

O NORMAL E O PATOLÓGICO: Implicações e Desdobramentos no Desenvolvimento Infantil

Marina Zanella Delatorre¹
Anelise Schaurich dos Santos²
Hericka Zogbi Jorge Dias³

RESUMO

O presente estudo teve por objetivo discutir as fronteiras entre os conceitos de normalidade e psicopatologia, enfocando a infância. Para este fim, foi realizada uma pesquisa teórica, através da busca não-sistemática pelos descritores normalidade, patologia e infância. A partir disso, é apresentado um breve histórico da discussão acerca do tema normalidade versus patologia. A seguir, é discutido o conceito de normalidade, sob diferentes concepções e o papel da estrutura psíquica na sua definição. Por fim, é abordada a questão especificamente no âmbito infantil, apontando a concepção de diferentes autores acerca do desenvolvimento e dos fatores que podem resultar em psicopatologia. Os resultados apontam para a impossibilidade de estabelecimento de parâmetros estáticos de normalidade e patologia, sendo necessário considerar características individuais e contextuais.

Palavras-chave: normalidade; patologia; infância.

NORMAL AND PATHOLOGICAL: Implications And Deployment on Child Development

ABSTRACT

This study aimed discusses the boundaries among the concepts of normality and psychopathology, focusing on childhood. For this purpose, was realized a theoretical research, through a non-systematic search of the descriptors normality, pathology and childhood. From this, we present a brief history of the discussion on the subject normality versus pathology. Then, discusses the concept of normality under different conceptions and the role of psychic structure in this definition. Finally, the issue is broached specifically in the child, pointing to the conception of different authors about the development and the factors that can result in psychopathology. The results show the impossibility of establishing static parameters of normality and pathology, been necessary to consider individual and contextual characteristics. Revisar a tradução

Keywords: normal; pathology; childhood.

¹ Graduanda em Psicologia pela Universidade Federal de Santa Maria, marina_mzd@yahoo.com.br

² Graduanda em Psicologia pela Universidade Federal de Santa Maria, anelise_ssantos@hotmail.com

³ Graduada em Psicologia pela UCPel, Mestre em Psicologia com ênfase em Psicologia Clínica pela PUC-RS, Doutora em Psicologia pela PUC-RS, Professora Adjunta na Universidade Federal de Santa Maria, ckzogbi@gmail.com

INTRODUÇÃO

Ao longo da história, foram inúmeras as tentativas de estabelecer critérios rígidos entre a normalidade e a patologia. Estas tentativas foram, no entanto, frustradas. A partir daí, têm-se criado diversas conceituações de “normal” e “patológico”, bem como explicações acerca das origens de tais estados.

Canguilhem (1904) considerava que não há normal ou patológico em si, afirmando que a anomalia e a mutação são normas de vida possíveis. Estas normas são, segundo o autor, consideradas patológicas caso sejam inferiores quanto à estabilidade, à fecundidade e à variabilidade da vida. Caso sejam equivalentes ou superiores em tais aspectos, são consideradas normais.

Estas tentativas de definição e a consequente dificuldade estendem-se ao campo da psicopatologia. A visão que atribui as origens do sofrimento psíquico às deficiências do cuidado por parte da mãe tem sua gênese nas teorias de Sigmund Freud e outros membros da escola psicanalítica por ele criada. Os estudos psicanalíticos contrastam acentuadamente com aqueles que enfatizam os fatores herdados, tornando a hereditariedade responsável por todos os tipos de distúrbios. Não se pretende, contudo, excluir a influência negativa dos fatores hereditários, mas sim acreditar que eles, tanto quanto os fatores psicológicos, também desempenham seu papel, sendo necessário estudar os dois em conjunto para alcançar um maior progresso científico (BOWLBY, 1981).

Diante disto, o presente trabalho tem por objetivo discutir as fronteiras entre os conceitos de normalidade e psicopatologia, enfocando a infância.

MÉTODO

O presente estudo caracteriza-se por ser uma pesquisa teórica, uma vez que ele apresenta conceitos e discussões acerca dos assuntos tratados, as quais foram embasadas na leitura prévia de materiais científicos anteriormente publicados, tanto em

livros quanto em artigos de periódicos (GIL, 1991). A fim de abarcar as obras clássicas acerca do tema, o recorte temporal utilizado para o presente trabalho abrange desde o ano de 1904 até os dias atuais. Optou-se pela utilização deste método, pois ele permite não somente obter informações e conhecer acerca da situação atual do tema e das publicações existentes, como também verificar as opiniões similares e diferentes a respeito do assunto ou de aspectos relacionados aos tópicos abordados (SILVA; MENEZES, 2001).

Através da busca não sistemática pelos descritores normalidade, patologia e infância, foi possível categorizar as unidades de texto (palavras ou frases) que mais se repetiam e inferir o que as expressões representavam, realizando, assim, a análise de conteúdo (BARDIN, 1977) das produções encontradas. Diante disto, foi possível elencar as seguintes categorias: constituição histórica da normalidade e patologia, conceito de normalidade, estrutura normal *versus* estrutura patológica, normalidade e a patologia no desenvolvimento infantil. Tais categorias, desdobradas e conceitualmente discutidas, serão apresentadas a seguir.

A PATOLOGIA E A NORMALIDADE NO DECORRER DA HISTÓRIA

Ao longo da história, a noção de normalidade e patologia vem sendo amplamente discutida. Na antiga Grécia, influenciada pelos pensamentos hipocráticos, tinha-se uma concepção dinâmica acerca da doença. A saúde seria a harmonia e o equilíbrio, enquanto a doença seria a perturbação deste último. Este desequilíbrio, no entanto, não é considerado de todo disfuncional, mas sim como uma tentativa da própria natureza de restaurar a saúde e o equilíbrio anteriores. A doença é, assim, uma reação generalizada com intenção de cura (CANGUILHEM, 1904).

Já na visão de Comte, apoiado nos pensamentos de Broussais, a doença consiste no excesso ou na falta de excitação corporal. Assim, a doença se constituiria a partir de mudanças da intensidade de esti-

mulação, à qual é indispensável para a manutenção da saúde (CANGUILHEM, 1904). Claude Bernard, por sua vez, considera que as doenças possuem, em sua totalidade, uma função normal subjacente. Assim, a doença é uma função normal perturbada, sendo necessário para a sua cura o conhecimento acerca da fisiologia das funções normais (BERNARD, s.d. apud CANGUILHEM, 1904). Já de acordo com Leriche, a saúde é a vida no silêncio dos órgãos, enquanto a doença é a perturbação (CANGUILHEM, 1904, p. 67).

Percebe-se que estas concepções de saúde e doença, apesar de distintas, centram-se em mudanças fisiológicas corporais. Quando se adentra no campo da psicopatologia, no entanto, não é mais possível esta forma de distinção, tanto pelo desconhecimento da fisiologia dos processos mentais, quanto pelo tênue limite entre o que é considerado normal e o que não é. Isto é representado na afirmação de Legache, de que a desorganização mórbida não é necessariamente o inverso da normal, já que podem existir estados patológicos sem correspondências no estado normal (CANGUILHEM, 1904).

Canguilhem (1904) ainda traz uma distinção importante a respeito da terminologia, afirmando que o patológico é anormal, mas nem todo o anormal, que pode ser adaptativo, é patológico. Este implica em *pathos*, sentimento de sofrimento e impotência. Assim, percebe-se a complexidade da tarefa de demarcar fronteiras entre normalidade, anormalidade, e patologia.

O CONCEITO DE NORMALIDADE

A partir da dificuldade de se sustentar o simples dualismo saúde-doença no campo da psicopatologia, surgiram diversas formas de pensar o conceito de normal. Ajuriaguerra e Marcelli (1986) sustentam que todas as definições estão baseadas em algum dos quatro pontos de vista: saúde-doença; média estatística; normal enquanto ideal; normal como processo dinâmico, que pressupõe certo equilíbrio.

A noção estática de saúde e doença é difícil de ser sustentada hoje, já que, no sentido da ausência de sintomas, todos seriam normais até o ponto cru-

cial em que surge a patologia. Além disso, sabe-se que, todo o ser humano possui uma grande suscetibilidade a adquirir doenças mais ou menos graves ao longo da vida. Mesmo considerando apenas aquelas doenças incuráveis e que, conseqüentemente, acompanharão o indivíduo até o fim de sua vida, cabe questionar o que o define como anormal, já que muitas vezes é possível prosseguir a vida mantendo as atividades anteriores à doença.

O normal enquanto média não leva em conta a pressão cultural, já que condutas desviantes de tal cultura seriam consideradas, neste modelo, anormais. Todos os que, de alguma forma, transcendessem os limites do conformismo social ou da capacidade intelectual, por exemplo, seriam anormais (AJURIA-GUERRA; MARCELLI, 1986). Além disso, já dizia Canguilhem (1904) que, definindo normal e anormal em termos de frequência estatística relativa, o patológico poderia ser considerado normal, enquanto que um estado de saúde perfeita, pela baixa frequência, seria anormal.

O normal como ideal pressupõe, primeiramente, um determinado sistema de valores. Cabe questionar, primeiramente, como seria escolhido um sistema de valores padrão para o estabelecimento da normalidade. Caso o ideal fosse um grupo social, voltaríamos à noção da norma estatística, já que todos teriam de enquadrar-se no modelo de tal grupo; caso o sistema de valores ideal fosse pessoal, cada indivíduo possuiria sua própria definição de normalidade, o que torna inútil o conceito (AJURIA-GUERRA; MARCELLI, 1986).

Por fim, o conceito dinâmico diz respeito à capacidade de retorno a um equilíbrio anterior. Isto sugere que haja um processo de adaptação a certa condição, na qual se corre o risco de promover a submissão e conformismo diante das situações sociais (AJURIA-GUERRA; MARCELLI, 1986).

Bergeret (1996), por sua vez, faz uma tentativa de definir o normal em relação à flexibilidade que o sujeito possui em atender suas necessidades pulsionais e de seus processos primários e secundários tanto no plano pessoal quanto social. O normal, para ele, não seria uma pessoa que se declara como tal ou um doente que ignora sua doença, mas uma pes-

soa que tenha conseguido superar suas dificuldades internas e externas, mesmo que em alguma situação excêntrica tenha se comportado de maneira aparentemente “anormal”.

Outra forma de compreender o normal é, conforme postula Winnicott (1967), a da grande maioria dos psicanalistas, os quais possuem a tendência de “pensar na saúde como a ausência de distúrbios psiconeuróticos” (WINNICOTT, 1967, p. 9). No entanto, segundo o autor, isso não é verdade, necessitando a emergência de critérios mais sutis. Para ele, deve-se pensar na normalidade

em termos de liberdade dentro da personalidade, de capacidade para ter confiança e fé, de questões de constância e confiabilidade objetal, de liberdade em relação à auto-ilusão, e também de algo que tem mais a ver com a pobreza enquanto qualidade da realidade psíquica pessoal (WINNICOTT, 1967, p. 9).

Dessa forma, a saúde estaria diretamente relacionada com a passagem da dependência para a independência ou autonomia, sendo que a vida de um indivíduo saudável é caracterizada tanto por sentimentos positivos quanto por sentimentos negativos gerados por medo, dúvidas e frustrações (WINNICOTT, 1967).

A concepção freudiana difere das demais pela ênfase ao desenvolvimento psíquico sobre a classificação nosológica. Neste sentido, Bergeret (1996) considera que o grande mérito de Freud foi demonstrar que não existe uma solução de continuidade entre o “normal” e o “neurótico”. O que pode ser diferenciado entre eles é apenas o uso e a flexibilidade de mecanismos que parecem ser os mesmos em ambos os casos.

Percebe-se que nenhuma das classificações é capaz de explicar exhaustivamente os fenômenos envolvidos nos diferentes estados psicológicos. Assim, considera-se indispensável levar em conta conjuntamente os aspectos fisiológicos, psicológicos e dinâmicos do sujeito. Qualquer tentativa de definição apoiada em apenas um desses aspectos torna-se simplista, ignorando a complexidade do ser humano.

A QUESTÃO ESTRUTURAL: Normal X Patológico

No que diz respeito à estrutura, é importante diferenciá-las das organizações. Em psicopatologia, a estrutura pode ser conceituada como “aquilo que, em um estado psíquico mórbido ou não, é constituído por elementos metapsicológicos profundos e fundamentais da personalidade, fixados em um conjunto estável e definitivo” (BERGERET, 1996, p. 51). A estrutura, neurótica ou psicótica, com ou sem estado psicopatológico, é sólida e, conforme há a existência ou não de rupturas patológicas, pode levar a estados sucessivos de adaptação, desadaptação, readaptação, entre outros. As organizações, por outro lado, são menos sólidas e, em caso de trauma mais ou menos agudo, podem sucumbir à depressão ou evoluir para uma estrutura mais sólida e definitiva (BERGERET, 1996).

Assim, Bergeret (1996) levanta a hipótese da definição de normalidade como uma adaptação à respectiva estrutura do sujeito. No entanto, isto levanta uma importante questão: considerando esta adaptação, tomamos como normais os comportamentos mais originais e adaptados de cada estrutura, seja neurótica ou psicótica, ao passo que se consideram anormais o grupo de organizações antidepressivas, como, por exemplo, o “falso *self*”, de Winnicott.

Esta concepção de normalidade acaba por causar estranheza, já que estruturas psicóticas, usualmente, não são consideradas normais. Em primeiro lugar porque não passaram pela estruturação edípica; em segundo lugar porque estas organizações anaclíticas parecem ser mais bem adaptadas à realidade. O autor explica, porém, que estas organizações narcisistas intermediárias são frágeis, e sua estabilidade “contenta-se em imitar às custas de ardis psicopatológicos variados, incessantemente renovados e profundamente custosos e alienantes” (BERGERET, 1996, p. 42). A estrutura psicótica (não descompensada), segundo o autor, seria muito mais verdadeira do que tais organizações e mais rica em potencial de criatividade.

Dessa forma, a noção de normalidade deve ser pensada independentemente da noção de estrutura (DIATKINE, 1967 apud BERGERET, 1996). Ajuriaguerra e Marcelli (1986) sustentam a mesma posição, lembrando que, para Freud o sujeito normal e o neurótico atravessam os mesmos estágios maturativos durante a infância. Além disso, Melanie Klein utiliza termos próprios à psicopatologia, como fase esquizo-paranoide e posição depressiva, para designar estados normais da criança, durante seu desenvolvimento.

Isto vai ao encontro à observação de que, a qualquer momento, um sujeito pode, independente de sua estrutura, entrar na patologia mental; por outro lado, um doente mental bem tratado pode retornar ao estado de “normalidade”. Segundo Bergeret (1996), esta possibilidade de adoecimento ou recuperação está condicionada à estruturação, de modo que sujeitos de organizações anaclíticas não possuem tal capacidade.

Evidentemente, o tipo de estruturação psíquica exerce grande influência sobre o funcionamento do sujeito. No entanto, concordamos com a afirmação dos autores citados de que esta estruturação não é, por si só, suficiente para classificá-lo como normal ou anormal. Neste sentido, questiona-se a afirmação de Bergeret, segundo a qual sujeitos de organização anaclítica não seriam capazes de restabelecimento ante a doença mental. Tal afirmação pressupõe uma generalização, deixando de considerar os possíveis contextos em que foi estabelecida esta organização, bem como os diferentes tipos de tratamento que poderiam ser oferecidos ao sujeito.

O NORMAL E O PATOLÓGICO NA PSICOPATOLOGIA INFANTIL

A noção de estrutura, anteriormente discutida, adquire diferentes contornos quando se trata da infância. Chiland (1971 apud BERGERET, 1996) atenta para a complexidade de tal noção no início da vida, já que o desenvolvimento ainda não teve seu desenrolar completo, e as fases de equilíbrio e descompensação, inerentes ao desenvolvimento, podem

ou não trazer profundas modificações ao desenvolvimento. Além disso, as crianças são seres humanos que, apesar de sua relação com o mundo estar apenas principiando, iniciam o seu desenvolvimento com uma indefinição das características e intensidades de seus sentimentos, experimentando os mais variados sentimentos com a mais profunda força, confusão que, sob nenhum aspecto, deve ser considerada patológica (WINNICOTT, 1964).

Ajuriaguerra e Marcelli (1986) sustentam que a estrutura mental infantil não se apresenta com nitidez como a adulta. As possíveis ligações entre condutas e patologia são mais indefinidas e, o funcionamento psíquico inacabado impossibilita o estabelecimento de um modelo estável e completo. Além disso, são possíveis desorientações estruturais que se mantêm por algum tempo, mas são plenamente justificáveis pela existência de momentos críticos do desenvolvimento. Daí a dificuldade e o frequente erro ao determinar as estruturas infantis.

Como, então, delimitar a psicopatologia infantil? Em primeiro lugar, os critérios de avaliação devem ser ajustados à faixa etária e ao estágio do desenvolvimento da criança. Além disso, não é comparando o comportamento de uma criança com o de outra que se chega a uma conclusão das características entendidas por normais (WINNICOTT, 1964), o que também leva a pensar no estabelecimento de critérios relacionados ao desenvolvimento e ao contexto da criança.

Outra importante questão que se coloca é se os sintomas ocorridos na infância podem ser considerados um prenúncio da patologia adulta. Ajuriaguerra e Marcelli (1986) sustentam que não. Por isso, as autoras sugerem que, ao invés de se classificar sintomas em normais ou patológicos para a personalidade infantil, avalie-se sua apresentação, observando se este sintoma causa um efeito desorganizador ou se, pelo contrário, possui um papel organizador para a criança.

A descrição do sintoma, no entanto, não é suficiente para definir o caráter patológico ou organizador de determinada conduta; é necessário o complemento de uma avaliação dinâmica e econômica. A abordagem dinâmica busca avaliar se o sintoma é

capaz de conter a angústia ocasionada por determinado conflito, ou se, pelo contrário, não é capaz de fazer tal contenção, suscitando novos sintomas e entravando o desenvolvimento. A abordagem econômica, por sua vez, busca perceber se o sintoma prejudica as funções do ego ou se ele se introduz no potencial de interesses e investimentos egoicos (AJURIAGUERRA; MARCELLI, 1986).

Nota-se que, nem sempre, os sintomas são desorganizadores ou não adaptativos, visto que eles podem ser a forma como a criança encontrou para operar e organizar, no eu, seus impulsos instintivos, convivendo com eles no determinado tipo de mundo que lhe foi atribuído (WINNICOTT, 1964). Além disso, Ajuriaguerra e Marcelli (1986) afirmam, assim como Canguilhem a respeito do adulto, que a total ausência de sintomas na criança é muito rara, especialmente quando são feitas avaliações e exames clínicos mais aprofundados.

Assim, de acordo com tal perspectiva, considera-se certa interpenetração entre os conceitos de normal e patológico, uma vez que, para Winnicott (1964), as crianças normalmente sadias frequentemente apresentam todos os tipos de sintomas, podendo, então, haver crianças normalmente patológicas ou patologicamente normais. Quanto ao primeiro caso, são exemplos as fobias na tenra infância e os comportamentos de ruptura na adolescência. Podem ser considerados patologicamente normais, pelo contrário, a hipermaturidade de filhos de pais psicóticos e o conformismo (AJURIAGUERRA; MARCELLI, 1986).

Há ainda outros autores que pensam de diferentes formas a questão da normalidade e patologia na infância. Algumas destas concepções estão abaixo descritas.

Anna Freud (1965) propõe que se avalie a harmonia e desarmonia entre diversas diretrizes de desenvolvimento, como a diretriz da dependência à autoconfiança emocional; da independência corporal; do companheirismo; e do jogo ao trabalho. É necessário, no entanto, certo discernimento, já que não se espera um padrão muito regular de crescimento, sendo que esta desarmonia só se converte em patologia caso o desequilíbrio na personalidade

seja excessivo. A autora pensou poder definir a normalidade da criança a partir da maneira pela qual, aos poucos, se estabelecem os aspectos tópicos e dinâmicos da personalidade e do modo pelo qual se engajam e se resolvem os conflitos pulsionais (BERGERET, 1996).

Em contraposição, Melanie Klein, que se dedicou mais diretamente ao estudo da patologia, propôs que existe, em toda a evolução psicogenética da criança, uma posição persecutória primitiva (esquizo-paranóide), seguida de uma posição depressiva. Na primeira posição a criança funcionaria mediante mecanismos psicóticos, sendo que, toda a patologia posterior somente poderia ter sua origem em fixações arcaicas a esta fase; para ela, a psicopatologia se estruturaria, obrigatoriamente, assim para todos (BERGERET, 1996).

Winnicott (1964), por sua vez, considera que uma criança normal pode empregar uma gama de recursos disponíveis, a fim de defender-se da angústia e do conflito intolerável. A anormalidade, então, caracteriza-se por uma limitação e rigidez na capacidade da criança para se utilizar destes auxílios, havendo uma carência de relação entre a utilização do sintoma e o que se poderia esperar do seu emprego.

Apesar de não haver uma relação de causa e efeito direta entre os sintomas infantis e a psicopatologia que pode vir a ocorrer no adulto, considera-se que a organização (ou desorganização) do ego durante o desenvolvimento é de suma importância na definição de como se estruturará a personalidade adulta. Por isso, concordamos com Winnicott, Ajuriaguerra e Marcelli, na avaliação do sintoma enquanto organizador ou não do mundo interno infantil.

Por outro lado, a concepção de psicopatologia enquanto desarmonia, sustentada por Anna Freud, suscita alguns questionamentos. Ao considerarmos este o único critério de definição, poderíamos ter, por exemplo, uma criança cujo desenvolvimento encontra-se uniformemente atrasado, de forma considerável. Poderíamos dizer então que seu desenvolvimento é normal, já que, apesar do atraso, as aquisições em diferentes áreas ocorrem de forma uniforme e equilibrada? Isto fica mais claro na com-

paração desta teoria com a concepção de psicopatologia relacionada à imaturidade já que, embora o desenvolvimento seja equilibrado, esta imaturidade pode sinalizar algum comprometimento importante.

É importante destacar, ainda, o papel do ambiente neste processo. A avaliação da normalidade ou não se pode dar apenas a partir da consideração do contexto ambiental, incluindo pais, irmãos, escola, comunidade, entre outros. Contudo, esta noção de psicopatologia relacionada ao ambiente não deve levar à consideração de que a totalidade e a permanência das condutas são resultados do meio externo, como num processo de estímulo-resposta. É necessário avaliar o ambiente, juntamente com o sintoma, considerando o potencial organizador ou desorganizador deste para o aparelho psíquico da criança no momento atual.

DESENVOLVIMENTO INFANTIL: Diferentes Possibilidades

Diante do acima exposto, pode-se perceber a impossibilidade de se estabelecer uma relação de causa e efeito entre intercorrências desenvolvimentistas na infância e psicopatologia. De acordo com Dolto (1949), é extremamente difícil falar das crianças de forma generalizada, uma vez que cada caso é um caso particular, devendo-se considerar a natureza da criança, o meio em que ela vive, suas possibilidades próprias, e as que lhe são deixadas pela natureza dos pais, entre outros. Dessa forma, serão a seguir apresentadas perspectivas de diferentes autores acerca do desenvolvimento infantil, enfocando consequências possíveis diante de diferentes percursos que podem ser traçados pela criança.

Erikson considera a organização da identidade como central no processo de desenvolvimento humano. Assim, ele postula crises psicossociais às quais o sujeito deve enfrentar ao longo da vida, em estreita relação com as fases do desenvolvimento psicosexual de Freud. É possível perceber, no entanto, que em relação a este último autor, Erikson dá maior ênfase na progressiva constituição do ego, à me-

da que este se relaciona com o mundo. A fim de atender aos objetivos do presente estudo, nos limitaremos às quatro primeiras fases, que contemplam o período da infância (RAPPAPORT, 1982).

A primeira crise é denominada “confiança versus desconfiança”, sendo correspondente à fase oral de Freud. Este primeiro modo de relação com o mundo dependerá da qualidade da relação com a mãe, sendo a tarefa deste período o estabelecimento de confiança no mundo exterior através de sua previsibilidade, o que permite também o desenvolvimento da confiança em si mesmo. A segunda crise consiste na autonomia versus vergonha e dúvida, situada na fase anal freudiana. Sua tarefa básica é o estabelecimento de certo grau de autonomia, sendo que o contraponto desta tarefa é a vergonha e a dúvida (RAPPAPORT, 1982).

A terceira crise, iniciativa versus culpa, relaciona-se à fase fálica do desenvolvimento psicosexual. Esta iniciativa descrita por Erikson consiste na progressão do sentimento de autonomia da fase anterior. Seu fracasso gera um sentimento de culpa irracional relacionado à interdição do incesto, que acaba limitando o sujeito (RAPPAPORT, 1982). Esta fase é permeada pelas relações do Complexo de Édipo e o consequente estabelecimento do superego.

Por fim, a quarta crise consiste na indústria versus inferioridade. A tarefa básica está intimamente ligada à sublimação descrita por Freud, já que esta crise ocorre no período de latência. Erikson a define como desenvolver-se no sentido de indústria, ou seja, “ajustar-se às leis inorgânicas do mundo das ferramentas” (ERIKSON, 1971, p. 238 apud RAPPAPORT, 1982). Quando o cumprimento da tarefa não é alcançado, estabelece-se o sentimento de inferioridade, fazendo com que a criança se submeta ao mundo externo em busca de afeto, ou ainda, regrida para o núcleo familiar buscando receber este afeto independente de suas novas aquisições (RAPPAPORT, 1982).

Winnicott, por sua vez, postula três grandes etapas do desenvolvimento: dependência absoluta, dependência relativa e rumo à independência. O início da primeira etapa caracteriza-se pela indiferencia-

ção entre eu e não-eu, confundindo-se com a pessoa da mãe, que deve atender prontamente às necessidades do seu bebê, fazendo com que ele viva a experiência de onipotência. As falhas neste período levam a situações de extrema ansiedade, quase intolerável, para o bebê, mas também ajudam a constituir e introjetar, com o tempo, o princípio da realidade. (WINNICOTT, 1967; SPINELLI, 2002).

Ocorre também, neste período, o reconhecimento da psique residindo no corpo, o conhecimento do esquema corporal e a progressiva integração do ego (SPINELLI, 2002). Caso não haja esta localização do *self* no corpo, o bebê é levado à despersonalização, ou, como uma consequência mais grave, à esquizofrenia, caracterizada por uma conexão muito frouxa entre a psique e o corpo e suas funções. Há, ainda, a ilusão de onipotência, sustentada pelos cuidados maternos, que possibilita o fortalecimento do ego (WINNICOTT, 1967; SPINELLI, 2002).

Na segunda etapa, a dependência relativa, o bebê passa a perceber as falhas maternas, podendo reconhecer-se como separado da mãe. Há a percepção de situações que ocorrem fora de seu controle onipotente e, sua capacidade para tolerar e compreender esta nova situação dependerá do estágio de integração em que o ego se encontra. A terceira etapa, rumo à independência, prolonga-se por toda a vida do sujeito, e é caracterizada pela capacidade de viver sem os cuidados da mãe, e também pela identificação do sujeito com a sociedade, o que torna sua vida satisfatória (SPINELLI, 2002).

Já de acordo com Bowlby (1981), desde o último quarto do século XX cresce a comprovação de que a qualidade dos cuidados parentais que uma criança recebe em seus primeiros anos de vida é de “importância vital para a sua saúde mental futura” (BOWLBY, 1981, p. 3). A relação rica e compensadora com a mãe, nos primeiros anos de vida, em conjunto com o enriquecimento das relações com terceiros, está na base do desenvolvimento da personalidade e saúde mental.

O bebê precisa sentir que é fonte de prazer e orgulho para sua mãe, enquanto esta deve sentir que seu filho é uma extensão de sua própria personalidade, ou seja, ambos necessitam estar profundamen-

te identificados um com o outro (BOWLBY, 1981). Dessa forma, a criança experimenta o apego seguro, que lhe proporciona segurança para explorar o mundo (BOWLBY, 1989).

Quando este tipo de relação não ocorre, acontece a chamada “privação da mãe”, originando o modelo de apego ansioso. Para Bowlby (1981), tal privação pode ser dividida em “privação parcial” ou “privação quase total”. A primeira é característica das situações em que a mãe é incapaz de proporcionar ao bebê os cuidados amorosos que as crianças pequenas precisam ou quando o bebê, por algum motivo, é afastado dos cuidados de sua mãe, mas a criança passa a ser cuidada por alguém que ela já aprendeu a confiar em maior ou menor grau. Neste caso, a criança adota um modelo de apego ansioso resistente, onde fica evidente o conflito, que gera a constante ansiedade de separação. Já o outro tipo de privação é mais comum em instituições, como orfanatos e hospitais, nos quais, frequentemente, uma criança não dispõe de uma determinada pessoa que cuide dela de forma pessoal e com quem ela possa sentir-se segura. Deste modo, ocorre o modelo de apego ansioso com evitação, onde a criança não tem nenhuma confiança no mundo, buscando, por isso, tornar-se autossuficiente emocionalmente.

É importante destacar que os efeitos da privação variam de acordo com seu grau, os quais podem variar desde distúrbios nervosos e personalidade instável à incapacidade de estabelecer relações satisfatórias com outras pessoas. Além disso, Bowlby (1989) ressalta que estes modelos não são estanques, podendo a criança apresentar versões desorganizadas de um dos modelos.

Apesar de, para os bebês, os pais terem uma importância secundária, isto não os exime de exercerem cuidados parentais, mesmo estes não estando diretamente ligados a criança. Muitas vezes, são eles que dão condições materiais para que suas esposas possam dedicar-se sem restrições aos cuidados do bebê. Soma-se a isto, o fato ainda mais importante de os pais, através de seu amor e companheirismo, darem apoio emocional à mãe, ajudando-a a manter um clima de harmonia e satisfação, o qual o bebê precisa para se desenvolver de forma mais satisfatória (BOWLBY, 1981).

Complementarmente, Dolto (1949) afirma que, além da qualidade dos cuidados parentais, também é essencial para o desenvolvimento mental saudável das crianças que seus pais as deixem livres para exprimirem-se tal como elas são, nunca forçando ou contrariando o seu desenvolvimento natural. Sobre isso a autora dá o seguinte exemplo: quando os pais exigem, cedo demais, educação e bons hábitos excessivos de seus filhos, normalmente, por volta dos sete ou oito anos, ocorre uma verdadeira reação da criança, a qual procura recuperar sua liberdade rejeitando o que lhe ensinaram.

A respeito das teorias acima citadas, cabe ressaltar que nem sempre estes acontecimentos originam tais patologias. Inúmeros fatores influenciam o caminho que tomará o desenvolvimento de cada sujeito: sua constituição biológica e genética, o ambiente familiar e social, a capacidade de resiliência, a rede de apoio disponível, entre outros. Assim, de forma nenhuma um fator isolado pode ser capaz de prever a história do sujeito.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir do que foi apresentado, pode-se perceber que o conceito de normalidade não pode ser definido a partir de uma única perspectiva e, mesmo combinando-se as diferentes concepções disponíveis, pelos mais diversos estudiosos, não é possível obter um parâmetro do normal que não considere características individuais e do contexto do sujeito. Referindo-se a esta questão Winnicott (1967, p. 16) diz que nada é muito nítido nos assuntos humanos e, portanto, “quem poderia dizer onde é que termina a saúde e se inicia a doença?”, questão esta que permanece sem uma resposta fechada e é sempre plausível de debates.

Desde muito cedo tal dificuldade foi percebida, pois até mesmo Canguilhem (1904), no início do século XX, ao tentar diferenciar a saúde da doença, mesmo em termos nosológicos, percebeu que não existia fato normal ou patológico em si, sendo que a anomalia e a mutação não eram, em si mesmas, patológicas, devendo-se pensar o contexto em que elas estavam inseridas e quão adaptativas elas seriam aquele contexto.

Dessa forma, é necessário se estar atento para o fato de que comportamentos considerados patológicos podem estar sendo erroneamente classificados assim devido ao olhar isolado sobre eles, sem levar em consideração todos os possíveis fatores que levarem a criança a tomar tal conduta. Uma atitude vista como anormal, pode, na verdade, ser a melhor forma que a criança encontrou para resolver um conflito que a está incomodando. Não se quer dizer com isto que atitudes hostis da criança, como, por exemplo, comportamentos agressivos não devam ser cuidadosamente analisados, entretanto deve-se tomar a precaução de que tal análise não seja superficial, tornando-a taxativa para a criança.

Sendo assim, não há uma classificação exata de fatos ou comportamentos inerentemente patológicos, fazendo-se necessária a consideração de uma gama de fatores que incidem sobre o desenvolvimento, a fim de avaliar a normalidade ou anormalidade de determinado sujeito ou conduta. Por isso, a abordagem deste tema é de extrema importância para a prática clínica infantil, já que, pela grande influência dos primeiros anos da vida, é possível que a intervenção da psicoterapia neste período desvende o que há por trás de comportamentos considerados inadequados, propiciando, dessa forma, um desenvolvimento mais saudável ao sujeito.

REFERÊNCIAS

- AJURIAGUERRA, J.; MARCELLI, D. **Manual de Psicopatologia Infantil**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1986.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.
- BERGERET, J. **A personalidade normal e patológica**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 1996.
- BOWLBY, J. **Cuidados Maternos e Saúde Mental**. 6. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1981.
- BOWLBY, J. O papel do apego no desenvolvimento da personalidade. In: _____. **Uma base segura: aplicações clínicas da teoria do apego**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989. cap. 7, p.117-132.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. 4. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1904.

DOLTO, F. **As Etapas Decisivas da Infância**. São Paulo: Martins Fontes, 1949.

FREUD, A. **A infância normal e patológica: determinantes do desenvolvimento**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1895.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 1991.

RAPPAPORT, C. R. **Psicologia do Desenvolvimento**. EPU, 1982.

SPINELLI, M. R. **Um estudo psicoterápico de uma paciente com lúpus eritematoso sistêmico**. 2002. 95 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) – Pontifícia Universidade Católica, São Paulo, 2002.

SILVA, E. L.; MENEZES, E. M. **Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação**. 3. ed. Florianópolis: Laboratório de Ensino à Distância da UFSC, 2001.

WINNICOTT, D. W. **A criança e seu mundo**. Rio de Janeiro: Zahar, 1964.

WINNICOTT, D. W. O Conceito de Indivíduo Saudável. In: _____. **Tudo começa em casa**. São Paulo: Martins Fontes, 1967. p. 3-22.