



FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – FACS  
CURSO: PSICOLOGIA

DEPRESSÃO NA INFÂNCIA: ASPECTOS GERAIS E  
ABORDAGEM PSICANALÍTICA.

RITA DE CÁSSIA LINO GUERRA

BRASÍLIA  
JULHO/2008

RITA DE CÁSSIA LINO GUERRA

DEPRESSÃO NA INFÂNCIA: ASPECTOS GERAIS E  
ABORDAGEM PSICANALÍTICA.

Monografia apresentada ao Centro  
Universitário de Brasília como requisito  
básico para a obtenção do grau de  
Psicólogo da Faculdade de Ciências da  
Saúde. Professor Orientador: Marcos  
Abel

Brasília – DF, Julho de 2008.



Faculdade de Ciências da Saúde – FACS  
Curso de Psicologia  
Disciplina: Monografia.

Esta monografia foi avaliada pela comissão examinadora composta por:

---

---

---

A Menção Final obtida foi:

---

Brasília – DF, Julho de 2008.

## **DEDICATÓRIA**

Dedico este trabalho a todos aqueles que de perto acompanharam com paciência, apoio e que compreenderam angústias pessoais e agitações decorrentes desta longa caminhada.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço ao Pai Celeste por ter segurado em minhas mãos nos momentos de aflição e ter me acalentado em seus braços, ajudando-me com a força de seu poder para a concretização do meu sonho pessoal.

Aos meus pais, que com sabedoria estimularam o meu desejo de aprender.

Ao meu mestre Marcos Abel pelas críticas, idéias sugeridas e incentivos, fazendo com que concretizasse minha conquista pessoal.

Aos meus colegas da empresa Employer, pelo o apoio e ajuda decorrente das angústias e demandas do final da graduação.

As duas pessoas que amo minha irmã Isma Lino Guerra, pela ajuda, apoio e críticas e a você, Richard de Oliveira, que muitas vezes abriu mão de demandas pessoais, sofrendo com meu distanciamento decorrente de horas de dedicação ao meu trabalho acadêmico e sendo um céu de ternura, apoio e compreensão.

E aos que não foram citados diretamente, mas que sem dúvida foram de grande valia na minha caminhada e conquista acadêmica. Muito obrigada!

## RESUMO

O tema desta monografia é abordar a depressão na infância em aspectos gerais com o objetivo de discutir algumas formulações teóricas sobre a depressão na infância, explicitando principalmente a visão psicanalítica. No primeiro momento, apresenta uma visão geral partindo da definição do conceito, históricos de estudos, dados estatísticos sobre a depressão nesta faixa etária e diferenciação entre depressão no adulto e na criança. Posteriormente, é abordado aspecto de diagnósticos e fatores de riscos na depressão infantil, levando em consideração termos psiquiátricos com base no DSM IV e no CID 10. Em seguida são descritas as bases teóricas sobre a depressão na infância e fatores emocionais que podem ocorrer associados a este quadro. Finalmente, é levantado as possibilidades de tratamento, com foco principal no trabalho clínico psicanalítico. Desta forma, a análise do tema proposto tem como relevância o impacto que a depressão infantil pode causar não somente na criança, mas também na estrutura familiar. Outro aspecto importante é o comprometimento que um diagnóstico pode provocar na vida de uma criança e como isto irá influenciar sua vida como adulto. Concluindo que pesquisas e estudos referente à depressão infantil podem fazer com que o comprometimento na vida da criança seja minimizado e contribuam para maior habilidade de profissionais e familiares que convivem com criança, diagnosticadas como depressivas, facilitando a ajudar e a compreensão de causas deste sofrimento psíquico na infância.

**Palavras-chave:** Depressão. Infância. Psicanálise.

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>8</b>
<b>CAPÍTULO I -VISÃO GERAL SOBRE A DEPRESSÃO INFANTIL</b>	
<b>1.1 A prevalência e sintomas da depressão conforme idade, sexo e suas manifestações.....</b>	<b>13</b>
<b>1.2 Diferenças entre a depressão adulta e a infantil.....</b>	<b>15</b>
<b>1.3 Os distúrbios de ajustes: estresse e depressão.....</b>	<b>17</b>
<b>CAPÍTULO II -DIAGNÓSTICOS DE DEPRESSÃO – CID 10 / DSM IV</b>	
<b>2.1 Classificação da depressão segundo o CID-10.....</b>	<b>19</b>
<b>2.2 Classificação da depressão segundo o DSM IV.....</b>	<b>23</b>
<b>2.3 Critérios adicionais de diagnóstico e consenso de sintomas.....</b>	<b>35</b>
<b>CAPÍTULO III - TEORIAS SOBRE A DEPRESSÃO NA INFÂNCIA</b>	
<b>3.1 Modelos de depressão ligados ao desenvolvimento.....</b>	<b>37</b>
<b>3.2 Depressão materna e relação com a depressão infantil .....</b>	<b>43</b>
<b>3.3 Organizações depressotípicas: Dante Cicchetti.....</b>	<b>44</b>
<b>3.4 Modelos biológicos de depressão.....</b>	<b>48</b>
<b>3.5 Abordagem psicanalítica e estudos sobre a depressão infantil.....</b>	<b>51</b>
<b>3.6 Teorias comportamentais da depressão.....</b>	<b>56</b>
<b>3.7 Teoria cognitiva da depressão.....</b>	<b>57</b>

## **CAPÍTULO IV - FATORES EMOCIONAIS QUE PODEM OCORRER COM A DEPRESSÃO**

<b>4.1 O impacto da comorbidade.....</b>	<b>61</b>
<b>4.2 Distúrbios de ansiedade.....</b>	<b>61</b>
<b>4.3 Distúrbios de alteração.....</b>	<b>66</b>
<b>4.4 Distúrbio opositorista-desafiador.....</b>	<b>67</b>
<b>4.5 Distúrbio de conduta: comportamento repetitivo, destruição de propriedade e tendência à enganação.....</b>	<b>68</b>
<b>4.6 Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade.....</b>	<b>68</b>
<b>4.7 Distúrbios relacionados a substâncias químicas.....</b>	<b>69</b>
<b>4.8 Suicídio na infância .....</b>	<b>70</b>

## **CAPÍTULO V - CLÍNICA PSICANALÍTICA INFANTIL E TRATAMENTO DA DEPRESSÃO NA INFÂNCIA**

<b>5.1 Aspectos gerais de orientação infantil.....</b>	<b>73</b>
<b>5.2 Clínica psicanalítica infantil.....</b>	<b>78</b>
<b>5.3 O valor da brincadeira.....</b>	<b>83</b>
<b>5.4 Tratamento medicamentoso da depressão infantil.....</b>	<b>84</b>
<b>5.5 Participação dos pais no tratamento.....</b>	<b>84</b>
<b>5.6 Profissionais que tratam crianças deprimidas.....</b>	<b>86</b>
<b>CONCLUSÃO.....</b>	<b>87</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>91</b>



## INTRODUÇÃO

Sintomas depressivos vêm sendo observados nos seres humanos desde os primórdios da humanidade, sendo que os primeiros relatos referentes aos transtornos afetivos foram oriundos dos egípcios e sumerianos em 2600 a.C, referindo-se à melancolia e procurando estabelecer um quadro diferencial. Além disso, Hipócrates (460–377 a.C.) apresentou paratidades, incluindo entre elas a Melancolia e a Mania ainda, apesar de que se tratava da depressão como fator exclusivo de adultos, já que durante muitos anos a depressão na infância era desconhecida. Porém, dando um salto na história da depressão na infância em 1621 d.C. foram escrito por Robert Burtons, pela primeira vez, textos referentes a crianças melancólicas e depois disto começaram dar ênfase aos estudos de criança com quadros depressivos. Atualmente, a partir das contribuições de diversos estudiosos foram obtidos grandes avanços rumo à compreensão nesta primeira fase da vida do ser humano.

O tema deste estudo é a depressão na infância em aspectos gerais levando em considerações teorias diversas, porém, com o foco principal na abordagem psicanalítica. Para isto, objetiva-se o conhecimento do conceito de depressão infantil, quebrando barreiras na tentativa de entender o contexto em que uma criança pode desenvolver depressão e o que a causa. Além disso, mediante um diagnóstico profissional do quadro, entender como profissionais que atuam com a criança, principalmente na área psicológica da clínica psicanalítica, podem ajudar a mesma e sua família a retornar a uma dinâmica saudável, sendo que para isto é viável entender as demandas das diversas perspectivas teóricas sobre a depressão infantil tendo a visão de cada caso particular.

Na tentativa de se obter clareza de informação será utilizada a metodologia de pesquisa bibliográfica sobre diversas perspectivas referente ao tema depressão na infância, salientando a importância da complexidade do ser humano, já que não basta ter uma visão reducionista sobre características amplas e que muitas vezes, principalmente no caso da criança, sofre influências de diversas origens por se tratar de um ser social e por ter seu início de desenvolvimento baseado na dependência afetiva, cognitiva, intelectual e de cuidados.

No primeiro capítulo apresenta-se uma visão sucinta sobre a história da depressão na infância, levando em consideração a prevalência e sintomas da depressão conforme idade e sexo e as suas manifestações, destacando também a necessidade de diferenciar a depressão

infantil da depressão adulta e fechando com a influência que os fatores de estresses advindos, principalmente, do meio externo causam sobre a fase infantil e a sua relação com a depressão reativa, que é comum nesta fase.

No segundo capítulo é discutido o diagnóstico da depressão com base na psiquiatria, com o aparato do DSM IV e do CID 10, descrevendo também sintomas, critérios e características específicas no caso da depressão infantil.

No terceiro capítulo são discutidas bases teóricas sobre a depressão na infância. Inicialmente, descreve-se o modelo de depressão com base no desenvolvimento, dando ênfase ao vínculo, temperamento, emoções e relações afetivas com os cuidadores. Além disso, é levada em consideração a influência da relação entre a depressão materna sobre a criança e seus impactos nas primeiras relações e por último, dentro do aspecto do desenvolvimento, a importância das organizações depressotípicas dentro do contexto da criança. Diante de outras visões, também foi descrito as bases teóricas ligadas aos modelos biológicos da depressão, abordagens psicanalíticas e estudos sobre a depressão infantil, descrevendo trabalhos de renomados estudiosos como Freud, Melaine Klein, Winnicott, René Spitz, entre outros. Este capítulo finaliza com uma breve argumentação de teorias baseadas no comportamento e em aspectos cognitivos e suas contribuições para a depressão infantil.

No quarto capítulo são discutidos fatores emocionais que podem ocorrer juntamente com a depressão, sendo os principais citados: o impacto da comorbidade, distúrbios de ansiedade, distúrbios de alteração, distúrbio oposicionista-desafiador, distúrbio de conduta, transtorno de déficit de atenção e hiperatividade, distúrbios associados a substâncias químicas e por último o suicídio na infância.

Finalmente no quinto capítulo é enfatizado o tratamento na depressão na infância, levantado os aspectos gerais de orientação infantil, o histórico da clínica psicanalítica com crianças, as principais correntes e o tratamento na abordagem. Ainda será lembrado o valor da brincadeira dentro do espaço terapêutico nessa modalidade, o uso de psicofarmacos, a importância da participação dos pais e o valor dos profissionais que atuam com criança na tentativa de ajudar e acolher as mesmas com quadros depressivos.

Diante da estrutura apresentada, a relevância do tema proposto se dar mediante o impacto que a depressão na infância pode causar sobre esta faixa etária e seus familiares, podendo este ser levado para a vida adulta. Além disso, o enorme comprometimento nos

diversos aspectos da vida da criança que é diagnosticada mediante o quadro de depressão e as contribuições que podem ser de grande valia para profissionais que trabalham com crianças de forma direta ou indireta. Vale ressaltar a importância que os pais têm na vida de seus filhos na tentativa de diminuir comprometimentos e promover mudanças de visões sobre esta primeira fase do desenvolvimento humano. Desta forma, a depressão na infância tem chamado atenção de muitos profissionais que atuam na clínica infantil. No entanto, diagnóstico nesta faixa etária por muito tempo não foi reconhecido, já que diante da infância emerge a idéia de pureza e de que a figura da criança não estar relacionada a sofrimento. Infere-se que a depressão infantil sempre existiu, mas começou a ser reconhecida cientificamente há pouco mais de duas décadas.

## CAPÍTULO I

### VISÃO GERAL SOBRE A DEPRESSÃO INFANTIL

O termo depressão tem um significado popular e um significado psiquiátrico. Porém, ambos têm um aspecto semelhante, trazendo a idéia de hipocondria e a introspecção. Portanto, a pessoa deprimida sente que sofre ou tem características de sofrimento, sendo importante compreender as diferenças entre as perspectivas do pesquisador, do terapeuta e da criança em relação à depressão para apoiar melhor a criança ao longo das aflições desse mal comum, que muitas vezes é devastador. Neste capítulo apresenta-se uma visão geral integrada sobre a depressão infantil e busca-se expor uma estrutura teórica e estatística para sua compreensão.

O conceito de depressão na criança ainda é bastante controverso. Nos últimos 20 anos, começou-se a reconhecer que as condições depressivas também podiam se estender para as crianças. Desta forma, até recentemente, a depressão nesta faixa etária não era amplamente aceita como um distúrbio real. Conseqüentemente, apenas nos últimos vinte anos surgiram estudos de constatação científica necessários para compreender como as crianças passam pela depressão, porque se deprimem e como ajudá-las. Assim, a partir dessas avaliações científicas-críticas sobre a depressão na infância, foram obtidos grandes avanços rumo à compreensão desse distúrbio, de modo que se possa oferecer uma esperança real para crianças com depressão e para suas famílias.

De acordo com I (1995) sabemos que hoje, apesar de alguns trabalhos mostrarem que não foi necessário desenvolver um critério de diagnóstico específico para idades diferenciadas, a idade de uma criança e a sua sofisticação psicológica pode exercer um papel importante nos sintomas e manifestações clínicas da criança. O aprimoramento de instrumentos estruturados ou semi-estruturados para o uso do diagnóstico na infância teve maior expansão nos anos 80 quando possibilitou a padronização de pesquisas de sintomas relacionados à depressão infantil. Porém, permaneceu a questão de não serem instrumentos específicos para avaliação dessa faixa etária, permanecendo especulações a respeito dos impactos da idade e grau de desenvolvimento sobre a fenomenologia.

Conforme Miller (2003), estudos recentes mostram que até 2,5% das crianças passam por depressão. Considerando essas taxas de prevalência relativamente elevadas, pode-se

constatar que até a década de 1970 não se aceitava amplamente a idéia de que as crianças ficassem deprimidas. Em 1970, Warren Weinberg e seus colegas desenvolveram os primeiros critérios para o diagnóstico da depressão, em que as diferenças de desenvolvimento entre crianças e adultos eram consideradas. Pesquisas sobre depressão infantil não eram comuns até o fim da década de 1970, seguindo as especificações aprimoradas de Weinberg sobre o diagnóstico e a difusão de conceitos historicamente equivocados sobre a depressão infantil, como a “depressão encoberta”.

O diagnóstico da depressão pode ser confuso porque há diversos tipos do distúrbio. As duas categorias principais são a unipolar e a bipolar. Unipolar significa que a pessoa sente apenas “melancolia” sendo os sintomas clássicos de depressão, incluindo uma sensação de inutilidade, falta de apetite, problemas de sono, falta de motivação e pensamentos suicidas. Bipolar significa que, além de períodos melancólicos, o indivíduo vivencia episódios maníacos, caracterizados por euforia, grande auto-estima, alto-astral, verbosidade e mudança rápida de pensamento. Portanto, a depressão é um distúrbio cíclico, com períodos de alívio ou bem-estar alternando-se com períodos apenas de depressão ou de depressão e mania. Às vezes há apenas um episódio de depressão, porém, no caso particular com crianças, ocorre mais de um.

Crianças com depressão sofrem de quatro classes principais de distúrbios: problemas relacionados ao pensamento, emocionais, comportamentais ou processos psicológicos. Os problemas com o pensamento incluem dificuldade de concentração, indecisão, pensamentos mórbidos, sensações de inutilidade e culpa excessiva; os problemas emocionais incluem abatimento, irritabilidade, interesse ou prazer reduzido em suas atividades e uma falta de expressão ou variação emocional; os problemas comportamentais incluem agitação ou letargia. E finalmente, os sintomas psicológicos incluem muito ou pouco sono, falta ou excesso de apetite, fadiga e falta de energia. Essas são algumas das características ou os sintomas que psicólogos ou psiquiatra podem usar para identificar e diagnosticar a depressão.

Quando uma determinada criança realmente manifesta a depressão, o impacto desta em sua vida pode variar bastante. Além disso, a criança pode não saber ou verbalizar diretamente que está deprimida, já que está vivenciando o mundo pela primeira vez e tem apenas informações comparativas limitadas, podendo pensar que a depressão é absolutamente normal. Isso tem a ver com a natureza egocêntrica dos pensamentos infantis. Conforme explica Miller (2003, p. 2) pais com experiência limitada podem cometer o erro de pensar que

os sintomas depressivos que seus filhos demonstram são normais e que todas as crianças passam por isso.

### **1.1 A prevalência e sintomas da depressão conforme idade, sexo e suas manifestações.**

Apesar do conhecimento da depressão na infância, nos dias atuais muitas vezes ainda não se admite o fato de que as crianças podem ficar deprimidas como realmente ficam. Porém, estudos levantam dados de que as crianças entre sete a doze anos encaminhadas para serviços de cuidado mental no Brasil, aproximadamente 10% a 20% sofrem de depressão. Em grupos aleatórios de crianças que não foram encaminhadas para cuidado mental, a depressão foi encontrada em até 25% das crianças e em 8,5% dos adolescentes. Isso mostra que a prevalência de depressão varia conforme a idade e implica na existência de algumas correlações de desenvolvimento com a depressão, como a puberdade e o desenvolvimento cognitivo.

A extrema variabilidade da semiologia depressiva em função da idade permite uma descrição conforme estágios maturativos da criança. No bebê a sintomatologia depressiva foi descrita principalmente por estudiosos como: Spitz, Bowlby e M. Klein, destacando-se choros, estados de retraimento e de indiferença. Já nas crianças de 3 a 5 anos as manifestações sintomáticas da depressão são variadas, sendo o mais comum conduta de luta sobre os afetos depressivos apresentando isolamento ou retraimento, instabilidade significativa, calma excessiva, condutas agressivas, intensa busca afetiva alternando com atitudes de prestância, de recusa, oscilações de humor com alternância de estados de agitação eufórica e de choros silenciosos. As aquisições sociais habituais para esta idade estão em geral perturbadas: nada de jogos com outras crianças, nenhuma autonomização nas condutas da vida cotidiana e as perturbações somáticas também são freqüentes, como dificuldade do sono com despertares noturnos, pesadelos e sonolência diurna, recusa alimentar e enurese. Nas crianças de 5 a 13 anos a sintomatologia parece agrupar-se em torno de dois pólos: por um lado, as manifestações diretamente ligadas ao sofrimento depressivo às vezes acompanhadas de condutas de autodepreciação, autodesvalorização ou sofrimento e por outro pólo observam-se freqüentemente condutas ligadas a protesto e à luta contra estes afetos depressivos. Sendo habituais os distúrbios de comportamento como cólera, impulsividade e agressividade, surtos

repetidos e mentiras. Além disso, o fracasso na escola é quase constante em todos os casos, acentuando a crise. Conforme cita Bahls, 2002 a maioria dos autores na área dos transtornos depressivos na infância e adolescência revelam que os sintomas variam com a faixa etária, (conforme quadro 01), destacando a importância do processo de maturação das diferentes fases do desenvolvimento nos sintomas e comportamentos depressivos.

### Quadro 01. Sintomas de Depressão em diferentes faixas etárias

Crianças (pré-escolares – até seis e sete anos)	Crianças Escolares (entre 7 e 12 anos)
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dores (de cabeça e abdominais);</li> <li>2. Prazer de brincar e ir à pré-escola diminuído;</li> <li>3. Dificuldade nas aquisições de habilidades sociais da idade;</li> <li>4. Ansiedade;</li> <li>5. Fobias;</li> <li>6. Agitação ou hiperatividade;</li> <li>7. Irritabilidade;</li> <li>8. Diminuição do apetite;</li> <li>9. Alterações de sono.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tristeza, irritabilidade e/ou tédio;</li> <li>2. Falta de habilidade em se divertir;</li> <li>3. Aparência triste;</li> <li>4. Choro fácil;</li> <li>5. Fadiga;</li> <li>6. Isolamento com fraco relacionamento com seus pares;</li> <li>7. Baixa auto-estima;</li> <li>8. Declínio ou desempenho escolar fraco;</li> <li>9. Ansiedade de separação;</li> <li>10. Fobias;</li> <li>11. Desejo ou fantasias de morte.</li> </ol>

Fonte: BAHLS, 2002, p. 360-1.

A prevalência da depressão também varia com o sexo. Sintomas depressivos são duas vezes mais comuns em garotos, entre crianças na pré-puberdade entre sete a doze anos. Entretanto, sintomas depressivos é duas vezes mais comuns em garotas, entre crianças na pós-puberdade com mais de doze anos. Essa descoberta consistente na pesquisa sobre a depressão sugere que fatores genéricos, biológicos, sociais e culturais estão relacionados com o distúrbio.

No fim da adolescência, os jovens ficam deprimidos com padrões de frequência e sexo semelhantes ao dos adultos. Porém, infere-se o fato de que os sintomas da depressão sejam semelhantes em crianças e adultos e sua prevalência seja semelhante entre adolescentes e adultos, não significando que a manifestação da depressão seja a mesma para crianças e adultos. A grande diversidade de sintomas depressivos, distúrbios associados ou comórbidos, taxas de recuperação e padrões de recaída na verdade são diferentes para crianças e adultos.

## 1.2 Diferenças entre a depressão adulta e a infantil

Apesar das semelhanças diagnósticas, há muitas diferenças importantes entre a depressão no adulto e na criança. Conforme lembra Miller (2003, p. 8) a maioria destas foi descoberta pela Dra. Kovacs. Uma diferença bastante clara é a de que, quando diagnosticada em crianças, o episódio depressivo normalmente é o primeiro, enquanto em adultos freqüentemente já ocorreram vários episódios depressivos. Isso traz duas implicações. A primeira é boa para crianças; isto é, a identificação e o tratamento precoce da depressão são associados, a uma adaptação melhor mais tarde. A segunda não é tão boa, pois episódios múltiplos de depressão, especialmente se não forem tratados, são associados a resultados ruins. Como crianças experienciam seus primeiros episódios depressivos muito cedo, a probabilidade de sofrer outros episódios é alta. Está surgindo uma pesquisa de desenvolvimento que indica a existência de um efeito cumulativo de episódios depressivos repetidos. Desse modo, há uma grande vantagem em detectar logo os sintomas da depressão e fornecer um tratamento imediato.

No entanto, o que ocorre é a não identificação da depressão infantil, e, por isso, muitas crianças não são tratadas. Vários distúrbios emocionais e comportamentais em crianças não são percebidos até que elas comecem a educação formal. Contudo, crianças com depressão costumam ser calmas, obedientes e não causam confusões. Embora suas notas não sejam boas, raramente são encaminhadas para auxílio porque não atrapalham o ambiente de aula.

Normalmente elas só recebem tratamento quando agem de maneira drástica ao faltar às aulas com frequência, irritar-se, frustra-se nas aulas ou tentar o suicídio. Além disso, com a depressão, a ocorrência de um episódio depressivo pode não acontecer até que a criança se torne um adolescente. (MILLER, 2003, p. 8-9)

O que não contribui para a identificação da depressão infantil é considerar como se normal fosse ou que já é o esperado no desenvolvimento da criança, o comportamento indicador de que algo não vai bem. Como resultado, a criança não recebe a ajuda necessária.



### *1.2.1 Primeira diferença: recorrência*

Embora aparentemente seja contraditório, as crianças que já sofreram um episódio depressivo têm uma probabilidade menor que os adultos de sofrer outro episódio. Esse é apenas um exemplo das diferenças nos estágios de desenvolvimento da depressão em grupos de crianças e adultos. As pesquisas demonstraram que aproximadamente 70% das crianças em que se identificou um episódio depressivo sofreram de depressão recorrente. Todavia, os adultos terão episódios recorrentes de depressão em até 90% dos casos. Essa diferença é explicada pelo fato da maioria dos adultos já terem sofridos episódios múltiplos de depressão (o principal predisponente de episódios futuros). No entanto, em grupos pesquisados, uma recorrência de depressão foi observada 100% das vezes quando uma criança com depressão demonstrou pelo menos um novo episódio após os dezessete anos. Dessa forma, se o primeiro episódio depressivo ocorre na infância, ele deve ser considerado grave em termos de chance de recorrência.

Kraepelin no final do século XIX argumentou que recorrência está relacionada com resultados ruins de tratamento. Há uma característica bastante conhecida relacionada à recorrência de depressão. O autor afirma que o período de normalidade entre episódios depressivos se tornava menor a cada episódio sucessivo. Isto é, cada novo episódio depressivo ocorrerá mais rapidamente do que o anterior. Além disso, o primeiro episódio de depressão é causado por um estressor razoavelmente grave, mas os episódios subsequentes não exigiam tanto estresse para induzir a um episódio depressivo (MILLER, 2003).

### *1.2.2 Segunda diferença: bipolar x unipolar*

Quando pessoas deprimidas experienciam seu primeiro episódio depressivo durante a infância, elas têm um risco maior de sofrer depressão unipolar do que bipolar. Em adultos, aproximadamente 10% dos indivíduos com depressão grave desenvolvem depressão bipolar. Em crianças, a conversão da depressão unipolar para bipolar ocorre em 20% a 30% dos casos. Em alguns aspectos, isso representa uma perturbação emocional grave e difícil de ser tratada. Essa mudança costuma acontecer durante um episódio depressivo ativo, mas normalmente

não ocorre até que a criança tenha sofrido vários episódios anteriores de depressão. Se a mudança ocorre durante um episódio depressivo, ela normalmente se dá no começo dessa fase depressiva. O intervalo típico é de quatro meses desde o início do episódio depressivo. Essa mudança de unipolar para bipolar acontece aproximadamente no quarto mês do episódio depressivo tanto para adultos como para crianças.

### 1.2.3 Terceira diferença: recuperação

As crianças costumam se recuperar de seus episódios depressivos mais rapidamente que os adultos. O tempo médio de recuperação desde o início do episódio depressivo é de sete a nove meses para as crianças e mais ou menos doze meses para os adultos. Essas características, aparentemente positiva para a depressão infantil, é contrabalançada pelo fato de que inícios precoces são um indicativo de um quadro clínico pior em termos de recorrência e mudança para distúrbio bipolar.

## 1.3 Os distúrbios de ajustes: estresse e depressão

Quando algo estressante ocorre na vida de uma criança, ela pode sofrer uma alteração em suas atividades diárias. Incidentes como divórcio dos pais, doenças na família, mudança, nascimento de um irmão ou a morte de um parente podem levar a sintomas semelhantes à depressão. No entanto, se o estressor for removido ou estabilizar-se e os sintomas depressivos desaparecerem após seis meses, o termo *distúrbios de ajuste* é usado em vez de *depressão*. Há uma linha tênue entre o ajuste, estressores e a depressão.

Quando os sintomas duram mais que seis meses e a depressão é diagnosticada, esta é considerada uma depressão reativa<sup>1</sup> (depressão associada a algo externo à pessoa, como um acontecimento ou experiência estressante). De fato, uma pessoa poderia argumentar que em casos em que há uma resposta parecida com depressão a um estressor, a única diferença entre um distúrbio de ajuste e a depressão é a duração dos sintomas. (MILLER, 2003, p. 10)

---

<sup>1</sup> O termo depressão reativa normalmente não é mais usado, pois se descobriu que a maioria dos ciclos depressivos duradouros começou com um acontecimento estressante.

A combinação de predisposição biológica (denominada diátese) e ocorrência de estressores, incluindo uma criação inadequada por parte dos pais ou acontecimentos estressantes graves, causam a depressão. Miller (2003, p. 11) explica que não é adequado usar o termo depressão reativa, pois a maioria das depressões começa como uma reação a um estressor por parte de uma pessoa predisposta a experienciar um padrão depressivo de resposta ao estresse.

## CAPÍTULO II

### DIAGNÓSTICOS DE DEPRESSÃO – CID 10 / DSM IV

O diagnóstico da depressão infantil com base no crivo médico é baseado no CID 10 ou no DSM IV. Porém, no Brasil o usual é a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – CID 10.

#### **2.1 Classificação da depressão segundo o CID-10**

##### *2.1.1 - F32 Episódios depressivos*

Nos episódios típicos de cada um dos três graus de depressão (leve, moderado ou grave, dependendo número e gravidade dos sintomas), o paciente apresenta um rebaixamento do humor, redução da energia e diminuição da atividade, além da alteração da capacidade de experimentar o prazer, perda de interesse, diminuição da capacidade de concentração, associadas em geral à fadiga importante, mesmo após um esforço mínimo. Observa-se em geral problemas do sono e diminuição do apetite. Há quase sempre uma diminuição da autoestima e da autoconfiança e freqüentemente idéias de culpabilidade e ou de indignidade, mesmo nas formas leves. O humor depressivo varia pouco de dia para dia ou segundo as circunstâncias e pode ser acompanhado de sintomas ditos "somáticos", tais como a perda de interesse ou prazer, precoce despertar matinal (várias horas antes da hora habitual de despertar), agravamento matinal da depressão, lentidão psicomotora importante, agitação, perda de apetite, peso da libido. Pode-se incluir os episódios isolados de uma depressão psicogênica e reativa ou uma reação depressiva e, por outro lado, excluí-los quando associados a transtornos de conduta, emoções, adaptação e depressivos recorrentes.

- F32.0 Episódio depressivo leve

Geralmente estão presentes ao menos dois ou três dos sintomas citados anteriormente. O paciente usualmente sofre com a presença destes sintomas, mas provavelmente será capaz de desempenhar a maior parte das atividades.

- F32.1 Episódio depressivo moderado

Geralmente estão presentes quatro ou mais dos sintomas citados anteriormente e o paciente aparentemente tem muita dificuldade para continuar a desempenhar as atividades de rotina.

- F32.2 Episódio depressivo grave sem sintomas psicóticos

O episódio depressivo no qual vários dos sintomas citados são marcantes e angustiantes, há tipicamente a perda da auto-estima e idéias de desvalia ou culpa. As idéias e atos suicidas são comuns e observa-se em geral uma série de sintomas "somáticos".

- F32.3 Episódio depressivo grave com sintomas psicóticos

Este correspondente á descrição de um episódio depressivo grave, (*F32.2*) mas acompanhado de alucinações, idéias delirantes, de uma lentidão psicomotora ou de estupor de uma tal gravidade que todas as atividades sociais normais tornam-se impossíveis. Pode existir o risco de suicídio, desidratação ou de desnutrição. As alucinações e os delírios podem não corresponder ao caráter dominante do distúrbio afetivo.

- F32.8 Outros episódios depressivos

Depressão atípica

Episódios isolados de uma depressão "mascarada" SOE

- F32.9 Episódio depressivo não especificado

Depressão SOE

Transtorno depressivo SOE

### 2.1.2 - F33 Transtorno depressivo recorrente

Transtorno caracterizado pela ocorrência repetida de episódios depressivos correspondentes à descrição de um episódio depressivo (*F32.*) na ausência de todo antecedente de episódios independentes de exaltação de humor e de aumento de energia (mania). O transtorno pode, contudo, comportar breves episódios caracterizados por um ligeiro aumento de humor e da atividade (hipomania), sucedendo imediatamente a um episódio depressivo, e por vezes precipitados por um tratamento antidepressivo. As formas mais graves do transtorno depressivo recorrente (*F33.2* e *F33.3*) apresentam numerosos pontos em comum com os conceitos anteriores da depressão maníaco-depressiva, melancolia, depressão vital e depressão endógena. O primeiro episódio pode ocorrer em qualquer idade, da infância à senilidade, sendo que o início pode ser agudo ou insidioso e a duração variável de algumas semanas a alguns meses. O risco de ocorrência de um episódio maníaco não pode jamais ser completamente descartado em um paciente com um transtorno depressivo recorrente, qualquer que seja o número de episódios depressivos apresentados. Em caso de ocorrência de um episódio maníaco, o diagnóstico deve ser alterado pelo de transtorno afetivo bipolar (*F31.*).

- F33.1 Transtorno depressivo recorrente, episódio atual moderado

Transtorno caracterizado pela ocorrência repetida de episódios depressivos, sendo o episódio atual de moderada gravidade, tal como descrito em *F32.1*, na ausência de qualquer antecedente de mania.

- F33.2 Transtorno depressivo recorrente, episódio atual grave sem sintomas psicóticos

Transtorno caracterizado pela ocorrência repetida de episódios depressivos, sendo o episódio atual grave, sem sintomas psicóticos, tal como descrito em *F32.2*, na ausência de qualquer antecedente de mania.

- F33.3 Transtorno depressivo recorrente, episódio atual grave com sintomas psicóticos

Transtorno caracterizado pela ocorrência repetida de episódios depressivos, sendo o episódio atual grave, com sintomas psicóticos, tal como descritos em *F32.3*, na ausência de qualquer antecedente de mania.

- F33.4 Transtorno depressivo recorrente, atualmente em remissão

O paciente teve no passado dois ou mais transtornos depressivos como descritos acima (*F33.0-F33.3*), mas não apresenta atualmente nenhum sintoma depressivo e isto há vários meses.

- F33.8 Outros transtornos depressivos recorrentes
- F33.9 Transtorno depressivo recorrente sem especificação

Depressão unipolar SOE

### *2.1.3- F34 Transtornos de humor [afetivos] persistentes*

Transtornos do humor persistentes e habitualmente flutuantes, nos quais os episódios individuais não são suficientemente graves para justificar um diagnóstico de episódio maníaco ou de episódio depressivo leve. Como persistem por anos e, por vezes, durante a maior parte da vida adulta do paciente, levam a um sofrimento e à incapacidade consideráveis. Em certos casos, episódios maníacos ou depressivos recorrentes ou isolados podem se sobrepor a um transtorno afetivo persistente.

- F34.0 Ciclotimia

Instabilidade persistente do humor que comporta numerosos períodos de depressão, sendo nenhum deles suficientemente grave ou prolongado para responder aos critérios de um transtorno afetivo bipolar (*F31.-*) ou de um transtorno depressivo recorrente (*F33.-*). O transtorno se encontra freqüentemente em familiares de pacientes que apresentam um transtorno afetivo bipolar. Algumas pessoas ciclotímicas apresentarão ulteriormente um transtorno afetivo bipolar.

- F34.1 Distímia

Rebaixamento crônico do humor, persistindo ao menos por vários anos, mas cuja gravidade não é suficiente ou na qual os episódios individuais são muito curtos para responder aos critérios de transtorno depressivo recorrente grave, moderado ou leve.

- F34.8 Outros transtornos do humor [afetivos] persistentes
- F34.9 Transtorno do humor [afetivo] persistente não especificado

## **2.2 Classificação da depressão segundo o DSM IV**

Há basicamente dois tipos de episódios ou fases pelos quais pode passar uma criança com um distúrbio de temperamento. Um deles é chamado de episódio depressivo. Ele está presente nos quatro tipos de depressão listados no DSM-IV, ou seja, para ser diagnosticada com um distúrbio de temperamento, uma pessoa deve experimentar algum episódio de temperamento deprimido ou perda de interesse no prazer durante algum período de tempo. O outro tipo de fase é chamado de episódio maníaco e só é experienciado por pessoas diagnosticadas com ciclotímia e distúrbio bipolar. Nestes distúrbios, uma pessoa vivencia episódios de temperamento deprimido em alguns momentos e episódios de temperamento anormalmente animado em outros.

Um conjunto de sintomas normalmente é observado em pessoas que experienciam um episódio depressivo, enquanto outro conjunto de sintomas é visto em pessoas que passam por um episódio maníaco. Um sintoma indica a presença de um distúrbio. Para essas duas manifestações, os sintomas podem ser categorizados como problemas de pensamento, problemas sentimentais, comportamentais e fisiológicos (às vezes chamados de sintomas vegetativos ou somáticos). Cada um dos sintomas específicos de um episódio depressivo ou maníaco será descrito para cada categoria. É útil pensar nos sintomas da depressão em termos de categorias, pois os diferentes tratamentos para a depressão costumam ter como alvo um determinado conjunto de sintomas e suas causas.



Para que os sintomas tenham uma relevância clínica, deve haver uma mudança nos pensamentos, sentimentos, comportamento ou na fisiologia, devendo esta ser vivenciada por um período significativo de tempo. Há regras específicas no DSM-IV que indicam quantos sintomas de cada categoria devem estar presentes para se fazer o diagnóstico. Essa complexidade é apenas uma das razões pelas quais um profissional deve ser consultado para diagnosticar a depressão.

Transtorno caracterizado pela ocorrência repetida de episódios depressivos correspondentes à descrição de um episódio depressivo na ausência de todo antecedente de episódios independentes de exaltação de humor e de aumento de energia (mania). O transtorno pode, contudo, comportar breves episódios caracterizados por um ligeiro aumento de humor e da atividade (hipomania), sucedendo imediatamente a um episódio depressivo, e por vezes precipitados por um tratamento antidepressivo. As formas mais graves do transtorno depressivo recorrente apresentam numerosos pontos em comum com os conceitos anteriores da depressão maníaco-depressiva, melancolia, depressão vital e depressão endógena. O primeiro episódio pode ocorrer em qualquer idade, da infância à senilidade, sendo que o início pode ser agudo ou insidioso e a duração variável de algumas semanas a alguns meses. O risco de ocorrência de um episódio maníaco não pode jamais ser completamente descartado em um paciente com um transtorno depressivo recorrente, qualquer que seja o número de episódios depressivos apresentados. Em caso de ocorrência de um episódio maníaco, o diagnóstico deve ser alterado pelo de transtorno afetivo bipolar.

### *2.2.1 Sintomas do episódio depressivo*

Crianças com depressão muitas vezes experienciam problemas com seus pensamentos. Esse é um aspecto importante da depressão, pois pode apontar que aquilo que uma pessoa deprimida pensa está ligado ao seu ponto de vista e pode não ter fundamentos na realidade, sendo isso conhecido como a natureza subjetiva ou fenomenológica dos pensamentos.

Um problema com o pensamento é relacionado ao sentimento de inutilidade. “Nesse caso, uma criança pode dizer que não merece ter amigos ou ser feliz. Uma criança por pensar que não é digna de vencer”, explica Miller (2003, p.18). Uma criança numa fase deprimida

experiência culpa excessiva e aceita inapropriadamente a responsabilidade pelos problemas do outros. Em casos graves, ela pode expressar abertamente sua culpa sobre coisas sem nenhuma relação com ela. Além da culpa, essas crianças sentem vergonha de si mesmas, de como aparentam ser, como andam, como falam ou como sorriem. São extremamente autocríticas e procuram todas as oportunidades para mencionar quão ruim elas são. Muitas vezes os sentimentos de inutilidade resultam numa ênfase excessiva em determinada característica física.

Outro problema com pensamentos que é visto durante episódios depressivos é uma capacidade menor de pensar ou de se concentrar. Uma criança com esse problema pode não ser capaz de fazer tanta lição de casa quanto costumava fazer ou ter menos competência ou interesse em tomar decisões por si só. Às vezes as crianças têm dificuldades em concentrar-se ou entender o que está sendo ensinado na escola. Outros problemas são pensamentos relacionados à morte e ao suicídio. Este último é chamado de ideação suicida e não precisa necessariamente incluir um plano de suicídio. Algumas crianças pensam que querem morrer, enquanto outras pensam especificamente em como iriam se matar.

#### 2.2.1.1 Problemas sentimentais

O sintoma característico de um episódio depressivo é um sentimento de abatimento quase diário, isto é, indivíduos podem dizer que se sentem e parecer cabisbaixos, tristes ou chateados a maior parte do tempo. Isso inclui uma expressão facial triste ou pouca mudança em relação às suas emoções. Estas crianças podem resistir à mudança mesmo quando ocorrem momentos de alegria ou êxito. De acordo com os critérios de diagnósticos do DSM-IV, a irritabilidade pode substituir o abatimento na obtenção do diagnóstico.

O sintoma seguinte é o interesse menor em atividades prazerosas. Uma criança dirá que não sente vontade de fazer coisas que normalmente gostava muito. Além disso, a criança pode achar que não merece ter prazer ou aparentemente não vai buscar o prazer em diversas situações.

### 2.2.1.2 Problemas comportamentais

Durante uma fase deprimida, o indivíduo pode apresentar agitação ou retardo psicomotor. A agitação psicomotora é quando a pessoa fica inquieta, sempre ativa e/ou agitada e o retardo psicomotor é a forma clássica de agir letárgica, desmotivada e passivamente associada à depressão. Esse é um daqueles sintomas que cobrem os dois extremos do aspecto: uma pessoa deprimida pode ficar agitada ou letárgica durante uma fase deprimida. Os dois casos afetam negativamente o funcionamento adaptativo do indivíduo.

### 2.2.1.3 Problemas fisiológicos

Há diversos processos fisiológicos básicos que podem causar perturbações numa pessoa com depressão. Muitas vezes esses sintomas são tidos como vegetativos porque eles estão relacionados às funções corporais básicas. O distúrbio dos processos fisiológicos básicos sustenta a idéia de que a depressão é em parte biológica e não simplesmente induzida pelo ambiente.

Na fase deprimida, uma criança pode sofrer uma perda considerável de peso sem fazer dieta ou ganhar peso significativamente. Em crianças pequenas, não conseguir obter o ganho de peso esperado como parte do desenvolvimento também é considerado um sintoma. Os sintomas fisiológicos seguintes são a insônia ou hipersônia quase todo dia. Crianças com insônia reclamam que não conseguem adormecer, que andam freqüentemente durante o sono ou acordam muito cedo e não são capazes de voltar a dormir. A hipersônia é o sono excessivo durante a noite ou dormir demais de dia após uma noite normal de sono. Outro sintoma fisiológico de um episódio depressivo é a fadiga ou falta de energia. A fadiga crônica pode se apresentar como reclamações de cansaço, não se sentir motivado ou ter várias dores e desconfortos difusos.

## 2.2.2 Sintomas do episódio maníaco

### 2.2.2.1 Problemas de pensamento e sentimentais

As crianças podem experienciar dois problemas de pensamento durante um episódio maníaco: pensamentos rápidos ou revoadas de idéias. Outro sintoma de pensamento observado durante um episódio maníaco é a distração. Uma criança terá muita dificuldade em concentrar-se em algo, desviando sua atenção rápida e freqüentemente.

Quanto aos problemas sentimentais, Miller (2003, p.19) aponta que durante um episódio maníaco incluem auto-estima ou grandiosidade exacerbada. Durante esses episódios uma criança pode sentir-se particularmente invencível ou tende a exagerar suas capacidades. Na verdade, a criança pode fazer afirmações absurdas sobre sua popularidade ou capacidades físicas em fazer algo.

### 2.2.2.2 Problemas comportamentais e fisiológicos

Em episódios maníacos, há diversos problemas comportamentais. Uma criança pode tornar-se extremamente falante e ter dificuldades para ficar quieta, agindo como se houvesse pressão para continuar falando, quase como se algo ruim acontecesse se ela parasse. Outro sintoma é uma atividade maior visando a um objetivo específico. A criança não consegue parar de realizar uma dada tarefa ou parece obcecada com algum aspecto de uma atividade. Esse sintoma também pode se manifestar como uma agitação psicomotora. O terceiro sintoma comportamental é um envolvimento excessivo em atividades prazerosas que pode ser prejudicial. Para as crianças, isso inclui o gasto irresponsável de todo seu dinheiro, tentativa de manter uma relação com colegas que rejeitam sua amizade ou outros atos impulsivos.

Quanto aos problemas fisiológicos, Miller (2003, p. 22) afirma que os sintomas fisiológicos apresentados durante um episódio maníaco é uma necessidade menor de dormir.

Apesar de falantes e superativas, essas crianças afirmam sentir-se descansadas após muito pouco tempo de sono durante a noite.

### 2.2.3 Categorias diagnósticas

Há diversos tipos de depressão. Alguns são definidos pelo *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition - DSM-IV*<sup>2</sup>. Os tipos de categorias diagnósticas relacionados descritos no DSM-IV são: 1) a depressão grave; 2) a distímia; 3) a ciclotímia; e, 4) o distúrbio bipolar. Esses distúrbios são listados como distúrbios de Temperamento. Outros tipos de depressão são relatados por psicólogos e psiquiatras que pesquisam a depressão, mas não são relacionados no DSM-IV. Esses tipos de depressão incluem: 5) a depressão exógena; 6) a depressão psicótica; 7) a depressão agitada; 8) a depressão dupla; e, 9) a afetividade negativa.

#### 2.2.3.1 Depressão grave

No DSM-IV, a Depressão Maior é muito grave e pode levar ao suicídio; por isto, será definido de forma detalhada na tentativa de orientar e esclarecer, pois a criança pode desenvolver quadro semelhante.

O episódio deve ser acompanhado por sofrimento ou prejuízo clinicamente significativo no funcionamento social ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo. Para alguns indivíduos com episódios mais leves, o funcionamento pode parecer normal, mas exige um esforço acentuadamente aumentado. O humor em um Episódio Depressivo Maior frequentemente é descrito pela pessoa como deprimido, triste, desesperançado, desencorajado ou "na fossa". Em alguns casos, a tristeza pode ser inicialmente negada, mas subseqüentemente pode ser revelada pela entrevista.

---

<sup>2</sup> Manual de Diagnóstico e Estatística dos Distúrbios Mentais. Descreve os sintomas de vários problemas mentais.

Quando o Episódio Depressivo Maior é tratado com sucesso, os problemas de memória frequentemente apresentam recuperação completa. Frequentemente, pode haver pensamentos sobre morte, ideação ou tentativas de suicídio. Esses pensamentos variam desde uma crença de que seria melhor estar morto, até pensamentos transitórios, porém recorrentes sobre cometer suicídio ou planos específicos para se matar. A frequência, intensidade e letalidade desses pensamentos podem ser bastante variáveis. Um diagnóstico de Episódio Depressivo Maior não é feito se os sintomas satisfazem os critérios para um Episódio Misto. Um Episódio Misto é caracterizado pela ocorrência de sintomas de um Episódio Maníaco e de um Episódio Depressivo Maior, quase todos os dias por pelo menos uma semana.

Os sintomas básicos de um Episódio Depressivo Maior são os mesmos para crianças e adolescentes, embora existam dados sugerindo que a predominância de sintomas característicos pode mudar com a idade. Certos sintomas tais como queixas somáticas, irritabilidade e retraimento social são particularmente comuns em crianças, enquanto o retardo psicomotor, hipersonia e delírios são menos comuns na pré-puberdade do que na adolescência e na idade adulta. Em crianças pré-púberes, os Episódios Depressivos Maiores ocorrem mais frequentemente em conjunção com outros transtornos mentais (especialmente Transtornos de Déficit de Atenção, do Comportamento Diruptivo e Transtornos de Ansiedade) do que isoladamente.

Os sintomas de um Episódio Depressivo Maior geralmente se desenvolvem ao longo de dias ou semanas. Um período prodrômico que pode incluir sintomas de ansiedade e leves sintomas depressivos pode durar de semanas a meses antes do início de um Episódio Depressivo Maior completo. A duração de um Episódio Depressivo Maior também é variável. Um episódio não-tratado tipicamente dura seis meses ou mais, não importando a idade de início. Na maioria dos casos, existe a remissão completa dos sintomas, retornando o funcionamento ao nível pré-mórbido normal.

#### - 2.2.3.1.1 Critérios para Episódio Depressivo Maior

**A.** Cinco (ou mais) dos seguintes sintomas estiveram presentes durante o mesmo período de duas semanas e representam uma alteração a partir do funcionamento anterior; pelo menos um

dos sintomas é (1) humor deprimido ou (2) perda do interesse ou prazer.  
Nota: Não incluir sintomas nitidamente devidos a uma condição médica geral ou alucinações ou delírios incongruentes com o humor.

(1) humor deprimido na maior parte do dia e em quase todos os dias, indicado por relato subjetivo (por exemplo, sente-se triste ou vazio) ou observação feita por outros (por exemplo, chora muito).Nota: Em crianças e adolescentes, pode ser humor irritável.

(2) interesse ou prazer acentuadamente diminuídos por todas ou quase todas as atividades na maior parte do dia e em quase todos os dias (indicado por relato subjetivo ou observação feita por outros).

(3) perda ou ganho significativo de peso sem estar em dieta (por exemplo, mais de 5% do peso corporal em 1 mês), diminuição ou aumento do apetite quase todos os dias.  
Nota: Em crianças, considerar falha em apresentar os ganhos de peso esperados.

(4) insônia ou hipersonia quase todos os dias.

(5) agitação ou retardo psicomotor quase todos os dias (observáveis por outros, não meramente sensações subjetivas de inquietação ou de estar mais lento).

(6) fadiga ou perda de energia quase todos os dias.

(7) sentimento de inutilidade ou culpa excessiva e inadequada (que pode ser delirante), quase todos os dias.

(8) capacidade diminuída de pensar ou concentrar-se, além de indecisão, quase todos os dias.

(9) pensamentos de morte recorrentes (não apenas medo de morrer), ideação suicida recorrente sem um plano específico, tentativa de suicídio ou plano específico para cometer suicídio.

**B.** Os sintomas não satisfazem os critérios para um Episódio Misto.

**C.** Os sintomas causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.

**D.** Os sintomas não se devem aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (por exemplo, droga de abuso ou medicamento) ou de uma condição médica geral (por exemplo, hipotireoidismo).

**E.** Os sintomas não são mais bem explicados por luto, ou seja, após a perda de um ente querido, os sintomas persistem por mais de dois meses ou são caracterizados por acentuado prejuízo funcional, preocupação mórbida com desvalia, ideação suicida, sintomas psicóticos ou retardo psicomotor.

### 2.2.3.2 Distúrbio distímico

Segundo os critérios do DSM IV, de forma semelhante ao CID-10, a distímia pode ser diagnosticada na criança quando houver humor deprimido ou irritável por um período de pelo menos um ano. Porém, para o diagnóstico da depressão, uma criança deve experimentar cinco dos sintomas de um episódio depressivo durante duas semanas ou mais, sendo conhecido como início precoce. Além disso, ela deve apresentar um temperamento deprimido ou uma perda de interesse no prazer. No caso de uma criança, o temperamento deprimido pode ser substituído pela irritabilidade que é usada no diagnóstico de crianças, porque elas passam por mais complicações físicas, problemas temperamentais e reclusão social do que os adultos.

O distúrbio distímico é uma forma diferente de depressão, e para ser diagnosticada com distímia, uma criança deve experimentar um sentimento deprimido ou uma irritabilidade por um ano. Esse critério é diferente daquele aplicado aos adultos, que exige um sentimento deprimido por dois anos. Além da irritabilidade e do sentimento deprimido, a criança deve experimentar dois ou mais dos seguintes sintomas: pouco apetite ou excesso de apetite, insônia ou hipersônia, fadiga ou pouca energia, baixa auto-estima, problemas de concentração ou dificuldade para tomar decisões e sentimento de desamparo. O distúrbio distímico é mais crônico do que a depressão grave, mas o indivíduo tende a demonstrar menos sintomas.

Conforme JUNIOR (1995) a distímia no início da infância é marcada por uma recorrência de doenças afetivas. Desta forma, abordar a distímia com uma doença benigna seria um erro, visto que aproximadamente 75% dessas crianças acabam evoluindo para um quadro de depressão maior, que é a grande responsável por causas de suicídio.



### 2.2.3.3 Distúrbio ciclotímico e bipolar

Recentemente a Associação Psiquiátrica Americana (DSM-IV, 1995) caracterizou a ciclotimia como uma instabilidade persistente do humor com alternância de inúmeros períodos distímicos ou falta de interesse e prazer com períodos hipomaníacos. Tais episódios geralmente não são graves nem duradouros para serem considerados transtornos bipolares e os pacientes permanecem neste estado as maiores partes do ano. Em concordância, a décima revisão da classificação Internacional das Doenças (CID-10, 1993) define a ciclotimia como uma instabilidade persistente de humor, envolvendo numerosos períodos de depressão e eleições leves. Essa instabilidade usualmente se desenvolve de forma mais acentuada no início da vida adulta e segue um curso crônico, embora às vezes o humor possa ser normal e estável por meses, iniciando alguns quadros na saída da infância para a adolescência.

O distúrbio ciclotímico inclui período de temperamento animado com ciclos marcados por períodos de temperamento deprimido. No caso específico, crianças diagnosticadas com ciclotimia experienciam vários episódios hipomaníacos e diversos episódios depressivos que não preenchem os critérios para depressão grave, como observado no distúrbio distímico. Para as crianças, esse padrão deve ocorrer por pelo menos um ano. Isso é diferente do critério para os adultos, para quem os padrões ocorrem por um período de pelo menos dois anos.

Referente ao transtorno Bipolar em crianças, ainda é um tema muito polêmico da psiquiatria. Porém, alguns autores como Weller&Weller (1995) argumentam que algumas características podem ser observadas conforme idades. Na fase pré-escolar, as descrições que os pais fazem de uma criança maníaca são, muitas vezes, a fonte de informações, já que ainda são escassos os instrumentos estruturados de diagnósticos para mania nesta faixa etária que dependem essencialmente da descrição detalhada da evolução dos sintomas e da intensidade do prejuízo na vida funcional da criança, para que, associados à observação clínica, defina-se o diagnóstico final. Já a partir dos seis anos, a criança consegue expressar melhor seus sentimentos e deverá ser entrevistada separada dos pais.

Há duas variedades de distúrbios bipolar, chamadas de bipolar I e bipolar II. O distúrbio bipolar costumava ser chamado de distúrbio maníaco-depressivo devido à

alternância que ocorre entre episódio de depressão e mania. Para que o bipolar I seja diagnosticado, três sintomas de um episódio maníaco, descritos anteriormente, devem estar presentes por um período de pelo menos uma semana. O temperamento da criança deve ser anormal ou persistentemente animado, expansivo ou irritável pelo mesmo período de tempo. Normalmente elas experienciaram diversos episódios depressivos graves antes de sofrer seu primeiro episódio maníaco.

Para o diagnóstico do bipolar II, uma pessoa não tem um episódio maníaco “completo”; em vez disso, ela sofre um episódio hipomaníaco. Este é caracterizado por um temperamento animado, expansivo ou irritável que duram quatro dias. Além dos distúrbios comportamentais, a criança experiencia três ou mais sintomas de um episódio maníaco. Ao contrário do bipolar I, deve haver um histórico ou presença de um episódio depressivo grave. Lembrando que, normalmente as crianças experienciam primeiro os episódios depressivos.

#### 2.2.3.4 Depressão endógena e exógena

Endógena define a depressão motivada por algo “interior” à pessoa ou por uma causa biológica. Normalmente não há um antecedente significativo que precipita um episódio depressivo endógeno. A depressão endógena está associada a sintomas basicamente físicos, como problemas de sono, mudanças de apetite e fadiga. A probabilidade de haver episódios múltiplos teoricamente é maior devido ao importante componente biológico. Por outro lado, exógena define a depressão causada por algo “exterior” à pessoa. A depressão exógena é causada basicamente por acontecimentos externos, como perdas importantes, humilhação pública ou dificuldades crônicas de lidar com o estresse. A depressão exógena às vezes é chamada de depressão reativa ou situacional. Ela está associada a sintomas ligados ao pensamento ou sentimento, incluindo a sensação de inutilidade, desânimo e incapacidade de concentrar-se. As depressões exógena e endógena não são mutuamente excludentes. Descobertas como estas fundamentam substancialmente a idéia de que a diátese-estresse é a causa da depressão.

#### 2.2.3.5 Depressão psicótica e neurótica

Em alguns casos de depressão grave e, mais frequentemente no distúrbio bipolar, uma criança pode experimentar o que é conhecido como sintomas psicóticos, que incluem alucinações ou ilusões. As alucinações são percepções sensoriais falsas, como ouvir algo que outras pessoas não ouvem ou ver coisas que outros não vêem. Ilusões são crenças falsas, como acreditar que está sendo perseguido por alguém ou que está sendo monitorado por aparelhos eletrônicos. Estes também são os sintomas da esquizofrenia. Entretanto, quando a depressão é o diagnóstico primário, o episódio é chamado de depressão psicótica. Na terminologia do DSM-IV, o episódio seria chamado de depressão grave com características psicóticas ou distúrbio bipolar I com características psicóticas. A depressão neurótica, por outro lado, é sinônimo de depressão reativa, depressão exógena ou depressão branda. Assim como a depressão exógena, o termo depressão neurótica não é muito útil para descrever um tipo específico de depressão.

#### 2.2.3.6 Depressão agitada e morosa

A distinção entre a depressão agitada e morosa é útil, pois descreve dois grupos diferentes de sintomas que uma criança pode experimentar.

A depressão agitada inclui um temperamento irritado, insônia, falta de apetite e agitação psicomotora. Essa depressão é precursora de consequências futuras como: gravidez na adolescência, acidentes com automóveis ou vício em drogas.

A depressão morosa consiste em um número enorme de sintomas normalmente ligados à depressão, os quais incluem excesso de sono e apetite, fadiga, falta de motivação e desinteresse em ter prazer.

### 2.2.3.7 Depressão dupla e a afetividade negativa

A depressão dupla ocorre quando uma criança com um diagnóstico de distúrbio distímico experiencia um episódio depressivo grave.

A afetividade negativa é um tipo de depressão que inclui sintomas de depressão e ansiedade. A afetividade negativa vai se diferenciar conforme o amadurecimento da criança até chegar á idade adulta e tornar-se basicamente depressão ou ansiedade. A afetividade negativa é caracterizada pelo temperamento deprimido ou irritabilidade, sensação de inutilidade, preocupação crônica, uma visão irreal de si mesmo e uma visão geralmente negativa em relação ao mundo e ao futuro. Miller (2003, p. 34) informa que crianças com afetividade negativa tiveram pais excessivamente críticos e mensagens humilhantes relativamente constantes por parte das pessoas que as criaram.

## **2.3 Critérios adicionais de diagnóstico e consenso de sintomas**

Os distúrbios definidos no DSM-IV e na CID-10 são caracterizados por conjuntos de sintomas. Além desses sintomas, outros critérios devem ser preenchidos e outros diagnósticos devem ser considerados. O diagnóstico da depressão não é uma simples contagem de sintomas porque exige o conhecimento do profissional, pois muitas vezes os sintomas podem não ser considerados por leigos e isso pode resultar em problemas ou dificuldades significativos no campo social, ocupacional ou de outra área importante de funcionamento. Além disso, existem semelhanças entre o DSM- IV e a CID-10 no que se refere à descrição desses sintomas e período mínimo para diagnóstico, conforme foi citado a cima, que é no mínimo de duas semanas de persistência.

**Quadro 02. Lista dos sintomas da depressão em crianças em relação ao desenvolvimento**

- Falta de interação da criança
- Incapacidade de ganhar peso
- Sem motivação nas brincadeiras
- Inquietude e excessiva sensibilidade para barulhos
- Tristeza persistente, negatividade, reclamação de tédio crônico e falta de iniciativa
- Desobediência constante
- Facilmente se frustram, choram freqüentemente, baixa auto-estima e excessivamente sensíveis.
- Incapacidade de prestar atenção, lembrar ou tomar decisões, distrai-se facilmente, esquecem o que estavam pensando
- Problemas de alimentação e sono
- Urinam na cama, tem constipação, diarreia,
- Impulsividade: estão sujeitos a acidentes
- Preocupação ou medo crônico
- Grande constrangimento
- Fala ou movimentos corporais lentos
- Sintomas físicos, como tontura, dor de cabeça, dor de estômago, dores nos braços ou pernas, ato de roer as unhas (que não sejam conseqüências de outras causas médicas)
- Pensamentos sobre o suicídio ou tentativas de realizá-lo.

Fonte: Miller, 2003, p. 34.

## **CAPÍTULO III**

### **TEORIAS SOBRE A DEPRESSÃO NA INFÂNCIA**

As teorias tentam explicar ou prever a depressão, o que causa e porque algumas crianças ficam deprimidas e outras não. Esses modelos ou teorias são o que os profissionais usam para interpretar os dados obtidos durante a avaliação. Ao compreender as causas da depressão na infância, os terapeutas são capazes de tratar efetivamente a criança. Em um aspecto mais amplo, as teorias sobre a depressão também são importantes porque apontam o que precisa ser alterado na sociedade e nas famílias para evitar a ocorrência da depressão, que é um problema disseminado, valendo lembrar a importância que tem o empenho dos pais em amenizar o quadro de seus filhos. Há várias teorias sobre a depressão, porém, cada lida com alguns aspectos importantes que compõem o problema. Desta forma, como os seres humanos são complexos, mais de uma teoria pode explicar a depressão de uma determinada criança.

#### **3.1 Modelos de depressão ligados ao desenvolvimento**

Os modelos de depressão ligados ao desenvolvimento se preocupam com o que acontece durante o período de desenvolvimento de uma criança que pode deixá-la deprimida. Desde a época de Freud e seus seguidores psicanalistas, outras teorias apresentaram formas de compreender a depressão à luz do desenvolvimento de uma criança. Miller (2003, p. 45) explica que há duas teorias da depressão ligadas ao desenvolvimento. A primeira lida com o vínculo ou a ligação entre a criança e as pessoas que cuidam dela e a segunda é uma teoria muito mais abrangente, chamada de organizações depressotípicas.

### *3.1.1 Vínculo e depressão*

A teoria do vínculo afirma que a ligação entre a criança e a pessoa que cuida dela, normalmente à mãe, é fundamental para seu ajuste imediato e em longo prazo. A partir do nascimento e particularmente durante os primeiros anos de vida, a qualidade da relação entre o bebê e sua mãe é crucial. Quando há amor e segurança consistentes, a criança desenvolve uma ligação forte com a pessoa que cuida dela. Esta pessoa proporciona uma base segura, a partir da qual a criança pode explorar um mundo mais amplo, sabendo que, quando houver dificuldades e o mundo exterior for ameaçador, ela pode retornar a esse refúgio emocional seguro. Entretanto, se esse vínculo não se desenvolve de forma adequada, há um potencial para a ocorrência de depressão.

Para compreender como o desenvolvimento do vínculo pode ser comprometido, é preciso entender como ele é formado. Há diversas teorias sobre como ele é desenvolvido. Freud acreditava que no primeiro estágio da vida, que corresponde ao primeiro ano e é chamado de fase oral (caracterizada pela alimentação como importância primordial), o bebê cria um vínculo com a pessoa que lhe fornece a satisfação oral. A forma primária de gratificação da criança é encontrada quando ela chupa e come, gerando uma dependência pelo objeto de sua gratificação oral. Durante esse estágio inicial da vida, a criança desenvolve um sentimento intenso de dependência porque necessita completamente do cuidado e da proteção de outros. De acordo com os psicólogos freudianos, quando as necessidades orais não são atendidas satisfatoriamente, a ansiedade e a insegurança podem persistir por toda a vida.

Conforme Miller (2003), Erik Erikson aceitou muitas das hipóteses de Freud, mas também divergiu dele de modo importante, pois ele enfatizou o desenvolvimento ao longo da vida e afirmou que durante todos os momentos o ser humano é desafiado a resolver questões que são fundamentais para seu ajuste em longo prazo. De acordo com Erikson, os primeiros desafios, que ocorrem ao longo do primeiro ano de vida, desenvolvem a capacidade de confiar em outras pessoas do modo mais fundamental possível. Ele acreditava que o bebê, ao receber segurança física e psicológica, estabelecia uma base de confiança e enfrentava a vida com o mínimo de medo e apreensão sobre o futuro. Acreditava que a confiança era cultivada por meio da criação responsiva e sensitiva.

Na década de 50, Harry Harlow conduziu uma série de estudos engenhosos e agora famosos sobre o vínculo, desafiando a idéia de Freud de que o ato de chupar era fundamental para o vínculo. Para fazê-lo, ele criou filhotes de macacos com dois tipos de mães substitutas<sup>3</sup>. Com o estudo do comportamento desses macacos, Harlow foi capaz de demonstrar que eles tinham dificuldade para se reintegrar à família e que seus problemas perduravam por muito tempo. Harlow questionou a afirmação de Freud de que o vínculo está relacionado fundamentalmente à alimentação, pois ele afirmou que o contato físico associado ao contato de bem-estar era a variável mais importante do vínculo. É importante observar que essa idéia de contato de bem-estar é usada hoje em dia em unidades neonatais dos hospitais para os respiradores das crianças<sup>4</sup>.

Outro grupo de psicólogos que contribuíram de forma significativa para o entendimento sobre o comportamento humano foi o dos etólogos. Eles estudam o comportamento humano a partir de observações, nas quais fazem comparação da territorialidade do peixe esgana-gata e a territorialidade dos seres humanos ou da disposição dos pombos nos fios telefônicos e a disposição dos seres humanos em uma sala de espera. O etólogo Konrad Lorenz observou em primeira mão filhotes de pato com vínculos a objetos num momento crucial de suas vidas, se referindo a esse fenômeno como impressão. Enquanto criava patos em sua fazenda, Lorenz se viu como objeto inesperado do vínculo de diversos filhotes de pato por estar presente em momentos específicos da vida deles. Tal fato fez com que eles se imprimissem a Lorenz, seguindo-o ao redor da fazenda em linha, como fariam com suas mães verdadeiras. A partir de fatos como esse, os etólogos afirmaram que os primeiros meses de vida são um período crucial para a formação de vínculos. Durante esses meses, o afeto e a atenção da pessoa que cuida do indivíduo são essenciais para que se crie um vínculo e futuramente, não se apresentem dificuldades de relacionamentos. Se um cuidado afetuoso consistente não for proporcionado durante esse período crucial, a criança tende a desenvolver um vínculo fraco e provavelmente terá dificuldade de relacionamento mais tarde em sua vida.

---

<sup>3</sup> Alguns dos filhotes eram criados em jaulas com mães substitutas feitas de uma malha de arame com um aparelho de alimentação que saía dela. Outros filhotes tinham mães idênticas de malha de arame, exceto pelo fato de que Harlow envolveu o arame com um material macio, tornando mais fácil abraçar essas mães substitutas. O que permaneceu consistente para todos os macacos era o potencial de gratificação oral das mães substitutas. Confirmando seu raciocínio, os filhotes preferiam subir e abraçar as mães substitutas que eram macias e aconchegantes. De fato, os macacos que tiveram apenas a mãe substituta de arame demonstraram uma grande variedade de problemas comportamentais.

<sup>4</sup> Para promover o vínculo adequado, os pais vão diariamente ao hospital e seguram seus filhos numa cadeira de balanço próxima ao respirador.



Outro grupo de estudiosos, o da relação do objeto, como John Bowlby, Margaret Mahler e Mary Ainsworth, estudou o vínculo humano, observando em primeira mão a interação ou “dança” entre mães e crianças. Eles afirmam que no nascimento o bebê não tem a capacidade cognitiva para o vínculo, pois o mundo do recém-nascido ainda não foi definido e o comportamento é, em grande parte, resultado de reflexos. Após as primeiras semanas de vida, a criança começa a desenvolver um vínculo com a mãe, assim como uma linguagem universal de barulhos, balbucios e choros, únicas para mãe e filho em particular. De acordo com esses estudiosos, em princípio a criança não se diferencia dos outros. Ou seja, o bebê não faz uma distinção entre ele e o objeto (mãe) que supre todas as suas necessidades<sup>5</sup>. Os primeiros dois anos de vida são cruciais para desenvolver um equilíbrio saudável entre a dependência e a autonomia. Dois exemplos desse conflito normal, mas difícil, entre a dependência e as autonomias podem ser observados diretamente quando a criança experiencia a ansiedade pela separação ou a ansiedade em relação ao estranho. Na ansiedade da separação, a criança demonstra um medo exagerado sobre a separação real ou antecipado das pessoas que cuidam dela. Na ansiedade em relação ao estranho, a criança apresenta um grande medo do estranho, sendo normalmente acalmada pelas pessoas que cuidam dela.

### 3.1.1.1 Tipos de vínculos

De acordo com o resultado da relação entre a criança e a pessoa que cuida dela, há três tipos de vínculo que podem surgir. O primeiro é o vínculo seguro, no qual a criança move-se livremente para longe de sua mãe, usa a pessoa que cuida dela como uma base segura para explorar o ambiente e responde positivamente ao ser segurada por outros. O segundo é o vínculo ansioso-evasivo. A criança com esse tipo de vínculo ignora a mãe, evita seu olhar e não tenta se aproximar dela. O terceiro é o vínculo ansioso-resistente, em que a criança se mantém ao lado de sua mãe, mas ao mesmo tempo evita a proximidade, chuta e empurra a mãe, e resistindo a ela.

---

<sup>5</sup> Ele pensa que está com fome e magicamente é alimentado, sem saber que a alimentação resulta dos atos de outra pessoa. Após as primeiras semanas a criança começa a diferenciar-se dos outros, percebendo que não está fundida com sua mãe e que eles não são uma só pessoa. Conforme a criança amadurece, a percepção de si mesma e dos outros se torna mais complexa.

Além disso, os pais de uma criança com vínculos inseguros e com resistência têm menos possibilidades de manter interações boas com seus filhos. De forma constante, os pais interagem apenas brevemente com seus filhos, conforme necessário, e esforçam-se pouco para ter consistência nas trocas sociais. Finalmente, esses pais manifestam atividades menos coordenadas com seus filhos. Contudo, esse último problema nem sempre é culpa dos pais. Crianças nascem com um determinado temperamento (MILLER, 2003, p. 51)<sup>6</sup> e esse pode ter responsabilidade no fato de os pais e os filhos não “se darem bem”.

Embora esses estudiosos discordem quanto ao mecanismo que gera o vínculo, todos concordam que ele é uma questão fundamental no primeiro ano de vida. Além disso, concordam que o bebê precisa de alguém que cuide dele e lhe proporcione segurança física e psicológica consistente úteis para lidar com desafios futuros. O desenvolvimento de um vínculo apropriado tem implicações extensas e serve para organizar as emoções, as representações cognitivas e os comportamentos de acordo com a qualidade da disponibilidade emocional e física da pessoa que cuida da criança.

### 3.1.1.2 Tipos de temperamento

O temperamento em um conceito amplo é um estilo de comportamento, sendo uma forma característica de resposta em crianças e bebês. As teorias sobre o temperamento falam da influência direta que os pais têm sobre a criança. Alexander Thomas 1995 e Stella Chess 1984 (apud: MILLER, 2003) são pesquisadores do temperamento e descrevem três dimensões desse estado fisiológico. Primeiro, descrevem os temperamentos fáceis, que são caracterizados por uma disposição geralmente positiva. Uma criança com um temperamento fácil estabelece prontamente rotinas regulares na infância e adapta-se facilmente a novas experiências. Em segundo descrevem os temperamentos difíceis, marcados pela tendência a agir negativamente e chorar frequentemente. Uma criança com um temperamento difícil não estabelece prontamente rotinas regulares e demora a ajustar-se a novas experiências. Por último, descrevem o temperamento demora-para-esquentar, caracterizado pelo baixo nível de

---

<sup>6</sup> O temperamento é um estilo comportamental e é forma características de resposta em crianças e bebês. É uma característica estável dos recém-nascidos, que sofre influências e modificações pro meio das experiências posteriores da criança, tornando-se mais maleável com o tempo. MILLER, 2003.

atividade e reações de certo modo negativas. Essas crianças demonstram uma baixa intensidade de expressão da sua disposição.

Outros pesquisadores, como Arnold Buss e Robert Plomin, descreveram aspectos diferentes do temperamento como a emotividade, que é a tendência a angustiar-se na infância, gerando como respostas emocionais o medo e a raiva. Assim sendo, as crianças são rotuladas como “fáceis” ou “difíceis” de acordo com sua emotividade. Por último, está o nível de atividade, que se relaciona com o ritmo e com o vigor da movimentação da criança, pode variar de extremamente energética até tranqüila.

Nos casos em que os temperamentos dos filhos e dos pais são muito diferentes, estes ficam incumbidos de reconhecer essas diferenças e ajustar-se conforme o necessário, lembrando que não há temperamento certo ou errado e que a criança sentirá que os pais estão fazendo o necessário para satisfazer suas necessidades básicas.

### 3.1.1.3 As funções das emoções

Outra variável importante que os pais devem entender durante o período inicial de desenvolvimento são as emoções que são sentimentos ou afetos que envolvem uma mistura de estímulo fisiológico, como o ritmo cardíaco acelerado e comportamentos evidentes, como expressões faciais. As emoções são consideradas a primeira linguagem entre os pais e as crianças. As demonstrações corporais e faciais têm um papel importante na compreensão das emoções da criança.

Conforme descreve Miller há três tipos principais de funções das emoções:

A primeira é a adaptação e a sobrevivência. Por exemplo, o medo é altamente adaptativo, pois há uma relação clara entre acontecimentos que se teme e possíveis ameaças ao bem-estar da criança. Argumenta-se que a criança expressa emoções positivas e fica visivelmente feliz quando suas necessidades básicas de sobrevivência são atendidas. Segunda há a regulação da informação, em que as emoções da criança regulam as informações que selecionam do mundo perceptivo e os comportamentos que demonstram. Por exemplo, uma criança com um temperamento fácil normalmente expressará emoções positivas e provocará o mesmo por parte dos outros. Por outro lado, uma criança com um temperamento difícil tende a atrair uma tenção negativa. A terceira função das emoções é a comunicação. É a forma principal com que as crianças expressam verbalmente seus sentimentos e suas necessidades (MILLER, 2003, p. 53).

Uma falta de resposta e reciprocidade por parte das pessoas que cuidam da criança quanto às suas emoções, podem resultar em distúrbios no seu desenvolvimento. Os resultados podem ser diversos, por exemplo, a criança pode ser incapaz de reconhecer as emoções dos outros ou expressar as suas emoções em situações sociais. Isso leva a uma reação negativa por parte dos outros, fazendo com que a criança se sinta fora da sociedade. Dessa forma, as crianças podem expressar emoções inadequadas para certas situações e parecer socialmente estranhas ou infelizes.

A combinação de vínculos inseguros e a falta de resultados emocionais recíprocos resultam em representações psicológicas negativas e expectativas de resultados negativos, qual seja, a depressão.

A perda do vínculo não ocorre apenas com uma criação ruim por parte dos pais. A principal pessoa que cuida da criança pode deixá-la por diversas razões, como a morte. É importante observar que a perda dos pais, ou da pessoa principal na vida criança, durante o seu desenvolvimento resulta em uma perda significativa do controle de suas emoções e comportamentos.

### **3.2 Depressão materna e sua relação com a depressão infantil**

Diante do início da estruturação psíquica a criança irá depender da interação com a função materna e paterna. Em uma trajetória de referencial psicanalítico, na qual as estruturas irão se desenvolver, já começa a ser constituída a partir dos primeiros momentos da vida do recém-nascido a interação entre a mãe e a criança. Desta forma, a presença da mãe torna-se imediatamente necessária como um ego auxiliar para lidar com as tensões do recém-nascido e solucioná-las. E no caso de uma mãe com depressão, principalmente quando manifesta este quadro logo depois do nascimento da criança, esta relação poderá ser prejudicar refletindo este fato no desenvolvimento da mesma (JUNIOR, 1995).

Hoje existem pesquisas de que o problema da relação entre figura materna e bebê pode ter efeitos tão evidentes e relativamente prolongados. No todo, as pesquisas demonstram que os efeitos da depressão materna sobre a criança ao que se refere à deficiência de afeto e vínculo ao ser revertida em curto prazo, às crianças podem aprender a lidar com a situação da

falta de cuidado. Porém, quando permanecem, os efeitos na criança podem ser duradouros apresentando quadros semelhantes de desapego e imitação de aspectos depressivos.

Conforme Brazelton e Cramer (1992), dentre os vários problemas na criança ou da mãe que podem prejudicar a manifestação da disponibilidade, da empatia e da capacidade de afeto pelo estado interior do outro, a depressão materna é um dos mais freqüentes e severos. Ou seja, as manifestações de falta de afeto descritas com freqüência mediante ao quadro depressivo da mãe em relação à criança, pode desencadear um quadro de depressão na criança também. Isto ocorre, sobretudo quando este tipo de comportamento materno é freqüente e quando a violação de expectativas afeta todos os aspectos do relacionamento entre mãe e bebê. Desta forma, as respostas negativas, hostis ou retraídas facilmente criam uma aprendizagem de retraimento na criança, impossibilitando a capacidade de transferência e interação e fazendo com que a criança volte-se para dentro, retrai-se, na tentativa de conservar suas limitadas energias, já que tem um déficit de disponibilidade emocional.

### **3.3 Organizações depressotípicas: Dante Cicchetti**

Os aspectos mais importantes da teoria de Cicchetti (1992, apud MILLER, 2003, p. 55)<sup>7</sup> é que esta evidencia o papel dos pais na criação dos filhos. Para compreender, Miller (2003, p. 55) explica que é necessário fazer algumas definições: depressotípico significa indicativo de depressão. Outra palavra usada às vezes no lugar de depressotípico é depressogênico ou causador da depressão. A organização depressotípica significa que há muitas variáveis que serão descritas posteriormente e que podem ser organizadas de modo a causar a depressão na infância<sup>8</sup>. Acredita-se que um padrão ou organização das variáveis a seguir, além de muitos outros, resulta na depressão infantil.

A depressão é causada por diversos processos de desenvolvimento e portanto, essa teoria não se baseia em um único sistema para explicar a depressão. O objetivo é integrar o que se conhece sobre os componentes cognitivos, emocionais, interpessoais e biológicos da

---

<sup>7</sup> CICHETTI, D. *Developmental perspectives on depression*. Rochester: University of Rochester Press, 1992.

<sup>8</sup> Como exemplo, uma organização de variáveis que podem levar a um acidente de automóvel poderia ser (1) uma tendência a dirigir em alta velocidade, (2) tomar bebida alcoólica enquanto se dirige e (3) viver numa região com estradas muito sinuosas.

depressão em uma teoria unificada. Nesse modelo de depressão, Cicchetti propõe um sistema de quatro tarefas iniciais de desenvolvimento que contribuem futuramente para a depressão. Estas estão relacionadas com a organização do desenvolvimento psicológico e biológico da criança. O modo como ela soluciona cada uma dessas tarefas influencia na forma como esse sistema em particular é incorporado à personalidade da criança, influenciando o grau de sucesso ao ser confrontada com a próxima tarefa. Se um vínculo seguro foi estabelecido, a criança vai desfrutar de todos os seus benefícios e estará mais bem preparada para enfrentar o próximo desafio no desenvolvimento da autoconsciência.

São quatro os modelos que evidenciam como os pais criam seus filhos, estando estreitamente relacionados com o início da depressão. Cicchetti acrescenta mais três outros sistemas que devem ser considerados no desenvolvimento da depressão: o microsistema, o exossistema e o macrossistema.

### *3.3.1 Regulação homeostática e fisiológica*

A homeostase é a estabilidade ou equilíbrio em um sistema. Manter uma homeostase fisiológica para a criação inclui não deixar que ela passe frio ou calor demais ou que se alimente apenas quando estiver com fome. As crianças dependem das pessoas que cuidam dela para manter a homeostase, pedindo ajuda conforme o necessário por meio de demonstrações emocionais, como choro, inquietação ou expressões faciais. Do contrário, se as necessidades homeostáticas básicas da criança não forem atendidas, ela ficará angustiada e demonstrará expressões emocionais negativas, enquanto o desenvolvimento cerebral não se dará de modo a permitir que ocorra uma auto-regulação emocional de forma adequada. A capacidade comprometida de auto-regular as emoções na infância continua sendo um problema no final dessa fase e na adolescência. Nesse caso, os indivíduos sofrem de níveis elevados de culpa e sensibilidade aos problemas dos outros, tornando-se excessivamente sensíveis. Crianças que não conseguem controlar suas emoções podem ser incapazes de motivar-se quando estão desanimadas ou de controlar sua raiva.

### *3.3.2 Diferenciação afetiva*

O afeto é a expressão das emoções. Após uma criança ter suprido as suas necessidades de homeostase fisiológica, ela começa a procurar estímulos no mundo exterior. Expressões afetivas ou emocionais tornam-se uma forma primordial de comunicação. Os pais ensinam o filho a expressar as emoções adequadas nessas novas situações por meio da imitação e da atenção seletiva. Esse processo poderia ser descrito como socialização emocional e pode também funcionar negativamente quando um pai expressa emoções ambivalentes em uma grande variedade de situações, a criança não aprende a diferenciar a resposta afetiva apropriada para cada uma.

### *3.3.3 Vínculo seguro*

Há três tipos de vínculo: seguro, inseguro-evasivo e inseguro-resistente. Apenas vínculos seguros são adaptativos neste modelo. O desenvolvimento de um vínculo seguro permite que uma criança seja capaz de controlar seu nível de estimulação e mantenha uma sensação de segurança.

O tipo de vínculo que uma criança desenvolve tem implicações muito amplas no desenvolvimento, pois a experiência da criança em relação ao vínculo é interiorizada e representada como um objeto, traduzido em um esquema da reação que se espera que as pessoas tenham em relação à criança. Os indivíduos desenvolvem uma grande variedade de objetos internalizados, incluindo pais, avós, homens, mulheres, colegas e irmãos, entre outros. Esses objetos interiorizados resultam em expectativas sobre como as relações interpessoais são vistas e negociadas, o que leva a pensamentos e sentimentos como resultados do encontro. Por outro lado, vínculos seguros liberam os indivíduos para que estes desenvolvam objetos interiorizados consistentes e vivenciem relações interpessoais de forma segura, sem muitos preconceitos provenientes de objetos interiorizados negativos.

### 3.3.4 Autoconsciência

Durante a segunda metade do segundo ano de vida, a criança começa a experimentar uma diferenciação entre si e os outros. Ela desenvolve objetos ou representações de si mesma e de relacionamentos entre si e os outros. Adquire também linguagens e formas simbólicas de expressar emoções. Nessa fase, há uma evidência substancial de que os estilos cognitivos autocríticos dos pais sejam transmitidos para seus filhos, desafiando constantemente a auto-estima da criança. Nesse ponto do desenvolvimento, as percepções de si mesma que uma criança desenvolve são duradouras e resistentes à mudança. É função das pessoas que cuidam dela estabelecer-lhe uma auto-avaliação realista por meio de formas verbais e não-verbais.

### 3.3.5 *Microsistema, exossistema e o macrosistema*

O termo microsistema se refere ao sistema dos familiares diretos da criança. Um histórico familiar de distúrbio depressivo é um indicador significativo de que uma criança sofrerá de depressão. Além disso, há diversas variáveis que podem antever a depressão. Se uma pessoa que cuida de uma criança sofre de alguma forma de psicopatologia, há um risco maior de essa criança futuramente sofrer de depressão. Pesquisas demonstraram que depressão, ansiedade, dependência química e comportamento criminoso dos pais estão correlacionados à depressão infantil. Outro fator familiar incluem uma condição socioeconômica ruim, pois famílias que estão constantemente em crise ou que passam por experiências negativas têm um risco maior de criar crianças deprimidas.

Cicchetti descreve o exossistema como a ecologia da criança; Isto é, o ambiente fora da família com que a criança interage. Para a criança, isso é sua comunidade imediata, incluindo a escola e apoios sociais. Desse modo, o ambiente escolar está relacionado com o início da depressão. Embora parte desse aumento seja justificada por questões biológicas e de desenvolvimento, a falta de um ambiente escolar que crie o indivíduo pode exacerbar ou iniciar um episódio depressivo. As pesquisas demonstraram que as crianças que sentem algum tipo de relação com sua comunidade escolar costumam se ajustar melhor e experimentar menos psicopatologias.



O macrossistema inclui os valores e as normas que fazem parte de uma cultura. Pesquisas sobre o suicídio demonstraram o aumento de casos em situações em que a cultura tradicional se deteriorou e foi substituída por uma mais industrializada e urbana. De acordo com Cicchetti, o suicídio evidencia uma falta de apoios tradicionais, resultando em um risco maior de ajuste comprometido e em depressão.

A teoria da depressão ligada ao desenvolvimento é bastante abrangente e útil para compreender o que deprime as crianças. A teoria se apresenta de forma ampla e junto com o modelo biológico explica a gênese da diátese para depressão, isto é, a vulnerabilidade psicológica e biológica causada pelo estresse e que resulta em depressão.

### **3.4 Modelos biológicos de depressão**

Há poucas dúvidas de que exista um aspecto biológico para a depressão. Como já dito, há um risco maior de depressão quando esta já é observada em um membro dos familiares diretos da criança.

Miller (2003, p. 66) explica que há três questões básicas a serem consideradas quando se pensa sobre a biologia da depressão: genética, falta de substâncias químicas que transmitem informações entre as células e distúrbios hormonais.

#### *3.4.1 Genética e depressão*

A maioria dos cientistas que estudam a depressão acredita que esta tem um componente genético. Os genes são à parte do DNA humano (a codificação de um ser humano) que sintetiza proteínas e resulta em todos os processos e estruturas corporais. Há algumas evidências de que um ou mais genes nos cromossomos 18 e 21 tornem uma pessoa vulnerável ao distúrbio bipolar.

Além disso, já existem pesquisas sobre a manifestação da depressão em um dos pais e os efeitos que podem causar nos filhos, demonstrando que a existência de história familiar para a depressão aumenta o risco em pelo menos três vezes, seguido por fatores estressores e repetições de comportamentos (BAHLS, 2002).

### 3.4.2 Neurotransmissores e depressão

Neurotransmissores<sup>9</sup> são as substâncias químicas fundamentais na comunicação entre as células cerebrais chamadas neurônios. O cérebro humano possui bilhões de neurônios. Eles secretam neurotransmissores numa extremidade, enquanto o neurônio receptor se liga temporariamente a esse neurotransmissores para receber a mensagem. O que é difícil de imaginar sobre os neurotransmissores é que cada molécula tem a responsabilidade de encaixar-se no neurônio receptor como uma chave em uma fechadura e passar a mensagem adiante. Os neurotransmissores só estão presentes em determinadas partes do cérebro, não havendo relação entre a depressão e o equilíbrio dos mesmos.

Há dois neurotransmissores envolvidos na depressão, a norepinefrina e a serotonina. O problema surge quando não há neurotransmissores suficientes no espaço entre dois neurônios em comunicação (chamado de fenda sináptica) para que a mensagem seja transmitida. Nesse caso, a resposta mais simples é aumentar a quantidade de neurotransmissores na fenda sináptica<sup>10</sup>.

O neurotransmissor serotonina está relacionado com a depressão da mesma forma que a norepinefrina<sup>11</sup>. As drogas inibidoras de reabsorção serotonina-específico (IRSE) levam a uma redução substancial dos sintomas depressivos, com o benefício adicional de poucos

---

<sup>9</sup> A primeira noção de que os neurotransmissores estavam envolvidos na depressão surgiu na década de 1950. Descobriu-se que os pacientes que tomavam um remédio chamado Reserpina ficavam deprimidos. A Reserpina reduz a classe de neurotransmissores chamados monoaminas. A norepinefrina e a serotonina são dois neurotransmissores da classe das monoaminas. A partir dessa informação, desenvolveram-se os primeiros antidepressivos, chamados de inibidores de monoaminas oxidase (IMAOs). Como o problema neurobiológico que causa a depressão é a falta de neurotransmissores, os primeiros antidepressivos impediam o mecanismo da célula cerebral que destrói as monoaminas para enviar mensagens entre as células. Os inibidores de oxidase de monoaminas são usados ainda hoje, mas normalmente são o último recurso. MILLER, 2003.

<sup>10</sup> É isso o que fazem os antidepressivos por meio de uma variedade de mecanismos.

<sup>11</sup> A relação entre a norepinefrina e a depressão dói sustentada pelo desenvolvimento de uma droga que bloqueia seletivamente a retirada da norepinefrina da fenda sináptica.

efeitos colaterais. As drogas antidepressivas que funcionam dessa forma incluem Prozac, Zoloft, Serzone, Paxil e Luvoc. Acredita-se que um aumento do nível de serotonina alivia diretamente a depressão, assim como aumenta a disponibilidade de norepinefrina ao estabelecer rotinas interligadas no cérebro. Os antidepressivos mais recentes à disposição, como o Effexor, têm como alvo tanto a serotonina como a norepinefrina.

### *3.4.3 Hormônios e depressão*

A resposta do corpo a ameaças é ativada pelos hormônios. O sistema cerebral específico que responde ao estresse e resulta na secreção de hormônios é chamado de eixo hipotalâmico-hipofisário-adrenal (HHA). O eixo HHA encontra-se na base do cérebro, logo acima da boca, e inclui a parte chamada hipotálamo e as duas glândulas ligadas ao cérebro, chamadas hipófise e glândula adrenal. A resposta hormonal ao estresse é bem complexa, mas basta dizer que, quando o cérebro percebe uma ameaça, o eixo HHA começa a liberar hormônios.

É interessante observar que os pesquisadores descobriram que os hormônios liberados pelo eixo HHA se encontram em níveis cronicamente elevados em indivíduos deprimidos. A substância química específica que os pesquisadores acreditam estar relacionada à depressão é o fator liberatório de corticotropina (CRF), secretada pelo hipotálamo. As evidências demonstram que, em resposta aos medicamentos antidepressivos, os níveis de CRF diminuem em indivíduos deprimidos. Além disso, a CRF causa alguns dos sintomas primários da depressão, que incluem insônia, falta de apetite e ansiedade.

Nenhum tratamento foi desenvolvido a partir das informações sobre a CRF, mas as descobertas sustentam consideravelmente a base biológica da depressão, assim como o modelo de diátese-estresse descrito no primeiro capítulo. Como indivíduos deprimidos estão produzindo cronicamente CRF em demasia, quando ficam sob estresse a produção de CRF aumenta ainda mais. Pesquisas importantes de Charles Nemeroff, da Emory University, mostraram que em indivíduos com uma produção já elevada de CRF, os estressores podem aumentar ainda mais essa produção de modo permanente. Desse modo, esses indivíduos tornam-se deprimidos (diátese), sendo que um estressor pode aumentar a produção corporal

de CRF e iniciar o episódio depressivo. Como a mudança na produção de CRF é relativamente permanente, a depressão torna-se um ciclo crônico.

### **3.5 Abordagem psicanalítica e estudos sobre a depressão infantil.**

A psicanálise não aborda a “depressão”, mas os fenômenos depressivos em um sujeito-ser de linguagem, ou seja, uma perspectiva de sintomas derivados do quadro clínico depressivo. A criança mediante a relação primitiva com sua mãe, estabelece o protótipo de todas as relações posteriores, fundando o ego, que se constrói ao longo do desenvolvimento.

#### *3.5.1 Freud*

Em 1917, Freud acreditava que a depressão incluía, entre outras coisas, a “diminuição do sentimento de auto-estima” e “expectativas ilusórias de punição”. Ele concluiu que as crianças não tinham capacidade de auto-estima (função do superego) ou a habilidade de vislumbrar suficientemente o futuro para ter sentimentos de desesperança. Desse modo, não podiam ficar deprimidas. Durante a adolescência, acreditava-se que o jovem tinha o desenvolvimento de personalidade necessário para vivenciar depressões. Apesar disso, antes da década de 1970, os sintomas depressivos em adolescentes eram considerados por alguns estudiosos uma parte normal de seu desenvolvimento.

O entendimento começa a mudar a partir do século XX, quando surge a idéia de que acontecimentos na infância podem determinar o funcionamento da personalidade no futuro. Freud afirmou que a personalidade de uma criança era, em grande parte, desenvolvida até seu quinto ano de vida, descrevendo ainda que o modo como a criança aprendia a ajustar-se a experiências precoces definia sua personalidade futura. Além disso, as estruturas ou alicerces básicos da personalidade se estabeleciam num momento muito precoce da vida e que, após os cinco anos, qualquer mudança seria um aperfeiçoamento dessa base da personalidade. Freud considerava a depressão como o resultado de uma solução ruim dos conflitos entre os

impulsos primitivos (id) e a interiorização ou aceitação de tabus sociais contra a expressão desses impulsos (superego).

Freud e os terapeutas que aderiram às suas teorias (conhecidos como psicanalistas) não acreditavam que a criança podia sofrer de depressão como hoje é conhecida, em virtude de sua idade, não podia desenvolver suficientemente o superego de modo a passar por esses conflitos. Ao aderir tão rigidamente a essa posição, os estudiosos psicanalistas chegaram a uma compreensão sobre o desenvolvimento infantil, que não conseguiu explicar a realidade, hoje óbvia, de que as crianças ficam deprimidas, sendo obrigados a negá-la. Esse postulado foi mais tarde revisto por aqueles que praticam e estudam a psicologia e a psicanálise.

### *3.5.2 Melaine Klein*

Conforme citado em Ajuriaguerra & Marcelli em 1986, M. Klein em 1934, contribuiu para o estudo da psicogênese dos estados depressivos, quando referenciou a “posição depressiva”. Esta posição situa-se no primeiro semestre de vida da criança e posteriormente corresponde, no segundo ano de vida, ao estágio da percepção do objeto total. Até lá a criança está protegida do sofrimento depressivo graças aos mecanismos de clivagem, de projeção e de introjeção: os objetos maus (seio mau, mãe má e parte má do eu) são separados dos bons e projetados sobre o espaço que cerca o bebê, ao passo que os objetos bons são incorporados ao seu eu.

A progressiva maturação força o bebê a perceber a globalidade do objeto, surgindo o sofrimento, a inquietude e, finalmente, “a depressão” devido as suas tendências agressivas, as quais demonstra diante de seus “objetos bons” o medo concomitante de perdê-los. A criança pode defender-se deste sofrimento que resulta de sua ambivalência acentuando de modo patológico a clivagem e negando, com a ajuda de todos os mecanismos suscitados, em particular os da série maníaca, a sua dependência ou seu temor dos objetos maus. Na eventualidade positiva, a do desenvolvimento normal, a criança enfrenta seu sofrimento e tenta, graças ao processo de reparação, restaurar e depois preservar o objeto bom de seus ataques.

### 3.5.3 *Donald W. Winnicott*

Winnicott, em sua obra, argumenta o papel da dependência, na qual o potencial herdado de um bebê só pode transformar uma criança se a mesma estiver emparelhada nos cuidados maternos. Desta forma, a maneira pela qual a mãe e o ambiente apresentam o mundo à criança determinam a relação de objeto. Assim, a atitude da mãe é fator determinante para a evolução do filho no momento em que a criança vivencia a posição depressiva.

“No começo, o bebê é o ambiente e o ambiente é o bebê. Através de um processo complexo, o bebê separa o ambiente do self”. (WINNICOTT, 1988, p. 60)

### 3.5.4 *Margaret Mahler*

Margaret Mahler descreve que a posição depressiva situa-se depois do segundo semestre, entre o décimo sexto e vigésimo quarto mês, no momento da tomada de consciência por parte da criança, de sua separação, de sua individuação e da perda de sua onipotência. Neste período, a mãe também perde, aos olhos da criança, a capacidade de proteção e de poder. O momento depressivo corresponde a este duplo movimento de relativa decepção em relação ao objeto maternal e de melhor percepção de sua individualidade, ao mesmo tempo que vivência a sua fraqueza (GOLSE, 1998).

### 3.5.5 *Depressão encoberta*

O surgimento da depressão encoberta apareceu com dois grupos de pesquisadores que começaram a aceitar a existência da depressão em crianças: o primeiro grupo acreditava que a depressão em crianças era muito parecida com aquela em adultos, ou seja, crianças demonstravam abatimento, uma imagem negativa de si mesmas, autodepreciação, alterações no apetite, no sono e reclusão. O outro pensava que as crianças experienciavam a depressão, mas era “encoberta” por sintomas que não seriam vistos normalmente na depressão em

adultos. Em crianças pequenas, acreditava-se que a depressão era encoberta por sintomas como mau humor, fobias escolares e rebeldia e nas mais velhas, era caracterizada por inquietação, tédio, delinquência, agressão e ansiedade. Os estudiosos que defendiam a depressão encoberta pensavam que os sintomas tradicionais do distúrbio não eram observados até o fim da adolescência. Por fim, este não convenceu a maioria dos pesquisadores e, desde então, essa noção foi deixada de lado. Embora as crianças com depressão pudessem exibir alguns sintomas descritos historicamente como depressão encoberta, esse diagnóstico genérico não servia para diferenciar a depressão infantil de outras formas de problemas emocionais infantis. Tais termos genéricos não ajudavam a avançar nas pesquisas necessárias para determinar como tratar um distúrbio.

Desde a década de 1970, quando a depressão infantil foi descrita pela primeira vez com critérios e diagnósticos precisos, há um consenso de que as crianças exibem sintomas depressivos semelhantes aos dos adultos, com algumas características identificadas com a depressão encoberta. Especificamente, a irritabilidade pode substituir o abatimento no diagnóstico para crianças.

### *3.5.6 Depressão reativa*

No fim da década de 1950, um pediatra, chamado Dr. Leon Cytryn percebeu que crianças hospitalizadas para cirurgia às vezes demonstravam tristeza e reclusão. Ele conduziu vários estudos e descobriu que cerca de 50% das crianças com problemas médicos crônicos vivenciavam sintomas de depressão, incluindo tristeza, reclusão, desamparo, desesperança e isolamento social. Essas crianças também apresentavam sintomas de ansiedade, incluindo ansiedade da separação, evasão, irritabilidade, distúrbios de sono e fobias. O trabalho precoce do Dr. Cytryn é importante em diversos aspectos. Primeiro, por ter previsto a presença dos mesmos distúrbios depressivos em adultos e crianças. Segundo, por ter observado que crianças experienciavam depressão causada pela sua situação, chamada depressão reativa; isto é, quando as pessoas são expostas a acontecimentos ou condições muito estressantes, elas ficam deprimidas. Finalmente, por ter notado uma relação íntima entre os sintomas da depressão e os de ansiedade em crianças. Essa análise final referente à ansiedade e depressão

misturadas representa uma das áreas mais importantes a serem abordadas por pesquisadores da depressão na década seguinte.

### *3.5.7 Separação materna*

Em 1946, René Spitz descreveu um fenômeno conhecido como “depressão anaclítica”. Bebês separados de suas mães entre seis meses e um ano de idade apresentavam expressão triste, reclusão, incapacidade de interagir e recusa a comer.

A sintomatologia e expressão facial dessas crianças lembravam muito que se verificava com adultos que sofrem depressão. Em razão do sistema psíquico incompleto da criança e dos fatores etiológicos específicos que produzem essa síndrome, era necessário distingui-la do conceito nosológico de depressão em adultos. Portanto, denominei esta síndrome de “depressão anaclítica”. (SPITZ, 1979, p. 237)

John Bowlby também estudou sobre as reações da criança a uma separação materna e notou que a idade mais sensível situa-se entre 5 meses a 3 anos, quando se observou, que em seguida a uma separação, a criança apresenta as seguintes seqüências de comportamento: uma fase de protesto por ocasião da separação que se atenua após dois a três dias, uma fase de desespero na qual a criança recusa a comer, ser vestida e não pede nada às pessoas que estão a sua volta e finalmente uma fase de desligamento, na qual recusa a presença de outras pessoas. Desta forma, descobriu que crianças entre seis meses e três anos de idade exibiam reclusão, uma expressa tristeza, murmúrios e uma recusa a comer quando separadas de suas mães. As respostas de bebês e crianças pequenas experienciadas até mesmo num estágio muito precoce de desenvolvimento cognitivo podem resultar em episódios parecidos com depressão.

### *3.5.8 Distinção entre um estado de sofrimento e a referencia à posição depressiva*

Trabalhos mais recentes de autores como Sandler e Joffe citados em Ajuriaguerra e Marcelli (1986) destacam que a resposta depressiva constitui uma reação afetiva de base que representa uma das possíveis respostas a um estado de sofrimento. Mas ela não deve ser confundida com o sofrimento patológico, apesar de poder ser desenvolvido em quadro clínico



de depressão, dependendo da forma como à criança vivência. Há, portanto, a concordância de que a reação depressiva traduz a perda de um estado de bem-estar anterior no qual está incluída a relação do objeto que satisfaz e a perda do objeto, que provoca uma alteração concomitante deste estado de sofrimento, tendendo a tornar-se contínuo e patológico.

### **3.6 Teorias comportamentais da depressão**

As teorias comportamentais da depressão se concentram no papel do aprendizado na compreensão da diligência humana. Acredita-se haver motivos, necessidades e impulsos desconhecidos que influenciam o comportamento. Os psicólogos comportamentais afirmam que não é necessário estabelecer os processos desconhecidos, como impulsos e motivos, para descobrir e modificar o comportamento. Conforme cita Miller (2003) há basicamente três explicações diferentes da psicologia comportamental para a depressão infantil. Estas são o condicionamento clássico, o condicionamento operante e a teoria do aprendizado social.

O condicionamento clássico é o tipo original de psicologia comportamental, no qual o ser humano aprende sobre o ambiente ao esperar passivamente e responder àquilo que as circunstâncias oferecem. Segundo este condicionamento, uma criança pode demonstrar depressão como resultado de ambigüidade e inconsistência na forma como recompensas e punições são oferecidas. Muitas vezes essas crianças ficam deprimidas e necessitam de afeto, mas temem aproximar-se de seus pais.

No condicionamento operante o indivíduo age em seus ambientes e, ao fazê-lo, aprendem quais são os resultados disponíveis para ele. Dessa forma, surge a importância do contato social, no qual a criança pode receber reconhecimento e o apoio dos outros. A depressão ocorre quando a criança não consegue descobrir uma forma de ter a aceitação e a atenção daqueles com quem deseja interagir. Nesta situação, as crianças costumam obter pouca ou nenhuma aceitação de que necessitam, tornando-se propícia a depressão. Do ponto de vista deste condicionamento, por mais que tente, ela não consegue encontrar a chave para receber a recompensa e acaba desistindo, e como consequência, se deprime.

E por último, na teoria do aprendizado social o comportamento, incluindo a depressão, pode ser compreendido ao observarem-se as interações entre as pessoas e o ambiente. Para a

teoria do aprendizado social, a depressão infantil pode ser o resultado da observação de formas ineficientes utilizadas por outros, inclusive pais e amigos, para lidar com as dificuldades da vida. As pessoas que lhe servem de modelo tratam os problemas de forma inadequada. A divergência entre a experiência vivida e a forma incorreta adotada por alguns, pode levar as crianças à depressão.

### **3.7 Teoria cognitiva da depressão**

Uma perspectiva importante sobre a depressão infantil é a teoria cognitiva, segundo a qual, grande parte da realidade é construída por pensamentos e pelo modo como se acredita que sejam as coisas. Ou seja, como se pensa e o que se pensa determina o que se sente, que por sua vez determina o que se faz. Dessa forma, a teoria afirma que é o ser que constrói sua própria realidade.

Diversos psicólogos cognitivos examinaram processos cognitivos específicos diretamente relevantes para a depressão infantil, incluindo Albert Ellis, Aaron Beck, Donald Meichenbaum e Martin Seligman (Miller, 2003).

Na década de 1950, Albert Ellis desenvolveu a teoria emotiva racional, uma abordagem para o tratamento da depressão e ansiedade desenvolvida para livrar um indivíduo desses distúrbios ao combater essas idéias irracionais e derrotistas, enfatizando o papel da cognição no comportamento. Ao contrário de seus colegas da psicologia comportamental, que viam as ações humanas em termos de comportamentos, recompensas e punições, estes psicólogos introduziu o conceito de que os comportamentos humanos eram, em grande parte, resultado de como interpretamos os acontecimentos. Obviamente a interpretação do acontecimento por parte de cada pessoa era parcial, baseada no estado mental e retrospecto de cada um. Desta forma, a questão não é o acontecimento ao qual respondemos, mas nossa interpretação do mesmo, afirmando que há uma relação direta e clara entre o raciocínio, sentimentos e comportamentos. Se há raciocínio depressivo, a criança fica deprimida, e se comportará como pessoa deprimida. Por sua vez, o autor acredita que ao modificar uma dessas três funções principais da vida (raciocínio, sentimento ou comportamento), é inevitável que as outras duas também mudem. Para Ellis é preciso atacar o raciocínio. Ele aponta que as

peças têm uma predisposição natural para pensar sobre si e sobre o mundo de forma saudável e racional, mas as instituições sociais, como família, a escola e a mídia, bombardeiam a criança com conceitos irracionais e derrotistas.

Em seguida Aaron Beck estudou o papel da cognição na causa da depressão, Argumentando que a depressão é o resultado de ver a si mesmo, o futuro e o mundo de uma forma tão negativa, que foge da realidade. Essa visão é denominada pelos estudiosos como tríade negativa (eles mesmos, o mundo, futuro). Pessoas deprimidas se vêm como desmerecedoras, incapazes e indesejáveis. Elas vêm o mundo em termos igualmente negativos e não esperam que ele melhore de alguma forma. Beck descreveu os erros comuns no mundo segundo a visão que as pessoas deprimidas processam as informações, isto é, falhas na lógica de pessoas deprimidas. Acredita-se que esses equívocos de lógica sejam as justificativas para as pessoas suscetíveis à depressão terem uma tendência a ver tudo de forma extremada, negativa, categórica ou crítica (MILLER, 2003, p. 79).

Donald Meichenbaum recebeu o crédito pelo desenvolvimento da modificação cognitiva do comportamento, uma combinação de abordagens cognitivas e comportamentais para compreender e tratar a depressão. A modificação cognitiva do comportamento utiliza técnicas comportamentais para alterar o raciocínio depressogênico (causador de depressão). Meichenbaum acredita que a depressão é causada basicamente pela “consideração negativa sobre si mesmo”, interpretação errônea dos acontecimentos e um raciocínio deturpado ou irracional. Ele utiliza a abordagem comportamental para modificar o raciocínio do indivíduo deprimido.

Além disso, uma pessoa que contribuiu recentemente para a compreensão cognitiva da depressão é Martin Seligman, que apresenta o conceito de desamparo aprendido. Ele desenvolveu uma continuação de seu raciocínio, conhecida como otimismo aprendido. De acordo com o estudioso, a depressão é o resultado de formas específicas do indivíduo reagir a contratempos. Sua teoria se concentra naquilo que o indivíduo considera ser a razão do contratempo, isto é, o que a pessoa vê como sendo a causa de seu fracasso. Isso determina se a pessoa sofrerá de depressão, dando importância a três dimensões explicativa. Na Primeira, a causa pode ser algo relacionado à pessoa (explicação interior). Na Segunda, a causa pode ser um fator que persistirá ao longo do tempo (explicação estável) ou um acontecimento transitório (explicação instável). Finalmente, a causa pode influenciar diversos resultados (explicação global) ou pode se restringir ao acontecimento que está sendo interpretado

(explicação específica). Se uma criança cria uma explicação interior para um acontecimento ruim (“*fui mal na prova porque sou burro*”), ela aumenta o risco de prejudicar sua auto-estima<sup>12</sup>. O autor ensina como ajudar por meio de abordagens específicas desenvolvidas para transformar pessimistas em otimistas por meio do enfrentamento do raciocínio negativo.

---

<sup>12</sup> Se a criança usa explicações exteriores para o mesmo acontecimento (“fui mal na prova porque meu professor não sabe fazer provas”), a auto-estima da criança pode permanecer intacta. Explicações estáveis (“fui mal na prova porque sempre fui burro”) levam a atribuições mais crônicas e inalteráveis do que explicações instáveis (“fui mal na prova porque não estendeu”). Explicações globais (“fui mal na prova porque não sei fazer nada direito”) levam a uma sensação mais disseminada de incompetência do que explicações específicas (“tenho dificuldades com contas grandes de divisão”).

## CAPÍTULO IV

### FATORES EMOCIONAIS QUE PODEM OCORRER COM A DEPRESSÃO

Infelizmente, em crianças há uma tendência de ocorrerem vários problemas emocionais ao mesmo tempo. De modo geral, 40% a 70% das crianças e adolescentes com depressão sofrem de outros problemas emocionais diagnosticáveis. Entre 20% e 50% experienciam dois ou mais distúrbios psiquiátricos além da depressão. Comorbidade<sup>13</sup> é o termo usado para descrever a ocorrência de mais de um distúrbio ao mesmo tempo num indivíduo.

A classe de problemas emocionais comórbidos que ocorre com mais frequência são os distúrbios de ansiedade. Dentre estes, o problema comórbido mais comum é a ansiedade da separação. A segunda classe mais frequente de distúrbios comórbidos com a depressão é a dos distúrbios de alteração. Deste, o mais comum é o distúrbio de conduta. Outro distúrbio comórbido comum em adolescentes é a dependência química. Sem complicar muita a questão, é importante observar que um distúrbio distímico é considerado uma condição comórbida quando ocorre durante uma depressão grave. Isso ocorre porque há critérios diferentes para cada distúrbio.

Uma forma de entender porque tanta criança experienciam mais de um distúrbio emocional é relacionar esse fato ao desenvolvimento de sua personalidade. As crianças estão se desenvolvendo de várias formas, incluindo o desenvolvimento cerebral, físico e de personalidade. A personalidade de uma criança não se forma completamente até um momento muito posterior a seu desenvolvimento, como o final da adolescência e o começo da idade adulta. Dessa forma, nenhum dos distúrbios comórbidos engloba todos os aspectos da diátese. Embora muitos dos distúrbios de interiorização e alguns distúrbios de exteriorização compartilhem uma mesma base biológica, experienciar continuamente estressores ao longo do período de desenvolvimento define em parte quais serão os problemas emocionais proeminentes no futuro.

---

<sup>13</sup> O termo comorbidade será usado neste capítulo para descrever distúrbios que ocorrem em crianças simultaneamente à depressão. As descrições desses problemas emocionais foram adaptadas do Manual de Diagnóstico e Estatística dos Distúrbios Mentais (DSM-IV). MILLER, 2003, p. 83.

#### **4.1 O impacto da comorbidade**

Além de complicar o tratamento, a comorbidade é um indicador de diversos resultados clínicos desfavoráveis. As crianças com problemas comórbidos têm um risco maior de recaída para um episódio de depressão grave. Além disso, essas crianças tendem a sofrer de episódios depressivos mais longos. Enquanto um episódio depressivo típico para uma criança pode durar de nove a doze meses, em casos de comorbidade o ciclo de episódios pode durar até dois anos. Crianças e adolescentes com distúrbios comórbidos, como ansiedade e distúrbio de conduta, podem correr um risco maior de dependência química, suicídio, dificuldade das habilidades sociais em comparação a crianças que sofrem apenas de depressão. Atualmente sabe-se que a probabilidade de transtornos comórbidos aumenta com a severidade do quadro depressivo, assim como a sua presença costuma indicar uma evolução mais grave e um prognóstico pobre.

#### **4.2 Distúrbios de ansiedade**

Distúrbios de ansiedade incluem o distúrbio de ansiedade da separação, o distúrbio do pânico, fobias, o distúrbio obsessivo-compulsivo e o distúrbio de ansiedade generalizada (DAG), os quais podem ser comórbidos com a depressão. O distúrbio comórbido de ansiedade mais comum em crianças é o distúrbio de ansiedade da separação, visto em aproximadamente 36% das crianças com depressão. A afetividade negativa, descrita no subitem 2.2.3.7, é um tipo específico de combinação de distúrbio depressivo e de ansiedade, diagnosticado principalmente por meio de testes de personalidade e informações sobre o histórico de como os pais criaram o filho; ela é considerada uma forma separada de depressão e, portanto, não se inclui nos distúrbios de ansiedade. Os distúrbios comórbidos de ansiedade podem ser diagnosticados isoladamente, sendo esta uma distinção sutil, mas importante para quem conduz pesquisas sobre a depressão.

Pessoas com distúrbios de ansiedade demonstram sintomas motores, fisiológicos e cognitivos. Assim como na depressão, cada tipo de distúrbio de ansiedade apresenta níveis

maiores ou menores de cada tipo de sintoma. Miller (2003, p. 85) aponta os sintomas da ansiedade:

- Sintomas motores – tremer, roer as unhas, chupar o dedo, gaguejar, forçar a mandíbula e evitar os outros;
- Sintomas fisiológicos – batimentos cardíacos acelerados, sudorese, mudança na tensão muscular, respiração aumentada, falta de ar, náusea, vômito, dor de estômago e urinar freqüentemente;
- Sintoma cognitivo – sentir-se amedrontado, esperar por perigos, sensação de ser inadequado ou incompetente ou visões de lesão corporal.

Quando apresentam sintomas somáticos, especificamente nesse caso, os mais comuns são delírios ou tonturas, enjôos e dor nas costas. Outros sintomas comuns incluem dor de estômago, vômito e problemas menstruais.

É importante reconhecer que as crianças e os adolescentes sofrem de uma grande variedade de medos e ansiedades. As pesquisas demonstram que as crianças vivenciam em média até dez medos ou preocupações excessivas ao mesmo tempo. Além disso, a natureza dessas preocupações muda ao longo do desenvolvimento.

#### *4.2.1 Distúrbio de ansiedade da separação*

A ansiedade da separação é diagnosticada quando uma criança experiencia uma ansiedade maior do que a esperada quando se separa da pessoa com quem possui um vínculo. Conforme explica Miller (2003, p. 87), sintomas típicos vistos na ansiedade da separação incluem:

- Angústia excessiva quando os pais vão embora ou há uma expectativa de que isso ocorra;
- Preocupação quanto ao ferimento ou à morte de pessoas com quem se possui vínculo;
- Preocupação quanto a ser seqüestrado ou perder-se;
- Relutância ou recusa em ir à escola;

- Medo de ficar em casa sem os pais;
- Relutância ou recusa de dormir sem os pais por perto;
- Pesadelos sobre a separação dos pais;
- Reclamações físicas frequentes quando se está longe dos pais.

O fator fundamental nesse caso é determinar o que é ansiedade normal para a fase de desenvolvimento.

#### *4.2.2 Distúrbio do pânico*

O distúrbio do pânico é uma forma de ansiedade com claros sintomas motores e físicos, conhecidos como ataque de pânico e que podem durar de minutos a horas. O pânico se diferencia dos outros tipos de ansiedade porque seu início é repentino. Ataques de pânico são caracterizados por vários sintomas, incluindo: batimentos cardíacos acelerados; transpiração; tremor ou agitação; sensação de falta de ar ou asfixia; sensação de engasgar; dores ou desconforto no peito; náusea ou mal-estar abdominal; sensação de tontura, hesitação, delírios ou abatimento; perda da noção de realidade (sensação de irrealismo) ou da personalidade (desligar-se de si mesmo); medo de perder o controle ou enlouquecer; medo de morrer; sensação de dormência ou formigamento; calafrios ou ondas de calor. Além disso, após os ataques de pânico essas crianças são atormentadas por: preocupação persistente de sofrer outros ataques; preocupação sobre as implicações do ataque ou suas conseqüências e mudanças significativas no comportamento, relacionadas aos ataques.

Um resultado do pânico, que pode ser ressaltado, é que algumas crianças começam a evitar situações que estejam associadas a ataques de pânico, incluindo a escola ou outros locais públicos.

#### *4.2.3 Fobias*

Fobias incluem medo de coisa ou situações específicas, como medo de cobras ou altura e também medo de contato social e representam um sintoma comórbido frequente da



depressão, particularmente em crianças com habilidades sociais comprometidas e sensações extremas de inutilidade.

A fobia social é caracterizada por um medo significativo e persistente de uma ou mais situações sociais ou de desempenho em que a criança seja exposta a pessoas desconhecidas ou a uma possível avaliação por parte dos outros.

Para crianças com fobia social, a exposição à situação social temida quase invariavelmente provoca ansiedade, que pode assumir a forma de um ataque de pânico ligado a uma situação. Diferentemente dos adultos com fobia social, que reconhecem que seu medo é excessivo ou injustificável, as crianças os podem ver como bastante razoáveis. Em razão dos seus medos, as crianças podem evitar essas situações ou suportá-las sofrendo de uma grande aflição. Compreende-se que evitar ou antecipar ansiosamente as situações temidas ou afligir-se com elas interfere significativamente no desempenho de uma pessoa.

#### *4.2.4 Distúrbio obsessivo-compulsivo*

Crianças que desenvolvem distúrbio obsessivo-compulsivo (DOC) podem sofrer de obsessão, compulsão ou ambos. Obsessões são pensamentos, impulsos ou imagens recorrentes e persistentes que se introduzem no indivíduo e causam uma ansiedade ou aflição visível. Esses pensamentos, impulsos e imagens não são apenas preocupações excessivas sobre problemas da vida real. Na verdade, muitas vezes eles são pensamentos irracionais e contrários à realidade. Para lidar com esses pensamentos que a aborrecem, a criança tenta ignorá-los, suprimi-los ou ainda neutralizá-los com algum outro pensamento ou ação.

Compulsões são comportamentos repetitivos, como lavar as mãos, ordenar ou organizar as coisas e fazer checagens repetitivas, ou ainda ações mentais, como rezar, contar ou repetir palavras silenciosamente. A criança compulsiva sente-se levada a realizar isso em resposta a uma obsessão, às vezes de acordo com regras rigidamente aplicadas. Muitas vezes os comportamentos compulsivos visam à prevenção ou redução da aflição e a tentativa de evitar um acontecimento ou uma situação temida. Normalmente, uma criança com distúrbio obsessivo-compulsivo reconhece que esses pensamentos e comportamentos são excessivos e injustificáveis. Além disso, a criança vivencia um grande desgaste, pois os pensamentos e

comportamentos consomem seu tempo, às vezes exigindo mais de uma hora por dia e interferindo significativamente na rotina, desempenho acadêmico e atividades sociais.

Crianças com depressão e distúrbio obsessivo-compulsivo registram uma repetição ou insistência em pensamentos autodepreciativos, assim como incapacidade para deixar de lado uma situação embaraçosa.

Outro padrão obsessivo-compulsivo visto em crianças com depressão comórbida e DOC é conhecido como *folie du doute* ou mania de dúvida. Crianças com mania de dúvida vão conferir diversas vezes se as portas estão fechadas, se colocaram a lição de casa em suas mochilas ou se cometeram um erro. Isto é, elas duvidam que fizeram tudo corretamente quando na verdade fizeram. Esse é um sinal flagrante de distúrbio obsessivo-compulsivo que é notado facilmente.

#### 4.2.5 *Distúrbio de ansiedade generalizada (DAG)*

O distúrbio de ansiedade generalizada é um termo clínico associado à ansiedade geral ou não específica. Ao contrário de crianças com fobias específicas, crianças com o distúrbio de ansiedade generalizada se preocupam com uma grande variedade de acontecimentos ou atividades, como desempenho acadêmico, aparência física e interações sociais. Crianças com DAG muitas vezes ficam tensas ou nervosas. Algumas podem precisar de muito apoio, sendo que as preocupações podem interferir em suas atividades. Um ponto importante para o diagnóstico é saber o que é uma ansiedade normal para uma determinada fase do desenvolvimento de uma criança. Além de ter dificuldade para controlar as preocupações, uma criança com distúrbio de ansiedade generalizada pode sofrer de:

- Inquietação ou sensação de estar agitada ou no limite;
- Propensão para dificuldade de concentração;
- Irritabilidade;
- Tensão muscular;
- Reclamações físicas frequentes;

- Problemas de sono (dificuldade para adormecer ou continuar dormindo ou sono agitado e que não o satisfaz).

### **4.3 Distúrbios de alteração**

Distúrbios de alteração é a segunda condição psiquiátrica comórbida mais freqüente que acompanha a depressão. Eles foram descritos como distúrbios de exteriorização porque o problema comportamental se expressa externamente; por essa razão, o termo “expressar-se” também é utilizado para descrever o comportamento das crianças diagnosticadas com distúrbios de alteração. Estimativas da freqüência de comorbidade com depressão variam de 10% a 80%. Crianças deprimidas estão freqüentemente irritadas, muitas vezes acreditam que não há razão para viver, têm pouca habilidade para controlar suas reações emocionais e não costumam ter capacidade para lidar com problemas.

A irritabilidade pode levar a criança a ter desde uma simples recusa ou desrespeito indicativo de um distúrbio opositorista-desafiador, até atos de extrema violência contra os outros devido à sua frustração, indicando o distúrbio de conduta. Crianças que se sentem desamparadas e sem motivos para viver freqüentemente não levam em consideração as conseqüências de seus atos em relação a si mesmas (assumir riscos) ou aos outros (desrespeitar os direitos dos outros). A incapacidade de controlar as emoções pode resultar em atos impulsivos, visto no transtorno de déficit de atenção/hiperatividade e pode resultar em atos violentos contra os outros, como visto em distúrbios de conduta. Finalmente, as incapacidades de lidar com problemas levam aos sentimentos de desamparo e frustração. Nesses momentos, atos de delinqüência e agressividade é o último recurso para algumas crianças deprimidas.

O outro caso é quando uma criança anti-social ou com distúrbio de conduta fica deprimida. A depressão em uma criança que antes apresenta um comportamento criminoso ou anti-social é bastante comum. Normalmente há apenas alguns sintomas da depressão, sendo que a criança só vai expressá-los quando for apanhada, de modo que não possa agir de forma criminoso. Em outros momentos, crianças com comportamentos alterados não recebem muito apoio de seu ambiente e podem experienciar sintomas de depressão.

O melhor exemplo desse fenômeno são os jovens presos. Em quase todos os casos eles demonstraram alguns sinais de depressão por causa de sua prisão. Em muitos casos, a depressão é somente um sintoma secundário do distúrbio de conduta ou do comportamento anti-social.

#### **4.4 Distúrbio oposicionista-desafiador**

Crianças com distúrbio oposicionista-desafiador (DOD) demonstram um padrão de comportamento negativo, hostil e desafiador. Conforme aponta Miller (2003, p. 95), os sintomas incluem:

- Perder o controle;
- Discutir freqüentemente com adultos;
- Freqüentemente desafiar de forma ativa ou recusar-se a atender aos pedidos ou às regras dos adultos;
- Perturbar deliberadamente uma pessoa;
- Culpar freqüentemente os outros por seus erros ou comportamentos errados;
- Freqüentemente estar sensível ou ser irritado facilmente pelos outros;
- Estar muitas vezes bravo ou ressentido;
- Ser muitas vezes cruel ou vingativo.

O distúrbio oposicionista-desafiador costuma surgir num período do desenvolvimento anterior ao de seu companheiro mais virulento, o distúrbio de conduta. Muitas crianças pequenas com DOD, e que não são tratadas, eventualmente desenvolvem o distúrbio de comportamento. Quanto mais cedo é o início do DOD, maior a probabilidade de uma pessoa desenvolver posteriormente o distúrbio de conduta e ser diagnosticada como um distúrbio anti-social de personalidade na idade adulta.

#### **4.5 Distúrbio de conduta: comportamento repetitivo, destruição de propriedade e tendência à enganação.**

Crianças com distúrbio de conduta assumem um comportamento repetitivo em que os direitos básicos dos outros e/ou importantes normas ou regras sociais apropriadas para a idade são desrespeitadas. Elas são caracteristicamente agressivas em relação às pessoas ou aos animais, podendo provocar, ameaçar ou intimidar os outros; gerando brigas, usando armas que podem ferir gravemente (como um bastão, um tijolo, uma garrafa quebrada, uma faca ou mesmo uma arma); roubando enquanto se confrontam a vítima ou forçando alguém a ter relações sexuais com elas.

Outro comportamento característico da criança com distúrbio de comportamento é a destruição de propriedade. Muitas vezes, elas ateam fogo deliberadamente com a intenção de causar grandes danos ou destruir intencionalmente a propriedade alheia. Uma terceira característica dessas crianças é sua tendência à enganação e ao roubo. São comuns elas entrarem na casa, no apartamento ou no carro de alguém; mentir ou “iludir” os outros para obter bens, favores ou evitar obrigações e roubar itens valiosos sem confrontar a vítima (furto em lojas ou falsificação). Elas também cometem violações graves de regras, como sair à noite apesar da proibição dos pais, fugirem de casa, passar a noite fora ou faltar às aulas.

Obviamente, distúrbios de conduta causam prejuízos clinicamente significativos ao funcionamento familiar, social e acadêmico. Além disso, o prognóstico para crianças com distúrbio de conduta não é encorajador. Quanto mais cedo começarem os sintomas, pior o prognóstico e maior a probabilidade de a criança vir a ser presa quando adulta ou experienciar uma adaptação ocupacional prejudicada, problemas no casamento ou alienação social. A intervenção não é só individual, inclui-se a família também.

#### **4.6 Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade**

As principais características do transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH) são a desatenção, a hiperatividade e a impulsividade. Embora muitas crianças possam demonstrar alguns desses sintomas num determinado dia, a criança com TDAH

demonstrará consistentemente muitos ou a maioria deles antes dos sete anos de idade, em um grau que indica má adaptação e inconsistência com seu nível mental em mais de uma situação. Os principais sintomas do TDAH são (MILLER, 2003, p. 97):

- Desatenção – dificuldade em manterem-se atentas: para organizarem tarefas e atividades, mas facilidade para distraírem-se por acontecimentos no ambiente ou esquecerem com frequência das atividades cotidianas;
- Hiperatividade – muitas vezes ficam mexendo as mãos ou os pés. Estão frequentemente “de saída” ou agem como se “estivessem sempre a mil” ou muitas vezes falam excessivamente.
- Impulsividade – adiantam as respostas antes das perguntas serem terminadas, muitas vezes têm dificuldades para esperarem sua vez, interrompem os outros ou intrometem-se frequentemente com eles.

Alguns dos sintomas da depressão realmente ocorrem como resultado do TDAH, pois as crianças com esse distúrbio muitas vezes têm problemas sociais e fracassos acadêmicos, levando a um sentimento de que não se vale nada.

#### **4.7 Distúrbios relacionados a substâncias químicas**

Distúrbios relacionados a substâncias químicas incluem uso excessivo ou dependência de álcool ou outras drogas. Os tipos de droga que costumam ser usados excessivamente por crianças e que causam dependência incluem anfetaminas, como *speed*, pílulas para dieta, *crack* ou cocaína; cafeína; maconha, alucinógenos como LSD ou PCP, inalantes como *spray*, cola e gasolina; nicotina, heroína e sedativos.

Hoje as crianças podem começar a usar excessivamente o álcool e as drogas entre os oito e os dez anos. Para crianças deprimidas, o uso de drogas pode começar como um mecanismo para lidar com problemas, uma técnica de fuga ou um método de “automedicação”. O uso leva ao abuso, enquanto este leva à dependência.

#### 4.8 Suicídio na infância

Conforme define Capitão (2007), o suicídio é o ato de tirar a própria vida. Ele, normalmente, ocorre após muita reflexão. Não é a primeira coisa que a criança tenta fazer para se livrar da dor e, portanto não há oportunidade para evitá-lo. Compreender a mente de uma criança é saber o que se deve fazer quando chegar os sinais de aviso e assim evitar o suicídio. O suicídio nem sempre pode ser evitado e, caso ocorra, não deve haver culpa na família ou no profissional. No final é uma decisão individual, seja ela racional ou não.

Naturalmente a criança não tem experiência em muitos aspectos devido a sua idade. Elas também podem ter capacidade suficiente para lidar com as experiências ou sentimentos. Para as crianças deprimidas, as capacidades adquiridas para lidar com certas circunstâncias podem nunca se desenvolver, apesar do empenho dos pais. Crianças que sofrem de problemas emocionais parecem não ter sensibilidade ou motivação para aprender mecanismo. Por exemplo: se uma criança não deprimida for criticada quanto a sua capacidade de jogar basquete, provavelmente ela vai se lembrar de que não joga mal. Ou ela pode dizer a si mesma que estar apenas aprendendo, portanto ela obviamente não joga muito bem. Essa é uma habilidade cognitiva ou racional para lidar com determinados problemas que a maioria das pessoas adquire naturalmente. No entanto, a criança deprimida pode simplesmente concordar com a pessoa que fez a avaliação grosseira. Como a capacidade para lidar com determinados problemas fica muito comprometida, a criança pode começar a se sentir inútil, sendo a morte a solução inadequada encontrada por ela como uma forma de lidar com tais sentimentos.

Escolher a morte nesse ponto não se baseia numa compreensão objetiva das conseqüências do suicídio. As crianças que querem morrer não vêem as coisas desse modo. A criança que decidiu que a morte é o caminho mais fácil não pensa sobre o futuro: ela apenas pensa no agora - e o agora não lhe parece muito bom. A criança começa a apresentar sinais de que não quer enfrentar esses aspectos da vida. Ainda mais importante, a criança associa diretamente a esse comportamento à afirmação de que deseja morrer. As afirmações podem ocorrer na forma de piadas ou a criança pode rir delas. Ela pode escrever um bilhete ou poema que apresenta imagens de morte, falta de futuro ou sentimento de desamparo.

Conforme relata Miller (2003) o desejo de morrer é um estágio inicial do processo para que se tenha o desejo de se cometer um suicídio, mas, ainda está a muitos passos de distância de si. Quando mais cedo esses forem detectados e houver uma resposta por parte de um adulto que se preocupe com a criança, melhor será o resultado. Após o desejo de morrer, a criança pode começar a comportar-se de forma considerada suicida, especialmente ela pode apresentar um comportamento arriscado e, em casos mais graves, um plano de como morrer.

O comportamento arriscado pode ser detectado nas palavras ou ações de uma criança. Mas quando se trata do próprio filho, às vezes não é óbvio. É de fundamental importância que os profissionais que trabalham com criança tenham a noção do desenvolvimento de morte infantil para poder abordar as tentativas de suicídio. No entanto, ao estudar este conceito pode chegar até a negar que haja suicídio na infância, porém, a evolução deste conceito não depende unicamente da idade, mas sim das situações que envolvam dor psíquica, como um quadro de depressão na infância.

#### *4.8.1 Prevalência de suicídio na infância*

A ocorrência de suicídio na infância é bem mais comum do que se imagina, apesar de ser um dado pouco divulgado. No entanto, a tentativa de suicídio será até 10 vezes mais frequentes em países de primeiro mundo do que em países em desenvolvimento como é o caso do Brasil. Não se tem uma precisão da dimensão, mas, um trabalho de campo feito na cidade de Campinas, realizado por Cassorla em 1982, citado em sua obra em 1991 chegou à estimar 150 tentativas de suicídio em jovens para cada 100.000 hab/ano. Além disso, outro estudo realizado por Pontes em 1992 na cidade de Fortaleza-CE levantado os casos de suicídios, chegou a dar uma taxa igual a países desenvolvidos, demonstrando que nem sempre os médicos colocam claramente nos atestados de óbito a causa da morte de crianças. Desta forma, a incidência de suicídio em alguns países, mais do que triplicou desde a década de 1960. Entre as crianças de dez a catorze anos, o suicídio é a quarta causa mais comum de morte, atrás são os ferimentos não-intencionais, o câncer e homicídios.

Em relação à prevalência de sexo os garotos se suicidam de fato com uma frequência 5,5 vezes maior do que as garotas, embora elas tentem se suicidar com mais frequência. Isso



se dar ao fato dos garotos usarem métodos mais rápidos e letais, sendo que dois terços dos suicídios foram realizados com armas de fogo. Segundo método mais comum é enforcamento e na terceira posição está o envenenamento ou overdose. Quando as crianças muito pequenas se suicidam, elas costumam pular de prédios (MILLER, 2003).

A psiquiatra Friedrich (1995) em sua tese 1989 aborda o tema na faixa etária de 4 até no máximo 14 anos de idade, na qual o pensamento não possui uma abstração em nível de entender o sentido da morte. Nestes estudos a autora descreveu que o método mais usado pelas crianças de mais de 7 anos de idade foi à ingestão de medicamentos. Os menores associaram a idéia de morte com violência e procuram precipitações de lugares altos, facas, etc.

Parece ser muito forte a noção de uma criança se matar, porém, alguns estudos demonstram ocorrências de situações desta origem. Um destes estudos destaca-se no trabalho desenvolvido Dias (1991), no qual foi realizada uma pesquisa baseada em bilhetes deixados por crianças que realizaram o ato suicida e entrevistas com seus familiares, destacando-se que na maioria das vezes a família esconde o fato, a criança não sinalizou a intenção suicida e muitas vezes os profissionais tendem a negar pelo impacto que sofrem.

## **CAPÍTULO V**

### **CLÍNICA PSICANALÍTICA INFANTIL E TRATAMENTO DA DEPRESSÃO NA INFÂNCIA**

Pode ser muito complexo diagnosticar a depressão infantil, conforme foi relatado anteriormente, já que diante de um diagnóstico e ou de um tratamento inadequado à criança pode desenvolver sintomas e ter comprometimentos em diversos aspectos ao longo de sua vida. Portanto, um tratamento coerente com base em um trabalho psicológico sério e, em casos extremos medicamentoso, pode reverter danos futuros. Neste capítulo, será abordado o tratamento, dando maior ênfase na psicanálise; havendo, porém, necessidade de se destacar outras formas de ajudas e respaldo para crianças com quadros depressivos.

#### **5.1 Aspectos gerais de orientação infantil**

Há diversos aspectos da orientação infantil que distinguem a experiência da orientação para adultos. Primeiro, as crianças dificilmente procuram ajuda voluntariamente ou iniciam uma orientação espontaneamente como os adultos. Somados a isso, muitas crianças não compreendem a orientação, os objetivos do tratamento e o papel que devem assumir, devido a sua imaturidade. Para elas é difícil compreender os propósitos da orientação e, conseqüentemente, conseguir “confiar” na experiência. Essa falta de compreensão poder estar vinculada ao não desenvolvimento completo de suas capacidades verbais e cognitivas. Não se pode deixar de falar também, que as crianças são muito mais dependentes e influenciadas pelo ambiente à sua volta, particularmente suas famílias, seus professores e seus amigos. E, devido a isso, é bastante comum que o terapeuta interaja com pais e professores e consulte-os ao desenvolver um planejamento amplo para a melhora da criança. É importante compreender que em princípio, essas características possam parecer limitações, mas, também podem ser vistas como oportunidades para que os profissionais trabalhem, além das crianças, os adultos na vida dessas.

Uma distinção final entre a orientação para crianças e adultos é a questão da informação confidencial e o entendimento de que a conversa entre o profissional e o cliente será privada dentro dos limites da lei. Ao contrário do aspecto confidencial limitado para um adulto, a consulta de uma criança, por ser menor de idade, normalmente não tem esse caráter confidencial. Vale ressaltar que os pais e responsáveis têm o direito de ter acesso aos registros referentes à orientação de seus filhos. No entanto, dependendo da situação a criança também tem direito a ter as suas privações pessoais, inferindo-se que o papel do terapeuta é de mediador entre a criança e sua família no objetivo de ter resultados satisfatórios no processo terapêutico e não de fazer comentários que possam quebrar a confiança da criança perante a figura do mesmo. Uma relação sincera e confiável encoraja os pais a propiciar e a apoiar mudanças para seus filhos e para si mesmos. Dessa forma, a criança é vista como cliente primário, com relações secundárias estabelecidas com seus pais.

Um objetivo primordial na orientação da criança deprimida é ajudá-la a resolver problemas emocionais, comportamentais e interpessoais que estão comprometendo sua capacidade de atuar no mundo de forma bem-sucedida. A relação de orientação fornece à criança uma base segura a partir da qual ela pode explorar o mundo e realizar mudanças. Normalmente, a orientação consiste em uma hora clínica (de 45 a 50 minutos) em um consultório particular e calmo, onde haja o mínimo de interrupções.

Ao aceitar a criança como cliente, o terapeuta concorda em ajudá-la na tentativa de aliviar sua angústia e melhorar seu funcionamento psicológico. O orientador começa desenvolvendo uma relação forte com a criança e com os pais. Nessa relação, o profissional usa técnicas que permitem a expressão, o auto-exame, à construção de novas habilidades e a promoção de melhores formas de adaptação. A partir dessa relação básica de confiança, a criança pode explorar-se, aprender e praticar novas formas de sentir, pensar e comportar-se. Ao trabalhar junto com o terapeuta, ela pode desenvolver adaptações mais saudáveis e estratégias mais eficazes para lidar com situações difíceis.

A partir de uma base de confiança com os pais e do conhecimento da relação dos mesmos com a criança, o terapeuta promove uma nova compreensão da criança, o apoio para as mudanças dela e um compromisso de examinar e mudar os próprios adultos. As técnicas terapêuticas são escolhidas para se adaptar às necessidades particulares da criança e da família. Há muitas formas de encarar o processo de orientação. Para que se tenha um “mapa”

que possa orientar, Miller (2003, p. 120) apresenta uma seqüência de seis estágios para a orientação individual com crianças.

- **Estágio 1: avaliação da criança**

Quando uma criança é encaminhada para orientação, o terapeuta avalia a razão para o encaminhamento; que muitas vezes envolve uma análise dos registros escolares e médicos da criança, assim como informações sobre a razão para o encaminhamento por parte da pessoa que iniciou esse procedimento. Além de identificar a natureza do problema, o terapeuta avalia a validade do encaminhamento. As recomendações são determinadas em parte pela natureza e gravidade do problema apresentado pela criança.

Nesse momento, o orientador esclarece o papel dos pais na orientação e como o progresso da criança lhes será apresentado ao longo do tratamento.

- **Estágio 2: estabelecimento de objetivos e planejamento de intervenções**

As informações que foram reunidas durante a avaliação proporcionam a base para compreender as necessidades da criança e os objetivos da terapia. Nesse momento, o terapeuta contempla a depressão da criança a partir de várias orientações teóricas. Essa perspectiva ampla permite que o terapeuta considere diversas hipóteses para as causas subjacentes da depressão. A partir dessas hipóteses, o terapeuta determina objetivos e intervenções para a criança. Os objetivos e métodos escolhidos precisam estar de acordo com o desenvolvimento cognitivo e emocional da criança.

Objetivos específicos para a criança podem incluir a diminuição da depressão, da raiva ou da ansiedade; melhora do conceito sobre si mesma e das habilidades interpessoais, do controle sobre o impulso e desenvolvimento de comportamentos alternativos adequados para situações que a deixem angustiada. Os objetivos podem ser desenvolvidos para ajudar a criança no ambiente escolar ou em casa.

- **Estágio 3: começo da orientação**

O principal trabalho no Estágio 3 envolve a preparação da criança para a orientação. Nesse momento, o orientador prepara a criança perguntando-lhe o que ela acha e como se sente em relação a isso. Muitas vezes a criança não compreende a experiência da orientação, de modo que o orientador precisa explicar-lhe a função, os processos e os propósitos da

orientação. É importante usar uma linguagem apropriada ao nível de desenvolvimento da criança. Prepará-la dessa forma aumenta sua compreensão, cooperação e empenho na experiência.

É importante considerar as necessidades da criança, afim de que se possa criar uma expectativa positiva, pois ela deve saber que a orientação envolve trabalho conjunto para remediar problemas que a estão aborrecendo.

Nesse estágio também se deve explicar para todas as pessoas envolvidas as orientações referentes ao caráter confidencial. Às vezes, durante o começo da fase de orientação, o terapeuta discute os limites e as regras com a criança, como tempo e duração das sessões e as regras sobre o uso de brinquedos sem se estender em regras para não a intimidar.

- **Estágio 4: trabalho com a criança e implementação do planejamento**

Um ponto fundamental da orientação é o desenvolvimento de uma relação orientador-cliente. Essa relação fornece a base para que ocorram melhoras e chegue-se aos objetivos da orientação. Para que haja progresso, deve ser construída uma base de confiança e segurança na relação de orientação. Orientadores competentes ouvem com empatia, criam uma ligação emocional ao tentar ver e sentir o mundo da criança, demonstram essa compreensão e oferecem-lhe apoio emocional. Nessa relação de confiança, a criança pode examinar sentimentos de medo e outros pensamentos para tentar encontrar novas formas de pensar, comportar-se e relacionar-se. O carinho e auxílio sinceros do orientador para com a criança ajudarão a estabelecer as condições necessárias para construir uma relação de confiança.

Enquanto se desenvolve uma relação de trabalho com a criança, o planejamento para realizar mudanças é implementado. As qualidades e habilidades usadas para construir essa relação continuam sendo relevantes ao longo da orientação. Os orientadores infantis utilizam diversas habilidades, incluindo um senso de humor equilibrado, uma exposição apropriada e relevante de si mesmos, interpretação do conteúdo apresentado pela criança para ligar os padrões e temas na vida infantil e o confronto de discrepâncias, quando necessário. Durante a fase de trabalho da orientação, o orientador usa várias técnicas para abordar e aliviar a depressão da criança. Essas técnicas variam de acordo com as necessidades da criança e a formação do orientador, mas incluem o treinamento de habilidades, o uso de revistas “journalig”, biblioterapia, brincadeiras e outras técnicas de ludoterapia.

- **Estágio 5: continuidade da orientação ou modificação do planejamento conforme o necessário**

Ao longo da orientação, uma reavaliação do planejamento original, dos objetivos e do progresso até aquele momento pode ser necessária. Muitas vezes informações novas, que não foram apresentadas na avaliação, são reveladas durante a orientação porque a criança e os pais agora se sentem mais confortáveis com o orientador. Às vezes as circunstâncias da criança se alteram ao longo da orientação, durante a qual, periodicamente se deve apresentar à criança e aos pais um relatório referente ao progresso das intervenções. Este deve ser fornecido de forma honesta, mas com sensibilidade. A intenção de apresentar esse relatório é analisar as áreas em que houve melhora e aquelas que exigem modificações no planejamento original para que se alcancem os objetivos desejados. O propósito do relatório é aumentar a probabilidade de a criança se beneficiar com a experiência.

- **Estágio 6: desenvolvimento de um planejamento para o término**

Teoricamente, a decisão de terminar a orientação deveria ser fácil. Ela deve acabar quando seus objetivos são cumpridos e o funcionamento da criança tiver melhorado e estabilizado. Na prática, a decisão de concluir a orientação raramente é simples ou planejada de forma ideal. Objetivos parcialmente alcançados, falta de cooperação por parte de pessoas importantes na vida da criança, mudança da família para outra cidade ou mudança do terapeuta para outro emprego podem interromper a orientação. Se os objetivos forem parcialmente cumpridos, um progresso suficiente pode ter sido obtido, de modo que a interação entre a criança e seus pais seja mais saudável, criando um ambiente propício para sustentar um progresso continuado. Para determinar se houve progresso na realização de objetivos, o terapeuta deve analisar os problemas restantes e os objetivos originais da terapia.

Para algumas crianças, o fim da orientação pode trazer de volta sentimentos associados com separações ou perdas anteriores, sendo este processo normal. Deve-se assegurar aos pais e às crianças que eles podem procurar o auxílio do terapeuta, caso seja necessário.

## 5.2 Clínica psicanalítica infantil

O sucesso terapêutico obtido por Sigmund Freud ao analisar uma criança de cinco anos com fobia, sendo este caso publicado em 1909, permitiu aplicar o método analítico aos transtornos em crianças. Porém, inicialmente não podia servir de modelo de técnica, pois muitas vezes era impossível para uma criança muito pequena realizar associações livres verbais. Assim, foi necessário adaptar um método analítico à mente das crianças dando origem à técnica psicanalítica infantil.

Uma das primeiras tentativas foi feita em 1921 por Hermine Von Hug Hellmuth o primeiro psicanalista infantil a introduzir o “jogo” como a primeira modificação da técnica clássica de associação livre, na qual buscou superar as dificuldades observando o jogo de seus pacientes e brincando com eles dentro de seu próprio ambiente, mas infelizmente não deixou uma verdadeira sistematização do seu método. Melanie Klein (1932) e Sophie Morgenstern (1937) publicaram em Viena os primeiros livros sobre o tema, nos quais apresentaram os estudos de contos, sonhos diurnos, jogos e desenhos, buscando o conteúdo latente oculto sobre o conteúdo manifesto. A técnica criada por Melanie Klein, descrita principalmente em seu livro *A Psicanálise de Crianças*, baseia-se na utilização de jogo e dar continuidade às investigações de Freud, nas quais a criança ao brincar, vence realidades dolorosas e domina os medos instintivos, projetando-os ao exterior nos brinquedos, sendo este mecanismo possível desde cedo devido à capacidade de simbolização e imaginação. Desta forma, foi possível substituir a técnica de associação livre verbal por desenho e brincadeiras para as crianças, por meio dos quais a mesma terá a possibilidade de fazer significações inconscientes (ABERASTURY, 1986).

Foi no ano de 1938 na Suíça que Medallaine Rampert publicou um trabalho no qual expõe uma técnica até então nova para a análise de crianças, que era jogos envolvendo marionetes de personagens do contexto familiar e relacional da criança, fazendo com que a criança evidenciasse conflitos vividos por ela e possibilitasse também a satisfação de fantasias sádicas e masoquistas que não poderiam ser liberadas na vida cotidiana. Porém, apesar de ser um método atraente, somente pode ser um modo de visualizar o problema, já que existem crianças cujas inibições impossibilitariam a sua utilização (ABERASTURY, 1986).

Depois destes ensaios aparecem dois livros de técnicas, que foram tentativas de sintetizar um método de análise de crianças. Um deles foi o de Anna Freud em 1927, denominado *O Tratamento Psicanalítico de Crianças*, que parte das dificuldades que podem ser superadas com a realização de trabalhos prévios, colocando a criança em situações de enfrentamento da análise. Esta fase inicial, tende a levar a compreensão do esforço e finalidade terapêutica, proporcionando-lhe consciência da enfermidade e desejo de modificação. Anna Freud utilizava a interpretação de sonhos e desenhos, fazendo restrições ao uso de jogos e ensinando como realizar a interpretação de sonhos durante o tratamento psicanalítico de crianças, a fim de buscar a elaboração do pequeno paciente, a quem sugere que o sonho não surge do nada e sendo assim, é necessário encontrar o motivo pelo qual sonhou. Além disso, os sonhos infantis são de interpretações mais claras do que os dos adultos, pois expressam de forma direta a realizações de desejos e, no caso de crianças maiores, podem ser interpretados sem associações livres já que os sonhos expressam na maioria das vezes acontecimentos do dia anterior (ABERASTURY, 1986).

Conforme citado por Junior (1995), Telma Reca em 1956 utiliza as técnicas de desenho para expressar os problemas psicológicos das crianças. Em 1984 Eneida B. Matazarro publicou seu livro, utilizando apenas técnicas de desenhos e estórias elaboradas. A psicoterapia do desenho é um modo de tratamento que atua através de mecanismos de identificação e projeção. Nas situações criadas o terapeuta funciona como um superego permissivo, favorecendo a emergência de conflitos.

### *5.2.1 As principais correntes da clínica psicanalítica de crianças*

O tratamento da criança na clínica psicanalítica deve ser realizado dentro de um parâmetro adequado, sendo imprescindível uma técnica que o possibilite um espaço para a criança. Desta forma, foi com as obras de Anna Freud e Melanie Klein que surgiram estas técnicas e as escolas em psicanálise de crianças, aparecendo em um primeiro momento diferenças fundamentais na perceptiva de abordar a transferência, envolvendo diferentes conceitos teóricos sobre a formação do ego e superego, o complexo de Édipo e relação de objeto (ABERASTURY, 1986).



### 5.2.1.1 Anna Freud

Anna considera que a criança não tem capacidade de transferência, sendo, portanto necessário um trabalho prévio não analítico com a finalidade de prepará-las para o tratamento, no qual se preocupa em criar um vínculo suficientemente forte e positivo para assegurar a continuidade do tratamento. Para a estudiosa, na criança não se pode falar de neurose de transferência, embora se estabeleça entre ela e o analista uma relação na qual se expressa muitas situações vividas com os pais, sendo o analista um novo personagem com toda a possibilidade de compartilhar com os pais o amor e ódio da criança, apesar desta não se sentir levada a colocá-lo imediatamente no lugar dos pais, pois a comparação com o objeto primitivo não oferece todas as vantagens que encontra o adulto quando pode trocar seus objetos da fantasia por uma pessoa real. Desta forma, a capacidade de transferência não é essencialmente espontânea na criança. Embora se evidencie reações de transferências positivas e negativas, a criança não faz a verdadeira neurose de transferência, em parte pelas condições inerentes a criança e em parte pelas condições que obrigam o analista a realizar um trabalho educativo (pedagógico). Ou seja, a criança não pode fazer a segunda edição antes de esgotar a primeira e o analista deve ser educador, pois o superego da criança ainda depende de objetos externos que o originou e não é maduro (ABERASTURY, 1986).

### 5.2.1.2 Melaine Klein

A partir de seus estudos com crianças, Klein fundamentou a psicanálise infantil, que até hoje permanece a mesma, com pequenas contribuições de outros autores. Klein também contribuiu para o melhor entendimento do psiquismo de recém nascidos, ampliando o campo de atuação da psicanálise, permitindo o tratamento de psicóticos.

Para a psicanalista, o transtorno psicanalítico de crianças gira em torno de dois eixos centrais: a fantasia inconsciente e a transferência (positiva e negativa). Desta forma, ao contrário de Anna Freud a estudiosa pensa que a transferência é espontânea na criança e deve ser interpretada tanto positivamente como negativamente desde o primeiro momento, não

devendo ser o analista um educador e não sendo a psicanálise de crianças uma pedagogia, mas uma clínica com foco na criança (VOLNOVICH, 1991).

A ansiedade da criança é muito intensa e é esta pressão que proporciona o funcionamento da compulsão e da repetição, mecanismo estudado por Freud na dinâmica de transferência e no impulso de brincar, conduzindo a simbolização e personificações, as quais reedita suas primeiras relações de objetos, a formação do superego e a adaptação à realidade, que se expressam em seus jogos e podem ser interpretados. Desta forma, a mesma ansiedade que leva as divisões de imagens, revive-se na análise; porém, quando o desenvolvimento normal diminui a divisão entre objetos perseguidores e idealizados pode estabelecer objetos bons no mundo interno, melhorando as relações com o mundo externo é este processo que conduz à cura (ABERASTURY, 1986).

### *5.2.2 Tratamento psicanalítico com crianças*

Ao se iniciar um trabalho psicanalítico com a criança é necessário uma entrevista prévia com os pais e de preferência, de forma que pai e mãe sejam ouvidos separadamente. O intuito desta fase inicial é coletar dados básicos que possibilitam conhecer a criança, tais como o motivo da consulta, a história da criança, o transcorrimento de um dia de sua vida atual, a relação dos pais e a relação com a criança (ABERASTURY, 1986).

Conforme Volnovich (1991), o tratamento psicanalítico com crianças tem particularidades que consiste na impossibilidade de ser realizado ou relatado a partir de uma distância. Pelo contrário, o tratamento envolve o próprio psicanalista e a família da criança. Descrevendo as conseqüências da relação dos pais com as crianças, na qual a primeira delas é o fantasma representado pela palavra, a segunda é a significação das fantasias, a terceira é o fantasma na qual a criança pode estar presa ao discurso dos pais. Desta forma, o quarto princípio da direção do tratamento inclui a participação dos pais no tratamento, já que a análise de uma criança na maioria das vezes emerge discursos semelhantes da criança e dos pais e o quinto princípio da cura é a transferência. Desta forma, a clínica psicanalítica, na visão do psicanalista, se apóia em três pilares: a transferência, a interpretação e a teorização.

Ferrari (1995) também levanta a influência dos pais no desenvolvimento de processos psicológicos internos. Ou seja, os conflitos intrapsíquicos são internalizados pelas crianças nas primeiras relações com os pais, ao viverem experiências de frustrações e gratificações de suas necessidades e na forma como elas são solucionadas. No processo terapêutico, o terapeuta esforça-se para prover os elementos de parentalidade suficientemente boa na interação com o paciente através do afeto.

Winnicott (1988) trabalha com a hipótese da intersecção, da interação fantasmática entre pais e filhos e da importância que ela tem na constituição do psiquismo da criança. Ou seja, como cada uma das partes afeta e é afetada pela outra. Não pode ser desconsiderada a participação ativa dos pais na análise de uma criança e, portanto, é necessário pensar como é que se pode precisar a linha demarcatória entre psiquismo infantil e psiquismo parental.

O processo de cura na psicanálise infantil coloca – se de maneira diferente, segundo se trate de uma psicose ou neurose. A diferença relaciona a situação que o analista levanta na relação dual instaurada entre genitores e criança. Esta situação se cria não apenas pelo fato de ser uma criança, compreendendo-se também o que o adulto pode sentir posto em causa através da cura da criança, já que análise significa os sintomas da criança do lugar que ocupa no imaginário materno (MANNONI, 1982).

Conforme Mannoni (1982), em seu trabalho com criança na clínica psicanalítica, o lugar do psicanalista é o olhar para além da criança e dos pais. Desta forma, o profissional tem que agir introduzindo o eixo a partir das interrogações, sendo este processo especular, uma pesquisa constante além da fala. O autor destaca que as manifestações de transferência podem se dar de duas formas: os pais procuram compreender suas próprias angústias e depressões, sendo positivo em relação ao processo terapêutico e propõem o que neles foi falseado a nível simbólico ou criam uma relação imaginária à pessoa do analista, sentindo-se perseguidos, o que atinge a criança diretamente. Além disso, toda tentativa de cura da criança por parte dos pais deve consistir em situar-se no plano das fantasias deles para só então compreender a criança, pois ela não pode engajar-se numa análise sem preparo dos pais ou acompanhamento dos mesmos, já que de certa forma eles estão sempre implicados nos sintomas trazidos pela criança e isto é importante, pois toca em barreiras de resistência. Ao se trabalhar os pais de forma indireta a criança pode responder de forma inconsciente para que ocorram significações. Desta forma, analista deve trabalhar com várias transferências.

Além do papel de destaque da transferência dentro da análise psicanalítica de criança, também temos a interpretação que se processa em dois níveis: na criança diante dos pais rompendo-se o desajuste e insistindo-se no fato de que corpo da criança e do outro não são os mesmos e na tentativa de cura, desenvolvendo dinâmicas nas quais a criança consiga resignificar, dando um novo valor às situações atuais e passadas. Isto no caso da criança na maioria das vezes, será desenvolvido por meio de atividades lúdicas, que permitirão o surgimento do inconsciente infantil. Porém, a criança dependendo da sua faixa etária também conseguirá resultados por meio do valor da palavra, sendo este um processo pode ser mais demorado porque a criança tende ao mundo do simbólico e da fantasia. Além disso, é importante destacar o objetivo da pesquisa da clínica psicanalítica, na qual dentro do processo terapêutico virá à tona o “Eu indiferente do outro” e no caso da criança isto é possível através da principal técnica, que é a brincadeira, que permite o afloramento da associação livre vindo o inconsciente (MANNONI, 1982).

### **5.3 O valor da brincadeira**

Por ser uma abordagem de tratamento usada quase exclusivamente com crianças, o trabalho de ludoterapia precisa ser analisada em qualquer discussão sobre o tratamento da depressão infantil. Alguns terapeutas acreditam que as brincadeiras são uma forma de expressão da criança; pois para ela equivale a falar para um adulto. Diferentemente dos adultos, as crianças podem não discutir seus sentimentos, mas podem representá-los. A brincadeira é natural e confortável para as crianças, sendo também uma forma mais aproximada da realidade da mesma. A terapia com brincadeiras não pertence a uma orientação teórica em particular, mas é uma forma de fazer as crianças se expressarem. A terapia com brincadeiras é usada por profissionais de diversas orientações teóricas, incluindo os voltados para a compreensão, cognição e a ligada ao desenvolvimento. Ela tem sido particularmente eficaz com crianças traumatizadas ou em crise.

As crianças usam as brincadeiras para lidar com suas dificuldades psicológicas do passado e do presente e para dominá-las. A partir das brincadeiras infantis, um terapeuta pode descobrir como elas vêem o mundo e quais são suas preocupações e seus problemas. Por meio das brincadeiras, as crianças expressam o que não conseguem dizer com palavras. A presença

de brinquedos diz às crianças que o consultório é um lugar para elas, que ali elas são compreendidas e que, portanto, podem relaxar e ser crianças. Por meio das brincadeiras, o orientador constrói uma relação terapêutica, que se torna à base para identificar objetivos, intervenções e soluções para os problemas.

#### **5.4 Tratamento medicamentoso da depressão infantil**

O tratamento terapêutico na depressão infantil em alguns casos pode ser associado ao uso de psicofarmacos. Porém, a utilização de medicação antidepressiva na infância não será realizada como uma relação direta, como quase sempre é na depressão encontrada no adulto.

Os antidepressivos são usados na criança desde o meados dos anos 60, com os parâmetros de utilização, tais como dosagens e duração do tratamento, gradativamente delineados. Entretanto, a sua utilização é praticamente concomitante a maior precisão do diagnóstico decorrente de critérios mais específicos e de entrevistas estruturadas que permita uma maior confiabilidade em sua utilização. Desta forma, a questão da farmacocinética em crianças é um fator importante a ser considerado quanto a introdução desses elementos em um projeto terapêutico, pois observações clínicas sugerem a importância de avaliar criteriosamente o uso destes, devido aos efeitos colaterais sobre a estrutura em formação da criança (WHITE, 1979).

#### **5.5 Participação dos pais no tratamento**

O tratamento da depressão infantil tem que ser realizado também com os pais. O psicólogo atende a criança, porém contatos frequentes com os pais são necessários para o progresso terapêutico. Durante o tratamento, o foco são os pensamentos que a criança possui a respeito de si mesma, do mundo e do futuro. Tais pensamentos, normalmente disfuncionais, são avaliados na tentativa de se tornarem mais funcionais, melhorando assim a qualidade de vida dessa criança. Cabe aos pais observarem o comportamento da criança, perceber sua

emoção através de alguns sinais que a própria criança oferece, tais como a perda de peso, o isolamento, a irritação, entre outros. É importante também ouvir a criança, se colocar no lugar dela, vendo a situação sobre a sua ótica para em seguida ajudá-la a encontrar novas estratégias de resolução do problema, novas alternativas de se ver aquela mesma situação e torná-la mais flexível cognitivamente. Pode ser muito difícil para os pais descobrirem que seus filhos estão deprimidos, mas após o choque, os pais devem enfrentar o desafio de encontrar o tratamento mais adequado e eficaz para ela.

Desta forma, em muitos aspectos, os pais são uma extensão do terapeuta. Por exemplo, os pais realizam avaliações informais de seu filho ao observarem o comportamento e formularem hipóteses em relação a ele. Ao procurarem pelo profissional, os pais normalmente afirmam que seu filho parece ter algum problema e oferecem certas explicações para os sintomas, como a perda de um familiar ou uma mudança recente. Nesse sentido, os pais conduziram uma avaliação informal. Dessa forma, os pais podem contribuir com informações valiosas sobre a condição de seu filho e suas causas.

Os pais também podem ser vistos como uma extensão do terapeuta ao observar o progresso de seu filho ao longo do tratamento. Normalmente, durante o tratamento, o terapeuta passa uma ou duas horas por semana com a criança nos limites extremamente controlados e artificiais de um consultório. Como este não é o ambiente natural da criança, é comum que ela se comporte de uma maneira diferente da usual. Até que a criança relaxe com o terapeuta e comece a demonstrar-lhe diretamente os sintomas depressivos, a maioria das informações do terapeuta sobre a criança é obtida por meio do relatório dos pais e diretamente com a criança (MILLER, 2003, p. 218-9).

Há ainda a coleta pelos pais, de informações advindas de outras fontes, como os funcionários da escola e a vizinhança. “Sabendo o que procurar, os pais são um grande auxílio para o tratamento em curso de seu filho”, explica Miller (2003, p. 219).

Uma terceira forma em que os pais podem funcionar como uma extensão do terapeuta é modificar o ambiente da criança para reduzir o risco de recaída ou aliviar seus sintomas. Afinal, os pais dispõem de horas para formar, moldar e orientar seu filho.

## 5.6 Profissionais que tratam crianças deprimidas

Quando uma criança passa por momentos difíceis, aquele que costuma auxiliá-la não é um profissional treinado na orientação infantil. Frequentemente as primeiras pessoas a tomar consciência de que a criança está deprimida são amigos, parentes, profissionais da escola, principalmente professores ou pessoas do meio social da criança.

Com a prevalência de famílias em que ambos os pais trabalham fora de casa, de mães ou pais solteiros ou famílias de pais separados que mais tarde constituem um novo lar, o núcleo e a extensão familiar encontra-se cada vez mais dificuldades para fornecer o mesmo apoio às crianças do que a uma geração atrás. Os pais informados também precisam compreender as diferentes abordagens no tratamento da depressão infantil, os diferentes ambientes terapêuticos e como se orientar no complexo sistema de planos de saúde.

Os profissionais que tratam crianças deprimidas podem ter tanto uma abordagem não-médica como médica. Profissionais não-médicos incluem orientadores, assistentes sociais e psicólogos. Além desses profissionais, há vários tipos de médicos (médicos de família, pediatras e psiquiatras) que tratam da depressão infantil por uma perspectiva médica ou biológica. Alguns psiquiatras utilizam a psicoterapia além da medicação. Profissionais não-médicos envolvidos no tratamento da depressão infantil também podem examinar a criança, mas tendem a ver a criança e as causas de sua depressão de um ponto de vista diferente, pois em vez de enfatizar as causas biológicas da depressão infantil, o profissional não-médico procura compreender o problema ao examinar uma série de fatores, que incluem o histórico pessoal da criança, a dinâmica, acontecimentos na escola, relações com colegas, etc.

Vale ressaltar o papel fundamental da escola no acompanhamento infantil e em especial o trabalho dos professores que representa um sistema de apoio muito importante para a criança, já que na maioria das vezes as mudanças decorrentes do quadro depressivo podem ser despertadas a partir do momento que começa a prejudicar atividades cotidianas, como é o caso do seu desempenho escolar.

## CONCLUSÃO

No decorrer deste estudo foi possível identificar a importância da família ou cuidadores no desenvolvimento da criança. Desta forma, conclui-se que o desenvolvimento de relações saudáveis, afetivas, de acolhimento e de suporte adequado na infância pode proporcionar um ego seguro e com sentimentos de auto-estima adequado. Além disso, é necessário ressaltar que o ambiente não é o único determinante para o desenvolvimento da depressão na infância, apesar de haver um consenso sobre a influência direta da criação e ambiente sobre esta primeira fase da vida do ser humano. Porém, esta completa-se com as experiências de vivências internas, inconscientes e biológicas.

Destacou-se na pesquisa bibliográfica as várias teorias que objetivam a explicação e prognóstico da depressão. Ou seja, o que causa a depressão e por que algumas crianças ficam deprimidas e outras não. Esses modelos ou teorias são o que os profissionais usam para interpretar os dados obtidos durante a avaliação. Ao compreender as causas da depressão, os terapeutas são mais capazes de tratar efetivamente a criança. Num aspecto mais amplo, as teorias sobre a depressão também são importantes porque apontam o que precisa ser alterado na sociedade e nas famílias para evitar a ocorrência da mesma. A depressão na infância é um problema disseminado, sendo importante tudo aquilo que os pais puderem fazer para combater seu início ou gravidade. Há diversas teorias sobre a depressão, porém, cada uma lida com alguns aspectos importantes. Desta forma, como os seres humanos são complexos, mais de uma teoria pode auxiliar no tratamento da depressão de uma determinada criança.

Nos estudos se tem o consenso de que a prevalência da depressão infantil é alta e que os sintomas depressivos são duas vezes mais comuns em garotos e na fase entre a pré-puberdade (de sete a doze anos), afetando atividades fundamentais da vida da criança e prejudicando diretamente fases do desenvolvimento, que muitas vezes podem deixar marcas na vida adulta. Destacou-se também que as manifestações clínicas da depressão em crianças, adolescentes e adultos são essencialmente as mesmas. No entanto, existem características que são próprias da infância, que por sua vez modelam as manifestações clínicas da depressão na infância, havendo grupos sintomatológicos predominantes nas diferentes faixas etárias.

Destacou-se também a importância do vínculo e afeto nos primeiros anos de vida. Embora esses estudiosos discordem quanto ao mecanismo que gera o vínculo, todos concordam que ele é uma questão fundamental no primeiro ano de vida. Além disso, esses



estudiosos concordam que o bebê precisa de alguém que cuide dele e lhe proporcione segurança física e psicológica consistente. O desenvolvimento de um vínculo apropriado tem implicações extensas e serve para organizar as emoções, as representações cognitivas e os comportamentos de acordo com a qualidade da disponibilidade emocional e física da pessoa que cuida da criança. Desta forma, hoje existem pesquisas de que o problema da relação entre figura materna e bebê pode ter efeitos evidentes e relativamente prolongados no desenvolvimento infantil. Um caso considerado de consenso nas pesquisas é os efeitos da depressão materna sobre a criança ao que se refere a esta deficiência de afeto e vínculo, apesar de as crianças poderem aprender a lidar com a situação da falta de cuidado. Porém, quando permanecem a um longo prazo, os efeitos na criança podem ser duradouros, apresentando quadros semelhantes de desapego e imitação de aspectos depressivos.

Outro aspecto importante é o fato da depressão em crianças poder vir acompanhada de outros problemas emocionais, como o déficit de atenção e hiperatividade, distúrbios de ansiedade, entre outros. Desta forma, os estudos que destacam estes fatores podem estar relacionados ao desenvolvimento da personalidade e também a fortes mudanças decorrentes do desenvolvimento. Uma controvérsia se dá na tentativa consciente do suicídio na infância que, por outro lado, no adulto pode ser facilmente aceita como uma das manifestações da depressão. Porém, muitos estudiosos acreditam na possibilidade de crianças tentarem suicídio mesmo não tendo o conceito de morte formado, já que tende a não ter visualização de futuro e vivenciar demandas no presente.

O diagnóstico da depressão na infância é de fundamental importância para um tratamento adequado e coerente. Geralmente ao se falar de diagnóstico uma primeira avaliação parte da observação de pais, educadores e meio social que convivem a maior parte do tempo com as crianças, na qual na maioria das vezes estas mudam comportamentos, reações e atitudes, apresentando principalmente quadro de regressões e dificuldade de aprendizado, entre outros sintomas que são característicos de criança para criança.

Ao procurar ajuda, a família tem, na maioria das vezes, o contato inicial com profissionais da área de saúde que diagnostica a criança com base em critérios médicos dentro do CID 10 ou DSM IV; sendo que no Brasil o mais utilizada é o CID 10. Vale ressaltar que, antes de se dar um diagnóstico, principalmente na infância, é necessário ter clareza do quadro da criança e peculiaridades do cotidiano da mesma, pois dependendo do diagnóstico dado

será o tratamento adotado para criança, podendo este ter prejuízos irreversíveis e rotulações que permearão seu desenvolvimento.

Geralmente destaca-se o consenso de que um programa de orientação e medicação é a abordagem mais adequada e eficaz no tratamento de crianças deprimidas. No entanto, em primeira análise, tratar a depressão apenas por meio da orientação, sem medicamentos, pode ser lento e incompleto. Porém, ao se destacar o consenso de estudiosos sobre o uso de medicação controlada em caso de depressão infantil é necessário ter a visão da gravidade do quadro, já que na maioria das vezes estes remédios são muito fortes e causam dependência, inferindo-se que ainda o mais aconselhável no tratamento da depressão na infância é o acompanhamento psicológico.

Dentro de um processo terapêutico psicanalítico com criança é evidentes o consenso da importância da participação ativa dos pais e o valor de atividades lúdicas como técnica de trabalho terapêutico, no qual é possível substituir a técnica de associação livre verbal por desenho e brincadeiras infantis, fazendo com que ocorram significações por meio da vivência do mundo da criança. Os autores argumentam que mesmo a criança ainda não tendo uma estrutura psíquica totalmente organizada consegue aos poucos, por meio de atividades lúdicas, expressar vivências e emoções dentro do seu mundo real e imaginário. Além disso, o espaço terapêutico para criança deve ser vivenciado como um espaço diferenciado, possibilitando assim que a mesma, apesar da forte influência externas, consiga expressar mesmo de forma primitiva suas aflições. Dentro do trabalho psicanalítico com crianças, a relação do vínculo entre terapeuta e paciente é importante, pois a criança tende a ter posturas mais claras e legalistas do que os adultos e caso não ocorra empatia e acolhimento entre a criança e o terapeuta, provavelmente a mesma não realizará o desejado, sendo mais difícil seguir dentro de um trabalho terapêutico.

Por outro lado observa-se que dentro da clínica psicanalítica há divergências referente ao papel do terapeuta. Segundo uma perspectiva da escola psicanalítica baseada nos ensinamentos de Anna Freud, o terapeuta tem que preparar a criança para o processo terapêutico tendo o papel de educador, já que para ela o superego da criança ainda depende de objetos externos que o originou e não é maduro. Porém, na visão da outra importante escola de psicanálise infantil, baseada nos ensinamentos de Melaine Klein a transferência é espontânea na criança e deve ser interpretada, tanto positivamente como negativamente desde

o primeiro momento, não devendo ser o analista um educador, não sendo a psicanálise de crianças uma pedagogia, mas uma clínica com foco na criança.

Vale ressaltar que ao se trabalhar com a criança tem-se que gostar, saber os limites e as técnicas que permitam uma pesquisa e um trabalho coerente. Desta forma, na orientação de “cura”, a técnica e a postura de transferência depende muito da idade da criança e do domínio do terapeuta para saber lidar com o paciente e principalmente com a sua família. A escolha da técnica na terapia infantil de forma geral é influente no andamento do processo terapêutico, pois, dependendo da idade, não serão todas as atividades lúdicas viáveis para a criança e caso já consiga verbalização também não é excludente o trabalho terapêutico por meio da mesma.

O tema da depressão em crianças no Brasil ainda carece de estudos e pesquisas. Existe muita resistência em relação à depressão na infância, pois de uma forma idealizada a criança é associada a uma imagem angelical e o que se observa na sociedade contemporânea é um rápido amadurecimento e mudança de comportamentos que dentro desta visão ingênua não são característicos da infância. Destacando-se que a educação, as interações sociais e as estruturas da sociedade fazem com que as crianças também mudem para se adaptar às situações. Portanto, vale a ênfase nos cuidados e o carinho que são de extrema importância para as crianças e que podem evitar um quadro depressivo na infância. Assim, o incentivo à pesquisas e estudos, principalmente ligados à infância, são de grande valia para entender os adultos do futuro, pois com base na psicanálise, que é uma área de grande interesse, muitas das problemáticas presentes são bases da infância que podem deixar marcas inconscientes. Além disso, crianças bem acompanhadas tendem a ser adultos mais otimistas e felizes futuramente.

É preciso orientar os pais quanto ao valor do cuidado para com seus filhos, contribuir com profissionais que atuam com crianças, mudar a visão de alguns adultos quanto à infância e incentivar pesquisas para entender com maior clareza o quadro depressivo na infância. Além disso, acredita-se que se obter uma maior possibilidade de ajuda, orientação e compreensão sobre a depressão na infância é promover a esperança de que seja realmente uma fase mágica na vida dos seres humanos.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABERASTURY, Arminda. *Psicanálise da Criança teoria e técnica*. 8º edição. Porto Alegre, 1986.
- AJURIAGUERRA, Julian De & MARCELLI, Daniel. *Manual de Psicopatologia Infantil: Depressão Infantil*. São Paulo: Masson, 1986.
- Associação Psiquiátrica Americana. *Manual de Diagnóstico e Estatística de Distúrbios Mentais: DSM IV*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.
- BAHLS, Sait-Clair. *Aspectos Clínicos da depressão em crianças e adolescentes*. *Jornal de Pediatria*, Rio de Janeiro, v.78, n. 5, p. 359-366, set/out. 2002.
- BRAZELTON, T. Berry & CRAMER, Bertrand G. *As primeiras relações*. São Paulo: Martins Fontes, 1992.
- CAPITÃO, Cláudio Garcia. *Depressão e Suicídio na Infância e Adolescência*. agosto, 2007. Disponível em: < <http://www.adolescenza.org/capitao.pdf> > Acesso em: 22.3.2008.
- CASSORLA, Roosevelt M. Smeke. *Comportamentos suicidas na infância e adolescência*. In: *Do suicídio: estudos brasileiros*. Campinas: Papirus, 1991.
- Classificação de Tratamentos Mentais e do Comportamento da CID-10*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993. p. 117-128.
- DIAS, Maria Luiza. *Suicídio: Testemunho de Adeus*. São Paulo: Brasiliense, 1991.
- FERRARI, Maria Cristina Lombardo. Tratamento psicoterápico dos transtornos afetivos na infância. In: JR. ASSUMPCÃO Francisco Baptista. *Transtornos Afetivos na Infância e Adolescência*. São Paulo: Lemos Editorial&Gráficos, 1995, p. 91-99.
- FRIEDRICH, Sônia. Suicídio na infância. In: JR. ASSUMPCÃO Francisco Baptista. *Transtornos Afetivos na Infância e Adolescência*. São Paulo: Lemos Editorial&Gráficos, 1995, p. 101- 126.
- GOLSE, Bernard. *Desenvolvimento Afetivo e Intelectual da Criança*. 3º Edição. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.
- I, Fu Lee. Epidemiologia e Fatores Clínicos dos transtornos afetivos na infância e adolescência. In: JR. ASSUMPCÃO Francisco Baptista. *Transtornos Afetivos na Infância e Adolescência*. São Paulo: Lemos Editorial&Gráficos, 1995, p. 75-90.
- JUNIOR, Francisco Assumpção. *Transtornos Afetivos da Infância e Adolescência*. São Paulo: Lemos Editorial & Gráficos, 1995.

MANNONI, Maud. *A criança sua "Doença" e os Outros*. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1982.

MILLER, Jeffrey A. *O Livro de Referência para a Depressão Infantil*. São Paulo: M.Books, 2003

SPITZ, René A. *O primeiro Ano de Vida*. São Paulo: Martins Fontes, 1979.

WELLER, E.B.& WELLER, R.A Transtorno de Humor. In: *Tratamento da psiquiatria da Infância e Adolescência*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

WINNICOTT, Donald W. Textos selecionados: *Da pediatria à psicanálise*. 3º Edição. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1988.

WHITE, James H. *Psicofarmacologia Pediátrica*. São Paulo: Manole, 1979.

VOLNOVICH, Jorge. *Lições Introdutórias à Psicanálise de Crianças*. Rio de Janeiro: Dumará, 1991.