

FLAVIA REGINA TURRA

DEPRESSÃO INFANTIL: UM ESTUDO COMPORTAMENTAL

Adamantina

2016

FLAVIA REGINA TURRA

DEPRESSÃO INFANTIL: UM ESTUDO COMPORTAMENTAL

Monografia apresentada a Ligare como exigência de conclusão do Curso de Formação em Análise Bioenergética e Terapia Corporal Reichiana.

Adamantina

2016

Dedico a todos que me ajudaram a concretizar esse trabalho, familiares, terapeuta, amigos, e em especial aos professores.

AGRADECIMENTO

Em primeiro lugar a Deus pela concretização de um sonho e por todos que procuram, lutam, buscando encontrar caminhos que despertem ao bem comum.

RESUMO

O presente trabalho teve como objetivo estudar como a depressão afeta o comportamento das crianças acometidas por este distúrbio. A palavra depressão vem do *latin* e significa pressionado para baixo. Entendemos como sendo um estado afetivo que o sujeito fica separado das figuras que lhe dão afetos estando impossibilitado de alcançar algo essencial para sua vida, o afeto. Para a análise bioenergética podemos assim falar da depressão como sendo um colapso interno, significando com isso que a habilidade do organismo de reagir com os impulsos apropriados aos eventos do ambiente diminui muito. A depressão é marcada pela perda de energia. No levantamento bibliográfico também foram identificamos sintomas físicos ligados à depressão que, segundo Grünspun caracteriza-a como abatimento físico, emocional e intelectual vivenciado pelas crianças em situações ligadas à perda de algo que amam ou têm necessidade, onde a psicopatologia é manifestada por distúrbios psicossomáticos. Através do olhar da Bioenergética o indivíduo é visto como uma unidade psicossomática. O que afeta a mente afeta o corpo, e o que afeta o corpo afeta a mente. As defesas psicológicas usadas para lidar com a dor e o stress da vida tais como racionalizações, negação e supressões também estão ancoradas no corpo. Nossos órgãos e aparelhos podem evidenciar alterações nas funções em presença de qualquer emoção e pensamento, que descarregam na corrente sanguínea substâncias bioquímicas que alteram a função habitual dos órgãos. No estudo da bibliografia sobre depressão infantil ficam claras as diversas maneiras que os sintomas podem aparecer tanto fisiológicos como, emocionais e comportamentais. Levantaram-se na introdução várias descrições sobre este transtorno, procurando compreender a manifestação nesta faixa etária.

Palavras- chave: Depressão. Criança. Distúrbio. Comportamental. Psicopatologia. Análise Bioenergética.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	6
2. HISTÓRIA DA INFÂNCIA	11
2.1. Um breve resgate histórico sobre a concepção da infância.....	11
2.2. Desenvolvimento Infantil: Aspectos emocionais	13
3. DEPRESSÃO INFANTIL.....	19
3.1. Depressão e suas variantes	19
3.2. Sintomas	21
4. COMPORTAMENTOS DA CRIANÇA COM DEPRESSÃO	24
4.1. Considerações Gerais	24
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	28
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	30

1. INTRODUÇÃO

O interesse sobre o tema Depressão Infantil surgiu a partir da observação na Instituição Lar Rosano de Angelis no ano de 2012, onde eram atendidas crianças de 0 à 15 anos e que não podiam ficar com a família por ordem judicial. Com os trabalhos na instituição pode-se observar que as crianças tinham carência de contato, dificuldade em fazer vínculo, extremamente dispersos e corpo oral/esquizoide ou masoquistas.

Um detalhe relevante é que nessa instituição, por regra, só era permitido trabalhos lúdicos e em grupo. Devido a esse fato, foram promovidos exercícios de bioenergética, como consciência corporal, respiração e contato visual para conectar essas crianças. Era nítido a desmotivação da vida e perspectiva de nada, se conformando com tudo que lhes eram oferecido.

Outro fato de interesse sobre o tema Depressão Infantil se deu pela escassez de informação que se têm a respeito desta patologia, sendo a causa de vários problemas tanto escolares quanto familiares, e que muitas vezes não é diagnosticado. Hoje se sabe que esta pode estar presente tanto em bebês como em crianças de toda faixa etária, resultando em conseqüências na adolescência e na fase adulta.

Ainda há pouca divulgação da incidência do problema e incompreensão por parte de profissionais para diagnosticar a depressão infantil. Hoje o papel da criança na sociedade não é mais de “pequeno adulto”, mas encontra lugar de destaque entre as ciências, considerada como um indivíduo constituído de particularidades, que está em processo de maturação. (ABRÃO, 2001).

A Psicanálise, ao desvendar os recônditos do universo infantil em desenvolvimento, primeiro pelas lembranças dos adultos e por intermédio das próprias crianças, faz muitas indicações acerca da educação das crianças, de formas a prevenir possíveis distúrbios de conduta. (ABRÃO, 2001).

Segundo DSM IV (1994), manual empregado no diagnóstico de transtornos mentais, os sintomas de depressão são: humor deprimido na maior parte do dia, falta de interesse nas atividades diárias, alteração de sono e apetite, falta de energia, alteração na atividade motora, sentimento de inutilidade, dificuldade para se concentrar, pensamentos ou tentativas de

suicídio, porém, para o diagnóstico de um episódio depressivo maior¹, é necessário que o indivíduo apresente pelo menos cinco dos sintomas citados.

No entanto, o DSM IV (1994) faz pequenas ressalvas considerando os níveis de desenvolvimento, a fim de facilitar o diagnóstico de depressão na criança. Mais precisamente, uma criança deprimida pode apresentar humor irritável ao invés de tristeza; ou ainda revelar uma queda no rendimento acadêmico em função do prejuízo na capacidade para pensar e concentrar.

Vários distúrbios emocionais e comportamentais em crianças não são percebidos até que elas comecem a educação formal. Contudo, crianças com depressão costumam ser calmas e obedientes e não causam confusões. Embora suas notas não sejam boas, raramente são encaminhadas para auxílio porque não atrapalham o ambiente. (MILLER 2003, p 8)

Segundo Kovacs apud Miller (2003), o diagnóstico da depressão infantil é geralmente identificado no primeiro episódio, ao contrário do adulto.

A criança que experimenta a crise depressiva terá probabilidade de vivenciar outra. Pesquisas demonstram que setenta por cento das crianças que tiveram depressão desenvolveram-na quando se tornaram adultos.

Em torno de vinte a trinta por cento dos casos, a depressão unipolar passa para bipolar, sendo essa perturbação emocional grave e de difícil tratamento. Por outro lado, crianças se recuperam de episódios depressivos mais rápido que os adultos, em média seis a sete meses, (MILLER, 2003).

Como causas da depressão infantil, encontramos divórcio dos pais, abuso sexual, doença na família, nascimento de irmão, morte de parente. É normal a criança passar por fases de desajuste na vida porém, se esses sintomas permanecerem por mais de seis meses, se diagnosticará como depressão reativa, significando que ela foi causada principalmente por estressores ou eventos externos.

É importante considerar a predisposição biológica, genética e neurológica para depressão. Conforme Miller (2003), o índice de suicídio triplicou desde 1960, sendo a quarta causa de morte entre crianças. O suicídio corresponde a cerca de 2.000 a 2.500 mortes por ano entre crianças e adolescentes. As crianças com problemas emocionais parecem não possuírem

¹ Freud em Luto e Melancolia (1856-1939). Diagnostica o que seria a diferença de um episódio depressivo no caso do luto, e um quadro de depressão maior, de caráter patológico, a melancolia.

a motivação para aprender mecanismos fundamentais para lidar com determinadas circunstâncias.

O desejo de morrer é um estágio inicial do processo para que se tenha o desejo de cometer o suicídio... a criança pode começar a comportar-se de forma que seria considerada suicida: especificamente ela pode apresentar um comportamento arriscado e, em casos mais graves, um comportamento parassuicida após ter começado a traçar um plano de como morrer... O desejo de morrer como mecanismo de lidar com determinadas circunstâncias não é associado inicialmente a um plano de como morrer. Uma criança é claramente suicida quando traça um plano, adquire meios reais para fazê-lo e planeja o momento de cometer suicídio. De fato muitos suicídios são impulsivos; o plano e os meios estão à mão, mas o momento não foi premeditado (MILLER 2003 p. 155 e 156).

A depressão está presente nas crianças e jovens. Pesquisas atuais apontam que existem ótimos tratamentos farmacológicos e psicológicos para depressão. Há uma falta generalizada de conhecimento sobre o tema, portanto, se identificarem o problema precocemente, pais e professores poderiam contribuir muito para o bem estar e segurança da criança.

Há pouco tempo que a depressão infantil foi aceita. Nos últimos vinte anos surgem pesquisas científicas capazes de compreender o distúrbio infantil. Existem duas categorias principais para o diagnóstico da depressão: a unipolar, com os sintomas clássicos de “melancolia”, e o bipolar que, além dos períodos melancólicos passa por períodos de alto-astral, grandiosa auto-estima, verbosidade, euforia (MILLER, 2003).

Pesquisas recentes demonstram que dois e meio por cento (2,5%) das crianças vivenciam a depressão. Até a década de 1970 não se considerava a possibilidade da criança sofrer deste transtorno. Por que demorou tanto tempo para ser estudada a depressão na infância?

“Em grande parte se deve ao trabalho extremamente influente de Sigmund Freud o fato de, por aproximadamente cinquenta anos as crianças não serem diagnosticadas com depressão.” (MILLER, 2003 P: 4).

Em 1917 Freud dizia que dentro dos sintomas da depressão incluía dentre muitas coisas a diminuição de auto-estima, e expectativas ilusórias de punição. No entanto, para ele, as crianças não tinham estas capacidades por não ter ainda formado seu superego, ou vislumbrar o futuro para ter sentimentos de desesperança e, conseqüentemente, não ficariam deprimidas (MILLER, 2003, P:4).

As recentes pesquisas sobre o diagnóstico da depressão foram realizadas por Kovacs apud Miller (2003), do Western Psychiatric Institute and Clinic de Pittsburgh. De acordo com a autora, a depressão em crianças é semelhante à de adultos. Em 1950 o pediatra Leon Cytryn

apud Miller (2003) estuda comportamento de crianças hospitalizadas com problemas médicos crônicos, e conclui que cinquenta por cento delas vivenciam sintomas de depressão, acrescentando sentimentos de tristeza, desamparo, isolamento social e desesperança.

Assim sendo, o objetivo deste trabalho é realizar um levantamento bibliográfico sobre o tema depressão infantil tendo como referencial teórico a análise comportamental para este tipo de problema e fazendo aproximações com a compreensão da depressão do ponto de vista da Análise Bioenergética.

Dentro desta perspectiva serão utilizados conceitos da análise bioenergética que combina de uma forma única os princípios fundamentais da Psicanálise com o trabalho nos níveis somático, do desenvolvimento e da relação. O conceito integrador é que corpo, mente e espírito formam uma unidade. Nós somos os nossos corpos como também nossos pensamentos, sentimentos, sensações e ações são representado no corpo. Logo, a Análise Bioenergética lida tanto com os processos biológicos envolvidos na saúde quanto com a espiritualidade, a partir de seu enraizamento no corpo.

A Análise Bioenergética se desenvolveu a partir da psicanálise. Wilhelm Reich, que foi aluno de Freud, começou a trabalhar diretamente com o corpo como uma técnica psicoterapêutica no ano de 1930. Com sua "Vegetoterapia" ele trabalhava especificamente para aprofundar e liberar a respiração, para melhorar e intensificar a experiência emocional. Os alunos de Reich, Alexander Lowen e John Pierrakos, mais tarde desenvolveram e ampliaram esse método no que hoje se conhece como análise bioenergética.

Os processos energéticos do corpo estão relacionados ao estado de vitalidade do organismo. DE-PRESSÃO = falta de pressão interna, falta de energia dentro do sistema. Ou falta de circulação da energia, que fica estagnada e pesa. O decréscimo de energia restringe a motilidade, que é a capacidade para ação espontânea e natural, com graça e emoção.

A compensação do organismo encoraçado é o movimento mecânico, programado, sem sentimento, sem congruência. Por exemplo, dizer: "Eu gosto muito de você" com um olhar frio e duro. A voz e a expressão do rosto não expressam o mesmo que as palavras. É importante saber que toda contração crônica está bloqueando algum movimento e expressão emocional e que isso é algo antigo, infantil, mas inconsciente, que a pessoa não consegue mudar sozinha. Trata-se de um padrão de postura e comportamento hoje limitador e desnecessário que foi criado na infância para garantir a sobrevivência da criança. A criança, na época, tinha poucos recursos e usou o que podia, que foi se contrair, paralisar-se, para garantir o amor, os cuidados e a proximidade da mãe ou cuidador.

Pensamentos e sentimentos são condicionados por fatores energéticos – carga, descarga, pulsação, intensidade, grounding, centramento. Se a energia é retida e estagnada, ela se transforma e gera pensamentos, sentimentos e atos literalmente distorcidos. De alguma forma, esta distorção fica também visível no corpo. Por exemplo, os músculos peitorais que participam da respiração, também têm uma função de buscar fora algo que eu quero e de manter longe de mim aquilo que eu não quero (colocar limites). Estes músculos participam também na torção do braço. Quando os peitorais estão contidos cronicamente, os ombros e braços ficam limitados, bem como a respiração. Um peito cronicamente contraído conta uma história de abandono e isolamento, mas também cria condições para novos abandonos e perdas na vida atual.

A parte analítica da terapia ajuda a entender o porquê das inibições e bloqueios em termos dos medos infantis que os originaram. Como se trata de sentimentos primitivos ou mesmo primais, de elevada intensidade, não se encontra maneira adequada de expressá-los diretamente na vida real do adulto. A pessoa é ajudada e encorajada a aceitar e expressar os sentimentos reprimidos no contexto protegido da situação terapêutica.

O objetivo da terapia é uma pessoa cheia de vida, capaz de experienciar e expressar, adequadamente, com o corpo, prazer e dores, alegrias e tristezas, raiva, amor e sexualidade. O prazer de estar plenamente vivo fundamenta-se no estado vibratório do sistema, sendo percebido na expansão/contração pulsátil do organismo, inclusive no sistema vegetativo - respiratório, circulatório e digestivo. A atitude vibratória é responsável pelas ações espontâneas, pela liberação emocional e pelo funcionamento interno harmônico.

2. HISTÓRIA DA INFÂNCIA

2.1. Um breve resgate histórico sobre a concepção da infância.

A história de Psicanálise de crianças no Brasil é bastante recente com seu surgimento no século XX. É conveniente apontar os principais movimentos socioculturais relativos à infância que marcaram o pensamento ocidental e a maneira de significá-la, assim como as precondições da Psicanálise de criança no Brasil.

A sociedade do século XX privilegiou como nunca a infância, para Abrão (2001), Os conhecimentos sobre ela produzidos pela ciência são grandemente divulgados aos pais, que passam a incorporá-los em sua vida cotidiana e que, ao mesmo tempo, demandam da ciência uma direção para educá-los.

Para compreendermos o significado da infância na sociedade atual, é preciso investigar o desenvolvimento do papel da infância ao longo da história da civilização ocidental.

“Na Antiguidade Clássica, ao analisar as obras de Aristóteles sobre as crianças, vimos que estas estão sempre ligadas à figura da mulher ou do escravo. Assim, o filósofo grego concluiu que existe algo em comum entre a mulher, a criança e o escravo que os diferenciam do pai, marido e senhor, ou seja, eles possuíam a condição de comandados” (ABRÃO, 2001, p: 20).

Assim sendo, na *polis* grega a idéia que definia a criança era a incompletude, por ser um indivíduo em desenvolvimento, ou seja, alguém que não tem qualidades inerentes à do pai, mas que poderá vir a ter.

Através do estudo da arte como representante simbólico de valores culturais, o francês Ariès (1991) investiga a representação da criança na Idade Média como categoria social; segundo ele as representações infantis eram quase inexistentes até o século XVII. A partir disso pode-se compreender como reflexo o privilégio dirigido a outras fases da vida em detrimento da infância.

É importante apontar neste momento a brevidade de duração da infância, sendo restrita aos anos mais tênues, incluindo as elevadas taxas de mortalidade infantil comparada com a atualidade.

Os primeiros anos da infância eram marcados pela ausência de investimento afetivo, os cuidados muitas vezes ficavam a cargo das amas-de-leite. Assim, rapidamente estas crianças passavam a se inserir no mundo dos adultos desenvolvendo as mesmas atividades que eles, e sua educação desenvolvia-se no contato com a comunidade. (ABRÃO, 2001)

Assim, a criança que havia sido ignorada na sociedade medieval começa, a partir do século XIII, a ser representada. Inicialmente, sob forma de crianças mais velhas, quase jovens. Posteriormente, encontraremos a representação do menino Jesus e da virgem Maria menina. Devemos destacar a natureza destas inscrições que apresentam a criança como cópias miniaturizadas dos adultos. Uma terceira forma de expressão surgirá com o tema da criança nua, tendência que só irá se consolidar no século XVII (ABRÃO, 2001, P:24).

A partir do século XVII (baixa idade média) aparecem movimentos importantes ligados à infância, como as críticas por educadores feitas às instituições responsáveis pelo cuidado de crianças (a prática dos hospícios para menores abandonados), à criação feita pelas amas-de-leite e a mortalidade infantil.

As amas-de-leite utilizadas pelos ricos, na sua maioria escravas, não tinham disposição nem interesse em proporcionar à criança condições para um desenvolvimento saudável de uma pessoa que no futuro poderia vir a oprimi-la:além disso, os ressentimentos com relação ao senhor eram transferidos, também para o filho dele (ABRÃO, 2001, P:26).

A partir do século XV, XVI e XVII, identificam-se idéias de separação da criança do mundo dos adultos através do enclausuramento na escola. As idéias Renascentistas que floresceram no século XVII e o desenvolvimento da educação e medicina alteram a cultura referente à educação das crianças, enfocando a família como o local propício para seu crescimento saudável, incluindo os afetos depositados nas mesmas, carregando uma idéia de pureza que precisa de cuidados especiais para seu desenvolvimento.

Neste mesmo século a infância passa a ser considerada um período de tempo maior na vida do sujeito; junto a isso a escolarização é aperfeiçoada, instrumentalizada e institucionalizada. Tais mudanças contribuíram para um novo desenvolvimento do sentimento da infância, voltado para um olhar que precisava ser formado, levando em conta a inocência e a pureza. Neste momento a criança ocupa a consciência do meio familiar e depois do escolar, sugerindo uma educação formal regida pelas descobertas da ciência e uma psicologia que nascia no século XIX que provocou uma mudança na organização social e na subjetividade humana (ABRÃO, 2001).

Os ideais burgueses de liberdade, igualdade e fraternidade e a nova concepção de individualidade contribuíram para tais mudanças. O significado que transmitimos à infância são resultado de movimentos socioculturais formado por grandes transformações até o século XXI.

Uma vez instituída e disseminada esta nova concepção de subjetividade humana, o saber científico e, particularmente, a ciência psicológica foram requisitados a estabelecer os preceitos que sirvam de baliza para condução da vida do indivíduo e resolução de seus conflitos. Este caráter normalizador, assumido pela psicologia, torna-se uma condição imperativa, sobretudo na infância, quando o desenvolvimento do caráter encontra-se em fase embrionária, afeito, portanto, a influência externa. Isto explica ao menos em tese a desqualificação da família como agente autônomo e a coloca, cada vez mais, na dependência de padrões externos, ditados pela ciência, que instruem quanto à melhor forma de gerir a educação dos filhos (ABRÃO, 2001 P: 32).

2.2. Desenvolvimento Infantil: Aspectos emocionais

A teoria psicanalítica desenvolvida por Sigmund Freud propõe que o desenvolvimento emocional infantil se dê por fases a partir da organização da libido e zonas erógenas, Rappaport (1982) descreve as características dessas fases relacionadas ao desenvolvimento emocional da criança em cada fase há a existência de uma zona erógena dominante, com modalidades específicas de fantasias e de relação com os objetos de defesa.

As etapas do desenvolvimento emocional pelas quais uma criança passa desde a sua concepção até a adolescência é algo extremamente fascinante. Desenvolver significa progredir, crescer, amadurecer e conforme a criança vai crescendo, se desenvolvendo, vai apreendendo novas experiências que ficam registradas na memória celular em formas de imprintings, marcas, registros (VOLPI, 2002, P.128)

Ainda no entendimento de Volpi (2002), nosso corpo registra todos os acontecimentos vividos durante a nossa vida, principalmente aqueles ocorridos na primeira infância, quando as formas que encontramos para nos defender ainda são precárias. Esses acontecimentos muitas vezes deixam no corpo marcas profundas e irreversíveis.

Antes do nascimento a criança já realiza esses registros e passa por etapas de desenvolvimento emocional que são elas:

1ª Etapa: sustentação – É a primeira etapa do desenvolvimento que tem seu início na fecundação e término no momento do nascimento

a) fase de segmentação

Tem início no momento da concepção e se estende até o momento em que ocorre a sustentação, por volta do quinto ao sétimo dia de gravidez. O útero é o primeiro ambiente da criança e, assim sendo, deverá ser receptivo, pulsante e acolhedor. Dessa forma, medo, estresse, angústia, ou qualquer outro tipo de emoção podem alterar esse processo energético e dificultar ou impedir a sustentação, nidação do zigoto nas paredes uterinas

b) fase embrionária

Se estende até o final do segundo mês de gestação. É importante saber que qualquer situação tomada pela mãe como estressante é capaz de ativar os mecanismos endócrinos maternos e interferir no desenvolvimento físico e energético do bebê, às vezes comprometendo a sustentação, uma situação que pode ser sentida pelo bebê como uma ameaça de aborto e até mesmo provocar a alteração das informações genéticas que são transmitidas de célula a célula por meio do DNA. Mesmo que não ocorra o aborto ou a alteração do DNA, esses registros de estresse ficarão armazenados na memória celular, resultando posteriormente na possibilidade de gerar sérios comprometimentos de ordem física, energética e/ou emocional.

c) fase fetal

Essa fase tem início no terceiro mês de gestação e se estende até o nascimento. Nessa fase do desenvolvimento, o bebê já é capaz de reagir aos estímulos auditivos, luminosos, gustativos, táteis e até mesmo olfativos. Não ocorrendo nenhum dano severo durante a gestação, o recém-nascido trará consigo um sistema energético produtivo e de fácil adaptação e que por seus próprios recursos entrará em contato com seu meio ambiente, que dará a ele de acordo com suas necessidades.

Em termos de psicanálise a primeira fase é a fase oral, de zero a dois anos, quando o desejo e o prazer localizam-se primordialmente na boca e na ingestão de alimentos e o seio materno, a mamadeira, a chupeta, os dedos são objetos do prazer. Já de acordo com textos da terapia corporal podemos verificar a segunda etapa:

2ª Etapa: incorporação

Tem início logo após o nascimento e finaliza com o desmame. Nessa etapa, o bebê abandona o útero para se ligar ao seio da mãe, introjetando o que vier do mundo externo. Aos poucos, o bebê vai descobrindo que ele não faz parte da mãe (simbiose), como até então tinha a sensação e começa a se distanciar, explorando o ambiente e as pessoas a sua volta. O bebê passa a fazer o reconhecimento de si mesmo e do outro (mãe). Essa diferenciação leva o bebê a querer sair do colo, engatinhando e arriscando os primeiros passos.

É durante essa etapa que começam os limites: não antes disso, nem depois porque todo excesso é também comprometedor.

Em seguida a criança entra na fase anal, em torno dos dois e quatro anos, quando o desejo e o prazer localizaram-se primordialmente no controle dos esfíncteres. Brincar com massas e com tintas, amassar barro ou argila, comer coisas cremosas, sujar-se são os objetos do prazer. Aqui há uma importância no controle que a criança faz do seu corpo, apresentando já certa autonomia, pois ela descobre que ela pode segurar e soltar as fezes no momento desejado.

3ª Etapa: produção

Ela tem seu início com o desmame e se estende até o final do terceiro ano de vida ou para algumas crianças, pode até mesmo ocorrer um pouco antes. Aqui, a energia da criança está inteiramente voltada à construção de pensamentos, de gestos, de brincadeiras, de jogos, de relacionamento, etc. E é da mesma forma que produz sua urina e suas fezes. Nessa fase ocorre o desenvolvimento da autoconsciência, o que lhe permite desenvolver a capacidade de antecipar os acontecimentos, como, por exemplo, não se sentir abandonada pelos pais quando eles saem, porque ela – a criança – sabe que eles irão voltar.

A frustração e o medo da punição nessa etapa impedem a espontaneidade da criança, deixam-na numa situação de submissão ao genitor que a frustra e que fica confinada as rotinas diárias de seu cotidiano.

Nas primeiras fases ocorrerá o surgimento de características básicas da personalidade do indivíduo, a partir do relacionamento com os pais, constituindo formas de relacionamento afetivo e comportamentos que se seguirão pelo resto da vida.

Nesta fase chamada fálica, a identificação com os pais moldará sua identidade, onde a energia da libido está direcionada para o sexo oposto. Ela recebe este nome, pois a criança se dá conta de seu pênis ou a falta de um, tornando-se conscientes das diferenças sexuais. A percepção da menina, que foi castrada, é decisiva para seu desenvolvimento. No menino, a ansiedade de castração, o temor e o amor pelo pai, junto do amor e desejo sexual pela sua mãe não podem ser resolvidos. Sendo assim, nesta fase a energia sexual sofre repressão (FADMAN, JAMES, 1986).

4ª Etapa: identificação

É a partir do quarto ano de vida que se inicia a etapa que a criança é capaz de fazer identificações. É a etapa em que a energia volta-se para a descoberta dos genitais e a criança passa a distinguir melhor a diferença entre menino e menina e a ter uma ideia segura quanto ao sexo que pertence. Ocorrem as primeiras masturbações, mas como mera fricção do genital, sem nenhuma intenção ou fantasia.

Quando a criança vivencia a estimulação nas áreas genitais ela liga na sua mente à presença física dos pais. Portanto, a vontade do contato fica difícil de ser realizada, levando ela a lutar pela intimidade que dividem entre si.

Os pais unidos são apresentados como ameaça potencial à satisfação de suas necessidades. Esta fase é caracterizada pelo desejo da criança de ir para a cama dos pais e pelo ciúme do relacionamento deles.

Em seguida a criança entra no período de latência.

Em nossa cultura, a idade escolar, aproximadamente com sete anos, é a fase em que a criança passa a enfrentar a escola elementar, a conviver com mais companheiros, enfim, começa a deslocar uma parte de seus interesses, de suas energias para outras pessoas e outras situações diferentes daquelas proporcionadas pela família. Passa a ter contato com regras de conduta determinadas pela escola, com valores divergentes daquele do seu lar, trazidos por crianças com outro tipo de formação, absorvem preconceitos existentes na cultura, defrontando com a necessidade de se adaptar a tudo isso. As suas habilidades e aptidões são avaliadas pelos professores, pelos companheiros e pela própria criança (RAPPAPORT, 1982, p: 12).

Assim, a construção da sua personalidade dará capacitações ou não para suas experiências futuras.

Para a Psicanálise, analisando o desenvolvimento emocional, neste período há uma dormência dos instintos sexuais transferindo sua energia para a socialização e pensamento,

proporcionado pela entrada na escola e afastamento da proteção paterna. Denomina-se este período de latência.

5ª Etapa: cristalização do caráter

Essa etapa tem início aos cinco anos de vida e se estende até a puberdade. É a etapa em que a formação da estrutura básica de caráter se completa. Aqui ocorre a identificação da criança com o pai do mesmo sexo e a masturbação fica mais evidente. Devagar a criança vai encontrando a sua própria identidade.

Na escola, a criança tem que lidar com novas cobranças e responsabilidades inéditas, tarefas, cumprimento de horários, novos modelos de leis, portanto é necessário um desenvolvimento físico, afetivo e intelectual estruturado. Se houver algum problema nestes aspectos a criança poderá ser fragilizada pelo ambiente social por não atender às novas demandas.

Esta idade denominada de período de latência se caracteriza por não haver novas escolhas objetivas. Devido aos intensos efeitos da repressão da sexualidade, aparece o pudor, aspirações morais e estéticas, visando preparar o sujeito para a realidade. A sublimação é o mecanismo de defesa desta fase. É o momento intermediário entre a etapa infantil da organização da libido e a etapa adulta caracterizada pela fase genital. O sentimento de ternura substitui o impulso sexual.

Este período tem por finalidade preparar o desenvolvimento do indivíduo para a vida adulta, onde a sexualidade cede o impulso para o mundo externo, ou seja, para o desenvolvimento do pensamento e da socialização (RAPPAPORT, 1982).

Existe a primeira formação de grupos de companheiros, com a separação entre os meninos e as meninas (devido o Complexo de Édipo). Manifestações de força, liderança, esperteza, apresentam-se como uma configuração da identidade. É comum o surgimento de apelidos, como portador de características próprias e reconhecimento pelo grupo, mesmo que seja como membro inferior (cognomes de desvalorização).

Durante toda a nossa existência, ouvimos diferentes julgamentos a nosso respeito. Nos adultos, os efeitos dessas avaliações não são tão marcantes. Por outro lado, a criança de idade escolar não é ainda capaz de resistir às pressões externas. Por isso seu auto-conceito baseia-se naquilo que os outros dizem a seu respeito “(CÓRIA-SABINI, 1993 p: 81).”

Por isso a escola, no sentido de relacionamento social, tem grande importância na construção da identidade infantil.

Outra característica é a manifestação de resistência contra os adultos, sendo notado o afastamento do meio familiar. Porém, seu egocentrismo (característico da fase anterior) diminuirá, não considerando mais a realidade apenas a partir de si mesmo, percebendo os pensamentos dos outros, buscando comprovações de suas idéias (RAPPAPORT, 1982).

Para Miller (2003), esta faixa etária apresenta alguns problemas encontrados em crianças que podem ocorrer junto à depressão infantil. Como exemplo há o retardo mental, apresentado como déficit significativo do funcionamento intelectual e adaptativo, que são avaliados por testes que medem suas capacidades.

Limitação auditiva, visual, ortopédica são problemas nos sistemas sensoriais e motores básicos que podem levar ao sentimento de inutilidade e alienação. Neste caso a falta de adaptação à deficiência física congênita ou adquirida pode desencadear uma depressão.

Outro distúrbio encontrado na infância e que pode estar ligado à depressão é o autismo. Este afeta o desenvolvimento social lingüístico e comportamental da criança. Estas apresentam uma distância das relações pessoais, variações de habilidades lingüísticas. Demonstram comportamentos estereotípicos, realizam uma auto-estimulação repetitiva como girar objetos e observá-los diversas vezes.

3. DEPRESSÃO INFANTIL

3.1. Depressão e suas variantes

O Transtorno Depressivo Infantil é um transtorno do humor capaz de comprometer o desenvolvimento da criança ou do adolescente e interferir em seu processo de maturidade psicológica e social. São diferentes as manifestações da depressão infantil e dos adultos, possivelmente devido aos processos de desenvolvimento que existem na infância e adolescência (DELOUYA, 2001).

Weigand (2006) nos dá uma percepção profunda sobre questões bem primitivas em crianças; o bebê quando nasce já é capaz de buscar ativamente o olhar da mãe e só se retrai para seu universo interno se encontra um ambiente pouco acolhedor. Ao retrair-se, cria um bloqueio ao fluxo da energia, que vai envolver os órgãos da percepção a distância (olhos e ouvidos) e o próprio cérebro.

Deloyua (2001) afirma que a depressão foi considerada a principal doença psiquiátrica do século, afetando aproximadamente oito milhões de pessoas só na América do Norte (onde são feitas as principais pesquisas). A morbidade da depressão se reflete no fato de que os adultos deprimidos são 20 vezes mais propensos a morrer de acidentes ou de suicídio do que adultos sem transtorno psiquiátrico.

Tanto os quadros de Distímia quanto de Transtorno Afetivo Bipolar podem surgir pela primeira vez durante a adolescência e o reconhecimento precoce de um estado depressivo poderá ter profundos efeitos na futura evolução da doença. Conforme Kapczinski, Quevedo & Izquierdo (2004):

“A base neurológica da depressão é explicada pelo estudo do Sistema Nervoso Central (SNC). Descreve as hipóteses mais estudadas sobre a depressão. No entanto, vários outros neurotransmissores e eixos hormonais aparecem alterados, é um complexo inter-relacionamento entre os diferentes sistemas.” (p: 266).

Existem as alterações neurológicas provocadas pela depressão, que são apresentadas pela queda de substâncias químicas no cérebro denominadas de neurotransmissores.

O sistema Noradrenérgico foi o primeiro a ser estudado, propondo que a depressão estaria associada à deficiência da atividade das catecolaminas, e a mania estaria associada a um excesso relativo dessas substâncias.

A dopamina tem sido estudada aproximadamente há trinta anos, descobrindo a diminuição da neurotransmissão dopaminérgica na depressão (três circuitos dopaminérgicos estão relacionados a transtornos mentais).

Em 1970 foi descoberto o déficit funcional na transmissão serotoninérgica, tanto na depressão quanto na mania. Porém não se sabe exatamente a causa destes déficit de substâncias químicas.

Há uma alteração hormonal no organismo. O cortisol age em todo o metabolismo durante uma reação de perigo, atingindo a função imunológica do corpo, função renal, níveis de açúcar, e gordura.

O sistema límbico regula o hipotálamo que age sobre a hipófise por meio de vários fatores hipotalâmico. Este libera vários hormônios que agirão sobre órgãos-alvo, os quais liberam seus respectivos hormônios. “Há um controle de todo o sistema por meio de ritmos biológicos internos e eventos externos que atingem o hipotálamo.” (KAPCZINSKI, QUEVEDO & ISQUIERDO, 2004, p:269).

Apesar da tamanha importância da Depressão da Infância e Adolescência em relação à qualidade de vida, ao suicídio, às dificuldades na escola, no trabalho e no ajuste pessoal, esse quadro não tem sido devidamente valorizado por familiares e pediatras e nem adequadamente diagnosticado.

A severidade dos sintomas psíquicos depende da etapa do desenvolvimento em que se forma o bloqueio. Quanto mais precoce o trauma, mais grave é patologia. (WEIGAND, 2006)

Embora na maioria das crianças a sintomatologia da Depressão seja atípica, alguns podem apresentar sintomas clássicos de Depressão, tais como tristeza, ansiedade, expectativa pessimista, mudanças no hábito alimentar e no sono ou, por outro lado, problemas físicos, como dores inespecíficas, fraqueza, tonturas, mal estar geral que não respondem ao tratamento médico habitual.

“Quando a pessoa viveu uma perda ou um trauma na infância que corrói seu sentimento de segurança e auto aceitação, irá projetar numa imagem futura a esperança de que ela anule a experiência do passado. Assim, um indivíduo que experimentou a sensação de rejeição como criança, imaginará o futuro como uma promissora aceitação e aprovação. Se ele lutou com um sentimento de desamparo e impotência como criança, sua mente naturalmente compensará o insulto a seu ego com uma imagem do futuro na qual é poderoso e controlador.” (LOWEN, 1983, p. 23)

Em termos de emoção, nem mesmo nossas crianças, são constantemente alegres porém quando essa questão sai de um estado passageiro para algo permanente é hora de ficar atento pois a pessoa deprimida é incapaz de reagir. Este “ser incapaz” de reagir distingue estado depressivo de todas as outras condições emocionais.

Na criança e adolescente a Depressão, em sua forma atípica, esconde verdadeiros sentimentos depressivos sob uma máscara de irritabilidade, de agressividade, hiperatividade e rebeldia. As crianças mais novas, devido à falta de habilidade para uma comunicação que demonstre seu verdadeiro estado emocional, também manifestam a Depressão atípica, notadamente com hiperatividade (MILLER, 2003).

A depressão na criança e/ou adolescente pode ter início com perda de interesse pelas atividades que habitualmente eram interessantes, manifestando-se como uma espécie de aborrecimento constante diante dos jogos, brincadeiras, esportes, sair com os amigos, etc, além de apatia, adinamia e redução significativa da atividade. Às vezes pode haver tristeza. (MILLER, 2003).

Para Lowen (1983), o homem ou mulher deprimidos vivem em termos do passado com uma correspondente negação do presente. Fica evidente que a pessoa deprimida não sabe que está vivendo no passado, pois também está vivendo no futuro, um futuro tão pouco realista em termos do presente como o próprio passado.

De forma complementar aparece diminuição da atenção e da concentração, perda de confiança em si mesmo, sentimentos de inferioridade e baixa autoestima, idéias de culpa e inutilidade, tendência ao pessimismo, transtornos do sono e da alimentação e, dependendo da gravidade, ideação suicida, (MILLER, 2003).

3.2. Sintomas

A Depressão Infantil não se traduz, invariavelmente, por tristeza e outros sintomas típicos. A diferença entre os momentos nos quais as crianças podem estar tristes ou aborrecidas com quaisquer fatores vivenciais que as molestem e a Depressão verdadeira está, principalmente, no tempo e na motivação para esse sentimento. A Depressão Infantil tem sido cada vez mais observada devido, em parte, à atualização conceitual e atenção médica crescente sobre esta doença, (FADMAN, 1986).

Apesar da Depressão, tanto no adulto quanto na criança, ter como modelo de diagnóstico a conhecida constelação de sintomas, decorrentes da tríade sofrimento moral, a inibição psíquica global e no estreitamento do campo vivencial, as diferentes características pessoais e as diferentes situações vivenciais entre o adulto e a criança, farão com que os sintomas secundários decorrentes dos sintomas básicos sejam bem diferentes. O sofrimento moral, por exemplo, responsável pela baixa autoestima, no adulto pode se apresentar como um sentimento de culpa e, na criança, como ciúme patológico do irmão mais novo.

Nas crianças e adolescentes é comum a Depressão ser acompanhada também de sintomas físicos, tais como fadiga, perda de apetite, diminuição da atividade, queixas inespecíficas, tais como cefaléias, lombalgia, dor nas pernas, náuseas, vômitos, cólicas intestinais, vista escura, tonturas, etc. Na esfera do comportamento, a Depressão na Infância e Adolescência pode causar deterioração nas relações com os demais, familiares e colegas, perda de interesse por pessoas e isolamento. As alterações cognitivas da Depressão infantil, principalmente relacionadas à atenção, raciocínio e memória interferem sobremaneira no rendimento escolar.

Os sintomas mais frequentes da Depressão na Infância e Adolescência costumam ser os seguintes: insônia, choro, baixa concentração, fadiga, irritabilidade, rebeldia, tiques, medos lentidão psicomotora, anorexia, problemas de memória, desesperança, ideações e tentativas de suicídio. A tristeza pode ou não estar presente.

Hoje em dia a ampliação da constelação sintomática atribuída à depressão infantil tem contribuído, sobremaneira, para a elaboração do diagnóstico e, por causa disso, cada vez mais os distúrbios do comportamento da criança estão sendo relacionados a uma maneira depressiva de viver.

A carência parental decorrida da falta de afeto, é um dos motivos encontrados. Outro ponto importante é a grande exigência dos pais (severidade educativa), produzindo nas crianças uma instância superegóica (AJURIAGUERRA E MARCELLI, 1986).

Ao descrever e pesquisar sobre saúde mental, no caso a depressão, é importante ressaltar sobre o conceito de normal e patológico, termos indissociáveis de um mesmo par antitético, onde um não se define sem o outro. “Há vários casos limítrofes no qual a delimitação entre comportamento e formas de sentir normais e patológicas é bastante confusa. Assim, o conceito de normalidade em psicopatologia depende das definições de saúde e doença.” (DALGALARRONDO 2000, p:25)

Existem muitas definições de normalidade e anormalidade em medicina e psicopatologia, elas variam em função dos fenômenos específicos e com as opções filosóficas

do profissional, necessitando uma postura crítica e reflexiva. Abaixo, Dalgarrondo (2000) descreve alguns conceitos:

Considerando a normalidade como bem-estar, a Organização Mundial da Saúde (apud DALGALARRONDO, 2000), em 1958 descreve a saúde como completo bem-estar físico, social e mental. Recebeu crítica pela sua falta de objetividade.

O fato de uma criança ser diferente em um aspecto não deve cegar-nos, para o fato de que ela seja provavelmente bastante “típica” em muitos outros aspectos. (BEE, 1986)

O psiquiatra infantil é solicitado para tratar uma criança que possui uma conduta julgada inadequada pela família, escola ou assistência social em cima de critérios puramente externos e adaptativos. No entanto, o critério de normalidade não pode limitar-se à avaliação da conduta baseada somente num conjunto de decodificação sintomática. (AJURIAGUERRA E MARCELLI, 1986).

4. COMPORTAMENTOS DA CRIANÇA COM DEPRESSÃO

4.1. Considerações Gerais

Os primeiros contatos sociais que a criança vivencia são em sua família e a expansão dos relacionamentos inicia-se na escola. Podemos afirmar que durante toda a infância estes serão os principais ambientes em que a criança irá se desenvolver socialmente.

Segundo Lowen (1983, p. 24) “sentir-se amado é importante principalmente no que diz respeito a facilitar a expressão ativa do nosso próprio amor. As pessoas não ficam deprimidas quando são amadas. Através do amor a gente se expressa e afirma nosso ser e identidade.”

O desenvolvimento da criança é influenciado por uma combinação de fatores: genéticos, biológicos, psicológicos e ambientais. Os fatores que mais se associam a saúde mental da criança são o ambiente social e psicológico, influenciando mais do que as características do indivíduo. No entanto, os fatores envolvidos na determinação dos problemas de desenvolvimento e comportamento são mais dependentes da quantidade do que da natureza dos fatores de risco, visto que diferentes fatores de risco produzem resultados semelhantes (HALPERN E FIGUEIRAS, 2004).

Segundo Poznanski et. al. apud MARCELLI (1998), há vários fatores no ambiente familiar que estão presentes regularmente nos casos de depressão infantil. Dentre eles estão presentes: sentimento de frustração e culpa devido à dificuldade em ter acesso à mãe; pouco ou nenhum estímulo afetivo, verbal ou educativo dos progenitores; excessiva severidade dos pais relacionada à educação, favorecendo a constituição de um superego na criança rígido e impiedoso. Além disso, histórias de abandono, ausência dos pais, separação do casal e presença permanente de conflitos são característicos desses lares (FICHTNER, 1997)

Para Bee (1986), nos casos menos extremos, frequentemente chamados de **problemas de comportamento**, a criança pode precisar de ajuda para lidar com seus medos, sua depressão ou sua agressividade. Existem casos que a mesma autora define como **Ansiedade-esquiva** – as crianças esquivam-se do contato com as outras ou com adultos, são medrosas, ansiosas, tensas, tímidas e frequentemente depressivas. Muitas vezes os sentimentos de desvalorização (autoestima baixa) fazem parte do padrão.

Os transtornos na saúde mental na infância, além de terem impacto imediato nas crianças e suas famílias, podem ser precursores de problemas psiquiátricos e sociais ao longo da vida (HALPERN E FIGUEIRAS, 2004).

Em uma visão da Análise do Comportamento

A depressão é vista resultante da diminuição na frequência de reforçamento positivo conseqüente à emissão de operantes, pois esta redução de frequência pode estar ligada a vários fatores que a mantêm. Afirmar isto, significa dizer que “em muitos casos a depressão inicia após algum evento ambiental que acarretou uma perda de reforçamento positivo (...)” (RANGÉ, 1995, p.177).

Dessa forma afirma-se ser possível notar problemas de desenvolvimento na infância e primeira infância, incluindo-se a presença de reações emocionais, como por exemplo a raiva (respostas agressivas).

Em se tratando da análise do comportamento de crianças, deve-se focalizar, na sua história de vida, as relações entre as contingências ambientais e variáveis comportamentais, de modo que “a criança também é levada a discriminar que seus comportamentos têm efeito no meio e que existem alternativas de comportamento para obter reforçamento positivo” (REGRA, 1997, p.161).

Os pais perfeccionistas e críticos, que costumam valorizar apenas os possíveis fracassos dos filhos, podem mobilizar sentimentos de insegurança com relação ao amor dos pais e gerar sintomas depressivos. Enquanto as famílias que demonstram ser muito permissivas e superprotetoras podem gerar sentimentos depressivos, devido à sensação de desinvestimento causada pela falta de limites. A relação estabelecida entre os membros é simbiótica, causando nos filhos ansiedade de separação e baixo limiar a frustração (FICHTNER, 1997).

A formação das crianças e dos jovens é responsabilidade da família, da escola e da comunidade (FICHTNER, 1997). Quando a criança apresenta fobia à escola ou apego excessivo aos pais é provável que este comportamento seja sintoma de depressão infantil.

A criança com depressão infantil, provavelmente apresenta dificuldades sociais, tais como: não ser capaz de fazer amizades ou até mesmo mantê-las; pode demonstrar comportamento possessivo com relação ao amigo, dificuldade em compartilhar algo com os outros e por isso pode ser grosseira com as pessoas; seu comportamento pode ser de irritação e por isso pode ocasionar brigas ou discussões, ou pode comportar-se de forma desanimada. Além disso, a criança pode ter dificuldade de ser cooperativa, empática, responsável e ter autocontrole (MILLER, 2003).

Segundo Fichtner (1997) as mudanças sociais e o progresso da ciência e da tecnologia, podem repercutir de forma negativa na saúde mental da criança. As exigências quanto ao rendimento da criança, somado à realidade de que, cada vez mais, a escola se responsabiliza pelo desenvolvimento infantil, devido à falta de tempo da família, pode suscitar baixa auto-estima, baixo nível de tolerância à frustração e justificar os casos de suicídio e violência.

De acordo com Marcelli (1998), a fobia escolar, além de encobrir um estado depressivo, pode também traduzir o medo do afastamento de casa ou do abandono.

A criança que apresenta quadro depressivo, normalmente se recusa a ir à escola (LIMA, 2004).

As dificuldades de adaptação e aprendizagem podem ser oriundas de famílias rígidas, em que a criança precisa ser auto-suficiente por não receber amor ou ajuda desses pais, o que repercute em ansiedade bloqueadora da introjeção de aprendizagens, agressividade e sentimentos de culpa (FICHTNER, 1997).

A principal tarefa da criança na escola é o aprendizado, mas quando o aluno vive um episódio depressivo ou maníaco, possivelmente o seu desempenho na escola será prejudicado. O comprometimento pode ser acadêmico ou social, com a presença de comportamentos inadequados ou violentos (MILLER, 2003).

Devido à depressão infantil, a criança pode ter dificuldade de atenção e concentração em sala de aula, além de apresentar hipersonia e, conseqüentemente dormir na aula. Essas dificuldades acabam impossibilitando a criança de aprender novas coisas ou entender instruções para a realização das tarefas (MILLER, 2003).

Outros comportamentos relacionados à escola, que podem denunciar a presença de um quadro depressivo são: chegar atrasado para a aula devido à letargia, hipersonia ou rebeldia voltada aos pais e irmãos; abandono da escola; devido à dificuldade de suportar as pressões sociais ou acadêmicas e por ter uma auto-afirmação negativa ou interações negativas; não perceber a importância da escola, por acreditar que seus esforços irão lhe propiciar apenas o fracasso; incapacidade de tolerar estruturas: devido à depressão, a criança apresenta dificuldade de concentração, para entender as regras e cumpri-las. Essa dificuldade de concentrar-se justifica os comportamentos de sonhar acordado, manipularem objetos no momento das explicações, apresentarem baixa tolerância à frustração, desejo de ficar só na escola e desorganização com as matérias (MILLER, 2003).

De acordo com Halpern e Figueiras (2004), a criança reage aos fatores de estresse, de acordo com a sua capacidade de resiliência, ou seja, sua capacidade de adaptar-se a eventos negativos, sem apresentar maiores danos.

O reconhecimento de um quadro depressivo infantil e da adolescência como um transtorno que pode afetar pessoas desse grupo etário, reivindicada há mais de 30 anos pelo IV Congresso de a União de a Pai do Psiquiatras Europeus, de 1971 em Estocolmo (ANNELL, 1972), resultou na elaboração de critérios de diagnóstico para esse quadro, denominando-o de Transtorno Depressivo na Infância e Adolescência (DSM-IV, 1994).

Os dados de prevalência do Transtorno Depressivo na Infância e Adolescência não são unânimes entre os pesquisadores. Devido à diversidade dos locais onde os estudos são realizados e das populações observadas, vários índices de prevalência têm sido estabelecidos para a depressão na infância. Talvez as dificuldades devam-se às discrepâncias de diagnóstico, já que alguns consideram como Depressão alguns casos atípicos, como por exemplo, a Fobia Escolar, a Hiperatividade, etc.

É importante lembrar que no indivíduo deprimido, a auto expressão é gravemente limitada, se não inteiramente bloqueada. Lowen (1983) descreve que as vias através das quais os sentimentos são expressos são a voz, os movimentos do corpo e os olhos. Quando os olhos estão opacos, a voz monótona e a mobilidade reduzida, estas vias estão fechadas e a pessoa está num estado depressivo.

Estudos norte-americanos revelam uma incidência de depressão em aproximadamente 0,9% entre os pré-escolares; 1,9% nos escolares e 4,7% nos adolescentes (KASHANI, WELLER et al. apud BALLONE, 2003). Mas esses números são demasiadamente otimistas.

Há mais de 30 anos, os estudos de Rutter, Tizarde e Whitmore (1970) começaram a apontar uma prevalência da Depressão Infantil em aproximadamente 1% das crianças de 10 anos. Dezesesseis anos depois, Rutter (1986) volta a pesquisar e considera que os quadros depressivos são muito mais frequentes na adolescência do que na infância. Essas suspeitas foram confirmadas mais tarde por Ciccheti, em 1995. Nesse ano Goodyar situa a prevalência do Transtorno Depressivo na Infância e Adolescência entre o 1,8% e 8,9%. (KASHANI, WELLER et al. apud BALLONE, 2003)

Embora seja difícil reunir dados sobre a incidência de Depressão Infantil, em recente artigo Jose Luis Pedreira Massa (2003) assinala que, na Espanha, a media de transtornos depressivos também pode situar-se em torno de 9% na população geral infantil menor de 12 anos, sendo algo superior na adolescência. (BALLONE, 2003)

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os transtornos afetivos podem ocorrer na infância e na adolescência. O diagnóstico e o tratamento precoces podem mudar o futuro de uma criança, evitando prejuízos ao desenvolvimento e favorecendo a elaboração de vivências relacionadas aos transtornos afetivos.

É interessante que haja tratamento para a criança, treinamento para os pais, os pais das crianças com problemas de comportamento precisam examinar o seu padrão de disciplina com os filhos. As crianças com ansiedade ou esQUIVA frequentemente provem de famílias nas quais um dos pais tem padrões de comportamento neuróticos significativos e onde mante-se uma disciplina estrita e falta de afetividade. (BEE, 1986)

O presente trabalho buscou entender, através de um levantamento bibliográfico, como as manifestações sintomáticas originadas de um processo depressivo estão correlacionadas com a Depressão Infantil.

Cabe ressaltar que ainda está se trabalhando sobre este tema, com o intuito de buscar um maior aprofundamento teórico naquilo que concerne à depressão infantil, visto se tratar de uma temática, principalmente quando se refere aos espaços da sintomatologia na depressão infantil, ainda de marcante divergência quanto à sua natureza.

As sintomatologias aqui apresentadas partiram da hipótese de conseqüências e critérios, para o diagnóstico de depressão infantil. Essa premissa está contida no fato de que a depressão infantil, em primeira instância, recebe um tratamento pura e simplesmente físico-biológico, não recebendo um tratamento diferenciado focado na origem de distúrbios psíquicos.

Assim sendo, a correlação entre depressão infantil, e as manifestações somáticas se mostra validada devido ao fato que, de acordo com o DSM-IV (1994), existem dados sugerindo que estas são muito comuns em crianças com depressão.

No entanto, com o decorrer do levantamento bibliográfica, também pudemos perceber que a dificuldade de percepção dos critérios de diagnóstico na depressão infantil é ainda mais exacerbada, uma vez que a criança apresenta uma maior dificuldade de comunicação, não tendo ainda desenvolvido uma completa capacidade perceptiva de seus conflitos internos.

Existe um grande número de pessoas que são ajudadas a superar suas depressões pela terapia – a terapia que ajuda o paciente a entrar em contato com seus sentimentos, seu ser profundo.

“Prevenimos a formação da couraça nas crianças atingidas pelo projeto, capacitamo-las a crescerem com uma independência considerável, com autoconfiança e aptas a sentirem prazer em viver”. (BAKER, 1980)

Assim, o dilema mostrado pelos profissionais de saúde, de que num momento sintomas tais como queixas somáticas, alterações de massa corpórea, transtornos do sono e perda de energia na depressão infantil, são de origem fisiopatológica, e num outro momento de origem psíquica, é frequentemente encontrado nos discursos de diversos profissionais de saúde. Logo as duas afirmações devem ser investigadas com profundidade, cada uma nas suas áreas específicas, porém, proporcionando também uma maior flexibilidade, relação e cooperação entre as ciências, para maior benefício do paciente.

Por fim, o que propomos com este trabalho é uma maior atualização do conhecimento para o diagnóstico de depressão na infância, principalmente naquilo que tange aos espaços do sintoma.

“Estas crianças escolherão seus próprios modos de ser e determinarão seu próprio destino. Devemos aprender com elas ao invés de impor-lhes nossas ideias arrogantes e nossas praticas maliciosas, que tem se mostrado tão prejudiciais e ridículas a cada nova geração. Deixe que suas crianças decidam seu próprio futur. Nossa tarefa é proteger sua força natural para que elas possam fazer isso.” (REICH, 2013)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRÃO, Jorge Luís Ferreira. **A História da Psicanálise de crianças no Brasil**. São Paulo: Escuta 2001. 240 p

AJURIAGUERRA, J.; MARCELLI, D. **Psicopatologia Infantil**, Porto Alegre, Artes Médicas: São Paulo, Masson 1986. 454 p

ARIÈS, Phelippe. **História Social da criança e da família** /Philippe Ariès – segunda edição, Editora Zahar, 1991.

BAKER, Elsworth Fredrick. **O labirinto humano: as causas do bloqueio da energia sexual**. Tradução de Maria Silvia Mourão Netto. São Paulo: Summus, 1980.

BALLONE, G.J. **Depressão Infantil**, in. PsiqWeb, Internet, disponível em: <<http://www.psiqweb.med.br/site/?area=NO/LerNoticia&idNoticia=339>> acesso em 2015.

BEE, Helen. **A criança em desenvolvimento**. Habra, 1986 – 3ª ed.

BIAGGIO, Ângela M, Brasil. **Psicologia do desenvolvimento**, 9º edição. Petrópolis, Vozes, 1966.

CÓRIA-SABINI, M.A. **Psicologia do Desenvolvimento**. São Paulo: Ática, 1993.

DALGALARROMDO, **Psicopatologia e Semiologia dos Transtornos Mentais: Conceito de Normalidade em Psicopatologia**. São Paulo, Editora Artmed, 2000.

DELOUYA, Daniel. **Depressão**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001

DSM-IV – **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**. Artes médicas. Porto Alegre, 1994.

FADMAN, James. **Teoria da Personalidade**. James Fadman, Roberto Frager: *Sigmund Freud e a Psicanálise*. São Paulo: HARBRA, 1986.

FICHTNER, N. **Prevenção, diagnóstico e tratamento dos transtornos mentais da infância e da adolescência**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

FREUD, Sigmund. **Luto e melancolia Obras psicológicas completas**. FREUD: *História do Movimento Psicanalítico, artigos sobre metapsicologia e outros trabalhos*: Sigmund Freud, Rio de Janeiro:– Imago, 1996.

GRÜNSPUN, H: **Distúrbios Psiquiátricos da Criança**. Rio de Janeiro, Ateneu 3 edição 1977.

HALPERN, R.; FIGUEIRAS, A. C. **Influências ambientais na saúde mental da criança**. J. Pediatr., v. 80, n. 2, p. 104-110, 2004

KAPCZINSKI, QUEVEDO, IZQUIERDO. **Bases Fisiológicas dos transtornos psiquiátricos**. 2º ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

LIMA, D. **Depressão e doença bipolar na infância e adolescência**. Jornal de Pediatria, v.80, nº 2 (supl), 2004.

LOWEN, Alexander. **O corpo em depressão**: as bases biológicas da fé e da realidade. Tradução de Ibanez de Carvalho Filho: supervisão da tradução por George Schlesinger. São Paulo: Summus, 1983.

MARCELLI, D. Manual de psicopatologia da infância de Ajuriaguerra. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 1998. 412p.

MILLER, Jeffrey A. **O livro de referência para depressão infantil**- São Paulo- M.Books do Brasil editora Ltda.2003

RANGÉ, B. Psicoterapia comportamental e cognitiva de transtornos psiquiátricos. Campinas: Editorial Psy, 1995.

RAPPAPORT, Clara Regina (et.al). **Psicologia do desenvolvimento**. São Paulo: EPU,1981-1982.

REGRA, J. A. Depressão infantil: aspectos teóricos e atuação clínica. In: DELLITI, M. (Org.). **Sobre comportamento e cognição**. São Paulo: ARBYTES. 1997. v.2.

REICH, Wilhelm. **Children of the future: on the prevention of sexual pathology**. New York: Farrar, Straus and Giroux, 1987. Tradução Jose Henrique Volpi e Sandra Volpi. Curitiba, Centro Reichiano, 2013

SEGAL, Hanna. **Introdução a obra de Melani Klein**. 2ª edição, Editora Imago Rio de Janeiro. 1973

VOLPI, José Henrique. **Crescer é uma aventura!** Desenvolvimento emocional segundo a Psicologia Corporal. Curitiba: Centro Reichiano, 2002.

WEIGAND, Odila. **Grouding e autonomia**: a terapia corporal bioenergética revisitada. São Paulo: Edições e Produções Person, 2006.