

42/84

UNIVERSIDADE DO PORTO

FACULDADE DE PSICOLOGIA E DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO

O EXAME SEMIOLÓGICO JUNTO DO MEIO FAMILIAR DA CRIANÇA ENURÉTICA

PSICOPATOLOGIA DIFERENCIAL

JORGE NUNO NEGREIROS DE CARVALHO

Relatório de uma aula prática  
para efeitos do disposto no  
n.º 1 do art.º 58.º do Decreto-Lei  
n.º 448/70 de 13 de Novembro.

### Nota Prévia

A aula, de que se apresenta um relatório, faz parte da disciplina de Psicopatologia Diferencial do 4º ano da Licenciatura em Psicologia. Trata-se de uma disciplina anual, estando-lhe reservadas, semanalmente, duas horas para aulas teóricas e o mesmo número de horas para aulas práticas. Antecedendo a descrição da aula, é feita uma breve referência ao âmbito e objectivos da disciplina, bem como à inserção da aula no respectivo programa. De forma a complementar esta informação, apresenta-se, em anexo, o programa da disciplina.

## ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	1
2. DESCRIÇÃO DA AULA	3

ANEXO 1 - FOLHA DO ALUNO

ANEXO 2 - GRELHA DA ENTREVISTA

ANEXO 3 - TRANSCRIÇÃO DA ENTREVISTA

ANEXO 4 - PROGRAMA DA DISCIPLINA

## 1. INTRODUÇÃO

### 1.1. Âmbito e objectivos da disciplina

A disciplina de Psicopatologia Diferencial insere-se num conjunto de disciplinas (e.g. Psicopatologia Geral e Especial, Diagnóstico Psicológico, Saúde Mental, etc.), as quais constituem, no seu todo, um sector de estudos que visam a preparação do estudante de Psicologia para uma intervenção num contexto clínico. A disciplina de Psicopatologia Diferencial está essencialmente vocacionada para a definição e caracterização dos principais quadros da psicopatologia da infância e da adolescência. Trata-se, portanto, de uma disciplina que se ocupa do desenvolvimento e das suas perturbações, da génese das funções e da sua evolução no tempo. A definição das várias situações da psicopatologia faz-se, assim, mediante a sua inserção na dinâmica evolutiva da criança e do adolescente, acentuando as diferentes condicionantes sócio-familiares, psicodinâmicas e culturais.

Globalmente, a disciplina destina-se a permitir o conhecimento e compreensão dos temas mais relevantes no âmbito da psicopatologia da criança e do adolescente, e a capacitar os estudantes para uma intervenção neste domínio (identificação e caracterização dos diversos quadros clínicos, elaboração de estratégias de tratamento, utilização de uma metodologia de observação).

### 1.2. Objectivos da aula e sua inserção no programa da disciplina

A aula que apresentamos faz parte de um conjunto de temas do programa (1), que enunciam e descrevem as perturbações das diversas funções, inscrevendo-as no quadro do desenvolvimento infantil. Especificamente, esta aula insere-se no capítulo do programa designado "Perturbações do Controle

---

(1) Cf. programa em anexo.

dos Esfincteres", o qual aborda, essencialmente duas situações psicopatológicas — a Enurese e a Encoprese. Esta aula incide sobre o primeiro daqueles sintomas — a Enurese. Este tema tem recebido uma atenção considerável na literatura psicológica por se considerar que as condições em que se efectua o controle esfinteriano, desempenham um papel crítico no desenvolvimento da personalidade (Ross, 1980). O aparecimento da enurese parece, por outro lado, afectar a percepção que estas crianças apresentam sobre a capacidade de resolver os seus próprios problemas. O sucesso no tratamento deste sintoma, implicaria, deste modo, uma melhoria em áreas como a das relações com os companheiros, o comportamento na escola e a adaptação de uma maneira geral (Baker, 1969).

O esquema da aula, que a seguir apresentamos, centrar-se-á no exame semiológico junto do meio familiar da criança enurética. Pretende-se, assim, com esta aula, que os estudantes:

- Efectuem uma observação semiológica junto do meio familiar do enurético.
- Identifiquem factores do meio familiar relacionados com o aparecimento do sintoma.
- Identifiquem outros factores que desempenham uma influência preponderante na génese desta perturbação.
- Relacionem os dados recolhidos através da observação efectuada com as várias hipóteses etiológicas, elaboradas para explicar este sintoma.
- Adquiram e consolidem os conhecimentos relacionados com a situação psicopatológica apresentada.

## 2. DESCRIÇÃO DA AULA

### 2.1. Breve introdução oral sobre o assunto da aula, feita pelo docente

Nesta introdução trata-se de, por um lado, chamar a atenção dos estudantes para noções já abordadas em aulas teóricas e de, por outro lado, desenvolver e aprofundar conhecimentos relacionados com a temática da presente aula prática, os quais se afiguram necessários para uma melhor compreensão das actividades a realizar pelos alunos. Nesse sentido, o docente destacará, na apresentação geral do tema, alguns tópicos que constituíram assunto de aulas teóricas precedentes e que não irão, por isso, ser desenvolvidos:

#### a) O desenvolvimento da organização nervosa do controle esfinteriano e condicionamento

- Etapas do controle esfinteriano.
- Influência dos factores sociais, culturais e maturativos na aprendizagem do controle esfinteriano.

#### b) Perturbações do controle esfinteriano — a enurese infantil

- Caracterização
- Taxa de frequência na população infantil e diferenças quanto ao sexo.
- Enurese primária e secundária.
- Enurese e incontinência urinária de causas orgânicas - diagnóstico diferencial.

#### c) Hipóteses etiológicas sobre a enurese

- Teorias que se baseiam numa perturbação da mecânica funcional. Suas limitações.
- Teorias psicogenéticas. Necessidade de distinguir a enurese primária, que coloca problemas no domínio da aprendizagem funcional, da enurese secundária, cujos problemas se situam, essencialmente,

almente, ao nível da regressão (Ajuriaguerra, 1975).

- Necessidade de explicar este sintoma evitando a utilização de teorias unívocas, quer puramente mecanicistas, quer puramente psicogenéticas.

Seguir-se-á uma breve exposição, pelo docente, de alguns temas, relacionados com a temática da aula, e que poderão facilitar a execução das actividades a realizar pelos estudantes. Esses temas seriam assim organizados:

- a) Sintomas associados à enurese (encoprese, imaturidade afectiva, perturbações da linguagem, debilidade motora, perturbações da lateralização hemisférica)
- b) Frequência da enurese na família (pais, fratria, colaterais)
- c) Traumatismos psíquicos e discordância do meio como factores agravantes ou precipitadores da enurese — exemplos
- d) Influência atribuída aos pais na génese da enurese:
  - Comportamentos inconsistentes — exemplos.
  - Atitudes neuróticas — exemplos.
- e) Influência dos pais através dos modos de relação entre a fratria (exemplos)

2.2. Apresentação em "video" da 1a. entrevista com a mãe de uma criança enurética (1)

- a) Antecedendo a passagem da entrevista, o docente enuncia os princi-

---

(1) Apresenta-se, em anexo, a transcrição da entrevista.

pais dados que o exame semiológico junto do meio familiar do enurético, deve permitir recolher. A obtenção desses dados implica a exploração de determinadas "áreas" durante a 1.ª entrevista com os pais. Essas "áreas" são sumariadas e apresentadas aos estudantes (anexo 3):

- Como se faz a educação esfinteriana (educação prematura, falta de higiene ...).
- Atitudes dos pais em relação à criança enurética (protecção excessiva; atitude rejeitante).
- Castigos e humilhações impostas à criança
- Relações entre a fratria (e.g. ciúme em relação a um irmão mais novo; o nascimento de um irmão coincide com a aquisição do controle esfinteriano).
- Relações afectivas entre o casal e ambiente em que a criança vive.
- Tipo de escolaridade (ex: internato).
- Tratamentos aplicados até aquele momento.

b) Referência, pelo docente às vantagens da utilização da referida grelha de observação como meio de efectuar uma observação semiológica deste sintoma, junto do meio familiar (melhor conhecimento da natureza dos padrões de interacção familiar e da sua relação com o sintoma; possibilidade de identificar o comportamento sintomático no contexto em que este ocorre).

Necessidade de encarar esta grelha de observação com flexibilidade, de forma a que não se transforme a entrevista numa lista de perguntas mecânicas.

c) Distribuição aos alunos de uma grelha de observação

d) Passagem da entrevista

### 2.3. Reunião dos estudantes em pequenos grupos

Após a passagem da entrevista, os estudantes organizam-se em pequenos grupos (~ 4 alunos) com o objectivo de analisar e discutir as observações individuais efectuadas. Trata-se, basicamente, de confrontar e aprofundar a recolha de dados realizada por cada estudante. Com base nessa discussão, cada grupo procurará salientar algumas conclusões que ilustrem a influência de determinados factores na génese da situação clínica apresentada. Os alunos deverão, ainda, ter o cuidado de "fundamentar" essas conclusões, recorrendo, sempre que isso se afigure possível, a situações abordadas na entrevista. Esses dados deverão ser apresentados por escrito.

### 2.4. Discussão geral

Cada grupo procederá à apresentação sumária das conclusões, explicitando e justificando os aspectos que terão precipitado o aparecimento do sintoma (e.g. actuação inadequada do meio familiar em relação ao controle esfinteriano; actuação inadequada do meio familiar no plano mais geral do desenvolvimento afectivo da criança; outros factores). O docente poderá intervir para clarificar, desenvolver ou corrigir as informações, resultantes da observação efectuada pelos estudantes. No final da discussão, o docente fará a síntese das conclusões comuns aos diferentes grupos; apontará, ainda, os pontos que se revelaram mais controvertidos.

### 2.5. Conclusão final

#### a) Nova passagem da entrevista

A passagem da entrevista destina-se, essencialmente, a integrar e consolidar as competências adquiridas. Os estudantes terão, assim, oportunidade de reexaminar a estratégia utilizada na condução da entrevista bem como as "áreas" por ela "cobertas". Poderão, ainda, contrastar as observações que efectuaram com uma nova "vivência" da si-

tuação de entrevista.

b) Discussão final e conclusões

Na parte final da aula, os estudantes farão uma apreciação crítica da metodologia utilizada para obter informações sobre o sintoma. Ao longo da discussão, os alunos deverão ser capazes de:

- Sublinhar o carácter exploratório da entrevista.
- Demonstrar o valor da la. entrevista com os pais, enquanto meio de obter dados relevantes sobre o sintoma.
- Ressaltar a necessidade de obter informação complementar. A obtenção desses dados implicaria:
  - . a entrevista com a criança.
  - . a utilização de métodos complementares de avaliação (e.g. testes psicológicos).
  - . entrevistas subsequentes com os pais.
- Reconhecer a importância da la. entrevista com os pais e as suas limitações (informação insuficiente; resistências em abordar o problema, etc.).
- Avaliar a pertinência das informações obtidas (percepções ou expectativas dos pais distorcidas; necessidade de confrontar o modo como a mãe valoriza os diversos factores que precipitaram o aparecimento do sintoma com a perspectiva apresentada pela criança).
- Destacar outras "áreas" importantes a abordar em entrevistas subsequentes.

ANEXO 1

FOLHA DO ALUNO

AULA PRÁTICA Nº

SUMÁRIO:

Observação semiológica junto do meio familiar da criança enurética: aplicação de uma grelha de observação a uma situação clínica apresentada em "video".

FICHA DE AUTO-AVALIAÇÃO

1. Indique alguns sintomas que aparecem habitualmente associados à enurese.
  
2. Relativamente à influência atribuída aos pais na gênese da enurese, dê exemplos de:
  - . comportamentos inconsistentes.
  
  - . atitudes neuróticas.
  
3. Mencione o tipo de informação que procuraria obter na 1ª. entrevista com os pais do enurético.

4. Com base na observação efectuada, e no seu registo pessoal dos dados, indique:

. factores do meio familiar relacionados com o aparecimento do sintoma.

. outros factores que tenha considerado relevantes para explicar a génese do sintoma apresentado.

#### BIBLIOGRAFIA

Ajuriaguerra, J., L'organization du controle sphinctérien et ses troubles. In Manuel de Psychiatrie de L'Enfant. Paris, 1974.

Bernard, P. e Trouve, S., Les troubles des conduites sphinctériennes et excrémentiel. In: Semiologie Psychiatrique. Paris, 1977.

Baker, B. L., Symptom treatment and symptom substitution in enuresis. Journal of Abnormal Psychology, 1969, 74, 42-49.

Ross, A. O., Psychophysiological disorders. In: Psychological Disorders of Children. Tokyo, 1980.

ANEXO 2

GRELHA DA ENTREVISTA

## INVESTIGAÇÃO SEMIOLÓGICA JUNTO DA FAMÍLIA DA CRIANÇA ENURÉTICA

Esta investigação deve permitir saber:

- 1 - Como se faz ou fez a educação esfinteriana.
- 2 - Quais as atitudes dos pais em relação à criança enurética.
- 3 - Quais os castigos e humilhações que são impostos à criança.
- 4 - Precisar as relações do enurético com a família.
- 5 - Precisar as relações afectivas entre o casal.
- 6 - Tipo de escolaridade.
- 7 - Tratamentos aplicados até aquele momento.

ANEXO 3

TRANSCRIÇÃO DA ENTREVISTA

## ENTREVISTA

P. Quer dizer-me o que se passa com o M.?

R. O que se passa é que o miúdo deixou de usar fraldas na idade própria, isto é, aos dois anos. No entanto, quando deixou de urinar de dia continuava a fazê-lo de noite. Ao mesmo tempo mostrava dificuldades de adaptação ao pote para evacuar. Quando tem três anos e meio, nasce-lhe um irmão. Nessa altura já estava há uns quinze dias sem urinar na cama. A partir do nascimento do irmão começa a fazer. Neste momento já está há cinco anos e tal com enurese nocturna.

A criança foi vista por um pediatra que esperou que o M. fizesse cinco anos para iniciar um tratamento. O tratamento começou com um medicamento que não resultou. No ano seguinte, experimentou outro medicamento, tinha o M. seis anos. O pediatra suspendeu a medicação por considerar que deveria haver alguma causa psicológica que convinha ser analisada. Perguntou várias vezes, no decorrer destes tratamentos, se na família teria havido algum caso de enurese nocturna e, até que idade ela se tinha manifestado. Nós, no entanto, nunca conseguimos saber quem na família tinha tido um caso destes.

P. Depois dessa altura tentou mais algum tratamento?

R. Quando o M. fez nove anos foi observado por um psiquiatra, que tem mantido umas conversas com o miúdo. O médico pediatra só relacionava este problema com o aproveitamento escolar. No entanto, o aproveitamento escolar foi sempre bom, desde o jardim de infância.

P. Disse há pouco que a situação se agravou com o nascimento do irmão. Em que sentido?

R. Quando o irmão nasceu, nos quinze dias que precederam o nascimento ele tinha aparecido seco. O irmão nasce e a enurese reaparece, mas acompanhada de umas noites muito difíceis: acorda ao meio da noite, grita. No dia seguinte não se recorda do que se passou durante a noite. Inclusive, começou a vomitar de noite; deitava-se às nove horas, por exemplo, e à uma hora da manhã vomitava; começava com uma tosse e a seguir vomitava. Isto aconteceu várias vezes após o nascimento do irmão. No entanto, nunca teve uma palavra de desagrado para o irmão.

- P. Essas dificuldades persistiram durante muito tempo?
- R. Os vômitos e uma excitação maior que ele trazia, isso desapareceu. Aos quatro anos foi para um colégio. Até ir para o colégio ele tomava conta de mim. Era do gênero de se sentar ao meu colo para que eu ficasse impossibilitada de cuidar do irmão. Progressivamente volta a uma vida normal: deixa de estar nervoso, passa a dormir bem. Mas a enurese continua. Em Outubro vai para o colégio e tem outra vez problemas de adaptação ao colégio: Voltam-lhe os vômitos, sobretudo de manhã, continua excitado e com a enurese. Sempre quiz, no entanto, ir para o colégio. No início não era capaz de permanecer na sala, andava errante pelo colégio. A educadora permitiu que ele fizesse isso porque verificou que ele estava a resolver um problema dele. Nessa altura tomou um neuro-sedativo. Quando foi para a escola já não teve tantos problemas de adaptação. Nessa altura começou também a estudar música e a praticar ginástica. Mas também aqui, quando chegava a altura de ir, não queria, e acusava-me sempre, dizendo que eu tinha a culpa de qualquer coisa que lhe acontecia.
- P. Entretanto como se desenvolveram as relações com o irmão?
- R. Continuava a ser um pouco agressivo com o irmão. Agora está a passar uma fase melhor. Mas hostilizava o irmão e carregava sobre ele um bocado dos seus problemas. Dava-me a impressão que utilizava o irmão mais novo para conseguir fazer com ele o que não conseguia fazer com os outros. O irmão não reagia, pelo contrário, estimulava-o fisicamente, porque ele só gostava de jogos e livrinhos. A nível físico foi sempre um pouco medroso: tinha receio de dar um salto, quando ficava no jardim a porta da cozinha tinha de ficar aberta, etc.. É, no entanto, uma criança bastante desenvolvida: tem nove anos e tem um físico de doze (peso e altura). Simplesmente não era aventureiro, era um pouco medroso. Aliás, quando tinha de actuar em público no Orfeão, não comia, inventava problemas e acabava por não ir.
- P. Quando verificou que o M. não conseguia ser limpo de noite, tentou resolver este problema de alguma maneira?
- R. De dia, como já disse, nunca houve problemas, mesmo no sono da tarde, que chegava a durar três horas. Mais tarde, a partir dos três anos e meio, tentei várias vezes tirar-lhe as fraldas de noite. Mas era uma

criança que não conseguia acordar. Quando o tentava levantar ele nunca chegava a acordar e não fazia nada. A seguir, deitava-se, dava gritos durante a noite, tinha pesadelos, ficava muito excitado. A partir daí deixei de acordá-lo.

P. Quando constatou que esse método não foi eficaz, experimentou qualquer outro processo?

R. Últimamente já consegui pô-lo a urinar durante a noite, porque ele tem um desgosto muito grande com isto. Por essa razão nunca o castigamos. Só de tempos a tempos, quando estávamos mais irritados, dizíamos que não podíamos ir para fora por ele urinar na cama. Durante muito tempo nunca foi possível habitua-lo a fazer de noite. Ultimamente, ele já está mais optimista. Ponho o despertador para as cinco horas da manhã e, nessa altura, ele continua seco e desliga o despertador. Faz isto tudo sózinho.

P. Em que altura começou a habitua-lo a pedir?

R. Foi já perto dos dois anos. Adaptou-se rapidamente ao pote. O problema punha-se durante a noite. Durante um ano e tal continua com o problema até aos tais quinze dias em que houve um interregno. Eu agora penso que ele, nesse ano e tal, podia ter resolvido o problema mais cedo, embora relacione esta situação, pelo menos parcialmente, com o nascimento do irmão. Mas também acontece, que, durante esse ano e tal, ele não chamava após estar molhado, dormia até de manhã.

P. Nesses primeiros tempos, qual foi a sua atitude?

R. Sempre esperei que isso passasse. Também lhe dizia, que quando quizesse urinar deveria chamar o pai ou a mãe. Contudo ele não chamava. A minha filha mais nova, por exemplo, começou a chamar após ter feito, depois no princípio de fazer e depois chamava antes de fazer. Ela tem três anos e já há um ano que é limpa. Foi na altura em que se habituou ao pote de dia que começou a chamar. Já o irmão do meio, que faz seis anos em Fevereiro também faz de noite. Só quando tinha dois anos e meio é que começou a ser limpo. De noite, no entanto, nunca conseguiu. Quando a irmã deixou, a situação agravou-se.

P. A gestação e o parto do M. foram sem problemas?

R. A gestação foi efectuada em circunstâncias especiais. Tive que ir para Lisboa e além disso estava num ano de estágio. O meu marido por outro lado

do, estava no tropa. Sou capaz de ter passado uma época mais nervosa que o habitual. O parto, no entanto, foi normal. O meu filho nasceu robusto, mesmo com peso acima da média. Quando começou a ingerir alimentos sólidos lembro-me que teve que fazer dieta para não engordar. Também me lembro que com um ano pesava onze quilos e no segundo ano pesava quinze quilos. O irmão com dois anos pesava onze quilos...

P. Actualmente ele está na quarta classe...

R. Sim e está tudo a correr bem, duma maneira geral. A professora faz as melhores referências a respeito dele.

P. Neste momento o problema limita-se então à enurese.

R. Sim, embora ele ultimamente pareça estar um pouco mais maduro. Embora eu reconheça que, quer eu, quer o pai fomos um pouco apertados com ele. Praticamente era uma criança criada em casa, ou com os amigos na escola ou nas actividades que fazia. Fora disso, não ia brincar com um amigo. Teve um vizinho com quem brincava mas que já não mora lá...

ANEXO 4

PROGRAMA DA DISCIPLINA

# PSICOPATOLOGIA DIFERENCIAL

## PROGRAMA

### I - INTRODUÇÃO

#### 1. Patogenia dos síndromes psicopatológicos

- . Hereditariedade
- . Factores peri-natais
- . Traumatismo do parto
- . Acção do meio físico ambiente

#### 2. Acção patogénica do meio

2.1. Importância das relações mãe-filho e da figura paterna; importância da fratria.

#### 2.2. As famílias perturbadas

- . A criança alvo.
- . As relações entre os pais.
- . Famílias com problemas específicos.

2.3. Factores relacionados com déficits motores, sensoriais e cognitivos.

2.4. As perturbações do meio social.

---

O programa, que a seguir se apresenta, foi elaborado pelo Dr. Oliveira e Sousa, no ano lectivo de 1982/83.

## II - METODOLOGIA DA OBSERVAÇÃO EM PSICOPATOLOGIA INFANTIL

1. Entrevista
  - . Reacções à entrevista
  - . Definição dos objectivos da 1a. entrevista
2. Observação directa
3. Exame psicológico
4. Inquérito familiar e social

## III - DIFERENTES TIPOS DE PERTURBAÇÕES OU DESORGANIZAÇÕES FISICO-BIOLÓGICAS

1. Desorganizações lesionais
  - . Tipos de lesão
  - . Consequências psicopatológicas
2. Desorganizações funcionais
  - . Fixação
  - . Regressão
  - . Aceleração
3. Imaturação

## IV - PERTURBAÇÕES DA ESFERA ORO-ALIMENTAR

1. Significado do comportamento alimentar
2. Desmame. Seu significado
3. Anorexia
  - . Anorexia do lactente
  - . Anorexia da 2a. infância

4. Obesidade

5. Polidipsia

6. Perturbações psicossomáticas do sistema digestivo

#### V - PERTURBAÇÕES DO SONO

1. Significado fisiológico do sono

2. Actividade fisiológica durante o sono

3. Evolução do sono segundo as idades

4. Factores condicionantes da organização final do sono

5. Factores de perturbação do sono

6. Perturbações do sono

. Antes dos 3 meses

. Dos 3 - 12 meses

. Do 1 - 3 anos

. Dos 3 - 5 anos

7. Terrors nocturnos

. Seu significado

8. Sonambulismo

9. Insónias

10. Hipersónia

11. Sonhos

#### VI - PERTURBAÇÕES DO CONTROLE DOS ESFINCTERES

1. Factores intervenientes no controle dos esfínteres

. Maturação nervosa

. Contexto social e cultural

. Factores geográficos

- . Influência da personalidade dos educadores
- 2. Encoprese
  - . Caracterização
  - . Tipos
  - . Frequência segundo a idade, sexo e situação familiar
  - . Início e fim da situação
  - . Sintomas associados
- 3. Compreensão do sintoma encoprese
  - 3.1. Significado da eliminação das fezes
    - . Esquema corporal
    - . Descoberta do corpo
    - . Actividade lúdica
    - . Erotização e condicionamento da zona anal
  - 3.2. Encoprese como sinal reactivo a uma situação de conflito-  
- oposição
- 4. A personalidade da criança encoprética
- 5. Factores desencadeantes da encoprese
- 6. Enurese
  - . Definição
  - . Tipos de enurese
  - . Início e fim
  - . Factores condicionantes
  - . Sintomas associados
- 7. Personalidade do enurético
- 8. Personalidade dos pais do enurético
- 9. Etiologia
  - 9.1. Desordens da mecânica miccional
  - 9.2. Desorganizações do controle miccional

- . Dispraxias de evolução
- . Descargas motoras (ritmos motores; "Head-hanging")
- . Tiques (definição e etiologia)
- . Disfunção Cerebral Mínima (caracterização da situação clínica)

#### IX - AUTISMO INFANTIL

1. Descrição do quadro clínico
2. Etiologia do autismo
  - . Teorias orgânicas e sua fundamentação
  - . Teorias psicogênicas
3. Síndrome simbiótico - síndrome autístico

#### X - AS PSICOSES INFANTIS

1. Definição
2. Incidência
3. Conceitos actuais sobre as psicoses infantis
4. Caracterização sindromática
  - . Psicoses na idade pré-escolar
  - . Psicoses na idade escolar

#### XI - NEUROSES INFANTIS

1. Conceito
2. Diagnóstico diferencial com as psicoses
3. Tipos
  - . Obsessivo - compulsivas
  - . Fóbicas
  - . Histéricas
  - . A neurose de angústia

10. Compreensão do sintoma

- . Enurese primária
- . Enurese secundária

VII - PERTURBAÇÕES DAS FUNÇÕES AGRESSIVAS

1. Origens da agressividade

- . Genética
- . Bases fisiológicas
- . Influência do meio

2. O contributo da psicanálise e da etologia

3. Perturbações das funções agressivas

3.1. Heteroagressividade

- . Evolução e fisiologia da heteroagressividade
- . Semiologia
- . Factores desencadeantes
- . O parricídio

3.2. Auto-agressividade

- . As auto-mutilações evolutivas
- . As auto-agressões persistentes ou tardias
- . Suicídio infantil e juvenil (incidência, formas, causas, patogenia). A personalidade do suicida

VIII - PERTURBAÇÕES DA PSICOMOTRICIDADE

1. O desenvolvimento psico-motor - principais correntes

2. O desenvolvimento psico-motor e a sua relação com outras funções psíquicas

3. Perturbações da psico-motricidade

- . Debilidade motora de Dupré
- . Infantilismo motor
- . Instabilidade psicomotora

4. Critérios de diagnóstico

5. Fundamentos etiológicos

UNIVERSIDADE DO PORTO  
Faculdade de Psicologia  
e de Ciências da Educação  
N.º de Entrada 1573  
Data 12/10/80

## XII - INTRODUÇÃO AOS PROBLEMAS DA ADOLESCÊNCIA

1. Breve revisão dos aspectos mais importantes da Psicologia da adolescência

2. Psicopatologia da adolescência

2.1. Anorexia Mental

- . Definição
- . Incidência
- . Caracterização do quadro clínico
- . Família do anoréxico
- . Personalidade do anoréxico
- . Explicações do quadro

2.2. Depressão e Suicídio na adolescência

- . Depressão (sintomas e explicação psicopatológica)
- . Suicídio (factores precipitadores)

2.3. Toxicodependência na adolescência

- . Introdução histórica. Importância do problema
- . Conceitos básicos:
  - droga
  - dependência (física ou psíquica)
  - tolerância
  - escalada
- . Classificação das principais drogas
- . Considerações gerais sobre o problema:
  - toxicodependências enquanto problema cultural e social
  - alcooolismo como a toxicomania mais frequente em Portugal
  - as toxicomanias medicamentosas - o abuso dos fármacos
  - necessidade de distinguir drogas leves e pesadas