

A INFLUÊNCIA DO AMBIENTE NA SAÚDE MENTAL

THE ENVIRONMENT INFLUENCY ON MENTAL HEALTH

LA INFLUENCIA DEL AMBIENTE SOBRE LA SALUT MENTAL

Patricia Gaspar Mello¹

Pânila Longhi Lorenzoni²

RESUMO

Uma das grandes áreas de pesquisas da atualidade se refere aos elementos responsáveis pelo desenvolvimento de transtornos mentais. Em geral, é sabido que existe a integração de diversos fatores, entre eles o ambiente familiar e social. O foco desta revisão foi investigar este elemento, correlacionando-o com o desenvolvimento de transtornos alimentares, da infância e adolescência e de personalidade. Por fim, a compilação de dados e discussão visou auxiliar no entendimento de estratégias de prevenção para estes transtornos e promoção de saúde mental.

¹Patricia Gaspar Mello. Psicóloga (PUCRS), Esp. em Psicologia Clínica (FACCAT), Especialista em Psicoterapia Cognitivo- Comportamental (WP), Mestre em Psicologia – Cognição Humana (PUCRS) e Doutoranda em Psicologia (PUCRS). É psicóloga clínica e professora do Cesuca – Faculdade Inedi.

²Pânila Longhi Lorenzoni. Psicóloga (PUCRS), Terapeuta de Casal e Família (INFAPA), Especialista em Psicologia Clínica (FACCAT), Especialista em Psicoterapia Cognitivo-Comportamental (WP), Mestranda em Psicologia - Cognição Humana (PUCRS). É professora e supervisora do Instituto Fernando Pessoa de Pós-Graduação e psicóloga da Clínica Endofemme.

ABSTRACT

One of the major areas of current research refers to elements responsible for the development of mental disorders. It is generally known that there is integration of various factors, including the family and social environment. The focus of this review was investigate this factor, correlating with the development of eating disorders, childhood and adolescence and personality. Finally, data collection and discussion aimed at aid in the understanding of prevention strategies for these disorders and promoting mental health.

INTRODUÇÃO

Por estarem no auge do desenvolvimento biológico, psicológico e social, crianças e adolescentes são mais vulneráveis aos estímulos internos e externos que contribuem na formação da sua identidade. Estes têm muitos potenciais que dependem da qualidade das relações afetivas, limites e valores éticos para se desenvolverem; quando estes aspectos não são supridos de forma adequada, fomentam comportamentos desadaptativos como a violência, dificuldade de relacionamento e transtornos mentais (Levisky, 2001).

O conceito de modelos funcionais de Bowlby define como se forma o mundo interior de cada individuo a partir das experiências precoces. Os modelos funcionais são constituídos através da relação da criança com seus pais ou cuidadores durante os primeiros anos de vida. Estes modelos tornam-se importantes estruturas cognitivas que regem o comportamento da criança, *o modelo que ela constrói de si mesma também reflete a imagem que os pais têm dela* (Bowlby, 1989, p. 126).

Em 1978, Winnicott afirmou que há uma estreita relação entre tendência anti-social e a privação (Winnicott, 1978). Anos mais tarde, em 1996, o terapeuta de família Charles Fishman ratifica, dizendo que o estresse vivido na família e a ausência de afeto contribuem para a perpetuação da violência (Fishman, 1996). Tendo em vista estes aspectos, torna-se importante uma atenção para a qualidade dos relacionamentos intra-familiares, seus aspectos transgeracionais e o peso desta herança precoce para a qualidade de vida de jovens e adultos. Mesmo uma breve revisão do DSM-IV-TR já sugere a participação significativa das relações familiares e sociais no desenvolvimento de transtornos mentais (American Psychiatric Association [APA], 2002). Seria esta participação realmente efetiva? Quais os principais estudos que embasam tais achados?

O objetivo desta revisão foi investigar na literatura quais os aspectos ambientais associados a diversos transtornos mentais, tais como Transtornos Alimentares, de Conduta e de Personalidade. Uma vez que tais aspectos sejam identificados, intervenções psicossociais podem ser planejadas para que a saúde mental torne-se uma realidade.

MÉTODOS

Foram realizadas busca na literatura por temáticas e palavras-chaves ligadas a termos como Ambiente, Família, Transtornos Alimentares, Transtornos Diagnosticados na Infância e Adolescência e Transtornos de Personalidade. Após, os resultados foram analisados e selecionados os estudos e capítulos compatíveis com o objetivo desta revisão para, posteriormente, serem discutidos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO : aspectos transgeracionais

Desde bebês o aprendizado ocorre a partir da imitação. O recém nascido pratica imitações faciais involuntariamente até que, nos primeiros anos de vida, essa imitação de movimentos e expressões passa a ser voluntária, até a voz é construída através da imitação segundo o psiquiatra francês Stéphane Clerget. Mais profundo do que a imitação, a identificação é um processo psíquico no qual a criança passa a integrar aspectos posturais, morais, qualidades, sentimentos, a partir dos seus modelos, transformando-se total ou parcialmente nas representações que lhe cercam (Clerget, 2004). Ao longo da vida vai se assimilando muitos modelos, a personalidade da criança vai se modelando, se desenvolvendo e são as primeiras identificações que regem e condicionam os padrões de comportamento.

Minuchin e Nichols (1995) usam a metáfora do caracol: seres humanos são como caracóis que carregam suas conchas de memórias, uma vez que é definido, essa definição colore e rotula todas as ações dos indivíduos. Ou seja, temos uma mala que carregamos ao longo da vida e nela vamos colocando nossa bagagem, seja ela física, psíquica ou social. Abrimos essa mala em muitas situações e vamos ocupando a bagagem que adquirimos na infância e na adolescência para reger o comportamento da vida adulta. A maior parte dessa bagagem foi colocada na mala pelo ambiente em que vivemos e pelas experiências vividas ao longo dos anos.

A psicologia sempre demonstrou interesse em compreender as conseqüências de problemas iniciais da vida e transtornos mentais. Segundo as obras de Freud todas as desordens de caráter psíquico eram decorrentes de problemas da infância. Adler foi o pioneiro em colocar em pauta que o tratamento na infância poderia prevenir os problemas na fase adulta e posteriormente Bowlby decidiu ver a família junta na sessão,

pois os progressos na terapia individual com a criança estava sendo lento. Após, Jeffrey Young (2006) reafirma os conceitos instaurados por Bowlby, fazendo o link entre infância e personalidade. Mas foi somente Ackerman que instaurou a terapia familiar como tratamento primário para assistência infantil (Minuchin, Nichols & Lee, 2009).

A partir da década de 1980 a terapia de família passou do modelo interventor e diretivo a uma postura colaborativa. O terapeuta familiar australiano Michael White passou a ajudar as pessoas a descobrirem suas próprias histórias e desmistificar aquelas que lhes foram impostas pelas famílias ou pela cultura. Nessa etapa de liberação os pacientes conseguem diferenciar o seu Self das partes que carregam de sua família. (Schwartz, 2004).

A família é uma das entidades sociais mais estudadas atualmente, em decorrência de sua importância na formação dos membros que a constituem. As experiências vivenciadas na família tendem a retratar suas forças, limites e enfrentamentos (Arruda & Marcon, 2007). Prado (2004) coloca que há um crescente número de famílias em que a estrutura parental não proporciona a base segura necessária para o desenvolvimento de crianças e adolescentes e que quando este sistema parental não é suficientemente forte há uma desistência afetiva de autoridade parental. A ausência paterna ou materna, a omissão ou distanciamento afetivos dos pais e um clima de permanente conflito de orientação entre eles são os três fatores que tornam as famílias inefetivas no trato com os filhos.

Em estudo fenomenológico realizado com 10 sujeitos em 1997, Rech concluiu que as figuras parentais marcam pela capacidade de formação, estabelecimento e manutenção do vínculo afetivo, o estudo também encontrou a tendência natural a repetir

padrões comportamentais, absorvidos no âmbito familiar, perpetuando a transgeracionalidade (Reck, 1997).

TRANSTORNOS ALIMENTARES

Os Transtornos Alimentares caracterizam-se por mudanças significativas no padrão alimentar, normalmente motivados por um intenso medo de ganhar peso e mantidos por meio de estratégias de restrição alimentar e/ou purgativa. Na contemporaneidade, os transtornos como Bulimia e Anorexia Nervosas surgem em diferentes classes sociais, mais comumente em meninas e podem causar a morte (APA, 2002).

A Anorexia Nervosa é um transtorno que acomete jovens pelo mundo todo. Caracteriza-se por um temor intenso em ganhar peso, além de uma percepção distorcida da própria imagem corporal. Na tentativa de evitar o ganho de peso, estas meninas se utilizam de estratégias de privação alimentar, muitas vezes passando dias inteiros sem comer. Adicionalmente, o índice de massa corpórea (IMC) encontra-se muito abaixo do esperado para idade e altura e, muitas vezes, ocorrem casos de amenorréia.

Considerando-se que a etiopatogenia da anorexia nervosa é multifatorial, havendo interação entre fatores psicológicos, sócio-culturais, familiares e biológicos em sua manifestação (Santos, Oliveira, Moscheta, Ribeiro & Santos, 2004), o entendimento do funcionamento familiar é de suma importância para o bom prognóstico do tratamento.

As famílias de pessoas com anorexia nervosa possuem estrutura e padrão familiar bastante semelhantes entre si. O padrão perfeccionista é muito comum, geralmente há a supervalorização de uma conduta social extremamente adequada, como

um “modelo” a ser seguido. Estas famílias com características perfeccionais ao extremo frequentemente leva a um hipercontrole que pode resultar em infantilização dos filhos. Outra característica comumente encontrada é a superproteção, com extrema preocupação do bem estar dos membros da família. Da mesma forma que o perfeccionismo, a superproteção também conduz a um atraso desenvolvimental e da autonomia pessoal. Características como perfeccionismo e superproteção estão relacionadas com controle restrito sobre as emoções, fazendo com que sentimentos entendidos com ruins, como raiva, tristeza, não possam ser expressados, portanto acabam sendo reprimidos assim como todas as condutas consideradas agressivas pela família (Cordás, Cobelo, Fleitlich, Guimarães & Shomer, 1998).

Algumas famílias demonstram um grau de aglutinação bastante elevado, ou seja, a união é tamanha que alguns membros têm dificuldade de diferenciar-se dos outros, as fronteiras dos espaços individuais são tão difusas que os papéis familiares se misturam a ponto de gerar dificuldades na imposição de normas, regras e limites. Há também a excessiva preocupação com o peso, idealização da magreza como algo positivo e culto supervalorizado ao corpo (Cordás, Cobelo, Fleitlich, Guimarães & Shomer, 1998).

No mesmo espectro de transtornos alimentares, a Bulimia Nervosa tem como principal característica a compulsão alimentar seguida de comportamentos compensatórios como indução de vômitos ou uso de laxantes e diuréticos. Algumas pessoas podem usar até mesmo mais de um desses meios para compensar a ingestão excessiva de comida, fazendo um círculo vicioso de ingestão-purgação. Estes episódios costumam ser recorrentes e assim como na Anorexia Nervosa, há uma preocupação excessiva com a forma corporal e o peso (Meyer, 2011).

O padrão familiar das pessoas com Bulimia Nervosa por vezes se assemelham entre si, pode-se encontrar também, características vistas no padrão familiar da Anorexia Nervosa. É freqüente observar estruturas familiares caóticas em que cada membro segue sua própria regra gerando desarmonia no ambiente familiar, fazendo com que haja oscilação entre regras extremas e ausência de qualquer norma. Instabilidade emocional é outra conseqüência do funcionamento desarmônico, fazendo com que não seja raro encontrar abuso de álcool nos membros da família assim como dificuldade de controlar impulsos e lidar adequadamente com as emoções (Cordás, Cobelo, Fleitlich, Guimarães & Shomer, 1998).

TRANSTORNOS DIAGNOSTICADOS NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA

Os transtornos diagnosticados pela primeira vez na infância e adolescência abrangem uma série de comportamentos diferentes do que se esperaria do período do desenvolvimento que estas crianças encontram-se. Embora esta categoria abranja uma diversidade de transtornos, aqui serão abordados o Transtorno Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH), Transtorno Desafiador Opositivo (TDO) e o Transtorno de Conduta (TC) (APA, 2002).

O TDAH é caracterizado por uma dificuldade de prestar atenção e controlar impulsos em situações em que esta habilidade é exigida. Em geral, o transtorno é desenvolvido na infância, embora alguns somente recebam o diagnóstico na idade adulta.

Existe muita discussão na literatura sobre quais os elementos envolvidos no desenvolvimento do transtorno. Algumas evidências apontam para um comprometimento genético importante nos quadros de TDAH, especialmente pela alta

prevalência do transtorno em membros da mesma família. Ainda assim, é sabido que muitas doenças geneticamente herdadas manifestam-se a partir da exposição a diversos estressores ambientais, o que sugere o envolvimento do meio mesmo em psicopatologias de fundo comprovadamente genético (Faraone, 2005).

O mesmo se aplica a Transtornos Desafiador Opositivo e de Conduta, em que temos uma realidade ainda mais relacionada ao meio. Ambos são transtornos que acarretam elevado prejuízo nas relações sociais pelo envolvimento destas crianças em comportamentos violentos e desadaptativos. Existe um padrão de constante quebra de regras, bem como pouca manifestação afetiva.

Este padrão de agressividade e impulsividade em idade escolar pode ser encontrado principalmente em crianças e adolescentes que convivem diariamente com violência em seus contextos. Estudos que compreendem que a criança repete aquilo que presencia na família já demonstram uma importante relação entre violência intrafamiliar e comportamentos disruptivos na infância e adolescência. Há diversos achados que apontam para forte relação entre abuso físico, sexual, psicológico e negligência no desenvolvimento de transtornos disruptivos, desde TODO, TC e TDAH. Uma destas pesquisas aponta, inclusive, que crianças expostas a violência doméstica apresentam chances onze vezes maiores de desenvolver TDAH do que aquelas que cresceram em lares acolhedores (Vasconcelos *et al*, 2005; Briscoe-Smith & Hinshaw, 2006, Bordin, Nascimento & Seixas, 2006, Abramovitch, Maia & Cheniaux, 2008).

TRANSTORNOS DE PERSONALIDADE

A personalidade é uma interação singular entre diversos elementos tais como genética e meio social. Uma vez constituída, a personalidade torna-se um padrão de

comportamentos que se mantêm em diversos ambientes e situações. As personalidades mais saudáveis são aquelas mais flexíveis e capazes de se adaptar a diversos contextos. Quando se fala em Transtorno de Personalidade, em geral observa-se um padrão de atitudes inflexíveis e generalizadas, normalmente ativadas em qualquer situação e que dificultam a vida social e ocupacional do sujeito (APA, 2002).

A categoria dos Transtornos de Personalidade é subdividida em três subgrupos: A, B e C. Aqui serão abordadas dois dos transtornos mais representativos do grupo B, uma vez que demonstram ser os maiores desafios clínicos. São eles o Transtorno de Personalidade Anti-Social e o Transtorno de Personalidade Borderline (APA, 2002).

O Transtorno de Personalidade Anti-Social (TPAS) consiste em uma psicopatologia caracterizada por desrespeito à regras sociais estabelecidas implicitamente ou em forma de leis. Ainda que o sujeito compreenda perfeitamente tais regras, ele considera-se acima das mesmas ou não assume que possa ser surpreendido violando-as. Indivíduos com este transtorno podem manter-se afastados de problemas uma vez que conseguem adaptar-se o ambiente ou, em casos mais graves, cometer crimes hediondos (APA, 2002).

Em seu estudo, Romilde, Salvo, Pinheiro e Sabbag (2005) sugerem correlação entre comportamento anti-social e sistema familiar falho. As autoras observam que famílias que demonstram estilos parentais negativos possuem filhos com o dobro de chances de apresentarem comportamentos anti-sociais quando comparados a famílias com estilos parentais positivos. Adicionalmente, Simons, Wu, Lin, Gordon e Conger (1997) sugerem que as práticas parentais negligentes podem predispor o indivíduo a comportamentos delinquentes na adultez, tais como os observados no TPAS.

O Transtorno de Personalidade Borderline (TPB) caracteriza-se por esforços frenéticos para evitar abandono, seja ele real ou imaginário, padrão de relacionamentos interpessoais instáveis, impulsividade, irritabilidade, sentimentos crônicos de vazio, raiva inadequada e intensa (APA, 2002). O padrão de comportamento de pessoas com TPB envolve vulnerabilidade emocional, tendência de invalidar ou não reconhecer as próprias respostas emocionais, tendência de culpar o ambiente social por expectativas e demandas irrealistas, podem apresentar episódios de automutilações, comportamentos suicidas ou parassuicidas (Linehan, 2010).

É comum observar que as famílias de pessoas com TPB são invalidantes, ou seja, são famílias em que as experiências dolorosas são trivializadas ou não vistas como importantes, as dificuldades são atribuídas aos traços negativos de caráter tais como falta de motivação. Observa-se também excesso de punição e insuficiência de modelagem, instrução, apoio, elogio e reforço, o que acaba por gerar um ambiente aversivo para a criança, que contribui para o desenvolvimento do TPB (Linehan, 2010). Porém é importante ressaltar que o ambiente familiar invalidante é apenas um dos fatores envolvidos no desenvolvimento desse transtorno, há outros fatores igualmente importantes como causas biológicas e influências genéticas.

ESTRATÉGIAS DE PROMOÇÃO DE SAÚDE MENTAL

A saúde de adolescentes e adultos é igualmente influenciada por experiências precoces vividas na infância. Ela depende de aspectos psicológicos, biológicos e sociais, construídos através de uma base segura e estável que naturalmente são vivenciadas

desde a mais tenra idade e protege das adversidades encontradas ao longo da vida (Mercy & Saul, 2009).

Willians (1959) criou o Treinamento de Pais para auxiliar no tratamento de agressividade e birra infantil. Desde então essa intervenção foi sendo adaptada para complementar o tratamento em casos de Transtornos da Conduta, TDAH, TDO, com a intenção de mudar as interações desadaptativas que possam existir entre pais e filhos (Lorenzoni & Caminha 2011).

Programas que oportunizam à criança uma condição segura e estável, podem melhorar a saúde por toda a vida, além de que os programas de intervenção precoce tendem a ser mais eficientes do que o tratamento tardio. Tais programas podem igualmente reduzir o comportamento de risco e gerar benefícios importantes à sociedade (Karloly, Kilburn & Cannon, 2005).

Um exemplo de programa que fornece um sistema eficaz em motivar e melhorar o comportamento das crianças através de relacionamentos positivos é o Triplo P (Positive Parenting Program), desenvolvido pelo australiano Matt Sanders. Este programa é utilizado para reduzir os maus tratos infantis, hospitalizações e internações em emergências (Prinz, Sanders, Shapiro, Whitaker, Lutzker, 2009). Uma meta-análise do uso do Triplo P encontrou uma evidência consistente que este programa muda positivamente as habilidades parentais, o comportamento problema da criança, e o bem estar parental (Nowak & Heinrichs, 2008).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O indivíduo vem ao mundo através de um pai e uma mãe. Estes carregam informações genéticas que influenciam características físicas como a cor dos olhos ou a propensão para ganhar peso. Adicionalmente, as informações genéticas podem afetar a maneira como o sujeito aprende e se comporta.

Não foi encontrada, ainda, uma maneira de controlar completamente a genética com que uma pessoa nasce. Assim, cabe à família controlar o ambiente no qual esta criança será recebida. Esse ser humano terá as melhores condições para tornar-se um cidadão produtivo e de bem?

É sabido que ser cuidador exige sacrifícios e impõe desafios. Uma vez que os indivíduos são integrados a uma sociedade, esta tem a obrigação de cuidar daqueles que dela fazem parte. Assim, a família e o meio social, como escola, hospitais e outros centros de saúde e educação precisam trabalhar juntos em estratégias de tratamento e instrução àqueles que são o futuro do planeta. Além de existirem diversas técnicas de tratamento para transtornos mentais que podem ser utilizadas se necessário, também existem estratégias preventivas que devem ser exploradas para auxiliar no bom desenvolvimento dos indivíduos. Há recursos e pessoas, somente é necessário descobrirmos como integrar estes elementos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abramovitch, Sheila; Maia, Maria Claudia; Cheniaux, Elie. (2008) Transtornos de déficit de atenção e do comportamento disruptivo: associação com abuso físico na infância. Rev. psiquiatr. clín., São Paulo, v. 35, n. 4.

American Psychiatric Association (2002). Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais. DSM IV-TR. Porto Alegre: Artes Médicas.

Arruda, D. C., & Marcon, S. S. (2007). A família em expansão: experienciando intercorrências na gestação e no parto do bebê prematuro com muito baixo peso. Revista Texto e Contexto - Enfermagem, 16(1), 120-128.

Briscoe-Smith A.M.; Hinshaw S.P. (2006) Linkages between child abuse and attention-deficit/hyperactivity disorder in girls behavioral and social correlates. Child Abuse Negl.30(11):1239-55.

Bordin I.A.S.; Paula C.S.; Nascimento R.; Seixas C. (2006) Punição física grave e problemas de saúde mental em população de crianças e adolescentes economicamente desfavorecida. Rev Bras Psiquiatr.; 28(4):290-6.

Bowlby, John (1989). Uma base segura: aplicações clínicas da teoria do apego. Porto Alegre: Artes Médicas.

Clerget, Stéphane (2004). Adolescência: a crise necessária. Rio de Janeiro: Rocco

Cordás, T. A., Cobelo, A., Fleitlich, B., Guimarães, D. S. B., Schomer, E. (1998). Anorexia e Bulimia: O que são? Como ajudar? Porto Alegre: ArtMed.

Faraone, S. V.; Doyle, A. E.; Smoller, J. W.; Goralnick, J. J.; Holmgren, M. A.; Sklar, P. (2005) Molecular genetics of attention-deficit/hyperactivity disorder. Biol Psychiatry. Jun 1;57(11):1313-23. Epub 2005 Jan 21.

Fishman, H. Charles. (1996). Tratando Adolescentes com Problemas: uma abordagem de terapia familiar. Porto Alegre: Artes Médicas.

Karoly LA, Kilburn MR, Cannon JS. (2005). Early Childhood Interventions: Proven Results, Future Promise. Santa Monica, CA

Levisky, David Léo. (2001). Adolescência e violência: ações comunitárias na prevenção – conhecendo, articulando, integrando e multiplicando. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Linehan, M. (2010). Terapia Cognitivo-Comportamental para Transtorno da Personalidade Borderline. Porto Alegre: ArtMed.

Lorenzoni, P. L., Caminha, R. M., (2011). Treinamento e Trabalho com Pais no Transtorno de Estresse Pós-Traumático Infantil. In: Caminha, M. G., Caminha, R. M. Intervenções e Treinamento de Pais na Clínica Infantil. Porto Alegre: Sinopsys.

Mercy, James A; Saul, Janet. Creating a Helthier Future Through Early Interventions for Children. *Jama*. 2009; 301(21):2262-2264.

Meyer, E. (2001). Terapia Cognitivo-Comportamental nos Transtornos Alimentares. In: Andretta, I.; Oliveira, M. S. Manual Prático de Terapia Cognitivo-Comportamental. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Minuchi, Salvador; Nichols, Michael. (1995). A cura da família: histórias de esperança e renovação contadas pela terapia familiar. Porto Alegre: Artes Médicas.

Minuchin, Salvador; Nichols, Michael; Lee, Wai-Young (2009). Famílias e casais: do sintoma ao sistema. Porto Alegre: Artes Médicas.

Nowak C, Heinrichs N. A comprehensive meta-analysis of Triple P-Positive Parenting Program using hierarchical linear modeling: effectiveness and moderating variables. Clin Child Fam Psychol Rev. 2008; 11(3):114-144

Prado, Luiz Carlos (2004). Amor e violência nos casais e nas famílias. Porto Alegre: UFRGS.

Prinz RJ, Sanders MR, Shapiro CJ, Whitaker DJ, Lutzker JR. Population-based prevention of child maltreatment: the US Triple P system population trial. Prev Sci. 2009;10(1):1-12.

Rech, Terezinha. Reidentificação educacional: compreensão subjacente no desenvolvimento dos modelos parentais. Psico. 1997;28(1):97-122.

Santos, M. A., Oliveira, E. A.; Moscheta, M. S.; Ribeiro, R. P. P.; Santos, J. E. (2004). "Mulheres plenas de vazío": os aspectos familiares da anorexia nervosa. Vínculo v.1 n.1 São Paulo dez. 2004.

Simons, R., Wu, C., Lin, K., Gordon, R. & Conger, R. (1997). A cross-cultural examination of the link between corporal punishment and adolescent antisocial behavior. Criminology, 38, 47-80.

Schwartz, Richard C. (2004). Terapia dos sistemas familiares internos. São Paulo: Roca

Vasconcelos M.M. et al. (2005) Contribuição dos fatores de risco psicossociais para o transtorno de déficit de atenção/hiperatividade. Arq Neuro-Psiquiatr.:63(1)68-74.

Willians, C. (1959) The Elimination of tantrun behavior by extinction procedures. Journal of abnormal and social psychology, 59, 269.

Winnicott, Donald. (1978). A tendencia anti-social. In: Textos Seleccionados da Pediatria à Psicanálise. Rio de Janeiro: Francisco Alves.