da vida afetiva dos pais. Surgiram instituições com o fim de as proteger e educar e foi recomendada a limitação ou moderação da prática do castigo físico.

Durante os séculos XVII e XVIII a proteção das crianças era feita através do seu internamento em instituições. Esse internamento obedecia mais aos interesses da comunidade do que aos da criança. Nesse período, a infância começou, finalmente, a ser encarada como uma etapa específica da vida, necessitando de atenções especiais.

Em 1963, S. Vicente de Paulo criou o “Hôpital des Enfants Trouvés” para acolher crianças abandonadas.

Durante a segunda metade do século XVIII, Jean Jacques Rousseau, precursor da psicologia infantil, declarou a criança como um ser com valor próprio e digna de respeito, com direitos (nos quais se incluía o de não ser fisicamente punida) e múltiplas capacidades, considerando imprescindível conhecer as suas necessidades. No entanto, ainda nesse século, foi criada a “Roda”, onde as crianças abandonadas eram expostas acabando muitas delas por perecer.

O interesse pela proteção infantil apareceu, definitivamente, no século XIX, como consequência da Revolução Industrial, apesar de ter trazido consigo a exploração do trabalho infantil.

Em 1860, em França, começaram a ser denunciados os casos de maus tratos infantis.

Em 1874, constituiu-se o primeiro reconhecimento oficial de um caso de maus tratos infantis. Na sua sequência fundou-se em Nova York, a “Society for Prevention for Cruelty to Children”. Poucos anos depois criaram-se sociedades anglo-saxónicas homólogas e, deste modo, a sensibilidade pública face à criança maltratada foi aumentado, começando a surgir leis de proteção à infância.

Na I Guerra Mundial, Gebbs fundou em Genebra, em 1920, a “União Internacional de Socorros às Crianças” e dotou-a de uma carta de cinco princípios, aprovados pela 5ª Assembleia da Sociedade das Nações (1924), conhecida pela “Carta dos Direitos da Criança ou Declaração de Genebra”, a qual foi reconhecida pela legislação de vários países.

A II Guerra Mundial veio dar novo impulso à evolução. Foram criados organismos como, em 1947, a UNICEF. Em 10 dezembro de 1948, foi aprovada a “Declaração Universal dos Direitos Humanos” e, em 20 de novembro de 1959, a Assembleia Geral das Nações Unidas aprovou a “Declaração dos Direitos da Criança”. Esta convenção foi ratificada em Portugal em 1990. Em 1992, o Parlamento Europeu aprovou a “Carta Europeia dos Direitos da Criança”.

Os maus tratos em menores adquiriram, desta forma, uma nova e ampla

dimensão em que se incluem formas ativas e passivas, aspetos emocionais e físicos, contextos familiares e extrafamiliares, atendendo-se às necessidades físicas e psicológicas da criança e identificando-se as suas possíveis sequelas e repercussões transgeracionais. (Magalhães, 2002)

Os maus tratos intrafamiliares são aqueles que mais graves consequências têm para as crianças e adolescentes, dado que se verifica uma profunda quebra de confiança e uma importante perda de segurança em casa, o que constitui uma ameaça profunda para o seu desenvolvimento.

A longo prazo, a gravidade das consequências depende de vários fatores, entre os quais: tipo e duração do abuso; grau de relacionamento com o abusador; idade do menor; nível de desenvolvimento do menor; personalidade do menor e nível da violência e das ameaças sofridas.

De uma forma geral, podemos considerar, a longo prazo, as seguintes consequências psicossociais: A nível cognitivo - défice cognitivo; défice na linguagem; baixo rendimento académico. A nível afetivo - baixa autoestima; sensações de medo; angústia e raiva; disfunções sexuais; ideação e/ou suicídio. A nível comportamental - dificuldades de relacionamento interpessoal; sentimentos de culpabilidade; escasso reconhecimento das emoções; isolamento; agressividade; dificuldades na perceção e aceitação das normas morais e sociais; baixa iniciativa e motivação; violência conjugal; maus tratos nos seus próprios filhos, reproduzindo a violência de que foi vítima em criança; violência e tentativas de suicídio associadas à gravidez e no período pós-parto; toxicod dependência; prostituição; conduta antissocial e delinvente. A nível psiquiátrico: neurose; depressão; psicose; perturbações múltiplas da personalidade e tendências dissociativas. (Magalhães, 2002)

Assim os primeiros anos de vida da criança são cruciais e decisivos para a construção emocional e a base para um futuro equilíbrio psicossocial. Quando há sentimentos repetidos de perda, abandono, ausência, medo, tristeza, humilhação e angústia poderão surgir comportamentos antissociais. Todos os adolescentes delinquentes sofreram episódios traumáticos importantes nos primeiros anos de vida, a maioria logo até aos 6 anos de idade. Só uma pequena percentagem (10%) foi referenciada a consultas de especialidade, e muitas famílias acabam por não aderir (Strecht, 2003).

Crianças que passam repetidamente por experiências de vida marcadas por presenças intrusivas ou ausências dolorosas, conheceram apenas os extremos da escala da boa distância afetiva. Estes dois polos podem significar o mesmo inimaginável sentimento de perda, de ligação, de confiança e esperança. Onde deveriam ter sentido riqueza relacional, muitos sentiram um vazio (Strecht, 1999). Alguns comportamentos marginais são uma organização psíquica defensiva que surge como única via possível, embora patológica, para tolerar o intenso sofrimento emocional.

Segundo Strecht, (1999) a fuga à vivencia depressiva pela expressão em comportamentos disruptivos é muito comum nas crianças e adolescentes que viveram cenários traumáticos muito intensos e repetidos. O desejável face a uma situação de sofrimento seria viver um momento depressivo até à reparação

possível e readaptação. Mas por vezes essa depressão é aguda e essas crianças e adolescentes serão sempre inadaptados e inadaptáveis. A revolta que surge na sequência de sentimentos como a tristeza, solidão, abandono, é expressa contra os outros ou contra o próprio, sendo que nos adolescentes o corpo é um palco conflitual usado em muitas circunstâncias de comportamentos hétero e autodestrutivos. A violência é uma forma de exteriorizar uma série de experiências traumáticas previamente acumuladas no interior, que ficaram marcadas em traços mnésicos antigos, mantidos no inconsciente e, por isso, pouco acessíveis à expressão verbal ou a outra elaboração mental. É o modo que encontraram para expressar tensões, ansiedades, culpa, vergonha ou medos.

Bowlby (citado por Strecht, 1998) fala-nos da importância da descontinuidade das relações precoces para a organização patológica que designou de psicopatia do desafeto. As perdas, os abandonos, as roturas de ligações emocionais seriam a única coisa previsível.

Winnicott (citado por Strecht, 1998) interpreta o ato antissocial, referindo que deveria ser entendido como um sinal de esperança. Os furtos tão comuns nestas crianças e adolescentes representariam a esperança de recuperar o objeto amado e traumáticamente perdido. A destrutividade, um apelo à contenção do meio exterior, a quatro paredes que os contenham no tal ciclo de amor e força: da casa, à escola, às instituições e, nos casos limites, aos hospitais psiquiátricos ou às prisões.

Segundo Strecht (1999) no caso de pais e mães disfuncionais nas relações com os seus filhos, incapazes de se organizarem numa função contentora, protetora, transformadora do funcionamento psíquico das crianças, apenas existindo ou persistindo num papel exclusivamente frustrante, persecutório, desconhecido, inacessível ou funcionalmente ausente é, fundamental e necessário trabalhar com eles, para tentar diminuir o peso dos seus próprios conflitos que recaem nas crianças ajudando-os a reforçar pontes de afeto com os filhos, sabendo apreciar a reciprocidade do amor das crianças. É que estas continuidades mal adaptativas podem não ser repetidas se uma deteção precoce e uma intervenção eficaz puderem ser postas em prática perante as perturbações da relação pais-criança.

Ao compreender as histórias destas crianças encontram-se alguns factores de potencial risco. Nos pais surgem com mais frequência situações de perturbação mental, comportamentos desviantes, imaturidade, impulsividade, desamparo, perturbação da vinculação e maus tratos nas suas próprias infâncias. Encontram-se histórias e padrões transgeracionais que se repetem, como negligência, abandono, abusos emocionais, físicos e sexuais, perdas, disfunção familiar e incapacidade de contenção e protecção. Nas crianças destacam-se as perturbações mentais, doença física, desajustamento ao temperamento parental e baixa resiliência. No contexto familiar aparecem situações de violência doméstica, morte, divórcio, famílias desestruturadas, problemas socioeconómicos e fraco suporte familiar. Para além de todos estes factores acresce o contexto sociocultural, que por vezes é adverso para a família. Verifica-se assim, um impacto significativo na criança a nível comportamental, emocional e cognitivo. No entanto, muitas destas crianças

pretendem com estes comportamentos de risco recuperarem o objecto amado, numa procura de limites, que lhes permitam uma maior reorganização interna, um sentimento de contenção e de proteção (Strecht, 1999).

Assim, segundo o mesmo autor, urge a necessidade de uma intervenção atempada e adequada para que estas crianças e adolescentes não corram o risco de virem a desenvolver comportamentos anti-sociais. Uma vez que algumas famílias, em alguns momentos das suas vidas, não demonstram as competências necessárias como cuidadoras de crianças e adolescentes em situações de risco, é fundamental desenvolver apoios parentais na comunidade. Logo, torna-se essencial uma intervenção multidisciplinar que abranja as diversas valências nomeadamente a saúde mental e intervenção social, pedagógica e jurídica.

Sem intervenção precoce estas crianças vêem-se reduzidas a não ser de ninguém, vivendo os decisivos primeiros anos de vida num círculo miserável de separações, perdas e abandonos. Perante as fragilidades narcísicas brutais, muitas interrogam-se porque nasceram e algumas vão desistir rapidamente de viver. Strecht (1998).

A criança ou o adolescente em risco é sempre alguém sozinho, isolado, desamparado. Ninguém pode ou consegue ultrapassar dificuldades sozinho. E se há aspeto que a prática ensina, é a necessidade de intervenção multidisciplinar em situações multiproblema. Strecht (2003).

Vinhetas clínicas

ALICE

A Alice veio pela primeira vez à consulta de pedopsiquiatria e psicologia com 3 anos de idade. Era uma menina muito bonita, com “cara de anjo”, um olhar assustado e de aspecto frágil. Apresentava dificuldades de separação da figura paterna, revelando angústia e desespero. À medida que a relação se foi estabelecendo predominavam os comportamentos de onipotência, agressividade verbal, comportamentos de oposição, dificuldade de aceitação de regras.

Teve vários cuidadores primários no 1º ano de vida, com uma mãe alcoólica e negligente, vivendo num contexto familiar disfuncional.

Com 1 ano de vida os pais separaram-se e a Alice foi viver com a avó paterna. O ambiente familiar era descrito como conflituoso, com histórias passadas de prostituição e institucionalização de crianças.

Quando o pai reconstruiu família a Alice tinha 3 anos e foi viver com este, num contexto familiar, ainda mais disfuncional, com negligência, agressividade e comportamentos sexualizados frente às crianças. O caso foi referenciado à CPCJ. Em consulta a Alice apresentava uma grande desorganização do pensamento, com grande agitação psicomotora, comportamentos provocatórios, auto e hetero-agressivos e impulsividade. Nas suas brincadeiras as temáticas dominantes eram as relações familiares conflituosas e sexualizadas.

O pai suicida-se quando a Alice tem 5 anos e esta é separada da madrasta e da família desta com quem vivia, reforçando os seus sentimentos de perda,

tristeza e desamparo. Vai viver com os avós paternos com quem se mantém ainda hoje.

Na escola surgem as dificuldades de aprendizagem, comportamentos de bullying face aos colegas, dificuldade em aceitar regras, tal como em casa.

Com o apoio psicológico, pedopsiquiátrico, escolar e social têm-se verificado evoluções positivas, numa criança que precocemente viveu experiências traumáticas nos primeiros anos de vida.

JOÃO

O João com 13 anos de idade é fruto de uma gravidez indesejada. O seu pai é toxicodependente e está preso. A Mãe também toxicodependente, com história passada de prostituição e com vários companheiros.

O seu percurso de vida é marcado por várias descontinuidades, viveu com a mãe até aos 2 anos, é retirado por história de negligência por parte da mãe e maus tratos físicos e emocionais do padrasto. É também separado dos seus 4 irmãos e vai viver com a família paterna, onde não se adapta e onde é também vítima de negligência. Andava pela rua, roubava, faltava à escola e envolvia-se em lutas. Em 2005, o tribunal entrega a guarda à sua avó materna, com quem viveu até aos 12 anos, juntamente com a maioria dos irmãos.

Revela-nos uma organização depressiva, fragilidade e vulnerabilidade interna, utilizando estratégias defensivas para evitar o sofrimento intrapsíquico que a angústia lhe causa. Predomina a componente de perda sem reparação. Por vezes situa as problemáticas numa componente de rivalidade. As relações familiares são vistas como confusas e angustiantes. Está presente a problemática solidão/abandono com componentes punitivas e abandonicas por parte da figura materna. Os afectos são evitados, coloca o acento sobre a precariedade do ambiente e do suporte. Apresenta uma agressividade sofrida. Quando é frustrado usa agressão física. Após contenção, expressa alguma tranquilidade e apaziguamento, no entanto, estes estados interiores dissolvem-se rapidamente. Na escola, usa comportamentos agressivos, não respeita regras e ordens. Revela dificuldade em se concentrar e o seu ritmo de trabalho é lento. Aos 12 anos é institucionalizado, a pedido da sua avó que se sente impotente para controlar os comportamentos do neto.

Com a institucionalização e com os apoios em saúde mental, o João tem vindo a melhorar o seu comportamento e revela progressos significativos a nível emocional e nas aprendizagens.

ANA

A Ana, de 10 anos de idade é fruto de uma gravidez indesejada, de pai desconhecido. Mãe com debilidade cognitiva, vários companheiros e maioritariamente ausente. Aos 3 anos de vida da Ana, a mãe tem um novo companheiro, mais estável, com quem vão viver. O ambiente familiar é descrito como confuso e conflituoso.

Nessa altura a Ana apresentava uma fragilidade interna, utilizando estratégias defensivas. As relações familiares eram sentidas como confusas,

abandónicas e punitivas por parte da figura materna. O seu padrão relacional remete para uma Perturbação Indiferenciada de Vinculação, que se deve ao facto de ter sido negligenciada do ponto de vista afectivo. Mostrava uma incapacidade de estar só e de gerir a solidão. Quando era frustrada usava a agressão física para obter o que desejava, acalmando-se facilmente com comportamentos afetuosos.

Após algumas sessões terapêuticas, a Ana começa a mostrar algum interesse em comunicar connosco e apresentava-se mais receptiva à inter-relação.

Aos 4 anos é retirada à família, e passa a vir às consultas acompanhada por uma técnica da Instituição. Progressivamente, esta criança foi ficando mais calma, organizada, motivada e receptiva para a interacção. Apresenta-se também socialmente mais adaptada. O seu início de escolaridade, foi um marco importante para a sua estabilidade e organização.

Aos 7 anos é adotada e vai viver com uma nova família. A sua integração foi feita de uma forma acolhedora, na qual ela se sente confortável, adaptada, com aceitação de regras e com uma boa integração social. Revela-se mais tranquila, organizada e autónoma. Adaptou-se de uma forma muito favorável à sua nova escola, onde já tem o seu grupo de amigos, o que também é muito importante para a sua estabilidade e organização.

Conclusão

O risco de evoluções marginais em crianças e adolescentes é cada vez maior, e está ligado a fatores sociais, familiares e individuais.

São as perturbações das organizações sociais e familiares que condicionam cada vez mais organizações individuais de risco. O resultado final é a imagem em espelho disso mesmo: as crianças e os adolescentes passaram a fazer das suas relações com a família, a escola, a rua, a forma de exteriorização do seu mal-estar. (Strecht, 1999)

Bléandonu (2003) salienta que, para que uma criança cresça bem e de forma equilibrada é fundamental o amor, a segurança e os limites.

O amor é uma dimensão indispensável. Se a “dose” não for suficiente, a falta traduz-se por perturbações somáticas e psicológicas importantes. Quando, por múltiplas razões há perturbações ao nível do amor, o sofrimento surge. A autoestima dependerá essencialmente desta dimensão “amorosa”.

A segurança é uma necessidade para desenvolver um sentimento de confiança em si, nas suas aptidões, para “enfrentar” e negociar com os problemas da vida. Trata-se de uma dimensão complexa que resulta de um meio ambiente bastante protetor, para evitar as experiências traumáticas, e bastante aberto para que as aprendizagens da vida se possam organizar.

Os limites são, necessários para um bom desenvolvimento pessoal e do qual depende a noção de existência do outro.

Sem intervenção precoce estas crianças vêem-se reduzidas a não ser de ninguém, vivendo os primeiros anos de vida num cenário de separações, perdas e abandonos. Logo correm o risco de perpetuar graves formas de patologia

transgeracional.

Citando Pedro Strecht no livro "À margem do amor. Notas sobre negligência juvenil" (2003) – "Mesmo quando conhecemos as origens dos problemas, quando podemos prevenir, tratar, continuam a existir situações que passam ao lado de muitos que não querem ver. Ou parar para pensar. Algumas parecem histórias da terra do nunca, um pouco como aquela habitada por meninos perdidos das aventuras do Peter Pan. Crianças e adolescentes tristes sem mãe, como Peter, que não só não querem como, não podem crescer. Infâncias esquecidas, assassinatos de alma que tornam irreversíveis alguns trajetos de vida".

Referências

- Bléandonu, G. (2003). *Apoio terapêutico aos pais*. Lisboa: Climepsi.
- Magalhães, T. (2002). *Maus tratos em crianças e jovens*. Coimbra: Quarteto.
- Strecht, P. (1998). *Crescer vazio. Repercussões psíquicas do abandono, negligência e maus tratos em crianças e adolescentes*. Lisboa: Assírio & Alvim.
- Strecht, P. (1999). *Preciso de ti. Perturbações psicossociais em crianças e adolescentes*. Lisboa: Assírio & Alvim.
- Strecht, P. (2003). *À margem do amor. Notas sobre negligência juvenil*. Lisboa: Assírio & Alvim.
- Sani, A. (2002). *As Crianças e a violência - Coleção Psicológicas*. Coimbra: Quarteto.
- Wolfe, Wekerle, Scott (1997). *Behavioral and Emotional Disorders in Adolescents: Nature, Assessment and Treatment*. New York: Ebook the Guilford Press.