

Development across the life cycle

O desenvolvimento ao longo do ciclo vital

Christian Kieling*

A primary issue in psychiatric clinical practice is the definition of normality. Normality may be defined as utopia, as health (which is more than the absence of disease, as recommended by the World Health Organization), as average. Using a simplistic definition of normality is certainly not the best way to go, as we learn from Brazilian writer Machado de Assis in *The alienist*, a novel in which physician Simão Bacamarte ends up alone in the Green House asylum after having defined normality as majority.¹ It is precisely in this arena that a deep knowledge of the typical, expected human development across the life cycle acquires major relevance for child and adolescent psychiatric practice.

Beyond that: we live in an age where several trends and theoretical models have developed – and it is now necessary to bring them together. The very notion of childhood and family as we conceive them today is recent, as shown in the work of Philippe Ariès.² The study of the mind and brain has also seen an explosive growth in the 20th century, with the first half of it focusing essentially on the intrapsychic, and the second on neurobiology. At the same time, the study of social, community, and family aspects has been growing, to the point that the individual, or better, the child, is not just simply a child anymore, but rather a child and his/her circumstances, to paraphrase Ortega y Gasset.³

Leon Eisenberg, professor of Child and Adolescent Psychiatry at Harvard, deceased a few years ago, wrote a classical article entitled "Development as an unifying

concept in psychiatry."⁴ The same author, a prominent critic of psychoanalysis in the 1970s, published another paper in the *British Journal of Psychiatry* in the 1980s, criticizing the existence of two kinds of psychiatry: one brainless and the other mindless.⁵ Eisenberg, towards the end of his life, declared that he regretted having been such a harsh critic of psychoanalysis – arguing that psychoanalysis did have a value in teaching his students to listen to their patients.

Eisenberg's major argument was that, from a developmental point of view, it is possible to integrate different areas of knowledge with the ultimate aim of understanding how, why, and why precisely a family seeks help – in addition to giving us hints of why it was not possible for that child, the adolescent, and the family to resolve the problem without resorting to a mental health professional. In this sense, an understanding that takes into consideration biological, psychological, and social aspects – i.e., a biopsychosocial understanding – is essential in psychiatric practice, especially in psychiatric practice dealing with children, adolescents, and their families.

Therefore, it is essential to have knowledge of the development of the central nervous system from as early as fertilization, with the growth of 250 thousand neurons per minute over the 9 months of pregnancy, the process of neuronal and synaptic pruning in the first years of life, and the progressive myelination of the central nervous system.⁶ Similarly, Freud's lessons about psychosexual stages (oral, anal, phallic, latency, and genital phases) is

* Department of Psychiatry, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS, Brazil. E-mail: ckieling@ufrgs.br

Financial support: none.

This paper was developed for the written test of the competition examination for the position of locum tenens Professor of Child and Adolescent Psychiatry at the Department of Psychiatry and Legal Medicine of Universidade Federal do Rio Grande do Sul, held on July 17, 2013 (the original, handwritten draft is available as online supplementary material).

Suggested citation: Kieling C. Development across the life cycle. *Trends Psychiatry Psychother.* 2014;36(2):59-62. <http://dx.doi.org/10.1590/2237-6089-2014-1001>

also extremely important, as are the developments of the Freudian theory with Melanie Klein and schizoparanoic and depressive positions, Bion and the mother's container function, transforming beta elements into alpha elements, Winnicott's notion that a sufficiently good mother is essential for the development of a true self.⁷

Going a bit further, understanding the family system (and its history), as well as its integration in the broader community, is also relevant. Erikson expands Freud's psychosexual stages to define different crises over the life cycle: basic trust vs. mistrust; autonomy vs. shame; initiative vs. guilt; industry vs. inferiority; identity vs. role confusion; intimacy vs. isolation; generativity vs. stagnation; integrity vs. despair.⁸ Based on all these theoretical frameworks, we can more securely get ready to treat children, adolescents and their families, always keeping in mind, as argued by Salvador Minuchin, that the map is not the territory – it only represents it.⁹

Treating infants and their parents, for example, has to take into consideration the life cycle stages that occurred before conception. As suggested by Selma Fraiberg, in every nursery there are ghosts, even when not invited.¹⁰ Therefore, a transgenerational perspective is essential for a better understanding of complaints such as insomnia, colic, and difficulties interacting. We should be attentive not only to what is reported by the mother and father, but also to how they act and interact. From a neurobiological point of view, attention to nonverbal aspects makes the most sense, as it is through nonverbal language that we may gain access to the parents' early childhood experiences – experiences that remained recorded on their procedural memory more than on their declarative one. Moreover, vital transitions and crises experienced not only by the parents (abdicating their roles as children), but also by grandparents and other members of the family, should also be considered.

Other useful areas of knowledge include the baby's organizers, according to Spitz (smiling, anxiety to strangers, the "no") and the separation and individuation processes described by Mahler.⁷ Combining this knowledge with notions of the family life cycle is also necessary. The family life cycle starts when the young adult leaves the family of origin and establishes marriage with no children (it should be noted that, in Brazil, as well as in other developing countries, leaving home can mean moving to a new house in the same property for a good portion of the population). After this adjustment period for the husband and wife, the arrival of the first child places them in another stage of the life cycle. Centripetal forces usually act at this moment, when the family tends to agglutinate because of the arrival of a new member.

The evaluation and treatment of preschoolers also requires knowledge of the characteristics of normal

development. Understanding cognitive development (for example, as suggested by Piaget, divided into [1] sensorimotor, [2] preoperational, [3] concrete operational, and [4] formal operational)¹¹ is important not only for evaluation, but also when offering the patient's and his/her family's feedback and psychoeducation – not to mention treatment. Using either more clinical/psychopharmacological or more psychotherapeutic approaches, entering the child's fantasy and playing world is essential. This is true both from the point of view of identifying symptoms for the establishment of a formal diagnosis (trauma, for example, may be re-enacted in play, as recognized by the new operational criteria for post-traumatic stress disorder in the 5th edition of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders [DSM-5]); and for an understanding of play as free association, as illustrated by Freud – an 18-month old child that plays with a spool may be symbolizing distancing and approximating.¹²

Integrating knowledge in the treatment of school-age children is also paramount. Being alert to aspects of the oedipal conflict and its repercussions in latency is extremely important while evaluating symptoms in this age group. Understanding the meaning of fears, anxiety, obsessions, or compulsions may help us distinguish between the normal and the pathological. At the same time, knowing that disorders such as attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) are characterized by a maturation delay in cortical thickness (about 3 years of delay, especially in the prefrontal cortex, in relation to controls with typical development, according to a cohort study conducted by the U.S. National Institute of Mental Health) is also important when evaluating a preschooler.¹³ There is also evidence that children born in the beginning of the academic year have a higher likelihood of being diagnosed with ADHD after controlling for all other variables, only because they are less "mature."¹⁴ Families with small children have to face the start of school and other community activities. At this point, tension related to comparisons between families may emerge. The use of psychopharmacological drugs by a child, for example, has an impact on how parents see themselves in relation to other parents in the same school.

The treatment of adolescents should also take into consideration biopsychosocial aspects of this stage of the life cycle. In addition to maturation of the nervous system, at this stage hormonal changes take place that will culminate in puberty. Body changes urge the adolescent to deal with this strange, disturbing phenomenon – and indeed, he/she will be experiencing a strangeness, not only for him/herself, but also for the people living with him/her. As suggested by Blos, this is the stage when a second individuation process takes

place, i.e., when the adolescent has to disidentify from childhood and from his/her parents.¹⁵ Meltzer argues that the adolescent inhabits four worlds: family (in which he/she remains as in latency); adults (in which he/she is a pseudo-adult); other adolescents (groups of the same sex at first, then couples); and his/her own world (a refuge for reflection).¹⁶ In these oscillations, families with adolescents have to prepare for some comings and goings. Parents have to be ready to welcome the adolescent back after they have been discarded and depreciated – they have to survive the adolescent, as argued by Winnicott.¹⁷ And the same principle is valid for us, therapists: we have to be ready for no shows and acting outs, even though always attentive to the meaning of these communicative actions.

When children are in adolescence, parents are reaching middle age, and grandparents, old age. The “maturescence” stage has been referred to as a way back from adolescence.¹⁸ It is important to be attentive to this when we see a father or mother who may, at the same time, idealize and envy aspects of their adolescent child. The Australian model of mental health of young people suggests that the cutoff for child/adult services should be at around 25 years of age.¹⁹ This makes sense not only from the point of view of the incidence/first episode of mental disorders, but also because of the invasion of adolescence into young adulthood. The so-called “adulthood” is characterized by economic independence with fewer advances in emotional aspects. Moreover, it is increasingly

common, as a result of marketplace demands, that young adults will stay longer at their parents’ homes.

The moment when children leave home is another landmark. The so-called empty nest syndrome may cause parents to get ahead and develop mechanisms that will make their children stay longer, e.g., a mother who renovates the daughter’s room when the latter is ready to leave home. Approaches that carry this understanding – e.g., individual systemic psychotherapy – have more and more shown to be promising and necessary when treating children, adolescents, and young adults (but not only these age groups).²⁰

Knowing aspects of the individual life cycle of each family member and of the family system as a unit is extremely important. The death of a family member, for example, has a tremendous impact on all others. Whether death is the result of a slow process (with stages such as denial, anger, bargaining, depression, and acceptance, as suggested by Kübler-Ross)²¹ or an unexpected, acute event, it will certainly have repercussions in the whole family system, and perhaps beyond it. Thus, having knowledge of vital crises also helps us understand accidental crises of the life cycle, as it provides us with elements to understand how a child, adolescent, and their families deal with stressors. Therefore, as suggested by Carter & McGoldrick,²² we can outline the family life cycle using vertical elements (transgenerational, not only family, but also community elements) and horizontal elements (vital and accidental crises) (Figure 1).

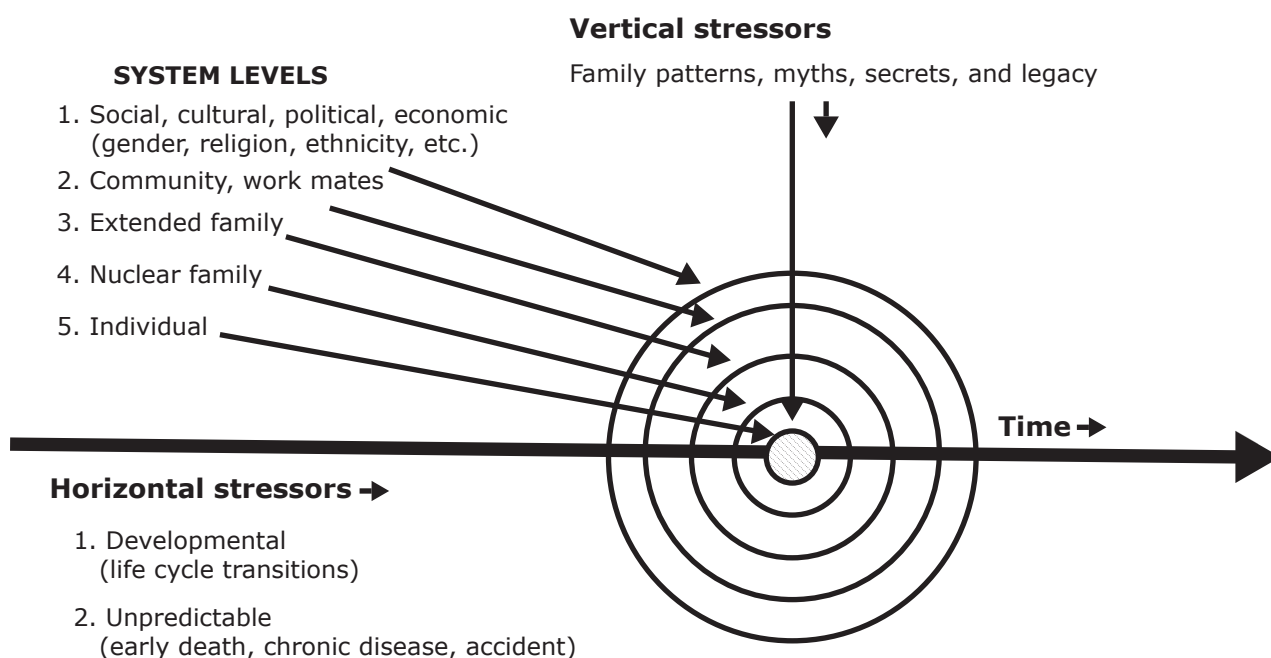


Figure 1 - Vertical and horizontal stressors of the family life cycle.²²

In sum, integrating knowledge and seeing children and adolescents as individuals undergoing major transformation allows us to conceptualize cases thinking of their diagnosis always in the gerund form, as taught by Prego e Silva.²³ Moreover, it helps us achieve a broader understanding of the integration of children and adolescents in their family and social contexts. All this with the objective of engaging patients, family members, and the broader community (school, neighbors) in effective treatment strategies to reduce suffering and promote the full development of those who are starting their journey across the life cycle.

Acknowledgements

Christian Kieling receives research support from Brazilian governmental agencies Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), and Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio Grande do Sul (FAPERGS); he also receives royalties from Artmed and Manole. The author is grateful to all those who presented him to the authors here cited, especially Professor Maria Lucrecia Scherer Zavaschi, for introducing him to the work of Leon Eisenberg. He also thanks medical student Lucas Battel for transcribing the original manuscript.

References

- Machado de Assis JM. *Obra Completa*. Rio de Janeiro: Nova Aguilar; 2008.
- Ariès P. *História social da criança e da família*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara; 1986.
- Ortega y Gasset J. *Meditações do Quixote*. São Paulo: Livro Ibero-Americano; 1967.
- Eisenberg L. Development as a unifying concept in psychiatry. *Br J Psychiatry*. 1977;131:225-37.
- Eisenberg L. Mindlessness and brainlessness in psychiatry. *Br J Psychiatry*. 1986;148:497-508.
- Bear MF, Connors BW, Paradiso MA. *Neurociências: desvendando o sistema nervoso*. Porto Alegre: Artmed; 2008.
- Laplanche JB, Pontalis J. *Vocabulário da psicanálise*. São Paulo: Martins; 2001.
- Erikson EH, Erikson JM. *The life cycle completed*. New York: W.W. Norton; 1997.
- Minuchin S. *Famílias: funcionamento e tratamento*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1982.
- Fraiberg S, Adelson E, Shapiro V. Ghosts in the nursery. A psychoanalytic approach to the problems of impaired infant-mother relationships. *J Am Acad Child Psychiatry*. 1975;14:387-421.
- Bee H, Boyd D. *A criança em desenvolvimento*. Porto Alegre: Artmed; 2011.
- Freud S. *Além do princípio do prazer*. Rio de Janeiro: Imago; 1996.
- Shaw P, Eckstrand K, Sharp W, Blumenthal J, Lerch JP, Greenstein D, et al. Attention-deficit/hyperactivity disorder is characterized by a delay in cortical maturation. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 2007;104:19649-54.
- Zoëga H, Valdimarsdóttir UA, Hernández-Díaz S. Age, academic performance, and stimulant prescribing for ADHD: a nationwide cohort study. *Pediatrics*. 2012;130:1012-8.
- Blos P. The second individuation process of adolescence. *Psychoanal Study Child*. 1967;22:162-86.
- Levy R. O Adolescente. In: Eizirik CL, Bassols AMS, editores. *O ciclo da vida humana: uma perspectiva psicodinâmica*. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2013. p. 167-80.
- Winnicott D. *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago; 1975.
- Montero GJ. *Madurecência [clínica da incerteza na meia-idade]*. In: Eizirik CL, Bassols AMS, editores. *O ciclo da vida humana: uma perspectiva psicodinâmica*. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2013. p. 207-26.
- McGorry PD. The specialist youth mental health model: strengthening the weakest link in the public mental health system. *Med J Aust*. 2007;187:S53-6.
- Falceto OG, Prado LC, Waldemar JOC, Castiel S, Gonçalves NT, Zanonato A, et al. O ensino da psicoterapia de orientação sistêmico-integrativa no Instituto da Família de Porto Alegre. *Rev Bras Psicoter*. 2012;14:75-85.
- Kübler-Ross E. *On death and dying*. New York: Maxwell Macmillan International; 1993.
- Carter EA, McGoldrick M. *The expanded family life cycle: individual, family, and social perspectives*. 3rd ed. Boston: Allyn and Bacon; 1999.
- Zavaschi MLS, Bassols AMS, Bergmann DS, Costa FMdC. *Abordagem Psicodinâmica na Infância*. In: Eizirik CL, Aguiar RW, Schestatsky SS, editores. *Psicoterapia de orientação analítica: fundamentos teóricos e clínicos*. Porto Alegre: Artmed; 2007. p. 717-37.



Nome: Christian Kieling

Uma primeira questão que se coloca no atendimento e na prática clínica psiquiátrica é a definição de normalidade. Normalidade pode ser definida como utopia, como saúde (mais do que ausência de doença, como recomenda a Organização Mundial da Saúde), como média. Utilizar uma definição simplista de normalidade certamente não é a melhor alternativa, como nos ensina, por exemplo, a literatura de Machado de Assis em *O Alienista*, diálogo no qual Simão Bacamarte acaba sozinho na Casa Verde após definir a normalidade como maioria. É neste sentido que o conhecimento profundo acerca do desenvolvimento típico e esperado ao longo do ciclo vital se faz de grande relevância para a prática psiquiátrica com crianças e adolescentes.

Mais do que isso: vivemos em um momento em que diversas correntes e modelos teóricos se desenvolveram ao longo do século XX - e é preciso integrá-los. A própria noção de infância e de família como as conhecemos atualmente é recente, como exemplificado na obra de Philippe Ariès. O estudo da mente e do cérebro também passou por um crescimento explosivo ao longo do século XX, com a primeira metade dedicada sobretudo ao intrapsíquico e a segunda à neurobiologia. Paralelamente, o estudo de aspectos sociais, comunitários e familiares veio crescendo, na medida em que o indivíduo, em melhor dizendo, a criança, não é apenas a criança, mas a criança e suas circunstâncias - parafraseando Ortega y Gasset.

Leon Eisenberg, professor titular de psiquiatria da infância e da adolescência da Universidade Harvard, falecido há alguns anos, tem um artigo clássico (no qual) intitulado "Development as an unifying concept in psychiatry". O mesmo autor, um crítico importante da psicanálise na década de 1970, tem um outro



Trabalho publicado no British Journal of Psychiatry na década de 1980 em que critica a existência de duas psiquiatrias: uma acéfala (brainless) e outra desmentalizada (mindless). Eisenberg, no final de sua vida, fez uma declaração em que se desculpa por ter sido um crítico tão feroz da psicanálise — argumentava que esta tinha seu valor na medida em que "ensinava aos alunos a ouvir seus pacientes". Seu argumento principal é de que, utilizando uma visão desenvolvimental, podemos integrar diferentes conhecimentos com a finalidade última de compreender como, por que e ~~porque~~ por que neste momento uma família nos procura — além de fornecer pistas de por que não foi possível, para a criança, o adolescente e sua família resolverem o ~~problema~~ problema sem buscar a ajuda de um profissional de saúde mental.

Uma compreensão que leve em conta aspectos biológicos, psicológicos e sociais — uma compreensão biopsicossocial é essencial na prática psiquiátrica, ainda mais na prática psiquiátrica com crianças, adolescentes e suas famílias. Desse modo, conhecer o desenvolvimento do sistema nervoso central desde a fecundação, com o crescimento de 250 mil neurônios novos durante os nove meses de gestação, o processo de poda dos neurônios e das conexões em excesso nos primeiros anos de vida e a mielinização progressiva do sistema nervoso é essencial. Da mesma forma, os ensinamentos de Freud sobre os estágios psicossexuais (fases oral, anal, fálica, latência e genital) também são muito importantes, bem como os descobrimentos da teoria freudiana com Melanie Klein e as posições esquizoparanoide e depressiva, Bion e a função contida materna para transformar elementos β em α , Winnicott e a ideia de que uma mãe suficientemente boa é essencial para o desenvolvimento do verdadeiro self. Indo mais além, a compreensão do sistema familiar (e sua história), bem como a inserção na comunidade mais ampla também é relevante.



Nome: Christian Kieling

Erickson expande os estágios psicossociais de Freud para definir diferentes crises ao longo do ciclo vital: confiança básica vs. falta de confiança; autonomia vs. vergonha; iniciativa vs. culpa; indústria vs. inferioridade; identidade vs. confusão de identidade; intimidade vs. isolamento; generatividade vs. estagnação; e integridade vs. desespero. Partindo de todas essas arcabouços teóricos podemos chegar com mais segurança no atendimento de crianças, adolescentes e suas famílias, sempre lembrando, como argumenta Salvador Minuchin, que o mapa não é o território — ele apenas o representa.

O atendimento de bebês e seus pais, por exemplo, tem que levar em consideração etapas do ciclo vital que ocorreram antes da concepção. Como sugere Selma Fraiberg, as fantasmas rondam o quarto do bebê sem mesmo serem lá convidadas. Assim, uma perspectiva transgeracional é essencial para o entendimento de queixas como insônia, cânticos, dificuldades na interação. Devemos estar atentos não apenas para o que a mãe e o pai nos relatam, mas como eles agem e interagem. Do ponto de vista neurobiológico a atenção ao aspecto não verbal faz toda a diferença, pois é através dela que poderemos ler sobre as vivências dos pais em sua primeira infância — vivências estas que ficaram registradas na memória procedural mais do que na memória declarativa. Além disso, pensar transmissões e crises vitais pelas quais estão passando não apenas os pais (abdicando da função de filhos), mas avós e outros membros da família estendida também é importante. Outros conhecimentos úteis se referem acerca dos organizadores do bebê conforme Spitz (sonrisa, ansiedade e estranhos, o "não") e dos processos de separação e individualização conforme descritos por Mahler. Integrando estes conhecimentos com noções sobre o ciclo vital da família também se faz necessário. Podemos dizer que o ciclo vital da família tem como



início a saúde do adulto jovem da família de origem e o estabelecimento do casal sem filhos (lembrando que no Brasil, assim como em outros países em desenvolvimento), a saúde pode ser para o paião do caso para boa parcela da população. Após este período de adaptação do marido e da esposa, a chegada do primeiro filho os coloca em outra etapa do ciclo vital. Forças centrípetas costumam agir nesses momentos, em que a família tende a ficar mais aplainada com a chegada deste novo membro.

A avaliação e o atendimento de pré-escolares também requer o conhecimento de aspectos do desenvolvimento normal. O entendimento do desenvolvimento cognitivo (por exemplo, como sugere Piaget, em estágios) ① sensorio-motor, ② pré-operatório, ③ operatório ~~concreto~~ ④ operatório formal) é importante não só na avaliação, mas no projeto de intervenção e psicoeducação do paciente e de sua família - sem falar durante o tratamento. Seja utilizando abordagens mais clínicas/psicofarmacológicas ou ~~psic~~ mais psicoterápicas, ingressar no mundo de fantasia e do brincar da criança é essencial. Tanto do ponto de vista, por exemplo, de identificar sintomas para a realização de um diagnóstico formal (traumas, por exemplo, podem aparecer em brincadeiras como nos explicita os novos critérios operacionais de transição do estresse pós-traumático no DSM-5); quanto para o entendimento da brincadeira como livre-atividade, como já ilustrado nos textos de Freud - uma criança de 18 meses que brinca com um carretel pode estar simbolizando distanciamento e reaproximação.

Integrar os conhecimentos no atendimento de escolares também é fundamental. Estar atento para aspectos do conflito edípico e suas repercussões na latência são de suma importância na análise de sintomas nesta faixa etária. Entender o significado do medo, ansiedades, obsessões ou compulsões pode nos ajudar a separar o normal do patológico. Ao mesmo tempo, saber que



Nome: Christian Kieling

transtornos como o TDAH (transtorno de déficit de atenção/hiperatividade) são caracterizados por um atraso maturacional na estrutura cortical (em torno de 3 anos de atraso sobretudo no córtex pré-frontal, em relação a controles com desenvolvimento típico conforme estudo da corte do Instituto Nacional de Saúde Mental dos Estados Unidos) também é importante na avaliação de um pré-criador. Há evidências de que crianças nascidas no início do ano têm uma probabilidade maior de receber o diagnóstico de TDAH controlando para todas as demais variáveis, apenas por estarem menos "maduras". Nesta etapa, a família com filhos pequenos, o ingresso na escola e em outras habilidades comunitárias ocorre. Neste momento podem surgir tensões relacionadas à comparação entre famílias. O uso de psicofármacos por uma criança, por exemplo, tem um impacto em como os pais se enxergam perante outros pais da mesma escola.

O atendimento de adolescentes também deve levar em conta aspectos biopsíquicos desta etapa do ciclo vital. Além da maturação do sistema nervoso, nesta fase ocorrem as alterações hormonais que culminam com a puberdade. Alterações no corpo levam ao adolescente a ter que lidar com este "inquietante estranho" e, de fato, ele passa um estranhamento não só para si, mas para os demais que vive com ele/ela convivem. Como sugere Ellis, esta é a fase de uma segunda individuação, quando o adolescente precisa se desidentificar com a infância e com seus pais. Meltzer argumenta que o adolescente vive por quatro mundos: família (em que permanece como re-latência), adulto (em que é percebido adulto); outros adolescentes (em grupos do mesmo sexo, depois (casais); e no isolamento (um refúgio para reflexões). Nestas situações, a família com adolescentes tem que estar preparada para idas e vindas. Os pais têm



que estar prontos para receber o adolescente de volta depois de serem descartados e depreciados - tem do "sobreviver ao adolescente", como nos lembra Winnicott. E o mesmo vale para nós, terapeutas, que temos que estar prontos para ausências, ataques (achy-outs), mas sempre atentos para os significados destas ações comunicativas. ~~(De novo)~~

No momento em que os filhos passam pela adolescência, os pais estão chegando à meia idade e os avós à velhice. A passagem pela chamada "madrescência" foi comparada a um caminho de volta da adolescência. É importante estar atento para isto quando recebemos um pai ou uma mãe, que pode, ao mesmo tempo, idealizar e invejar o filho em seu filho adolescente.

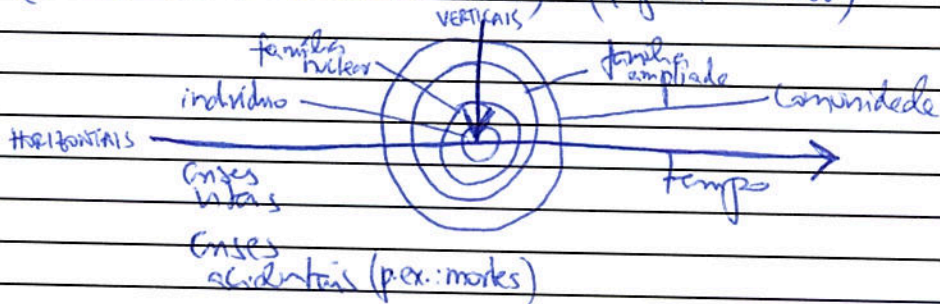
O modelo atualizado de saúde mental de jovens sugere que a quebra de serviços infantil/adulto idem ocorrer pelos 24/25 anos de idade. Isto faz sentido não apenas do ponto de vista da incidência/primeiro episódio dos transtornos mentais, mas também em relação às inovações da adolescência adentro da fase do adulto jovem. A chamada "adultescência" é caracterizada por uma ~~boa~~ conquista nos aspectos econômicos, sem que os emocionais tenham avançado. Além disso, é cada vez mais comum, com as exigências do mercado de trabalho, que os filhos passem mais tempo na casa de ~~seus~~ seus pais.

A saída dos filhos da casa de seus pais marca um outro momento. A chamada síndrome do ninho vazio pode fazer com que pais se antecipem e desenvolvam mecanismos de fazer com que seus filhos fiquem mais tempo em casa, como a mãe de uma paciente que reformou todo o quarto da filha quando esta estava pronta para sair de casa. Abordagens que tenham esta compreensão - por exemplo, a psicanálise individual sistêmica - se mostram cada vez mais promissoras e necessárias no atendimento de crianças, adolescentes e adultos jovens (mas não de



Nome: Christian Kieling

destes grupos etários). Contar os (par) aspectos do ciclo vital individual de cada um dos membros e do ciclo vital do sistema familiar como unidade é muito importante. A morte de um dos membros da família, por exemplo, tem um enorme impacto em todos os domínios. Seja um processo lento (com etapas como negação, raiva, barganha, ~~de~~ depressão e aceitação como sugere Kübler-Ross) ou um evento agudo (~~transiente~~) inesperado certamente terá repercussões em todo o sistema familiar e ~~em~~, possivelmente, mais além. Deste modo, conhecer as crises vitais nos auxilia também na compreensão das crises acidentais do ciclo vital, pois nos fornece elementos para entender como uma ~~família~~ criança, um adolescente e suas famílias lidam com estressores. Assim, como sugerem Carter e McGoldrick, podemos esquematizar o ciclo vital da família em elementos verticais (transgeracionais não só da família, mas da comunidade) e horizontais (crises vitais e acidentais) (Figura abaixo)



Assim, a integração de conteúdos e a concepção da criança e do adolescente como seres em grande transformação nos permite fazer conceitualizações de caso pensando o diagnóstico ~~em~~ sempre no gerúndio, como nos ensina Prego e Silva, bem como uma compreensão abrangente da inserção da criança e do adolescente em seus contextos ~~sociais~~ familiar e social. Tudo isso com o objetivo de engajar pacientes, familiares e comunidade mais ampla (escola, vizinhos) em estratégias terapêuticas efilares para reduzir o sofrimento e permitir o pleno desenvolvimento daqueles que estão começando sua caminhada pelo ciclo vital.