

# DEPRESSÃO E SUICÍDIO NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA

## DEPRESSION AND SUICIDE IN THE CHILDHOOD AND ADOLESCENCE

Cláudio Garcia Capitão

### Resumo:

O objetivo desse trabalho foi o de discutir algumas formulações teóricas sobre a depressão na infância e na adolescência. Milhares de crianças e adolescentes são hospitalizados, a cada ano, em razão de ameaças ou comportamentos suicidas. Uma criança pequena não é capaz de planejar e levar adiante um plano suicida, porém, favorecem situações que colocam sua vida em risco. Nos Estados Unidos, o suicídio representa atualmente a terceira causa de morte na adolescência.

**Palavras-chave:** Adolescência; Depressão; Infância.

### Abstract

The goal of this work was the one of argue some theoretical formulations about the depression in the childhood and adolescence. Thousands of children and teenagers are hospitalized, every year, in menaces reason or suicidal behaviors. A small child is not able to plan and to carry on a plan suicide, however, favor situations that put his life in risk. In the United States, the suicide represents nowadays the third death cause in the adolescence.

**Keywords:** Adolescence; Depression; Childhood.

### Introdução

A grande maioria dos pacientes que são acometidos de Episódio Depressivo Maior apresenta como traço característico um humor depressivo ou a perda de interesse ou prazer, predominante por no mínimo duas semanas e provocando um sofrimento intenso e limitações no funcionamento social, ocupacional, afetivo. Porém, em muitas crianças e adolescentes não encontramos a presença de um aspecto triste, mas, por outro lado, mostram-se irritáveis e irritantes e mesmo doentias. A Depressão na infância e mesmo o suicídio parecem possuir algumas peculiaridades e entender como a psicodinâmica da criança se processa, pode, de alguma forma, também lançar alguma luz sobre o desenvolvimento da depressão nas pessoas em geral.

Klein (1982) estruturou boa parte de suas concepções teóricas a partir das formulações de Freud (1996d) sobre a dualidade das pulsões, estabelecida, em linhas gerais, a partir de seu ensaio Além do Princípio do Prazer, escrito em 1920, e nos aspectos estruturais da mente, o ego, o id e o superego, desenvolvidos em 1923. Modificando e ampliando algumas das concepções originais de Freud, Klein (1982) postula que a partir do nascimento o ego possui condições de vivenciar a angústia e de usar mecanismos de defesa, além de ter condições para estabelecer relações objetais na fantasia. O incipiente ego, assim, na visão de Klein (1982) deflete, em alguma medida, parte da pulsão de morte para o exterior e, a partir de tal projeção, origina-se a fantasia de um objeto mau, perseguidor que ameaçaria de destruição o ego.

O ego primitivo sofreria, desta feita, a ação da pulsão de morte e tenderia a projetar, como defesa contra o medo de aniquilamento interior, seus objetos maus. A pulsão de vida, por seu lado, também é projetada com o objetivo de criar, na fantasia, um bom e idealizado. Tais projeções se dão sobre o objeto externo

original, ou seja, o seio materno, que a partir de então, torna-se dividido, organizando a experiência da criança do que seria bom e do que seria mau (Klein, 1982).

Essa constelação psíquica inicial, Klein (1982) denominou de posição esquizo-paranóide, que perdura do nascimento ao 3º ou 4º mês de existência, por ser caracterizada pela angústia de ser destruído pelos objetos perseguidores e pelo fato de que o ego está dividido. O conflito central na posição esquizo-paranóide seria uma expressão da dualidade entre as pulsões de vida e de morte. Na medida em que a criança vai se desenvolvendo e o ego ganhando mais recursos, a mãe pode ser sentida, vista como um objeto total, podendo o bebê amá-la como uma pessoa inteira, não fragmentada. Para essa mãe amada de uma forma inteira é que o bebê volta-se para tranqüilizar seus medos persecutórios, buscando introjetá-la de modo que consiga proteção das perseguições internas e externas. A mãe inteira, tomada como objeto de amor e de identificação, tem a sua ausência sentida como perda, perda esta vivenciada intensamente, originando um conjunto novo de sentimento e reações. A essa nova forma do funcionamento psíquico, Klein (1982) denomina de posição depressiva, em que ocorre a integração do ego e do objeto, tornando-se o bebê consciente de seus próprios impulsos e de que os objetos possuem uma vida independente dele. Para Klein (1982), o ponto de fixação das doenças psíquicas estaria na posição esquizo-paranóide e no início da posição depressiva, para as quais regrediria o funcionamento psíquico das crianças maiores, adolescentes e adultos acometidos pela depressão. No entanto, são as repetidas experiências de perda e de recuperação pelas quais passa o bebê, que torna o seu ego enriquecido, dando-lhe confiança para o estabelecimento de um objeto seguro, que o proteja e possibilite suportar a angústia depressiva, sem levar a pessoa à doença; assim, dentro dessa visão particular, a vivência e a elaboração adequada tanto da posição esquizo-paranóide, como da depressiva, seriam formas de se prevenir às doenças psíquicas e de possibilitar aos indivíduos, futuramente, enfrentar as perdas, os revezes da vida.

Marcelli (1998) assinala que o episódio depressivo freqüentemente ocorre, a partir de um acontecimento com valor de perda ou de luto, como a separação dos pais, o falecimento de algum familiar, a mudança de residência, a morte de um animalzinho de estimação, a perda de um brinquedo. Nestas circunstâncias o comportamento da criança se altera visivelmente.

Para Spitz (1993), o ambiente exerce um papel fundamental na organização do ego da criança, passando pelas etapas pré-objetal e objetal, em que a permanência de um objeto estável e de confiança, assim como o seu contrário, a ausência, a inconstância são fatores determinantes para as variações do desenvolvimento do ego da criança. Os efeitos dessa variável objetal-ambiental podem ser observados no rebaixamento geral da atividade da criança e nas manifestações somáticas pelas quais as crianças passam, quando são afastadas ou perdem figuras parentais cujos vínculos anteriormente estabelecidos são quebrados. Os sinais indicativos de episódio depressivo devem ser considerados em conjunto, pareados com o tempo de duração e com as mudanças comportamentais da criança. Entre os sinais indicadores de episódio depressivo, sempre levando em conta a idade da criança, podemos considerar a alteração drástica no desempenho escolar, desleixo na aparência, apatia, ausência de reações afetivas, acidentes freqüentes em que a criança de fato se fere, conduta agressiva, baixa tolerância à frustração, dificuldades de sono, pesadelos, sonolência, distúrbios do apetite, enurese. Muitos dos sinais e sintomas que a

criança apresenta podem passar despercebidos até mesmo pelos pais, podendo ser interpretados como birras, má-criações diversas ou idiossincrasias adquiridas. Tudo isso é indicativo de como a depressão na infância é difícil de ser reconhecida, não só por clínicos, mas, especialmente pelos próprios familiares. Aberastury (1984) adverte que quando os adultos têm dificuldade em conversar com a criança sobre a morte, especialmente quando existe a perda de alguma pessoa querida para a família e também para a criança, fazendo rodeios ou inventando estórias, há como consequência um impedimento na elaboração do luto por parte da criança, impulsionando-a a desejar seguir o caminho da pessoa perdida. A criança tem percepção da morte e reage de acordo com as condições e recursos propiciados pelo seu ego infantil; desde o nascimento ela enfrenta perdas, sofre com elas e quando impedida de conhecer o destino de seus entes queridos, por dificuldades que os adultos possuem ao encarar as perdas, pode desenvolver falhas em seu desenvolvimento egóico, solucionando ou negando a dor de forma mágica, que futuramente poderá transformar-se em uma fraqueza psíquica, tornando-a despreparada, vulnerável para situações futuras, predispondo-a a estados depressivos, por não ter um ego suficientemente forte para lidar com o luto e com a ausência.

Marcelli (1998) aponta que alguns aspectos aparecem regularmente no ambiente familiar da criança que sofre de depressão. Entre esses aspectos pode-se destacar a história de depressão familiar, especialmente da mãe ou do pai, que possibilita com que a criança, ainda em fase de formação e ávida por identificações, torna-se semelhante psiquicamente ao genitor deprimido, ou adquire um sentimento generalizado de que a mãe é inacessível, o sentimento de que a criança não possui qualidades que atraiam o interesse da mãe e possa com isso satisfazê-la; quando um dos pais manifestamente rejeita a criança, ou a presença de uma acentuada rigidez educativa, possibilitando a constituição de um superego severo e punitivo, incluindo as crianças vítimas de abuso sexual, pois se sentem responsáveis e culpadas pelo abuso sofrido, condição esta determinando do silêncio da criança vitimada.

## DEPRESSÃO NA ADOLESCÊNCIA

Quando abordamos as temáticas da depressão e suicídio, não podemos deixar de enfocar uma fase particular do desenvolvimento humano, ou seja, a adolescência. É na fase de adolescência, que ocorrem inquietações típicas, como entende a teoria psicanalítica, uma fase evolutiva durante a qual a pessoa estabelece a sua identidade adulta, um momento importante que encerra todo um processo de maturidade. Assim, na adolescência é que vai ocorrer o afastamento definitivo dos objetos de amor infantis e, para isso, os desejos edípicos e seus conflitos concomitantes voltam a surgir. Esse rompimento interior com o passado abala a vida emocional do adolescente até seu âmago, abrindo horizontes novos, fazendo surgir esperanças, mas também, angústia e medo (Aberastury, 1982; Blos, 1985; Kalina, 1999).

Nos Estados Unidos, o suicídio representa atualmente a terceira causa de morte na adolescência, cujos índices quadruplicaram nas últimas décadas. Os acidentes são considerados a primeira causa de morte entre os jovens, embora exista uma evidente limitação na diferenciação entre casos de “acidentes” e comportamento suicida, em função de aspectos metodológicos, sociais e culturais (Feijó & Chaves, 2002, pp. 398-399).

A ideação suicida pode ser entendida por pensamentos ou desejo de morte intencional, incluindo ideação sobre outros indivíduos que cometeram ou tentaram suicídio, assim como pensamentos sobre seu próprio suicídio. Também pode representar idéias suicidas vagas, indefinidas, sem planos sobre implementação ou método a ser utilizado. Pensamentos sobre morte são relativamente comuns e têm sido documentados em aproximadamente 25% dos adolescentes secundaristas (Feijó & Chave, p. 399)

Abordando a temática do suicídio entre jovens, Freud (1996b) em seu breve artigo Contribuições a uma discussão sobre o suicídio (1910) aponta não ser correto afirmar que pelo fato do suicídio também ocorrer entre jovens não-estudantes das escolas secundárias, não isentaria estas da responsabilidade de precipitar algumas causas, pois as escolas secundárias acabam substituindo os traumas que os adolescentes teriam em outros lugares e, que por seu lado, deveriam fornecer a seus alunos apoio e amparo numa fase da vida em que as peculiaridades de seu desenvolvimento propiciam um certo afrouxamento em seus laços familiares. E, neste aspecto, deixam de cumprir com a sua função de suprir os jovens com substitutos da família e de neles despertar interesse pela vida e pelo mundo extrafamiliar. A escola lida com pessoas imaturas, e não se pode privar os jovens do direito de permanecerem em alguns estágios de seu desenvolvimento, mesmo que tais estágios possam ser desagradáveis. Esse afastamento dos pais como objeto de amor, ou seja, a retirada do investimento objetual leva a uma supervalorização do eu, a um aumento da autopercepção às custas da prova de realidade, a uma extrema sensibilidade e auto-absorção e, geralmente à centralização em si mesmo e ao auto-engrandecimento, a isso que é denominado de supervalorização narcísica, que leva o adolescente a ver seus pais de uma outra perspectiva, agora não mais tão valorizada quanto na primeira infância. O adolescente sofre uma perda real na renúncia a seus pais edípicos, e experimenta um vazio interior, sofrimento, tristeza, que são partes de seu luto. O trabalho de luto pelos pais da infância, pelo corpo infantil e pela identidade infantil, é uma das tarefas psicológicas mais importantes nesse período, pois a solução do processo de luto é essencial para a liberação dos objetos perdidos, já que o declínio do complexo de Édipo é um processo lento e que chega até o final da fase adolescente (Knobel, 1983). É na adolescência que o ideal de ego vem a se constituir, como um superego, resultante do amplo desfecho do complexo de Édipo, uma formação intrapsíquica, relativamente autônoma, que serve de referência ao ego para apreciar suas realizações efetivas, uma instância psíquica especial de censura e de auto-observação. E, caso tais os ideais se tornam extremamente rígidos e exigentes, as tarefas a que se propõe o adolescente, pela ocorrência de um simples acontecimento, pode levar a um sentimento de fracasso de amplo espectro (Blos, 1985).

O superego não é um simples resto das escolhas primitivas objetais, ele também representa uma formação reativa contra essas escolhas. Essa relação estabelece os preceitos de que a pessoa deveria ser assim, mas, também, ordena o que a pessoa não poderia ser. Parece-nos que, quando o superego exige a perfeição, faz com que o adolescente se sinta distante de alcançar seus objetivos e torna-se, segundo seus referenciais internos, uma pessoa sentida como decepcionante (Freud, 1996d).

No que toca ao superego, sabemos que o mesmo surge de uma identificação com os pais, ou com o superego dos pais, tomados como modelo. Toda identificação desse tipo tem a natureza de uma dessexualização ou mesmo de uma sublimação

e, quando isso ocorre, estamos diante de uma des fusão pulsional. Tal des fusão implica na separação do amor e da agressividade, fazendo assim, que o superego aumente a sua severidade, pois, mediante o trabalho de identificação e sublimação, o ego contribui para que a pulsão de morte do id obtenha controle sobre a libido, tornando o superego sádico e destrutivo. Para o ego, portanto, viver significa o mesmo que ser amado pelo superego (Freud, 1996b). O adolescente muitas vezes apresenta em sua personalidade um superego extremamente punitivo e sádico, possivelmente oriundo de suas fantasias e da assimilação das exigências de seus progenitores. Aparentemente, pais perfeccionistas, como, por exemplo, uma mãe supereficiente e uma figura paterna forte, sem “defeitos” e poucos afeitos à reflexão e à troca de experiências, afetam decisivamente o mundo afetivo e efetivo do adolescente.

O núcleo familiar, por suas múltiplas implicações, e pelo fato de que em nossa cultura o adolescente permanece um tempo considerável na dependência de seus pais, deve ser acompanhado de uma adequada avaliação, uma vez que às crises adolescentes corresponde a crise ampla do grupo familiar. Não raramente, os pais revivem, por seu lado, na adolescência de seus filhos, alguns traços importantes de suas próprias adolescências. Suas reações à crise adolescente de seus filhos são determinadas pela forma como eles solucionaram os seus próprios processos adolescentes, o que coloca em xeque a capacidade familiar de redefinições e de novas adaptações que a adolescência de seus filhos vem colocar (Blos, 1985). Mackinnon e Michels (1992) afirmam, em linhas gerais, que toda pessoa possui representações mentais internas das pessoas de sua vida, inclusive de si própria. A representação pessoal, como representação de objeto, pode ser muito precisa ou grosseiramente distorcida. Usa-se o termo autoconfiança para descrever um aspecto dessa auto-representação, isto é, a imagem que a pessoa faz da sua própria capacidade de realização. Além dessa auto-representação, ou imagem mental de como é cada pessoa tem uma imagem do que gostaria ser ou daquilo que pensa que deveria ser, ou seja, o seu ideal de ego. O grau como esta auto-imagem corresponde ao dito ideal de ego constitui a medida de sua auto-estima; inversamente, caso sinta-se longe de alcançar seus objetivos e aspirações, seu amor-próprio estará diminuído.

Podemos entender que, quando o adolescente parece não corresponder ao seu ideal de ego, considerando-se um fracassado, o resultado é o de um abalo em sua auto-estima. O abalo na auto-estima e a conseqüente redução da autoconfiança são sintomas primordiais encontrados nos estados depressivos. O amor-próprio, da maior parte das pessoas com tendência à depressão, fundamenta-se na contínua absorção de amor, respeito e aprovação das figuras importantes de suas vidas. Essas figuras podem ter pertencido ao passado da pessoa, há muito introjetadas, ou corresponder a figuras reais externas, de importância presente. Em quaisquer dos casos, a ruptura de uma relação com ditas pessoas representa ameaça à fonte de amor e gratificação, que supre sentimentos narcisistas (Kalina, 1999; Knobel, 1983; Mackinnon & Michels, 1982).

Pode-se considerar também que a motivação para o ato aparentemente irracional de tirar a própria vida seja uma tentativa dramática de comunicação. Tais gestos suicidas, quando a finalidade de comunicação não obtém êxito tendem, como já há muito se conhece na psiquiatria, a repetir-se, muitas vezes levando o sujeito, de fato, à morte (Mackinnon & Michels, 1982).

Para Levisky (1998), a psicopatologia pode instalar-se quando o adolescente se fixa em soluções narcísicas, refugiando-se no isolamento e na fantasia, nas quais a onipotência e a idealização, muitas vezes da própria destruição, ocupam o

papel. Atualmente observa-se que as perturbações psicopatológicas dos adolescentes, longe de desaparecerem espontaneamente, progridem, dando continuidade na patologia do adulto, especialmente quando não ocorre uma intervenção apropriada. Tais manifestações psicopatológicas da adolescência, com certeza, ameaçam com o desvio ou com uma parada definitiva do desenvolvimento, especialmente quando expressas em tentativas de suicídio. Além de tais constatações, observa-se, também, como nos esclarece Chabrol (1990), que as tentativas de suicídio na adolescência se ligam às depressões e que estas se manifestam por uma sintomatologia reduzida e atípica, como sentimento de tédio duradouro e insuportável, oscilando com períodos de intenso nervosismo; dependência ou isolamento exagerado em relação a pais e amigos; promiscuidade sexual; fadiga; preocupações corporais ou sintomas físicos; perturbações do apetite, do sono ou desordens psicossomáticas; dificuldades escolares; sintomas de ansiedade, obsessão, fobias; condutas anti-sociais ou delinqüentes.

O humor depressivo na adolescência está intimamente relacionado à falta de intimidade com os pais, como também ao isolamento social. A adolescência normal vem sendo considerada como uma fase de separação-indivuação cujas dificuldades estão atreladas à vivência da separação, pois, a busca de autonomia pode expor o adolescente a um intolerável sentimento de solidão e de abandono culminando com a ameaça de aniquilação e, por outro lado, a busca de dependência. Assim, o adolescente é cotidianamente confrontado com um impasse em seu desenvolvimento que se pode exprimir por uma sintomatologia depressiva (Aberastury, 1983; Blos, 1985; Chabrol, 1990; Kalina, 1983,1999; Knobel, 1983 ). A compreensão da psicodinâmica da depressão no adolescente implica na análise do funcionamento familiar passado e do seu funcionamento no presente, o qual, em grande parte, concretiza uma certa reatualização. As dificuldades do adolescente podem, assim, remeter aos conflitos de desenvolvimento dos pais vindos à tona com as vicissitudes do desenvolvimento do filho. A problemática depressiva deste tem sido relacionada com os conflitos não resolvidos da infância e adolescência dos pais que podem por sua vez agravá-la. As relações de hostilidades e as atitudes de rejeição que eles condicionam na família ocupam um lugar essencial na gênese da depressão adolescente (Blos, 1985; Kalina, 1983,1999; Knobel, 1983; Levisky, 1998).

Como vimos anteriormente, as reativações dos conflitos edipianos do adolescente e aqueles de seus pais estão em larga interação. Os desejos edipianos dos pais ou as defesas que criam contra eles influenciam suas atitudes em relação ao corpo do jovem e à sexualidade deste. A angústia e a culpa edipianas projetadas sobre o filho ou as atitudes de sedução ou de inveja, igualmente condenatórias, comprometem a integração do corpo sexuado o qual é vivenciado como algo ruim. Os pais revivem, por intermédio do filho, as próprias dificuldades. O corpo sexuado deste identifica-se com o corpo de sua antiga adolescência. As dificuldades que tiveram para aceitar seu próprio corpo sexuado podem fazê-lo recusar o corpo sexualmente maduro do seu filho(Aberastury, 1983; Kalina, 1983, 1999; Knobel, 1983; Levisky, 1998).

A individuação do adolescente pode ser perturbada pelas projeções dos pais. A reativação dos conflitos edipianos e dos conflitos de dependência destes pode levá-los a projetar no adolescente as partes más e rejeitadas de si mesmos e a externalizar em sua relação com o adolescente sua patologia dos objetos internalizados. O adolescente acaba sendo um alvo para aliviar os pais daquilo que eles rejeitam em si mesmos. Torna-se, então, o depositário das partes más

dos progenitores, e o adolescente, por seu lado, identifica-se com estas, tornando-se assim refém da patologia de seus pais (Blos, 1985; Kalina, 1999; Knobel, 1983; Paz, 1983).

Como resposta a tais conflitos de desenvolvimento encontrados na adolescência, a depressão pode dever-se a mecanismos múltiplos, muitas vezes intrincados. Pode ser, assim, gratificante uma reação à perda da união fantasiosa com a mãe, à frustração das necessidades libidinosas e narcísicas, à agressividade contra os pais internalizados ou ao retorno da agressividade contra seu próprio eu e seu corpo; ela pode ser uma proteção contra a submissão a uma mãe intrusa todopoderosa ou, ao contrário, a aceitação e a atualização da recusa da vida emocional do adolescente por seus pais (Kalina, 1999; Levisky, 1998; Knobel, 1983).

A depressão pode alterar negativamente o desenvolvimento social. Os adolescentes deprimidos tendem a isolar-se ou a serem rejeitados por seus amigos. Duvidando do seu próprio valor, pensam que não podem ser aceitos a não ser por imitação dos outros, o que os torna vulneráveis às sugestões negativas do grupo ao uso de droga, do álcool e à participação em atividades sexuais inadequadas. O isolamento e a passividade social prejudica a oportunidade de aprendizado dos comportamentos da comunicação que se tornam deficientes (Feijó & Chaves, 2002).

Os múltiplos determinismos da depressão expressam-se nos sentidos e nas suas funções verdadeiramente contraditórias. A depressão pode propiciar uma comunicação ambígua, ambivalente. Os comportamentos depressivos podem ter valor de uma comunicação não-verbal substituta da comunicação verbal da qual ela revela a impossibilidade ou a recusa. A depressão representa uma mensagem hostil de reprovação mas ela é, igualmente, um pedido de ajuda, um grito desesperado de amor e compreensão.

Levando-se em conta o que até agora foi discutido, não é de se estranhar que o suicídio seja uma das principais causas de morte na adolescência, visto que a maior taxa de tentativas aparece nessa fase. Comportamentos suicidas do adolescente respondem a determinismos múltiplos cujas interações com a depressão nem sempre são claras. Sabe-se que, apesar de toda complexidade existente, a depressão é responsável por inúmeros comportamentos suicidas, possui uma ação comum, ou seja, agressão voltada contra a própria pessoa. Porém, ao mesmo tempo, por mais estranho que possa parecer, os comportamentos suicidas podem representar uma defesa contra os sentimentos insuportáveis propiciados pela depressão ou, ao contrário, a depressão pode aparecer como uma defesa contra o suicídio (Feijó & Chaves, 2002; Kalina, 1999; Knobel, 1983; Mackinnon & Michels, 1992).

Das considerações supramencionadas, intui-se que as condutas suicidas podem parecer um meio de evitar o confronto com o sofrimento depressivo. Elas apresentam um aspecto de controle e triunfo do eu sobre a dependência do objeto. Expondo-se à morte, o adolescente afirma-se como o dono de si mesmo. Nega sua impotência e seu desamparo e alcança uma ilusão de onipotência (Kalina, 1999; Knobel, 1983; Mackinnon & Michels, 1982).

Um adolescente que tenta suicidar-se, de alguma maneira, ou seja, inconscientemente acredita que matou uma parte de si mesmo. Tentar matar-se pode significar que, imaginariamente, uma parte de si mesmo foi morta e que e a pessoa mantém, de alguma forma, relação com ela. Desta maneira, fixando esta parte morta de si no funcionamento psíquico, a tentativa de suicídio vem dar continuidade aos estados depressivos. Pode-se, sem muita clareza devido à

complexidade do fenômeno, considerar que se um adolescente tenta suicídio, seu processo de desenvolvimento está comprometido e necessita de ajuda, não só com medidas e condutas medicamentosas, mas também por um processo psicoterapêutico que possa envolvê-lo, assim como aqueles que o rodeiam (Feijó & Chaves, 2002; Levisky, 1998).

As teorias psicológicas divergem entre si, com certeza, mas não deixam de ter uma qualidade de abstração, de hipótese do que se passa com o psiquismo. Os psicólogos, educadores não precisam se sentir desconfortáveis com as descobertas da neurociência, pois os mecanismos que veiculam as doenças têm origem na alma humana, que não se deixa reduzir a interações fisiológicas ou simplesmente determinar pelas combinações de proteínas.

Para aqueles que podem vir a sofrer de depressão não se desaconselha a procura de meios adequados de prevenção e tratamento que possam auxiliar em sua auto-avaliação, principalmente quando existem indicadores preocupantes e propícios para o desenvolvimento de estados depressivos. As psicoterapias, por exemplo, talvez sejam a pedra de toque, um passo importante para se sentirem admirados e estimados pelas pessoas que estão à sua volta, contribuindo para modificar a forma como se concebem, como se relacionam com as propriedades que lhes são imanentes. Afinal de contas, a sensação de sentimentos prazerosos de nós mesmos não pode ser algo delegado a um segundo plano, ou a uma ilusão apenas de superfície, já que só temos uma única vida e vivê-la bem e em sua plenitude é o que nos resta.

### Considerações Finais

Conclui-se que o desenvolvimento de relações familiares boas, afetivas, de acolhimento e de sustentação adequadas na infância, podem propiciar o estabelecimento de um ego seguro, com sentimento de auto-estima adequado e de exigências proporcionais ao que lhe é possível. É necessário ressaltar que o ambiente em si não é um determinante único para a saúde mental, porém, completa-se com a vivência de experiências internas e que auxiliam a pessoa ao desenvolvimento da personalidade positivamente para enfrentar as vicissitudes que a vida proporciona. Se, por exemplo, tivermos um descontentamento com a forma de nosso corpo, ou com nossos hábitos, estaremos, sem ter consciência de nossas ações, influenciando outros com a nossa atitude, favorecendo assim a criação de círculo vicioso, em que o não se gostar generaliza-se em sentimentos de rejeição. Ou seja, o nosso ego, e por conseqüência se a auto-estima estiver rebaixada, olharemos o mundo e as pessoas de forma negativa, e dessa forma pensaremos que também estaremos sendo olhados; um exemplo claro do mecanismo psíquico de projeção. Esse fato nos leva a considerar que mesmo se tratando de uma depressão determinada por um desequilíbrio dos neurotransmissores, o mecanismo que veicula os sentimentos, os sentidos das ações e da ação psíquica geral, são estritamente psicológicos. Pode-se considerar, portanto, que a depressão está relacionada a muitos fatores psicológicos, biológicos e sociais. O fato de não termos uma avaliação positiva de nós mesmos, de não nos gostarmos leva e é resultado de estados psíquicos internos, profundamente arraigados que se espalham pelo mundo em volta. A tomada de providências para melhorar o desenvolvimento do ego, procurando um patamar em que este esteja em sintonia, mais próximo dos ideais de ego, pode influir de maneira positiva na concepção de mundo que possui uma pessoa, em sua auto-avaliação, em uma auto-estima adequada e necessária para o

enfrentamento das vicissitudes da realidade. O narcisismo nem sempre é patológico, especialmente quando o corpo, possibilidade para todas enfermidades, necessita de uma atitude que possa espelhar, mesmo através da dor, a força da vida.

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

Aberastury, A. (1983). Adolescência. Em Aberastury, A. & cols. (Orgs.). Adolescência.(pp. 15-32). Porto Alegre: Artes Médicas.

Aberastury, A. (1984). A percepção da morte na criança. Em Aberastury, A. & cols. (Orgs.) A Percepção da Morte na Criança e Outros Escritos .(pp.128-139). Porto Alegre: Artes Médicas.

Blos, P. (1985). Adolescência: Uma Interpretação Psicanalítica. Rio de Janeiro: Martins Fontes.

Chabrol, H. (1990). A Depressão do Adolescente. Campinas: Papyrus.

Feijó, R. B.; & Chaves, M. L. F. (2002). Comportamento suicida. Em Costa, M. C. O. & Souza, R. P. de.(Orgs.). Adolescência: Aspectos Clínicos e Psicossociais.(pp. 398-408). Porto Alegre: Artmed.

Freud, S. (1996a). Contribuições a uma discussão sobre o suicídio. Obras Completas, v. 11. Rio de Janeiro: Imago, 1996b.(Original publicado em 1910)  
\_\_\_\_\_. (1996b). O Ego e o ID. Obras Completas, vol. 19. Rio de Janeiro: Imago, 1996d.(Original publicado em 1923)

Kalina, E. (1983). O processo diagnóstico em psicanálise de adolescentes. Em Aberastury e cols.(Orgs.). Adolescência.(pp. 93-109). Porto Alegre: Artes Médicas.

Kalina, E. (1999). Psicoterapia de Adolescentes: Teoria, técnica e casos clínicos. Porto Alegre: Artmed.

Klein, M. (1982). Notas sobre Alguns Mecanismos Esquizóides. Em Riviere, J. (Org.). Os Progressos da Psicanálise.(pp.313-343). Rio de Janeiro: Zahar.  
Knobel, M. (1983). A adolescência e o tratamento psicanalítico de adolescentes.

Em Em Aberastury, A. & cols. (Orgs.). Adolescência.(pp. 111-142). Porto Alegre: Artes Médicas.

Levisky, D.L. (1998). Adolescência: Reflexões Psicanalíticas. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Macknnon, R.A.& Michels, R. (1992). A Entrevista Psiquiátrica na prática diária. Porto Alegre: Artes Médicas.

Marcelli, D. (1998). Manual de Psicopatologia da Infância de Ajuriaguerra. Porto Alegre: Artes Médicas.

Paz, L. R. de. (1983). Adolescência. Crise e dessimbiotização. Em Aberastury e cols.(Orgs.). Adolescência.(pp. 165-184). Porto Alegre: Artes Médicas.

Spitz, R. (1993). O Primeiro ano de vida. São Paulo: Martins Fontes.

**Publicado em 24/08/2007 17:58:00**