

CENTRO REICHIANO DE PSICOLOGIA CORPORAL

GLÓRIA MARIA ALVES FERREIRA CRISTOFOLINI

**A AGRESSIVIDADE INFANTIL VISTA SOB O PRISMA DA
PSICOLOGIA CORPORAL**



**CURITIBA
2009**

GLÓRIA MARIA ALVES FERREIRA CRISTOFOLINI

**A AGRESSIVIDADE INFANTIL VISTA SOB O PRISMA DA
PSICOLOGIA CORPORAL**



Monografia apresentada como requisito parcial ao Programa de Especialização em Psicologia Corporal, ministrado pelo Centro Reichiano.

Orientador: Prof. Dr. José Henrique Volpi

**CURITIBA
2009**

Cristofolini, Glória Maria A. F.
Agressividade infantil vista sob o prisma da
psicologia corporal / Glória Maria Alves Ferreira
Cristofolini – Curitiba, 2009.

Orientador: Prof.Dr. José Henrique Volpi

Monografia do Curso de Especialização em
Psicologia Corporal, Centro Reichiano de Psicoterapia
Corporal.

1. Agressividade. 2. Educação 3. Psicologia





DEDICATÓRIA

À minha filha Aline, pelo incentivo constante.

Ao meu marido Lírio, pela paciência e
sutileza de valorização.

A minha irmã Graça pelo reconhecimento
e força interior.

A minha cunhada Evanilde pela alegria e
companheirismo

E a todos os amigos, colegas e professores,
que de alguma maneira tornaram
possível à realização deste trabalho.



AGRADECIMENTOS

Deus, eu te agradeço, por ter nos dado esta força misteriosa que nos permite ultrapassar obstáculos, romper barreiras e galgar cumes. Eu te agradeço pela linguagem corporal que me concedeste e por cada membro e órgão do meu corpo saudável que me permitiu tornar este trabalho uma realidade em minha vida.

Obrigada meu pai, obrigada minha mãe,
Obrigada pela vida, pela coragem de lutar.



Na nossa trajetória terapêutica temos espaço para, ao nos conectarmos com nosso corpo, reconhecer os sentimentos negativos, como tristeza, mágoa, raiva, que foram reprimidos e expressá-los livremente. Talvez seja uma experiência dolorosa que se não for manifestada pode transformar-se em sintomas corporais. (Lowen, 1997)

RESUMO

A necessidade deste trabalho decorre da possibilidade de aprofundar os estudos sobre a agressividade humana que tanto preocupa a sociedade atual. O mundo está imerso na violência e é preciso buscar os mais variados meios de minimizar esta situação. A agressividade é fruto de um contexto histórico-social em que antagonismos e contradições estruturais precisam ser considerados na tentativa de compreensão e solução desse fenômeno. A psicologia corporal, como uma abordagem humanista, nos traz possibilidades de revermos comportamentos agressivos manifestados nos indivíduos de vários aspectos caracteriais, principalmente os do tipo oral. O indivíduo cujos traços de caráter são tidos como oral, é caracterizado pela falta de satisfação de suas necessidades fisiológicas e afetivas durante o período de desenvolvimento psico-afetivo de incorporação. Como consequência, um dos padrões de comportamento observados é a agressividade, um assunto bastante amplo, mas que apresenta suas raízes desde o início em que se estabelecem as primeiras relações da criança com o mundo que a cerca.

Palavras-chave: Agressividade. Corpo. Criança. Emoção. Raiva. Violência.

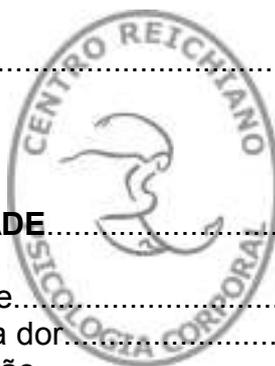
LISTA DE QUADROS

QUADRO 1: Comportamentos agressivos na infância e a adolescência	19
QUADRO 2: Demonstrativo de atitudes de vítimas de bullying	31
QUADRO 3: Perfil Psicosocial dos alunos bullies	32



SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	9
CAPITULO 1	
TEORIAS DA AGRESSIVIDADE	12
1.1. Bases da Agressividade.....	15
1.1.1 Teoria clássica da dor.....	15
1.1.2. Teoria da frustração.....	15
1.1.3. Teorias sociológicas da agressão.....	16
1.1.4. Teoria catártica da agressão.....	16
1.1.5 Teoria bioquímica da agressão.....	17
1.1.6. Teoria das personalidades agressivas.....	17
CAPITULO 2	
ALGUMAS FORMAS DE MANIFESTAÇÕES DA AGRESSIVIDADE	18
2.1. Bruxismo.....	20
2.1.2. Bruxismo Infantil.....	23
2.2. Hiperatividade.....	26
2.3. Bullyng.....	29
CAPITULO 3	
A AGRESSIVIDADE NA VISÃO DA PSICOLOGIA CORPORAL	34



CONSIDERAÇÕES FINAIS E SUGESTÕES.....	43
REFERÊNCIAS.....	46
DECLARAÇÃO DE AUTORIA.....	48

1 - INTRODUÇÃO

O presente trabalho tem por objetivo despertar nossa sociedade para um olhar mais direto sobre as questões que decorrem de atitudes agressivas da criança nos mais diferentes espaços sociais, seja na escola, na família e/ou na comunidade onde vivem. Perceber atos violentos em tão tenra idade é de suma importância para que pais e educadores possam evitar e/ou amenizar tais comportamentos evitando que no futuro essas crianças de hoje sejam adultos imbuídos de sofrimento e rejeição social.

A agressividade está hoje listada em uma das maiores preocupações de nossa sociedade. A escola enquanto lugar de confluência dos mais diversos grupos e movimentos sociais torna-se um espaço emergente para os fenômenos agressivos que afligem pais, professores e demais responsáveis preocupados com uma educação de qualidade. É essencial saber discernir quando um comportamento agressivo é passageiro, por motivos temporários, como o nascimento de um irmãozinho, a hospitalização ou perda de um ente querido, ou ainda por mudança de casa ou escola ou se pode ser considerado como um transtorno de conduta, caso em que é necessário um acompanhamento de especialista para auxiliar a sanar o problema. Se não dermos a devida importância, essa atitude agressiva poderá evoluir de forma prejudicial na adolescência e vida adulta, podendo transformar a criança em agente ou alvo de Bullying, como veremos mais à frente.

Diversos são os fatores que podem levar ao desenvolvimento da agressividade, como por exemplo, a diferença de sexo. Algumas pesquisas apontam para uma capacidade precoce das meninas, em relação aos meninos para adaptarem-se em grupo e socializarem-se com maior facilidade. Meninos tendem a apresentar mais problemas para adaptação social. Por volta dos três anos, às crianças já acrescentaram milhares de palavras ao seu vocabulário e começam a descobrir o prazer em brincar com o outro e se comunicar. O egocentrismo começa a sair de cena e começa a socialização. Nesta fase, o comportamento agressivo intencional, ainda aparece esporadicamente e muitas vezes, não apresentam uma continuidade. Já aos quatro, cinco e seis anos identificamos alguns comportamentos de discriminação que podem ter repetidamente o mesmo alvo. Aparecem os conflitos, “panelinhas”, provocações e humilhações. É aqui que pais e educadores devem estar atentos para poder inibir esse comportamento antes que ele se instale e seja mais difícil de eliminá-lo.

Uma das questões mais antigas apontadas pelos seres humanos é a maneira das pessoas se comportarem, que está diretamente ligado à forma como foram criadas. Há até quem diga que “já nasceram assim”, que “está no sangue”. Aqui, a questão que se mostra é a genética versus os fatores ambientais. Como resposta a isso, podemos pensar que embora as decisões que tomamos na vida podem ser baseadas no que vivenciamos, há outros fatores envolvidos. É o que procuraremos demonstrar no decorrer deste trabalho.

Diversas são as teorias que versam sobre a agressividade, da mesma forma que inúmeras são as propostas de tratamento. Cabe ressaltar que antes mesmo de um diagnóstico específico para esse caso, devemos considerar a intercorrência de fatos transitórios que possam estar causando os comportamentos agressivos além de outros, em relação à criança, como:

Ausência de limites: a criança sempre teve por parte da família a realização de todas as suas vontades, fato cada dia mais comum, quando ambos os pais trabalham fora e sentem-se culpados por ter pouco tempo disponível para o

filho e acabam “tentando” suprir esta lacuna com permissividade excessiva, sem impor limites.

Excesso de exigências: a criança às vezes é muito exigida e pouco elogiada e acaba perdendo alguns parâmetros de como deve se portar, pois mesmo fazendo o máximo para acertar, ainda é pouco para o grau de exigência dos pais ou professores.

Dificuldade de relacionamentos: muitas crianças apresentam dificuldades em relacionar-se com outras, mantendo-se afastadas e isoladas de seus colegas. Muitas vezes isso pode ser sintoma de alguma agressão ou abuso que tenha sofrido.

Devemos considerar também que por mais que às vezes possa parecer ineficaz, elogio, afeto, prazer e compreensão têm resultados muito mais rápidos e menos estressantes do que bronca, castigo, sofrimento e indiferença.

É muito importante detectar e combater o comportamento agressivo para com a criança e da criança ainda na primeira infância, pois quando esta não encontra obstáculos ou alguém que a alerte mostrando que não é um comportamento adequado, ela percebe que consegue liderar e tirar proveito destas situações. No futuro certamente tornar-se-á um agente do bullying e muito provavelmente um adulto violento.

A criança que dirige sua agressividade para dentro de si e é capaz de auto-punir enfrenta os extremos do estado da agressão, podendo chegar ao ato do suicídio, por isso é importante dar ênfase à compreensão de pais, educadores e psicólogos para o nível de introversão ou explosão de uma criança. A idéia é buscar formas eficazes de combater ao fenômeno da agressividade entre crianças e seu meio para minimizar assim a violência e proteger a criança em formação.

Para melhor compreensão dos vários aspectos da agressividade, serão inseridos sub temas, como os diferentes conceitos e teorias. Chamamos a atenção do leitor para as questões relacionadas ao bruxismo, ao bullying e à hiperatividade como uma manifestação da raiva contida, fazendo uma relação com a psicologia, a neurologia e a odontologia, inserindo também a importância

da educação, seus valores e princípios éticos na busca de uma sociedade saudável. E é neste contexto é que trazemos as contribuições da Psicologia Corporal, principalmente no que diz respeito ao traço de caráter oral, participando efetivamente como modelo educacional para as crianças de forma a garantir adultos emocionalmente mais saudáveis.



CAPITULO 1

TEORIAS DA AGRESSIVIDADE

Os seres humanos desde que nascem têm um cérebro que funciona e vai se desenvolvendo a cada momento, a cada estímulo, que são chaves para sobrevivência, formando o caráter e temperamentos. Entre eles está a agressividade. O cérebro se parece com um computador. A diferença está em que os computadores são instrumentos físicos e dependem de um operador para funcionar. Com o ser humano isso é diferente.

O termo agressividade pode ser definido como qualquer forma de comportamento que pretende ferir alguém, física ou psicologicamente (Berkowitz, 1993 *in* Ramirez, 2001) este comportamento provoca tristeza e rejeição e é censurável pela sociedade; porém é preciso destacar qual a intencionalidade.

Por agressividade entendemos um comportamento defensivo ante um ataque de um indivíduo da mesma espécie ou não. Segundo Sanmartin (2001), se trata de uma conduta mediatizada pelo meio que infunde a presença ameaçadora do outro. Outras vezes, por agressividade se entende a conduta de um indivíduo que ataca e mata um ser de outra espécie. É a chamada “agressiva predadora”.

Ainda segundo Sanmartin (2001), a agressividade é inata ao ser humano. Diz o autor que o ser humano é agressivo por natureza, como também naturalmente, existe mecanismo que inibem a agressividade. Uma delas é a expressão emocional manifesta no corpo, especificamente a expressão facial. É preciso deixar claro que a pessoa ao inibir esta agressividade está acumulando energias e transferindo para a esfera inconsciente que poderá acarretar graves danos pessoais a si e ao seu convívio com o outro. A expressão emocional inibitória pode-se comparar a uma bomba prestes a explodir a qualquer momento.

Para alguns deterministas biológicos, como apresenta Ramirez (2001), a causa da agressividade reside no interior de cada sujeito onde os fatos genéticos ou de produtores da violência são elementos análogos, objeto de

estudo de psicólogos, psiquiatras e biólogos. Isso faz com que algumas ciências possam preconizar precocemente àquelas pessoas que podem se converter em agressores e que estará sujeitas a serem excluídas e marginalizadas pelo seu comportamento.

Sob o prisma da Psicologia Corporal, a agressividade é vista como uma maneira de reagir típica do indivíduo cujo traço de caráter é tido por oral. Segundo Navarro (2001 p. 57) “estes traços de tipo oral têm origem nos primeiros três ou quatro meses de vida e podem conduzir a situações psicóticas”. Isso porque a explosão energética se dá a nível da boca, que pode ser caracterizada por uma atividade depressiva e agressiva. Como por exemplo, podemos citar a crise asmática que em geral, é equivalente à crise de cólera que não pode ser expressa durante a infância devido aos excessos de cuidado de uma mãe às vezes muito neurótica. Para se obter a cura ou a melhora desse padrão de comportamento, é importante recuperar a figura desta mãe. O conflito está ligado à sensação de que algo lhe foi negado injustamente e que foi obrigado a fazer algo que lhe provocou grande tensão e uma sensação de vazio. Isso irá justificar porque muitas pessoas caem na depressão. Pode ocorrer em todas as idades e sua incidência atinge cerca de 6% da população, e cerca de 20% das pessoas irão apresentar ao menos um episódio depressivo ao longo da vida, conforme afirma Dr. Calil. Também se pode apresentar de várias maneiras e trazer muitas complicações.

Conforme Lowen (1995 p. 138) “devido a seu baixo nível de energia, o indivíduo de caráter oral está sujeito a alternâncias de humor entre a depressão e a euforia”.

A definição de depressão pela Organização Mundial de Saúde (OMS 2008) através da Classificação Internacional de Doenças (CID - 10), implica que as crises depressivas devam estar presentes em graus variados de intensidade, nos episódios típicos, humor deprimido, perda de interesse e prazer nas atividades, energia diminuída levando a uma fadiga aumentada e atividade diminuída. Hoje se sabe que a depressão é acompanhada por alterações em substâncias no Sistema Nervoso Central, nos neurotransmissores, principalmente a noradrenalina e a serotonina. Muitas vezes é considerado um problema crônico necessitando tratamento a longo

prazo. Conforme Volpi (2006), cerca de dois terços dos deprimidos não procuram ajuda médica e tentam se tratar com receitas caseiras, fazem uso de vitaminas ou até mesmo buscam uma forma religiosa e outros recursos que não os da ciência convencional para se livrarem da doença. Contudo, a depressão não se limita a alterações neurobiológicas. É antes uma experiência de profunda dor, que mobiliza os sentimentos mais primitivos tanto no deprimido como nas pessoas com quem convive. Podem ocorrer idéias suicidas, e pessoas deprimidas suicidam trinta vezes mais que a população geral. Isso, não deixa de ser um ato agressivo violento.

É importante destacar que a agressividade pode também ter como base os castigos ou correções verbais que é uma combinação de rejeição e de degradação hostil, incluindo atos de como imposição de culpa, insultos, humilhação pública, de repelir ou recusar à ajuda a criança. As ameaças que causam extremos medo ou ansiedade na criança, expondo-a à violência, provocam um sentimento de raiva acarretando um comportamento agressivo no decorrer da vida. Muitas vezes também situações de isolamento, castigos em que a criança fique trancada em ambientes pequenos e/ou escuro provocando ira e pavor na construção de seu caráter vem comprometer e colaborar no desvio de seu comportamento tornando-a agressiva com os demais.

Segundo Ramirez (2001), a agressividade é considerada um tema complexo, cujas implicações sociais e ideológicas têm provocado muitas polêmicas e indicando variados conceitos. Portanto, algumas teorias foram criadas para explicar e procurar dar solução a alguns problemas provocados pela agressividade. Berkowitz (1972) coloca que as teorias para explicar a agressividade podem ser divididas, em linhas gerais, em dois grandes grupos: os que propõem que a agressividade tem causa endógena e os que apóiam para os fatores exógenos. Podemos considerar, então, que as duas grandes teorias estão estabelecidas em ativas e reativas.

Teorias ativas: São consideradas todas as que apontam à origem da agressividade nos impulsos internos.

Teorias reativas: Consideram a origem da agressividade ligada ao meio ambiente que cerca o indivíduo, como as reações urgentes em relação à sociedade, levando em consideração também os aspectos internos do sujeito.

Porém, Mackal (1983) citado por Ramirez (2001) propõe a classificação das diversas teorias sobre a agressão em seis outras teorias, sendo classificadas da seguinte maneira e apresentadas resumidamente a seguir:

- a) Teoria clássica da dor;
- b) Teoria da frustração;
- c) Teoria sociológica da agressão;
- d) Teoria catártica da agressão;
- e) Teoria bioquímica ou genética;
- f) Teoria da personalidade agressiva.

a) Teoria Clássica da Dor

O medo de sentir dor está condicionado à tendência de aceitar aquilo que nos dá prazer e a rejeitar o que causa desprazer. A teoria clássica da dor considera a agressividade como uma resposta a estímulos diversos, sugerindo que a dor, em si mesmo, provoca no indivíduo a necessidade de agredir, como se para ele isso trouxesse o alívio da dor que sente. O procedimento agressivo gerado pela dor pode-se concluir que o ser humano procura sofrer o mínimo de dor, diante das mais variadas situações, age de forma agressiva diante do ataque, agride quando se sente ameaçado antecipando qualquer possibilidade de sentir dor. Segundo algumas teorias biológicas, que apóiam a teoria da agressão com relação à dor, apresentam que o cérebro é capaz de ser excitado ou inibido em virtude dos centros de prazer ou de dor, tendendo a um equilíbrio interno do organismo.

b) Teoria da Frustração

A conduta agressiva é considerada pelos estudos clássicos da Universidade Yale, Dollard (in Ramirez 2001) como uma das conseqüências mais importantes da frustração, que consideram que qualquer conduta agressiva pode ser atribuída a uma frustração já ocorrida. Por esta razão

poderíamos dizer que as atitudes de cóleras em uma determinada pessoa produzam algum tipo de agressão verbal ou direta.

A agressão, analisada dentro desta teoria, pode ser vista como uma barreira externa que impede o indivíduo de alcançar o que deseja e a atitude mais imediata é a agressão, por meio de expressão verbal como gritos palavrões ou atitudes extremas de socos, pontapés chegando à autodestruição. E outra barreira também considerada como frustração é a reação emocional que surge diante de alguma contrariedade, quando esta é vista como um ataque pessoal desencadeando manifestações emocionais.

O estado emocional desencadeado é como uma rede de sentimentos concretos, de respostas expressivos motoras, de pensamentos e de recordações, todas tão organizadas que a ativação de qualquer componente tende a alargar-se, ativando outras partes a que ele está vinculado, gerando, assim, uma mobilização geral de todo o organismo (BERKOWITZ, 1993 in RAMIREZ, 2001, Pág.14)

Se analisado desta maneira, a agressão é uma forma de resposta que a pessoa produz para reduzir a frustração interna sentida.

c) Teoria Sociológica da Agressão

O grupo social é o foco da agressividade. Durkheim (1938) in Ramirez (2001) inspirador da teoria social coloca que a causa da agressão que determina um fato social deve procurar-se em outros fatos sociais anteriores. O homem civilizado é o único capaz de finalizar uma agressão organizada.

d) Teoria Catártica da Agressão

Este conceito de catarse surgiu na teoria psicanalítica fazendo uma analogia entre a necessidade de descarga da tensão da pessoa e a descarga da pressão de um líquido num modelo hidráulico. O efeito da catarse é a diminuição da pressão. No caso da personalidade, a catarse supõe uma expressão repentina de afeto, cuja liberação se torna necessária para manter o estado de relaxamento adequado, sendo assim, uma solução para o problema da agressividade humana. Se a pessoa for capaz de produzir a catarse ela irá

sentir-se melhor e menos agressiva, caso este mecanismo de liberação estiver bloqueado, o sujeito tornar-se-á mais agressivo.

e) Teoria Bioquímica ou Genética da Agressão

Segundo esta teoria o comportamento agressivo se desencadeia como consequência de uma série de processos bioquímicos que tem lugar no interior do organismo e nos quais os hormônios desempenham um papel decisivo. A preocupação é como relacionar o que parece ser uma necessidade fenomenológica com algum mecanismo fisiológico distinto. Devemos acreditar a existência dos hormônios da agressividade e as necessidades sexuais não satisfeitas gera agressão e esquizofrenia, segundo Mackal, 1983 in Ramirez 2001.

f) Teoria das Personalidades Agressivas

Quando a agressividade é utilizada de forma generalizada de resposta diante de uma situação adversa da vida diária, podemos dizer que estamos diante de personalidades agressivas. Pois o indivíduo que sente necessidade de explodir com palavras ou gestos a qualquer momento, apresenta este tipo de personalidade e o tratamento deve ser intensificado. As investigações realizadas com crianças mostram que aquelas que têm propensões para violência apresentam várias maneiras de agredir ao outro. Porém, algumas vezes, é possível encontrar pessoas que apresentam comportamento agressivo que pode ser ativado em determinados momentos pelo desejo de ferir, e em outros, pela vontade de obter algo, sendo o mais freqüente adotar uma atitude agressiva impulsionada pela situação do momento, diríamos de uma pessoa de comportamento agressivo “misto”, como cita Ramirez (2001).

Não se propõe aqui fazer uma análise detalhada das diversas teorias sobre a agressividade, mas resumidamente apresentamos as teorias mais relevantes, na intenção de entender a agressão como um distúrbio da personalidade que põe em evidencia instintos destrutivos, como uma reação impulsiva e necessária ao indivíduo. Pode-se dizer que as personalidades

agressivas são resultados de certas disposições ou tendências pessoais, unidas aos fatores externos que são ativadas emocionalmente.

CAPITULO 2

ALGUMAS FORMAS DE MANIFESTAÇÃO DA AGRESSIVIDADE

A agressividade humana normalmente se manifesta em diferentes contextos: em casa, na escola e na comunidade e isto provoca reações significativas nas atividades sociais. Cabe também ressaltar que esta agressividade pode se manifestar de várias maneiras: uma pessoa pode aparentar tranquilidade, mas demonstra vários sintomas típicos de uma agressividade como por exemplo, ranger dos dentes (bruxismo), problemas ortodônticos graves, agitação interna, falar palavrões, além de outros.

Conforme cita Ramirez, (2001, p. 05) A Associação Americana de Psiquiatria (APA) classifica os comportamentos agressivos na infância e na adolescência em quatro grupos:

- 1) comportamentos agressivos que causa dano físico ou ameaças a outras pessoas ou animais;
- 2) comportamento agressivo que causa a destruição da propriedade de outras pessoas ou animais;
- 3) comportamentos fraudulentos ou roubos, e
- 4) violação grave das normas.

É possível verificar no quadro a seguir, mais detalhes da pesquisa realizada sobre o comportamento agressivo na infância e adolescência e como estes grupos foram distribuídos e analisados.

QUADRO 1: Comportamentos agressivos na infância e a adolescência

GRUPO 1	Comportamento agressivo que causa dano físico ou ameaça outras pessoas ou animais.
É definido pelos seguintes critérios: 1. Ameaça ou intimida frequentemente os outros. 2. Inicia brigas físicas, com frequência. 3. Utilizou uma arma que pode causar danos físicos graves a outra pessoa. 4. Manifestou crueldade física para com animais. 5. Manifestou crueldade física com outra pessoa. 6. Roubou, enfrentando a vítima. 7. Forçou alguém a manter uma relação sexual.	
GRUPO 2	Comportamento agressivo que causa a destruição da propriedade de outra pessoa ou animais.
E definido pelos seguintes critérios 8. Provocou deliberadamente incêndios com a intenção de causar danos graves. 9. Destruiu deliberadamente a propriedade de outras pessoas.	
GRUPO 3	Comportamentos fraudulentos ou roubos.
São definidos pelos seguintes critérios 10. Violou o domicílio ou o automóvel de outras pessoas. 11. Mentiu frequentemente para obter bens ou favores ou para evitar obrigações. 12. Roubou objetos de um certo valor, sem enfrentar a vítima.	
GRUPO 4	Violações graves das normas
Contempladas nos seguintes critérios 13. Permanece frequentemente, fora de casa durante a noite, apesar da proibição paterna, iniciando-se esta conduta antes dos 13 anos. 14. Fugiu de casa durante a noite, pelo menos, duas vezes, quando vivia em casa dos seus pais ou num domicílio institucional (ou só uma vez, sem regressar durante um período de tempo prolongado). 15. Costuma gazer a escola, iniciando esta prática antes dos 13 anos de idade.	

Fonte: Associação Americana de Psiquiatria (APA). In: Ramirez, Condutas agressivas na idade escolar, 2001, Pág.5.

A característica mais saliente da conduta agressiva seria o desejo de ferir: o agressor deseja provocar dano no seu objeto ou outro indivíduo que tratará de evitá-lo. Isso significa que o agressor sabe que o alvo não aprova seu comportamento.

Os motivos mais amplamente aceitos como desencadeadores do comportamento agressivo, é, como já foi citado, “o desejo de ferir”, embora, algumas vezes a conduta não tenha esta finalidade. Por exemplo, vamos supor uma briga de crianças ou adolescentes no pátio do recreio. Para o grupo atacante, o motivo pode não ser outro senão o de demonstrar quem detém o poder. Verificamos assim que o comportamento agressivo não tem um único motivador, pois podemos distinguir que a conduta agressiva serve de instrumento para utilização de outros fins, diferentes do relativo à própria agressão.

Para Erich Fromm (1975), no seu livro “The Anatomy of Human Destructiveness”, explica a agressão de duas formas, a do tipo “agressão benigna” que apresenta como sendo biologicamente adaptativa e estando a serviço da vida, como o impulso de fugir ou atacar quando a vida é ameaçada, e a “agressão maligna” que se manifesta sob a forma de destrutividade e da crueldade sem ser considerada biologicamente adaptativa, porém pode-se dizer que esse tipo de agressão é exclusivamente humana e nasce das condições da existência do ser .

As posições dualistas são extremamente gerais não permitindo uma aproximação precisa às situações concretas. É preciso ter em conta a situação estímulo-resposta para entender a complexidade do fenômeno da agressão.

Uma das características que se percebe de pessoas agressivas é o bruxismo, como veremos na sequencia.

2. 1. BRUXISMO

Quando existe um movimento involuntário, incontrolável dos músculos da mastigação com esfregamento dentário, dizemos que o indivíduo apresenta bruxismo. Atinge homens e mulheres, adultos e crianças na mesma proporção. Os movimentos mais intensos acontecem no período noturno, mas ocorrem também durante o dia. Pode se manifestar como um atrito da superfície da oclusão quando a pessoa range os dentes ou existir apenas uma contração das arcadas dentárias. Algumas teorias atribuem este processo a problemas emocionais. Hábito este extremamente destrutivo adquirido inconscientemente, que consiste em raspar durante o sono as superfícies dos dentes superiores contra os inferiores.

Para a Cirurgiã Dentista Matiello (2008), o hábito extremamente destrutivo adquirido inconscientemente, que consiste em raspar durante o sono as superfícies dos dentes superiores contra os inferiores, chamado bruxismo é também conhecido como briquismo. Considerado um hábito parafuncional de ranger os dentes, a dificuldade para sua resolução aumenta de acordo com a gravidade do desgaste produzido.

O termo bruxismo é derivado do Francês "la bruxomanie" principalmente utilizado por Marie & Pietkiewicz em 1907, também Frohman (1931), fez a utilização pioneira deste termo para identificar um problema dentário desencadeado pelo movimento anormal da mandíbula. (Dra. Matiello - Cirurgiã Dentista - Bauru/SP 2008)

Para Dawson (1995) o termo bruxismo se refere ao atrito não funcional dos dentes inferiores contra os superiores. Esse hábito, quando é descontrolado, geralmente conduz a uma série de desgastes contribuindo para mudanças adaptativas nas articulações.

A causa do bruxismo não está completamente clara. Embora, este problema já esteja bastante elucidado, há muitas observações, até agora não esclarecidas, que indicam que ainda há muito a se aprender. Uma coisa parece certa: há mais de um fator, responsável por todo bruxismo. É também evidente, que não há apenas um único tratamento capaz de eliminar ou mesmo reduzir todo bruxismo. (DAWSON, 1995, p. 492)

Sendo uma patologia de ocorrência comum, o bruxismo, pode e é encontrado em todas as faixas etárias, com prevalência semelhante em ambos os sexos.

Já comprovado anteriormente em estudos, o bruxismo é uma das desordens funcionais dentárias mais destrutivas e complexas existentes, sendo tão antiga quanto o próprio homem. Esta carga parafuncional do bruxismo, que resulta no desgaste anormal dos dentes, é o sinal mais freqüente desta patologia.

Considerando os aspectos defendidos pela psicologia, os conflitos internos, tensões emocionais, são fatores psicológicos que deveriam ser liberados naturalmente. O que se observa é que há muita dificuldade das pessoas em liberar suas emoções de maneira saudável. O aparecimento do bruxismo surge como um mecanismo de liberação destas emoções reprimidas.

Os fatores estressantes que desencadeiam o bruxismo são variáveis, mas de alguma forma estão relacionados à correria do dia a dia, como a luta pelo emprego, pagamento de dívidas, ameaças de assalto, pouco tempo para exercer as atividades assumidas. (MOLINA, 1995 p. 56).

O bruxismo tem sua origem principal em agressões reprimidas, tensões emocionais, raiva, temor e as frustrações, estes são os maiores causadores do bruxismo. Na visão psicológica que apresenta Molina (1995), tomando como exemplo uma criança que atinge a fase de expressão oral e é reprimida durante a formação de fatores que permitirão o desenvolvimento de sua autoconfiança e a expressão de comportamentos agressivos, quando não tem essa permissibilidade, retém sua agressividade e começam a apertar e deslizar os dentes como mecanismo de descarga dessa tensão. Uma pessoa com raiva, medo reprimido, adota este hábito de ranger os dentes como uma forma de liberar a tensão.

A tendência de apertar ou esfregar os dentes como sentimento de raiva ou agressão tem sido reconhecido desde épocas remotas, mesmo antes de Cristo. Para alguns autores, como Molina (1995) bruxismo é mais comum em pessoas neuróticas, manifestando uma resposta a algum problema que não pode ser resolvido ou uma incapacidade de expressar emoções como o ódio, agressão, sadismo, fúria e medo. Para esta pessoa o ato do bruxismo torna-se

uma atitude de alívio e conseqüentemente um ato sadio. Todo indivíduo com trauma oclusal provocado por bruxismo apresentam tônus muscular aumentado.

Segundo Molina:

Durante o dia, o apertamento e rangimento dos dentes são evitados por causa do controle consciente. Durante o sono, existe uma falta de controle dos mecanismos conscientes e o bruxismo se torna uma necessidade inconsciente para liberar tensão emocional reprimida. O bruxismo raramente é uma atividade volicional. (MOLINA, 1995 p. 579)

A psicologia corporal parte do pressuposto que o bruxismo está diretamente ligado à tensão do maxilar, que por sua vez tem uma relação com a amamentação deficitária durante o período de incorporação do desenvolvimento psico-afetivo (Volpi; Volpi, 2002) Assim sendo, este conflito está ligado à sensação de que algo lhe foi negado injustamente e que foi obrigado a fazer algo que lhe provocou grande tensão. A terapia mais empregada atualmente para o alívio dos sinais e sintomas de disfunção da articulação temporomandibular associados ao bruxismo, é a utilização de placas interoclusais que reduzem a atividade dos músculos durante a noite e protegem os dentes dos desgastes provocado pelo hábito.

A freqüência e a severidade podem variar e aumentar a cada noite, está altamente associada ao stress emocional e físico. Quando noturno, o bruxismo envolve movimentos rítmicos semelhantes ao da mastigação, com longos períodos de contração dos músculos mandibulares. Esses movimentos, contrações, podem superar os realizados durante o esforço consciente, sendo a causa da dor muscular e fadiga.

Segundo Campos, (2006) quando as pessoas rangem os dentes, além da possibilidade de atrapalhar o sono de outras por causa do barulho, dependendo do tipo de dentição poderá ocorrer um desgaste excessivo do esmalte dentário. Um desgaste em determinadas áreas é considerado fisiológico e benéfico para o desenvolvimento dos ossos, mas o desgaste exagerado prejudica os dentes e danifica os tecidos em volta dele.

Dependendo da constituição física da pessoa pode danificar também as articulações.

2.1.1. Bruxismo Infantil

O bruxismo não é uma doença propriamente dita, mas sim uma manifestação de que algo precisa ser analisado, quer seja com a criança quer seja com o adulto. O ranger de dentes ou bruxismo é um sintoma que precisa e pode ser corrigido. Muitas crianças rangem os dentes, uma vez ou outra, porque encontram-se na fase de desenvolvimento tida como oral ou de incorporação, que coincide com a erupção dos seus dentes e provocam as interferências oclusais. Segundo, Dawson (1993) durante a idade da dentição mista, o bruxismo é comum, e algumas crianças desenvolvem padrões de bruxismo tão sérios, que podem desgastar seus dentes descíduos, até deixá-los planos.

Muitas são as histórias populares que dão explicações para o caso das crianças que apresentam bruxismo. A mais popular de todas é provavelmente aquela que afirmam que a criança “tem verme”.

Vários fatores contribuem para o aumento do bruxismo em crianças, porém a maior preocupação, segundo Dawson, é a interferência oclusal. Para os especialistas na área ortodôntica, toda criança tem interferência oclusal em alguma época de sua vida. O problema é que algumas vezes não costuma ser sério, apenas desagradável para quem ouve durante a noite e é acordado pelo som que faz o bruxismo.

Se o bruxismo começar a se tornar persistente a ponto de dar a crianças momentos de irritação e o desgaste oclusal, parecer ser mais extenso do que o normal é preciso que seja planejado um ajuste.

Apesar das causas do bruxismo ser multifatoriais, é importante relatar a importância do fator psicológico, uma vez que os sinais e sintomas característicos surgiram nos pacientes apenas nos momentos de grande concentração, ansiedade e nervosismo. Alerta-se para o crescimento do número de patologias relacionadas com as causas emocionais. O fator

psicológico merece destaque para estes estudiosos, uma vez que é grande o número de pacientes infantis acometidos por medos, tensões e ansiedade.

Acredita-se numa boa relação entre a Psiquiatria e a Psicologia na Odontologia, salientado a importância do conhecimento interdisciplinar como meio de se chegar ao diagnóstico correto do caso a ser avaliado.

Estudos realizados em Montreal, Canadá, observaram que 48% dos casos de bruxismo estavam relacionados com a alta ansiedade, correlacionando este distúrbio a dificuldades psicológicas. (SILVIA, 2003)

Nestes casos, segundo esta autora, é importante o encaminhamento do paciente para um psicólogo ou um psicanalista, entre outros profissionais, para proporcionar um tratamento eficaz e duradouro.

É importante ressaltar que o bruxismo é uma doença psicossomática, que se define pelo apertamento e deslizamento expressivo e persistente das estruturas dentais. Este comportamento é geralmente provocado pelo estresse, ansiedade e por certa agressividade. É considerado como uma resposta de escape, porque a cavidade bucal possui um grande potencial afetivo e é um local privilegiado para a expressão dos impulsos reprimidos, de emoções e de conflitos latentes. Por não conseguirem obter a satisfação de seus desejos e necessidades importantes, alguns indivíduos utilizam o rangimento e apertamento dos dentes como um mecanismo compensador ou como uma resposta de auto-agressão. Durante a vigília, por estar consciente, o sujeito apresenta maior controle sobre suas emoções, esse hábito manifesta-se de forma mais acentuada durante o sono, quando as defesas estão relaxadas.

Cariola 2006 , cita que em 1932, Schilder resolveu fazer um estudo com crianças portadoras de bruxismo, expressando pela primeira vez sua crença de que o modo pelo qual a criança desenha o seu corpo reflete seu conhecimento e sua experiência sensória da imagem corporal. Para esse autor, a “imagem corporal” é aquela representação que formamos mentalmente de nosso próprio corpo, isto é, a forma em que ele aparece ou a imagem tridimensional que todo mundo tem de si mesmo. Portanto, para ele a experiência de nosso próprio corpo constitui a base para todas as outras experiências vitais, para a

experiência visual e para a relação com o mundo, que por sua vez exerce papel preponderante na formação da auto-imagem. Posteriormente, este autor afirmou que a imagem corporal é inconsciente e sua base é afetiva, e o esquema corporal é pré-consciente e sua base é neurológica. Daí a importância de estar avaliando estas crianças por intermédio também do desenho, pois se acredita que esta metodologia poderá trazer informações seguras da causa do bruxismo e o que está levando esta criança a ranger os dentes com mais freqüência. Aponta também que este instrumento, o desenho, pode ser capaz de refletir o inconsciente do paciente, oferecendo dados subjetivos dos mesmos.

2.2. HIPERATIVIDADE

A hiperatividade, também conhecida como desordem do déficit de atenção ou transtorno de déficit de atenção, pode afetar crianças, adolescentes e até mesmo alguns adultos. As crianças que apresentam os sintomas hiperativos, sejam eles graves ou mais brandos pode manifestar problemas de linguagem, memória e habilidades motoras. Pode-se também considerar uma maneira de expressar sua raiva reprimida.

Um aspecto intrigante desta característica é sua variabilidade. A criança distraída, quando começa a fazer alguma coisa se esquece de terminar as tarefas da escola ou algum trabalho doméstico. Contudo, essas mesmas crianças são capazes de concentrar-se por horas a fio em uma atividade que apreciam, o que demonstra que isso pode estar relacionado à motivação e prazer pela tarefa.

Normalmente esta criança tem uma inteligência normal ou acima da média, porém seu comportamento é afetado e seu aprendizado torna-se mais complicado. Geralmente é percebido que a criança tem dificuldade de ficar parada, concentrar-se e controlar seu corpo em situações que exigem que fique mais tranqüila. A ausência de objetos concretos, para a atividade corporal excessiva e desorganizada é que permite diferencia-la da superatividade que é observado no desenvolvimento normal das crianças.

A superatividade tão marcante com a falta de controle é uma característica que faz com que apresente dificuldade de seguir regras, de pensar antes de agir, dando respostas precipitadas, tornando-se agressivas e consideradas, algumas vezes, mal educadas.

Os professores e pais dessa criança devem saber lidar com a falta de atenção, impulsividade, instabilidade emocional e agressividade muitas vezes incontrolável na criança, pois, estas aprendem a ser seu próprio agente transformador. O comportamento impulsivo da criança pode resultar em transtornos mais graves como mentiras e envolvimento em lutas corporais, que pode ser interpretado como maldade, tornando-se destrutiva e agressiva pela falta de compreensão.

É importante entender que suas atitudes e dificuldades são comuns na infância, mas quando se apresenta de forma um tanto exagerada é preciso verificar mais de perto, pois este comportamento pode estar ligado a uma perda da visão ou audição. A comunicação torna-se também mais difícil, porque a incapacidade de processar adequadamente os símbolos e idéias que surgem, estresse emocional, convulsões ou distúrbios do sono, provocam irritabilidade. Outra relação que se deve fazer é se o problema de comportamento não está relacionado a paralisia cerebral, intoxicação por chumbo, abuso de álcool ou drogas na gravidez, reação a certos medicamentos ou alimentos e complicações de parto, como privação de oxigênio ou traumas durante o nascimento. É preciso que os profissionais analisem bem cada caso e descarte todas as causas do comportamento apresentado pela criança antes de tratar como uma pessoa hiperativa.

O verdadeiro comportamento hiperativo interfere na vida familiar, escolar e social da criança. Elas têm dificuldade em prestar atenção e aprender. Como são incapazes de filtrar estímulos, são facilmente distraídas. Essas crianças podem falar muito, alto demais e em momentos inoportunos. Estão sempre em movimento, sempre fazendo algo e são incapazes de ficar quietas. São impulsivas. Não param para olhar ou ouvir.

Devido à sua energia, curiosidade e necessidade de explorar são propensas a se machucar e a quebrar e danificar coisas e toleram poucas as frustrações. Elas discutem com os pais, professores, adultos e amigos. Fazem

birras e seu humor flutua rapidamente. Essas crianças também tendem a ser muito agarradas às pessoas. Precisam de muita atenção e tranquilidade. É importante para os pais perceberem que as crianças hiperativas entenderam as regras dadas, instruções e expectativas sociais. Esse comportamento não significa que sejam propositais, mas sim acidentais.

Devido à sua incapacidade de concentrar-se e aos constantes estímulos recebidos do ambiente onde se encontra, essa criança pode ficar estressada, geralmente são muito inteligentes. Sabem que determinados comportamentos não são aceitáveis. Mas, apesar do desejo de agradar e de ser educada e contida, não consegue se controlar. Pode ser frustrada, desanimada e envergonhada. Ela sabe que é inteligente, mas não consegue desacelerar o sistema nervoso, a ponto de utilizar o potencial mental necessário para concluir uma tarefa. Muitas vezes se sente isolada e segregada dos colegas, mas não entende por que é tão diferente. Fica perturbada com suas próprias incapacidades. Sem conseguir concluir as tarefas normais de uma criança na escola, no playground ou em casa, muitas vezes vem a sofrer de estresse, tristeza e auto-estima rebaixada.

Até mesmo as crianças menores podem correr, brincar e agitar-se felizes durante horas sem cochilar, dormir ou demonstrar qualquer cansaço. É importante buscar profissionais habilitados para garantir que a criança realmente hiperativa seja tratada adequadamente.

O Dr. Keith Conners, (2007) pesquisador na área da hiperatividade infantil, afirma que o diagnóstico da hiperatividade é difícil e complexo, não existindo nenhum teste absoluto para o caso de hiperatividade. É preciso uma cuidadosa coleção de informações das mais variadas fontes, como: escola, família fazendo uso de variados instrumentos. É importante entender que a hiperatividade pode ser mais bem descrita como uma forma de apresentar o comportamento apropriado para idade. Uma criança pode ser excessivamente ativa ou insuficientemente atenta. Dependendo do meio que se encontra no momento poderá atrair a atenção de maneira positiva ou negativa, como por exemplo, no parque de diversões, uma criança hiperativa experimenta menos dificuldade pois não é exigido que fique quieto e saberá melhor aproveitar

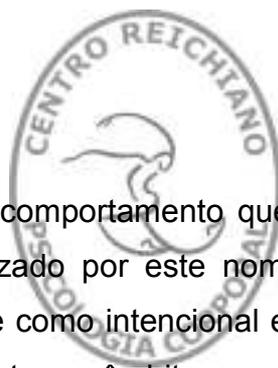
aquele momento. Num restaurante, entretanto, a criança agitada torna-se um problema.

Esse tipo de criança representa um enorme desafio aos pais e professores. A desatenção, agitação, excesso de atividade, emotividade, impulsividade, reações agressivas afetam a integridade da criança com todo o seu mundo: em casa, na escola na comunidade. O desenvolvimento da personalidade e o progresso na escola são afetados de forma negativa. O trabalho e o cuidado com essas crianças são permanentes e exaustivos. Rapidamente torna-se conhecidas em ambientes sociais, não por sua qualidade mas pelo comportamento perturbador e peraltices e com isso passam a ser pouco apreciadas pelos colegas, familiares e amigos da família passando a ser rejeitada e excluídas de convites para festas. Com frequência são encaminhadas para avaliação neuropediátrica.

2.3. BULLYING

Bullying é um tipo de comportamento que sempre existiu, mas que só recentemente é que foi batizado por este nome. É uma conduta agressiva conhecida internacionalmente como intencional e prejudicial, que se manifesta entre os jovens, principalmente no âmbito escolar. Não existe uma tradução precisa para o português. Refere-se a todo tipo de comportamento agressivo que ocorre sem nenhuma razão aparente. Pode ser definido como violência mental ou física, dirigida por um indivíduo ou por um grupo contra outro indivíduo que não é capaz de defender-se. Este fenômeno pode assumir várias formas:

- Física, quando ataca fisicamente os demais, rouba objetos e ou estraga-os seus pertences.
- Verbal, fazendo uso de apelidos, insultas interrogações em tons desafiadores e ameaçador.
- Indireta, espalhar rumores prejudiciais “fofoca” e exclusão social.



Muito provavelmente você já tenha sido alvo de bullying quando era pré-adolescente ou adolescente. Ações repetitivas e desequilíbrio emocional são as suas principais características. A primeira dificuldade que os pais enfrentam é identificar se seu filho está sendo alvo deste tipo de comportamento, pois há criança que se sente ameaçada e reluta para falar a respeito disso.

Como problema mundial, o bullying é encontrado em toda e qualquer escola, não estando restrito a nenhum tipo específico de instituição, nem classe social: seja educação infantil e ensino médio, pública ou privada, rural ou urbana; classe baixa, média ou alta. Pode-se afirmar que as escolas que não admitem a ocorrência de bullying entre seus alunos, é por desconhecem o problema ou se negarem a enfrentá-lo. Seja qual for a atuação de cada aluno, algumas características podem ser destacadas, como relacionadas aos papéis que venham a representar, uma intimidação. Quem sofre com o bullying é aquele aluno perseguido, humilhado, intimidado. Os autores são, comumente, indivíduos que têm pouca empatia. Frequentemente, pertencem a famílias desestruturadas, nas quais há pouco relacionamento afetivo entre seus membros. Seus pais exercem uma supervisão pobre sobre eles, toleram e oferecem como modelo para solucionar conflitos o comportamento agressivo ou explosivo. Admite-se que os que praticam o bullying têm grande probabilidade de se tornarem adultos com comportamentos anti-sociais e/ou violentos, podendo vir a adotar, inclusive, atitudes delinquentes ou criminosas.

Os alvos são pessoas ou grupos que são prejudicados ou que sofrem as consequências dos comportamentos de outros e que não dispõem de recursos, status ou habilidade para reagir ou fazer cessar os atos danosos contra si. São, geralmente, pouco sociáveis. Um forte sentimento de insegurança os impede de solicitar ajuda. São pessoas sem esperança quanto às possibilidades de se adequarem ao grupo. A baixa estima por si é agravada por intervenções críticas ou pela indiferença dos adultos sobre seu sofrimento. Alguns crêem ser merecedores do que lhes é imposto. Têm poucos amigos, são passivos, quietos e não reagem efetivamente aos atos de agressividade sofridos. Muitos passam a ter baixo desempenho escolar, resistem ou recusam-se a ir para a escola, chegando a simular doenças. Trocam de colégio com frequência, ou

abandonam os estudos. Há jovens que estrema depressão acabam tentando ou cometendo o suicídio.

As testemunhas, representadas pela grande maioria dos alunos, convivem com a violência e se calam em razão do temor de se tornarem as "próximas vítimas". Apesar de não sofrerem as agressões diretamente, muitas delas podem se sentir incomodadas com o que vêem e inseguras sobre o que fazer. Algumas reagem negativamente diante da violação de seu direito a aprender em um ambiente seguro, solidário e sem temores. Tudo isso pode influenciar negativamente sobre sua capacidade de progredir acadêmica e socialmente.

O quadro a seguir mostra atitudes de adolescentes e/ou crianças que demonstram estar sendo vitimas da ação dos bullies.



Quadro 2: demonstrativo de atitudes de vítimas de bulling.

Chega em casa com contusões freqüentes	"Perde" dinheiro com freqüência
Chega em casa com roupas rasgadas	Briga constantemente com amigos considerados "próximos" antes
Diz que precisa de algo porque perdeu ou foi roubado	Está com péssimo humor
Fica quieto e retraído	É agressivo com os irmãos
Evita sair de casa	Não se dedica como antes aos estudos
Tem insônia	Demonstra ansiedade excessiva

Fonte: <http://www.saudeinformacoes.com.br/hiperatividade> (11/10/2008)

O que mais assusta é que as proporções que o problema tem tomado são cada vez mais preocupantes. Hoje é comum ouvirmos relatos de adolescentes que chegam a atos extremos por discordar de posturas e valores dos colegas de classe. A criança ou adolescente sente vergonha e medo.

Porém, não podemos tratá-los como “coitadinhos”, sem tentar saber se eles têm uma certa dose de responsabilidade sobre o comportamento que está sofrendo. Às vezes, a criança não tem limites, é muito mimada, egoísta ou excessivamente agressiva. Desta forma, é difícil integrá-la ao grupo. Porém, é possível ajudar a criança a enfrentar o problema, modificando sua postura, ou ainda a linguagem corporal. Ela deve demonstrar confiança. Se ela normalmente não o é, pelo menos tentar demonstrar. Certamente se sentirá melhor. Diga para que olhe sempre para cima, nunca para o chão. Desta forma certamente deixará os bullies longe dela.

Observe no quadro a seguir o perfil psicossocial dos alunos bullies e das suas vítimas.



Quadro 3: Perfil Psicossocial dos alunos bullies.

Traço	Bully	Vítima
Características Físicas		
Idade	Superior a média do grupo	De acordo com a média do grupo
Número	Mais bullies do que vítima	Menos vítima do que bullies
Sexo	Na maioria rapazes	Na maioria rapazes
Aspecto Físico	Fortes	Fracos
Características Acadêmicas		
Rendimento Escolar	Baixo	Médio-baixo
Atitude para com a escola e com o professor	Negativo	Passiva
Clima Sócio familiar		
Autonomia	Alta	Baixa
Controle	Escasso	Alto
Conflito	Alto	Médio
Organização	Alta	Alta
Características de Personalidade		
Agressividade	Alta	Média
Ansiedade	Alta	Alta
Timidez	Baixa	Alta
Acatamento de normas	Baixa	Médio

Provocações	Alta	Baixa
Sinceridade	Alta	Baixa
Retraimento	Baixa	Alto
Psicose	Médio-alto	Baixo
Neurose	Médio-alto	Médio-baixo
Extroversão	Média	Moderada
Auto-estima	Alta	Moderada
Auto controle	Baixo	Médio
Importância Sócio-Escolar		
Rejeição	Alto	Muito alto
Agressividade	Alto	Média baixa
Estudo	Muito baixo	Médio baixo
Aceitação	Moderado	Muito baixo
Relações	Altas	Muito baixo

Fonte: Ramirez, F. C. O problema da agressividade e dos maus tratos entre os alunos. Portugal, Editora McGraw-Hill, 2001, Pág.114.

Podemos perceber tanto a família, quanto a escola e grupos de amigos têm grandes influencia nas atitudes agressivas dos bullies. Uma atitude mais presente dos pais, participação efetiva da escola junto à família, poderá dar apoio emocional de maneira a equilibrarem estes jovens para um comportamento mais saudável. Os pais precisam ter conhecimento dos grupos de amigos de seus filhos. Essa também é uma maneira de prestarem atenção nos diferentes tipos de comportamento.

No Brasil, o Bullying aparece em uma proporção pequena se comparada a países com os Estados Unidos e Inglaterra onde o assunto ganha um debate intenso e onde casos graves são constantemente relatados. Os Estados Unidos apontam o bullying como razão do episódio da morte de treze estudantes da Columbine's Scholl em Littleton em 1999. Outro caso aconteceu quando um adolescente, afirmando que se sentia diferente dos outros, matou 3 colegas e feriu outros 7 em uma escola em "Carmen de Patagones", na Argentina.

As medidas adotadas pela escola para o controle do bullying, se bem aplicadas e envolvendo toda a comunidade escolar, contribuirão positivamente para a formação de uma cultura de não violência na sociedade.

Para tentarmos resolver este preocupante problema é necessário um trabalho em conjunto e intenso com a família, aluno, escola e comunidade.



CAPITULO 3

A AGRESSIVIDADE NA VISÃO DA PSICOLOGIA CORPORAL

Para que possamos melhor compreender a questão da agressividade sob o prisma da Psicologia Corporal, é preciso resumidamente entendermos a formação do caráter. Durante as etapas do desenvolvimento psico-afetivo, a criança atravessa algumas etapas que são conclusivas para a formação de seu caráter, de acordo com o estresse que irá sofrer em cada uma das etapas. Caso não haja nenhum estresse, a formação do caráter será saudável, denominada por Reich de caráter genital. Caso contrário, a criança que tiver sofrido um estresse, terá como consequência a formação de um traço de caráter na etapa em que o estresse ocorreu.

Toda a forma de caráter, em termo de sua função básica, representa um encouraçamento contra os estímulos do mundo exterior e o impulso interior reprimido. Contudo, a forma exterior desse encouraçamento é sempre historicamente determinada. (REICH, 1989, p.191).

No caso da agressividade, a psicologia corporal entende que o estresse ocorreu na etapa do desenvolvimento denominada oral ou de sustentação (VOLPI; VOLPI, 2002), cujo padrão de funcionamento do indivíduo quando adulto será de dependência de alguém ou de alguma coisa e em alguns desses indivíduos esse padrão de funcionamento caracterológico virá somado de uma gama de agressividade. Estes traços são caracterizados pela falta de satisfação no período da infância, entre três e nove meses de vida, decorrente de uma carência afetiva manifestada pela baixa carga energética e dificuldade de contato, conforme a aborda Lowen (1975) devido o baixo nível de energia, o indivíduo de caráter oral está sujeito à alternância de humor. As atitudes agressivas de uma personalidade estão centradas na estrutura de caráter Oral, a qual se origina na primeira infância, pelo fato de serem supridas algumas carências nesta fase da vida, manifestando necessidade afetiva não satisfeita.

Sua energia é baixa e flui para a periferia do corpo de uma maneira enfraquecida.

Os fatores de encorajamento vinculado ao caráter oral são: desmame precoce, brusco ou tardio e amamentação sem qualidade.

É importante ressaltar que a agressividade está centrada no caráter oral, devido à importância da constituição fisiológica - a boca: dentes, língua e glândulas salivares sendo que a explosão energética se dá a nível da boca. Como forma de manter a boca sempre úmida e protegida, glândulas salivares liberam seu conteúdo, a saliva, cuja produção se caracteriza por uma secreção basal contínua (ou de repouso), que se eleva durante a alimentação.

Além de conter ar, que lhe dá os aspectos espumosos, a saliva tem como principais componentes químicos a água (99,5%), ptialina (0,1%), nitrogênio, enxofre, potássio, sódio, cloro, cálcio, magnésio, ácido úrico e ácido cítrico. Também possuem proteínas estruturais, enzimáticas e imunológicas.

As preferências de gosto são iniciadas muito cedo. A partir da sétima semana de gestação, começam a se formar as papilas gustativas na língua e na boca. São elas que detectam os quatro sabores: salgado, doce, amargo e azedo.

Os problemas da agressividade começam, quando esta é reprimida – pode-se citar a crise asmática, que em geral, é equivalente a crise de cólera que não pode ser expressa durante a infância para a mãe que cuida e se preocupa, mas é ignorante e muito neurótica. Para se obter a cura é importante recuperar a figura desta mãe, como já foi citado no início deste trabalho. O conflito está ligado à sensação de que algo lhe foi negado injustamente e que foi obrigado a fazer algo que lhe provocou grande tensão. A base caracterial oral do asmático caracteriza-se por uma atividade depressiva agressiva. Portanto uma criança que é arrancada dos braços de uma mãe no período de amamentação ficará insatisfeita e sua agressividade será estimulada. Como também uma mãe que amamenta seu filho sem a preocupação e o cuidado do toque, do olhar afetuoso, preocupada em olhar a televisão e/ou afazeres domésticos estará desencadeando um surto agressivo. Essa criança ficará com sensação de vazio e vai crescer com esta sensação, procurando preenche-lo buscando companhias para que esta lacuna seja preenchida. O vazio interno

reflete a supressão de sentimentos intensos de desejos, que podem se desencadeados em choro compulsivos.

Consequentemente a boca alimenta o corpo, e é aí que encontramos também o problema da obesidade, um oral insatisfeito somatiza, e a agressividade vai manifestar-se no excesso de peso.

Nas diversas etapas do seu desenvolvimento, o organismo humano é o resultado de diferentes interações entre o seu patrimônio genético (herdado de seus pais e familiares), o ambiente socioeconômico, cultural e educativo e o seu ambiente individual e familiar. Assim, uma determinada pessoa apresenta diversas características peculiares que a distinguem, especialmente em sua saúde e nutrição.

A obesidade é o resultado de diversas dessas interações, nas quais chamam a atenção os aspectos genéticos, ambientais e comportamentais. Assim, filhos com ambos os pais obesos apresentam alto risco de obesidade, bem como determinadas mudanças sociais estimulam o aumento de peso em todo um grupo de pessoas. Recentemente, vem se acrescentando uma série de conhecimentos científicos referentes aos diversos mecanismos pelos quais se ganha peso, demonstrando cada vez mais que essa situação se associa, na maioria das vezes, com diversos fatores.

Independente da importância dessas diversas causas, o ganho de peso está sempre associado a um aumento da ingestão alimentar e a uma redução do gasto energético correspondente a essa ingestão. O aumento da ingestão pode ser decorrente da quantidade de alimentos ingeridos ou de modificações de sua qualidade, resultando numa ingestão calórica total aumentada. O gasto energético, por sua vez, pode estar associado a características genéticas ou ser dependente de uma série de fatores clínicos e endócrinos, incluindo doenças nas quais a obesidade é decorrente de distúrbios hormonais. Apresenta sintomas como: desânimo, sonolência, bulimia, etc.

O oral insatisfeito é a pessoa que no fundo sempre esconde a situação depressiva, mas como é plenamente consciente dela, procura compensá-la com o alimento, álcool, fumo ou qualquer substituto que possa dar-lhe pelo menos um mínimo de satisfação no nível oral (NAVARRO, 1995, pág. 59).

O oral reprimido, por sua vez, não tem consciência desse aspecto depressivo e defende-se com um comportamento reativo raivoso e hiperativo, anorexia, ansiedade, cansaço, etc. O refluxo da energia em direção ao primeiro nível (segmento ocular), traz manifestações psicóticas (alucinações, delírios, paranóia, pensamentos suicidas, etc.) O refluxo da energia em direção ao terceiro nível (segmento cervical), traz um moralismo com tendências obsessivas e/ou um narcisismo exagerado acompanhado de sadismo oral, o que explica os diferentes sintomas da depressão.

Os principais sintomas do alcoolismo são a deterioração psicológica e física do viciado. À medida que a deterioração psicológica avança, o indivíduo vai perdendo sua capacidade mental torna-se descuidado e impontual e não pode concentrar-se suficientemente para terminar um trabalho que não gosta de fazer. Quanto mais álcool é ingerido, mais irritado se torna o revestimento do estômago e dos intestinos, as células do fígado morrem e são substituídas por um tecido fibroso (cirrose hepática), e a nutrição inadequada pode afetar os músculos cardíacos e os nervos dos braços e pernas.

Além disso, como sua resistência orgânica é enfraquecida pelo álcool, os alcoólatras tendem à pneumonia e à tuberculose e a qualquer outro tipo de infecção. Pode-se dizer o mais conhecido dos sintomas do alcoolismo seja o delirium tremens - uma série de alterações agudas e subagudas que ocorrem nos alcoólatras crônicos. Começa com agitação e insônia e se desenvolve em delírio depois de um ou dois dias. Muitos são os casos de violência e agressões físicas em famílias devido ao consumo de álcool. Seus sinais mais terríveis são as alucinações que freqüentemente tomam a forma de animais, dos quais a vítima tenta fugir.

Certamente o único tratamento realmente efetivo para o alcoolismo é fazer com que o viciado deixe de beber. Para que isso ocorra é importante aconselha-se acompanhamento médico e terapêutico pois esse indivíduo necessita de amparo emocional.

Podemos perceber no atendimento psicoterápico, que muitos de nossos pacientes apresentam uma considerada raiva reprimida, muitas vezes manifestada por fúria que às vezes não foram capazes de manifestar na

infância. Para que o corpo possa manifestar sua vitalidade é preciso que essa raiva seja expressa em um lugar seguro.

Segundo Navarro, o indivíduo cuja estrutura de caráter é oral, apresenta um corpo que tende a ter dois extremos: ou é esguio e fino ou então, um pouco gordo ou até mesmo obeso. A falta de tônus muscular é vista no corpo todo, mas evidencia-se mais nitidamente nos braços e pernas. Frequentemente apresenta sinais físicos de imaturidade, como se tivesse o rosto e o corpo de um bebê. A respiração é superficial devido à carência sofrida durante a amamentação, pois a energia da respiração está vinculada à capacidade de sugar. Esta pessoa apresenta freqüentemente sensação de vazio que reflete a supressão de sentimentos intensos que quando expresso pode resultar em choro compulsivo. A experiência básica desse tipo de caráter é a carência afetiva. A agressividade é também normalmente expressa pelo olhar. Quando a criança encontra um olhar de raiva ou ódio nos olhos da mãe, seu corpo sentirá um choque, principalmente nos olhos. Um olhar fulminante, como este, é o mesmo que uma agressão física, um tapa ou soco na face. Em geral, o corpo liberta-se deste estado de contração por meio de alguma explosão violenta como o choro, gritos ou um acesso de raiva. Esta reação liberta o corpo do choque do medo.

Como apresenta Lowen (1995) “expressar a raiva alivia o medo como chorar alivia a tristeza”. A raiva é uma emoção importante na vida de todas as pessoas, pois serve para manter e proteger a integridade física e psicológica do organismo. Quando o ser humano está com raiva ele experimenta uma série excitações ascendentes que na explicação de Lowen, essa reação manifesta-se subindo pelas costas, desce pelos braços, energizando-os para a briga, e daí flui para cabeça até os dentes caninos que estão energizados para morder.

Pode-se pensar que punir uma criança por sua expressão de raiva seja uma maneira de ensiná-la a comportar-se socialmente, mas o efeito disso é anular o espírito da criança e torná-la submissa a autoridade. (LOWEN, 1995.p. 92)

Realmente é preciso que a criança aprenda algumas regras sociais, porém é necessário que os pais ou tutores dessa criança tenham claro que a

repressão não é a maneira mais saudável para educá-las socialmente. Fazer com que essa criança descarregue sua fúria em lugares apropriados, como gastar suas energias em esportes, parque de diversões permitindo-a que grite tudo que sentir necessidade.

À medida que as regras se organizam, cada indivíduo integra o eu e os valores num sistema pessoal que implica em coordenação autônoma.

É possível perceber que a situação de medo e raiva causa respiração curta, os músculos do pescoço e ombros ficam retesados, e ainda produz sensação de tensão no peito e no pescoço. Quando relaxamos a musculatura do olho e do corpo fica leve e mais apta a receber estímulos e satisfazer suas necessidades, recebendo as informações necessárias para cada uma de suas funções.

A agressividade pode ser e deve ser potencializada com trabalhos de grounding, tornando a pessoa independente e confiante de seus atos e segura de seus sentimentos.

A característica mais evidente da conduta agressiva é o desejo de ferir o outro indivíduo que por sua vez tenta agredi-lo também provocando situações de constantes agressividades. Com isso o agressor sabe que o alvo não aprova sua conduta. Alguns tipos de comportamentos preferem fugir das reações agressivas e ou sufocando sua necessidade de agredir.

Como já comentado anteriormente esta estrutura de caráter que Reich denominou de oral, caracteriza-se pela falta de satisfação no período da infância, entre três e nove meses de vida, estes indivíduos, ao receber o sustento da mãe ansiosa vai sentir-se insatisfeito e conseqüentemente vai apresentar uma carência afetiva manifestada pela baixa carga energética e dificuldade de contato, ou seja sua energia foi comprometida, ficou a desejar suas vontades , seu prazer não foi realizado e o impulso desse desejo de satisfação o acompanhará durante as fases da vida futura. Esse segmento, que compreende a boca, denominado “segmento da oralidade” é caracterizado como o segundo segmento dos sete propostos por Reich quando este mapeou o corpo humano, para melhor compreendê-lo e ajudá-lo em seu trabalho clínico.

O Segmento de couraça oral compreende toda a musculatura do queixo, da faringe e a occipital, incluindo os músculos em torno da boca. Todas essas musculaturas estão funcionalmente relacionadas. Assim, por exemplo, o afrouxamento da couraça do queixo é capaz de produzir espasmo na musculatura dos lábios e a emoção correspondente de chorar ou o desejo de sugar. (REICH, 1989, p. 332)

O segmento da oralidade pode ser bloqueado nos nove primeiros meses de vida. Quando acontece um bloqueio, para recuperar o próprio equilíbrio, o organismo cria outro bloqueio. E novas manifestações vão acontecendo no corpo humano. A expressão emocional de chorar, morder, gritar, sugar, fazer careta depende da mobilidade livre do segmento anterior que é o ocular. Portanto se este segmento não estiver liberado, como nos afirma Reich 1989, a liberação de outros reflexos, como o do vômito, não vai liberar necessariamente o impulso de chorar. Por isso a necessidade de estarmos trabalhando os segmentos por etapas para que as emoções retidas sejam liberadas. Quando esta couraça for suficientemente afrouxada para liberar um impulso reprimido de choro, enquanto as couraças do pescoço e do peito ainda não foram tocadas, a musculatura inferior do rosto assume a expressão de querer chorar, sem conseguir fazê-lo, esta expressão, segundo Reich, transforma-se em sorriso aborrecido, na zona da boca e do queixo. “Assim, que o movimento que exprime entrega é obstruído por um bloqueio da couraça, o impulso de entrega transforma-se em raiva destrutiva” Reich, 1989.

A raiva muitas vezes por não ser manifestada provoca doenças graves, como o câncer que está ligado a uma situação agressiva, que o indivíduo não foi capaz de superar através da raiva e que no fundo, aceitou, demonstrando passividade interior e acomodação.

A raiva diante de uma frustração ou de uma perda nos preserva da situação extrema do câncer; neste caso não é a pessoa que se enraivece e “age como louca”, são as suas células que enlouquecem e produzem a neoplasia, isto é, a loucura celular. (NAVARRO, 1995, p. 59)

A raiva pode ser manifestada de maneiras bastante discreta, como na forma de depressão sendo identificado como indivíduo “oral insatisfeito” e “oral reprimido”.

O oral insatisfeito sempre esconde suas depressões, embora consciente, procura compensá-la na comida e/ou bebida e muitas vezes fumo e drogas. O oral reprimido não tem consciência dessa depressão, torna-se um raivoso contido, manifestando um comportamento de defesa do “trincar os dentes” toda a energia centrada no pescoço é retirada e este se torna enrijecido. Muitas vezes fala entre os dentes mantendo o maxilar rígido. Quando não pode fazer estas manifestações durante o dia, isso vai ocorrer no momento que o indivíduo encontra-se em repouso, neste caso durante seu sono, é nesta situação que ocorre o chamado “bruxismo”, já apresentado no capítulo anterior. Uma tentativa inconsciente de autoterapia que serve para evitar a depressão.

Navarro ainda aborda outro aspecto relacionado à fase oral, chamada depressão críptica, comumente chamada pelas pessoas de “esgotamento nervoso”, que, ele mesmo diz não existir. Trata-se de uma invenção criada pelos próprios médicos, farmacêuticos e pela própria mídia. Definida pela psicopatologia como depressão críptica oculta (depressão oculta) na qual o indivíduo bloqueia a região do pescoço, deixando a musculatura tensa e a pessoa fica muito cansada chegando a provocar insônia. A pessoa tem raiva com reação a uma situação que poderia levá-lo a depressão, muitas pessoas costumam morder para expressar sua raiva reprimida.

A maturação funcional da oralidade permite à pessoa poder administrar os aspectos comportamentais do seu temperamento e abre caminho para um tratamento adequado dos aspectos caracteriais estabelecidos biograficamente com a muscularidade no curso do desenvolvimento psico-afetivo. (NAVARRO, 1995, p. 62)

Para ajudar a solucionar problemas como da raiva e agressividade a Psicologia Corporal sugere, além da massagem reichiana, o trabalho como os olhos que descarrega o medo e deve ser intercalado com a boca para que seja descarregada a raiva. Este trabalho consiste na rotação dos olhos, simultaneamente mostrando os dentes. Procedimento que corresponde ao desenvolvimento psicoafetivo que tem início nos primeiros meses de vida.

Como se pode ver, o fenômeno da agressividade parece ser muito mais complexo, é preciso ter conhecimento do estímulo que a provoca. Para Navarro, as palavras são linguagens do ego, como movimento é a linguagem do corpo. Como ego não funciona sem estar ligado ao corpo é preciso enfrentar os problemas que afetam nossas emoções a partir do nível corporal chegando aos sentimentos, de forma a processar uma cura.

O contato com o próprio corpo dá a pessoa uma sensação de si mesma e reativa lembranças que estiveram adormecidas nas camadas contraídas e imobilizadas da musculatura. (LOWEN, 1986, p.146)



CONSIDERAÇÕES FINAIS E SUGESTÕES

Pode-se perceber que a Psicologia Corporal traz grandes contribuições para as mais variadas áreas de conhecimento. Quando valorizamos nosso corpo e utilizamos a mente de forma a dar conteúdos e compreensão ao indivíduo estamos contribuindo para o equilíbrio e uma vida mais feliz. O ser humano deve viver de forma integrada e deve integrar-se com seu corpo já que é sensível e criativo.

Momentos de explosões fazem parte da vida, como o choro, o grito, o desabafo. Estando consciente dessas necessidades saberá usar sua agressividade para seu próprio bem e o bem das pessoas que fazem parte de seu cotidiano. Vale resgatar seus princípios de valores, harmonizarem o corpo para trabalhar bem com a mente.

Com base no pensamento de Wilhelm Reich defensor da idéia de que a emoção age harmoniosamente com o corpo e com a mente, sendo um influenciado pelo outro, acredita-se também que as descargas negativas, sofram influências significativas quando não se encontram em equilíbrio; a agressividade carrega uma história do indivíduo e este exerce influência sobre a vida emocional de cada ser. Somos indivíduos unos, e, portanto, fluímos de acordo com nossa individualidade, nosso caráter e nossos bloqueios. Indivíduos que precisam ser amados e respeitados para então serem capazes de compreender o mundo que os cercam.

Neste contexto acredita-se que a linguagem do corpo deve ser considerada para melhor conhecer nossos pacientes. Um corpo rígido, encoraçado de sofrimentos e angústias não consegue dissociar as idéias de seus sentimentos e vem em busca de socorro. A agressividade reprimida, aí

manifestada é tão ou mais importante como própria palavra que tenta expressar, muitas vezes desconectada do corpo. Sua raiva pode ter origem na auto estima e no amor-próprio, por isso a importância de conhecer a história de vida dessa pessoa.

Portanto, é preciso criar em um mundo de interações que permita uma disposição estrutural que aceite o outro na convivência. Para fazê-lo é necessário inventar procedimentos e condutas para que a aceitação seja possível. Se, no espaço das relações, não existir a interação da aceitação, para formar um espaço de convivência, vai estar presente às agressões. Então podemos afirmar que educar é recomeçar. Esse recomeço, com novo conceito e a reinvenção do significado de bem viver, torna-se mais relevante se reconhecermos que, o mundo precisa de partilha, pois milhões de vidas humanas clamam por aceitação mais digna, reciprocidade afetiva e vivências concretas da não diferença e da não exclusão. De forma radical é preciso perceber que nem tudo, na complexa organização da vida humana, se reduz ao confronto e ao desejo competitivo. A aceitação do outro como legítimo outro, torna possível uma melhor convivência.

Enquanto se pressionar o ser humano por intermédio de sanções e obrigatoriedades, enquanto não se perceber o ser humano como totalidade, corpo, mente, emoção e espírito, num processo interativo, será difícil acontecer à verdadeira aprendizagem de mundo, no sentido amplo da palavra: aprendizagem de “si”, de seu “eu” para aceitação do outro. A fonte de aprendizado para o bem está baseada nas relações emocionais no decorrer de toda a vida. Cheios de iras e mágoas camufladas, não se constroem mudos de paz. Crianças aparentando “bons meninos” escutando falar de coisas sem significados desvitalizadas de emoções e longe de ocorrer interações e expressividade com seus colegas e professores são jogados anos após anos na sociedade.

A sabedoria de Reich em propor dinâmicas que colabore para os desbloqueios das couraças musculares visa garantir o ser humano de libertar-se de seus traumas e assim aprender a viver na tranqüilidade. É preciso auxiliar e propiciar aos pais e educadores a equilibrar corpo e mente para então

levá-los ao aprendizado das mais diferentes teorias. Raivas contidas levam ao suicídio a todas as demais desgraças encontradas na sociedade atual.

A proposta de fazer uso da Psicologia Corporal nas atividades do cotidiano escolar pretende situar o problema da agressividade infantil no ambiente de onde procede, sendo escola e família e conscientizar a todos seus membros da situação problemática. Partindo da premissa que apenas a partir de nível institucional podemos realizar um programa de intervenção que alcancem todos e assegure o êxito. Sugerir exemplos concretos de atuação acredita-se, ser a melhor forma para conseguir que o modelo de intervenção esteja o mais adaptado possível à realidade de cada um.

Deixa-se elencado abaixo algumas sugestões de como lidar com crianças agressivas. Quando se convive em ambientes com muitas crianças e adolescentes é comum surgirem situações agressivas em que o adulto fica muitas vezes sem saber que atitude tomar. Essa situação é bastante constrangedora, pois muitas vezes profissionais não habilitados perdem a paciência e cometem falhas provocando uma situação ainda pior. Para que isso não aconteça é preciso tomar alguns cuidados, como:

- Manter um diálogo aberto com o grupo que se estar envolvido orientando-os a comunicar quando acontece uma agressão.
- Não incentivar a responder atos agressivos como violência.
- Conversar com o grupo mostrando situações que são corretas e combine regras de boa convivência.
- Procurar contar histórias sobre amizade e bons relacionamentos.
- Elogiar as boas condutas, bons atos e atividades de respeito.
- Programar atividades físicas em que o grupo gaste bastante energia.
- Realizar brincadeiras em que aconteça contato físico e expressão corporal e deixe-os brincar, correr ao ar livre. Elaborando brincadeiras coletivas.
- Fazer exercícios de interiorização, relaxamento explorando a música.
- Criar relações de amizade e confiança entre o grupo, estabelecendo claramente os limites.

- Incentivar o senso de responsabilidade e de cooperação e manifestação de afeto e gratidão.
- Não gritar, brigar ou discriminar alguém do grupo. Demonstrar afeto e atenção com todos.

REFERENCIAS

- CALIL, L.C **Depressão: Amante causadora de muitas separações**. Saúde e vida on line. Disponível em www.saudevidaonline.com.br acesso 12/12/2008.
- CARIOLA, T.C. **O desenho da figura humana de crianças com bruxismo**. Boletim de Psicologia, São Paulo, UNESP, vol.56 , n. 124, 2006.
- CONNERS, k. **Transtorno de déficits de atenção - Hiperatividade (TDAH) em crianças – reflexões iniciais**, Maringá: FM, 2007.
- DAWSON, P. E. **Avaliação, diagnóstico e tratamento dos problemas oclusais**. São Paulo: Artes Médicas, 1993.
- LOWEN, A. **Bioenergética**. São Paulo: Summus, 1975
- LOWEN, A. **Medo da vida: caminho da realização pessoal pela vitória sobre o medo**. São Paulo: Summus, 1980.
- LOWEN, A. **Alegria: a entrega ao corpo e à vida**. São Paulo: Summus, 1995
- MOLINA. O.F. **Fisiopatologia Crâniomandibular: oclusão ATM**. São Paulo: Pancast, 1995.
- MICHAEL, G. **Hiperatividade: como desenvolver a capacidade de atenção da criança**. São Paulo: Papyrus. 1998
- NAVARRO, F. **Metodologia da vegetoterapia Caracter-Analítico**. São Paulo: Summus, 2000.
- NAVARRO, F. **Caracterologia Pós - Reichiana**. São Paulo: Summus, 2000.

VINOCUR, E. Os conflitos que a TDH gera em diferentes idades. Site Saúde <http://www.minhavidacom.br/materias/saude> acesso em 11/10/2008.

VOLPI, J. H. & Volpi, S. M. **Crescer é uma aventura!** Desenvolvimento emocional segundo a psicologia Corporal. Curitiba: Centro Reichiano, 2002.

VOLPI, J.H. & VOLPI, S. M. **Reich:** da vegetoterapia à descoberta da energia orgone. Curitiba: Centro Reichiano, 2003.

VOLPI, J.H. **Anotações em sala de aula.** Especialização em Psicologia Corporal. Curitiba: Centro Reichiano, 2006.

RAMÍREZ, C.F. **Condutas agressivas na idade escolar.** Portugal: McGraw-Hill, 2001.

REICH, W. **Análise do Caráter.** 1ª edição. São Paulo: Martins Fontes, 1989

REICH, W. **Análise do Caráter.** 3ª Tiragem. São Paulo: Martins Fontes, 2004.

SALVADOR. P. **Primeras Jornadas sobre violencia en educación.** España/Alicante. Ed.Club Universitario, 2001.

SILVIA, S. R. Bruxismo. In: Revista da Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas. APCD: São Paulo, 2003.



The logo is a circular emblem. The outer ring contains the text "CENTRO REICHIANO" at the top and "PSICOLOGIA CORPORAL" at the bottom. In the center of the circle is a stylized, abstract drawing of a human figure in a dynamic, expressive pose, possibly representing a dance or a specific movement technique.

DECLARAÇÃO DE AUTORIA

Eu, GLÓRIA MARIA ALVES FERREIRA CRISTOFOLINI, declaro que a presente Monografia é de minha autoria e que todas as citações, pensamentos ou idéias de outros autores nela contidas, estão devidamente identificadas segundo as normas da ABNT – Associação Brasileira de Normas Técnicas. Estou ciente de minha responsabilidade perante a Lei e perante o Centro Reichiano pelo uso inapropriado de idéias, pensamento e citações não identificadas e/ou referenciadas, bem como pela delegação da elaboração desta monografia por outra pessoa,

Curitiba, 20 de Março de 2009

Glória Maria Alves Ferreira Cristofolini

