

## **PROBLEMATIZAÇÃO**

### **A DEPRESSÃO EM JOVENS É UMA ÁREA DE CRESCENTE INVESTIGAÇÃO. ELA AFETA O SEU DESEMPENHO ESCOLAR E SUA VIDA COMO UM TODO.**

Depressão é um termo amplamente usado, não apenas na psicopatologia, mas também em diversas áreas da atividade humana. Com seu uso em múltiplos contextos, o termo “depressão” diminuiu a sua especificidade, assim, o termo “transtornos depressivos” pode minimizar confusões e seria melhor aplicado. ( Neste texto, o termo depressão continuará sendo utilizado por ser de uso comum.)

A depressão é um constructo diagnóstico complexo aplicado a indivíduos com um conjunto particular de sintomas, sendo o humor deprimido e a perda de interesse os mais evidentes. Estes sintomas podem mudar com o tempo. São diversas combinações que podem resultar em uma variabilidade incrível no nível individual do paciente. Inclui, por exemplo, doenças físicas e condições relacionadas às drogas.

## **DIMENSÃO HISTÓRICA**

As descrições de depressão e de transtornos mentais associados remontam à antiguidade (egípcios e sumérios – 2.600 a.C.). No entanto foram Hipócrates e discípulos que iniciaram o estudo sistemático dessas condições e introduziram o termo “melancolia” para descrever os sintomas e descrever fisiologicamente a sua origem.

A essência da visão tradicional da melancolia foi mantida durante a idade média e por muito tempo depois. Areteus, Galeno e outros se aprofundaram no estudo de sintomatologia, causas e na definição de transtornos relacionados.

O fim do século XIX, Kraepelin introduziu o termo “depressão maníaca” para separar os transtornos de humor da demência precoce (esquizofrenia).

A oitava revisão da Classificação Internacional de Doenças, Ferimentos e Causas de Morte, da OMS, indicou o início de um esforço internacional para um sistema unificado de diagnóstico e classificação de transtornos mentais. A décima revisão (CID-10), é a atualmente utilizada.

## **APRESENTAÇÃO CLÍNICA**

A depressão compreende uma experiência afetiva (humor) e uma queixa (sintoma), bem como uma síndrome (critérios operacionais). Como experiência afetiva de tristeza, é comum aos seres humanos; como sintoma, está presente em diversas doenças físicas e mentais; como síndrome, está associada a transtornos mentais e físicos específicos.

Os sintomas típicos da depressão maior são: humor deprimido e falta de interesse, prazer e energia, que se combinam aos sintomas adicionais.

O humor deprimido é a marca registrada de todas as depressões. É um estado emocional continuado caracterizado por moral baixa, desesperança, sensação de vazio e outros. A intensidade e a profundidade da dor se tornam tão insuportáveis que o desejo de morte parece trazer um alívio.

Sintomas intimamente associados ao humor deprimido são a perda de interesse e a incapacidade de obter prazer e de vivenciar e expressar afeições, antes normais.

Algumas das características cognitivas que acompanham o estado deprimido são: dificuldade de concentração, baixa autoconfiança, culpabilidade, perspectiva negativa, etc.

As perturbações psicomotoras incluem por um lado, agitação (hiperatividade) e, por outro, retardo (hipoatividade). Os sintomas comuns de hiperatividade são a ansiedade, irritabilidade e inquietação. Em contraste, o retardo é manifesto pela demora de reações à estímulos, pobreza da fala, lentidão corporal, ou até mesmo a inatividade mental ou emocional.

Os sintomas vegetativos se manifestam como perturbações profundas na alimentação, no sono e na função sexual, perda de vitalidade (negativismo). Além disso, sensações corporais como dores difusas, fadiga, perturbações de biorritmo e melancolia.

Sintomas de ansiedade são encontrados com frequência na depressão sob o termo de “transtornos mistos de ansiedade e depressão”.

A melancolia é um subtipo de depressão com sintomas somáticos, caracterizadas por perturbações vegetativas e profundas disfunções neurobiológicas.

## **INVESTIGAÇÃO DISCIPLINAR**

### **SISTEMA NERVOSO – NEUROTRANSMISSORES**

*(As variadas ilustrações e animações referentes ao texto e a outros conteúdos de anatomia e fisiologia do ensino médio, estão no sítio <http://afh.bio.br>)*

#### **O Sistema Nervoso**

O Sistema Nervoso Central recebe, analisa e integra informações (juntamente com o sistema endócrino). É o local onde ocorre a tomada de decisões e o envio de ordens. O Sistema Nervoso Periférico carrega informações dos órgãos sensoriais para o sistema nervoso central e do sistema nervoso central para os órgãos efetores (músculos e glândulas).

#### **O Sistema Nervoso Central - SNC**

O **SNC** divide-se em encéfalo e medula. O encéfalo corresponde ao telencéfalo (hemisférios cerebrais), diencéfalo (tálamo e hipotálamo), cerebelo, e tronco cefálico, que se divide em: BULBO, situado caudalmente; MESENCÉFALO, situado cranialmente; e PONTE, situada entre ambos.

No **SNC**, existem as chamadas **substâncias cinzenta e branca**. A substância cinzenta é formada pelos corpos dos neurônios e a branca, por seus prolongamentos. Com exceção do bulbo e da medula, a substância cinzenta ocorre mais externamente e a substância branca, mais internamente.

Os órgãos do **SNC** são protegidos por estruturas esqueléticas (**caixa craniana**, protegendo o **encéfalo**; e **coluna vertebral**, protegendo a **medula** - também

denominada **raque**) e por membranas denominadas **meninges**, situadas sob a proteção esquelética: **dura-máter** (a externa), **aracnóide** (a do meio) e **pia-máter** (a interna). Entre as meninges aracnóide e pia-máter há um espaço preenchido por um líquido denominado **líquido cefalorraquidiano** ou **líquor**.

## O TELENCEFALO

O encéfalo humano contém cerca de 35 bilhões de neurônios e pesa aproximadamente 1,4 kg. O telencéfalo ou cérebro é dividido em dois hemisférios cerebrais bastante desenvolvidos. Nestes, situam-se as sedes da memória e dos nervos sensitivos e motores. Entre os hemisférios, estão os VENTRÍCULOS CEREBRAIS (ventrículos laterais e terceiro ventrículo); contamos ainda com um quarto ventrículo, localizado mais abaixo, ao nível do tronco encefálico. São reservatórios do LÍQUIDO CÉFALO-RAQUIDIANO, (LÍQUOR), participando na nutrição, proteção e excreção do sistema nervoso.

Em seu desenvolvimento, o córtex ganha diversos sulcos para permitir que o cérebro esteja suficientemente compacto para caber na calota craniana, que não acompanha o seu crescimento. Por isso, no cérebro adulto, apenas 1/3 de sua superfície fica "exposta", o restante permanece por entre os sulcos.

O córtex cerebral está dividido em mais de quarenta áreas funcionalmente distintas, sendo a maioria pertencente ao chamado neocórtex.

Cada uma das áreas do córtex cerebral controla uma atividade específica.

1. **hipocampo**: região do córtex que está dobrada sobre si e possui apenas três camadas celulares; localiza-se medialmente ao ventrículo lateral.
2. **córtex olfativo**: localizado ventral e lateralmente ao hipocampo; apresenta duas ou três camadas celulares.
3. **neocórtex**: córtex mais complexo; separa-se do córtex olfativo mediante um sulco chamado fissura rinal; apresenta muitas camadas celulares e várias áreas sensoriais e motoras. As áreas motoras estão intimamente envolvidas com o controle do movimento voluntário.

A região superficial do telencéfalo, que acomoda bilhões de corpos celulares de neurônios (substância cinzenta), constitui o córtex cerebral, formado a partir da fusão das partes superficiais telencefálicas e diencefálicas. O córtex recobre um grande centro medular branco, formado por fibras axonais (substância branca). Em meio a este centro branco (nas profundezas do telencéfalo), há agrupamentos de corpos celulares neuronais que formam os **núcleos (gânglios) da base** ou **núcleos (gânglios) basais** - CAUDATO, PUTAMEN, GLOBO PÁLIDO e NÚCLEO SUBTALÂMICO, envolvidos em conjunto, no controle do movimento. Parece que os gânglios da base participam também de um grande número de circuitos paralelos, sendo apenas alguns poucos de função motora. Outros circuitos estão envolvidos em certos aspectos da memória e da função cognitiva.

Algumas das funções mais específicas dos gânglios basais relacionadas aos movimentos são:

1. **núcleo caudato**: controla movimentos intencionais grosseiros do

corpo (isso ocorre a nível sub-consciente e consciente) e auxilia no controle global dos movimentos do corpo.

2. **putamen**: funciona em conjunto com o núcleo caudato no controle de movimentos intencionais grosseiros. Ambos os núcleos funcionam em associação com o córtex motor, para controlar diversos padrões de movimento.

3. **globo pálido**: provavelmente controla a posição das principais partes do corpo, quando uma pessoa inicia um movimento complexo, isto é, se uma pessoa deseja executar uma função precisa com uma de suas mãos, deve primeiro colocar seu corpo numa posição apropriada e, então, contrair a musculatura do braço. Acredita-se que essas funções sejam iniciadas, principalmente, pelo globo pálido.

4. **núcleo subtalâmico** e áreas associadas: controlam possivelmente os movimentos da marcha e talvez outros tipos de motilidade grosseira do corpo.

Evidências indicam que a via motora direta funciona para facilitar a iniciação de movimentos voluntários por meio dos gânglios da base. Essa via origina-se com uma conexão excitatória do córtex para as células do putamen. Estas células estabelecem sinapses inibitórias em neurônios do globo pálido, que, por sua vez, faz conexões inibitórias com células do tálamo (núcleo ventrolateral - VL). A conexão do tálamo com a área motora do córtex é excitatória. Ela facilita o disparo de células relacionadas a movimentos na área motora do córtex. Portanto, a consequência funcional da ativação cortical do putamen é a excitação da área motora do córtex pelo núcleo ventrolateral do tálamo.

## ***O DIENCÉFALO (tálamo e hipotálamo)***

Todas as mensagens sensoriais, com exceção das provenientes dos receptores do olfato, passam pelo **tálamo** antes de atingir o córtex cerebral. Esta é uma região de substância cinzenta localizada entre o tronco encefálico e o cérebro. O tálamo atua como estação retransmissora de impulsos nervosos para o córtex cerebral. Ele é responsável pela condução dos impulsos às regiões apropriadas do cérebro onde eles devem ser processados. **O tálamo também está relacionado com alterações no comportamento emocional; que decorre, não só da própria atividade, mas também de conexões com outras estruturas do sistema límbico(que regula as emoções).**

O **hipotálamo**, também constituído por substância cinzenta, é o principal centro integrador das atividades dos órgãos viscerais, sendo **um dos principais responsáveis pela homeostase corporal. Ele faz ligação entre o sistema nervoso e o sistema endócrino, atuando na ativação de diversas glândulas endócrinas.** É o hipotálamo que controla a temperatura corporal, regula o apetite e o balanço de água no corpo, o sono e está envolvido na emoção e no comportamento sexual. Tem amplas conexões com as demais áreas do prosencéfalo e com o mesencéfalo. **Aceita-se que o hipotálamo desempenha, ainda, um papel nas emoções.** Especificamente, as partes

laterais parecem envolvidas com o prazer e a raiva, enquanto que a porção mediana parece mais ligada à aversão, ao desprazer e à tendência ao riso (gargalhada) incontrolável. **De um modo geral, contudo, a participação do hipotálamo é menor na gênese (“criação”) do que na expressão (manifestações sintomáticas) dos estados emocionais.**

### ***Córtex Cerebral***

#### **Funções:**

- Pensamento
- Movimento voluntário
- Linguagem
- Julgamento
- Percepção

### ***Cerebelo***

#### **Funções:**

- Movimento
- Equilíbrio
- Postura
- Tônus muscular

### ***Tronco Encefálico***

#### **Funções:**

- Respiração
- Ritmo dos batimentos cardíacos
- Pressão Arterial

### ***Mesencéfalo***

#### **Funções:**

- Visão
- Audição
- Movimento dos Olhos
- Movimento do corpo

### ***Tálamo***

#### **Funções:**

- Integração Sensorial
- Integração Motora

### ***Sistema Límbico***

#### **Funções:**

- **Comportamento Emocional**
- **Memória**
- **Aprendizado**
- **Emoções**

O Sistema Límbico é um grupo de estruturas que inclui hipotálamo, tálamo, amígdala, hipocampo, os corpos mamilares e o giro do cíngulo. Todas estas áreas são muito importantes para a emoção e reações emocionais. O hipocampo também é importante para a memória e o aprendizado.

## **DEPRESSÃO, ANSIEDADE E NEUROTRANSMISSORES**

A ação terapêutica das drogas antidepressivas tem lugar no **Sistema Límbico**, o principal centro cerebral das emoções. Este efeito terapêutico é consequência de um aumento funcional dos **neurotransmissores** na fenda sináptica, principalmente da noradrenalina, da serotonina e/ou da dopamina, bem como alteração no número e sensibilidade dos neuroreceptores. O aumento de neurotransmissores na fenda sináptica pode se dar através do **bloqueio da recaptação** desses neurotransmissores no neurônio pré-sináptico ou ainda, através da inibição da Monoaminaoxidase, enzima responsável pela inativação destes neurotransmissores.

A vontade de comer doces e a sensação de já estar satisfeito com o que comeu dependem de uma região cerebral localizada no hipotálamo. Com taxas normais de serotonina a pessoa sente-se satisfeita com mais facilidade e tem maior controle na vontade de comer doce.

Havendo diminuição da serotonina, como ocorre na **depressão**, a pessoa pode ter uma tendência ao ganho de peso. É por isso que medicamentos que aumentam a serotonina estão sendo cada vez mais utilizados nas dietas para perda de peso.

Um estudo, que foi “publicado na revista Journal of Neuroscience, os pesquisadores da Universidade Franklin Rosalind, nos Estados Unidos, verificaram uma importante pista de como pode se desenvolver os episódios de depressão. Eles observaram que um único episódio de estresse extremo pode ser o suficiente para destruir novas células nervosas no cérebro, e acreditam que a perda dessas células possa ser uma das causas da depressão”.

O estresse é um mecanismo natural do corpo humano, mas que se repetido com frequência desencadeia um quadro debilitante para o organismo humano e de perdas para sua fisiologia.

“Os cientistas descobriram que o estresse afeta as células do **hipocampo**, a área do cérebro responsável pelo aprendizado, memória e emoção. O hipocampo é uma das regiões cerebrais que continua a desenvolver células nervosas durante a vida. O estresse não impediu a produção de novas células, como acreditavam alguns cientistas. Mas as células tiveram mais dificuldade em sobreviver, o que significa que houve uma redução no número de neurônios novos para processar sentimentos e emoções”.

“Os pesquisadores acreditam que a perda de células nervosas pode ser uma

causa de **depressão**. Uma semana após o teste, apenas um terço das novas células produzidas havia sobrevivido. A sobrevivência dos neurônios em longo prazo também foi comprometida. Os pesquisadores acreditam que o estudo possa ajudar no desenvolvimento de tratamentos para impedir que situações muito estressantes causem problemas de depressão”.

Com essas conclusões alguns fatos da fisiologia da depressão pode ser melhor entendida; a perda de elementos como o Zinco pode estar relacionada com essa destruição dos neurônios. Essa destruição celular pode provocar uma perda do zinco intracelular e que acaba não sendo reposto por dieta ou reposição fisiológica. A administração do Zinco por medicamento não é eficiente e causa uma série de problemas de ajustes. Além deste outros problemas fisiológicos são evidentes e se elucidam com o fato da destruição celular dos neurônios.

## PERSPECTIVA INTERDISCIPLINAR

### PROPORÇÃO ÁUREA

A **proporção áurea** ou **número de ouro** ou **número áureo** é uma constante real algébrica irracional denotada pela letra grega ( $\phi$ ) e com o valor arredondado a três casas decimais de 1,618. É um número que há muito tempo é empregado na arte. Também é chamada de: **razão áurea, razão de ouro, divina proporção, proporção em extrema razão, divisão de extrema razão.**

É frequente a sua utilização em pinturas renascentistas, como as do mestre Giotto. Este número está envolvido com a natureza do crescimento.  $\phi$  (não confundir com o número  $\pi$ ), quociente da divisão do comprimento de uma circunferência pela medida do seu respectivo diâmetro), como é chamado o número de ouro, pode ser encontrado na proporção em conchas (o náutilo, por exemplo), seres humanos (o tamanho das falanges, ossos, dos dedos, por exemplo), até na relação dos machos e fêmeas de qualquer colméia do mundo, e em inúmeros outros exemplos que envolvem a ordem do crescimento.

Justamente por estar envolvido no crescimento, este número se torna tão freqüente. E justamente por haver esta freqüência, o número de ouro ganhou um status de "quase mágico", sendo alvo de pesquisadores, artistas e escritores. Apesar deste status, o número de ouro é apenas o que é devido aos contextos em que está inserido: está envolvido em crescimentos biológicos, por exemplo. O fato de ser encontrado através de desenvolvimento matemático é que o torna fascinante.

Essa seqüência aparece na natureza, no comportamento da refração da luz, dos átomos, do crescimento das plantas, nas espirais das galáxias, dos marfins de elefantes, nas ondas no oceano, furacões, etc.

### VEGETAIS

Semente de girassol – A proporção em que aumenta o diâmetro das espirais sementes de um girassol é a razão áurea.

**Achillea ptarmica** - Razão do crescimento de seus galhos.

Folhas das Árvores – A proporção em que se diminuem as folhas de uma árvore à medida que subimos de altura.

### O CORPO HUMANO

O Homem Vitruviano, de Leonardo da Vinci têm as idéias de proporção e simetria aplicadas à concepção da beleza humana.

Proporções áureas de uma mão:

A altura do corpo humano e a medida do umbigo até o chão.

A altura do crânio e a medida da mandíbula até o alto da cabeça.

A medida da cintura até a cabeça e o tamanho do tórax.

A medida do ombro à ponta do dedo e a medida do cotovelo à ponta do dedo.

O tamanho dos dedos e a medida da dobra central até a ponta.

A medida da dobra central até a ponta dividido e da segunda dobra até a ponta.

A medida do seu quadril ao chão e a medida do seu joelho até ao chão. (FONTE: WIKIPÉDIA)

## **RELAÇÃO ENTRE CRIATIVIDADE E SAÚDE NA GESTALT TERAPIA**

### **Gestalt**

Gestalt é uma palavra de origem alemã. Existem diversas interpretações para o termo, um deles diz que pode ser considerada a psicologia da forma. O palavra adequada para designar a Gestalt seria dizer: "Gestaltung", palavra que indica dar forma, ou seja, um processo, uma formação.

A concepção da psicologia da Gestalt, até então antiga, é a teoria sobre como o nosso campo perceptivo segue determinadas tendências sob a forma de conjuntos estruturados. A percepção estruturada se daria seguindo a tendência das linhas e das formas, destacando as figuras de seus fundos. Porém, não se pode reduzir os fenômenos somente ao que é percebido (ao campo perceptivo), pois deve-se levar em conta o todo sendo diferente da soma das partes. Ex:  $2 + 2 = 5$ .

A principal queixa dos criadores da Gestalt, em relação, às psicoterapias tradicionais é o fato delas não compreenderem o ser como um todo. Quando se analisa um comportamento é preciso considerar o contexto, o que poderíamos chamar de espaço-tempo. Segundo GINGER: "uma parte num todo é algo bem diferente desta mesma parte isolada ou incluída num outro todo [...] num jogo um grito é diferente de um grito numa rua deserta [...]" (1995, p14).

A teoria organísmica é contrária às teorias associacionistas (mecanicistas), que buscavam causa-efeito. Ela constituía-se basicamente pela busca entre as inter-relações existenciais entre os fenômenos, além, de analisar as funções psicológicas, mas o *organismo* como um todo. O modelo biológico utilizado por Goldstein, concebia um organismo como um sistema em equilíbrio e que qualquer necessidade causava um desequilíbrio que precisava ser corrigido. Perls associou a teoria organísmica junto às leis da psicologia da Gestalt, entre elas, a lei da "boa forma" (afirma que sempre predominará aquela configuração que mantiver estados mais harmoniosos), sendo assim, todo fato que altere esse equilíbrio, tornar-se-á evidente a tendência das partes em se re-organizarem e a energia em se re-distribuir de acordo com o campo.

Nesse momento surge a necessidade de se exemplificar claramente essas tendências organísmicas. Costuma-se utilizar o exemplo de uma célula e sua membrana citoplasmática. Sabe-se que a célula realiza trocas constantes de moléculas com o seu meio externo e que é através da membrana e sua

permeabilidade é que a célula recebe nutriente e expõe substâncias. Sabemos que a célula vive em sucessivas e incessantes trocas, pois delas depende sua existência. Graças à permeabilidade da membrana a célula mantém-se em equilíbrio com seu meio externo.

Essa noção de organismo de Goldstein dá ênfase à organização das Gestalt's (surgimento de figura e fundo). É necessária essa relação vital, e diríamos até dialética, entre organismo-meio para se compreender o comportamento em geral.

## **GESTALT-TERAPIA**

Perls sempre frisou que a Gestalt-Terapia não era uma criação original sua, pelo contrário, é uma união de vários conhecimentos da área de psicologia de um modo único, que ainda não havia sido experimentado por ninguém. Cabe a **Gestalt-terapia** a configuração destes conhecimentos, dando a eles uma forma especial.

O método e objetivo de sua terapia é a **awareness**. Awareness refere-se a capacidade de aperceber-se do que se passa dentro de si e fora de si no momento presente, em nível corporal, mental e emocional.(FONTE: WIKIPEDIA)

## **RELAÇÃO ENTRE CRIATIVIDADE E SAÚDE NA GESTALT TERAPIA (Selma Ciornai)**

Trechos da Palestra apresentada em 1995, no I Encontro Goiano de Gestalt Terapia, publicada em 1995 na Revista do ITGT ( Instituto de Treinamento e Pesquisa em Gestalt Terapia) nº 1 , Goiânia, 1995

A afinidade da Gestalt terapia com as artes existe desde o seu começo Frederick Perls trabalhou em teatro , teve aulas de pintura , e muitas vezes utilizava recursos de expressão artística em seus trabalhos. Laura Perls estudou dança e Paul Goodman era poeta e escritor.

A relação da Gestalt terapia com criatividade se inicia em suas raízes na concepção existencial de ser humano na qual o ser humano é visto como estando sempre num possível estado de refazer-se, de poder escolher e organizar sua existência criativamente. A visão existencial afirma a capacidade humana de escolher seu próprio destino , de transcender limites e condicionamentos. Esta postura no entanto não implica em que se ignore que existam pressões, violências , condicionamentos , limites externos e pessoais , mas entende que a possibilidade de escolha , de lidar criativamente com estes limites é sempre existente.

Podemos dizer que quanto maior for a awareness de uma situação , maior as possibilidades de que o ser humano possa ser realmente sujeito de sua história ou , colocado em termos mais poéticos , artista de si mesmo , artista de sua própria existência. É claro que neste processo, vários fatores que advêm do ser o indivíduo um ser social (fatores históricos, sociais, políticos , econômicos, familiares etc) , vão se manifestar e ter influência no curso e forma de nossas existências , mas o que a postura existencial afirma é que o indivíduo não pode

ser visto apenas como “produto” do meio , pois com ele pode sempre interagir de forma criativa , inusitada e transformadora .

Desejos e necessidades do indivíduo assumem *dominâncias* , que são o movimento de uma tensão interna vai mobilizar a energia do organismo para sua completude.

O indivíduo organiza estas experiências (com o meio), de forma que orientem o tipo de contato que estabelece Todo contato é potencialmente criativo, pois lida com o novo .

O indivíduo então , através dos múltiplos e variados contatos que vivência , cresce e se desenvolve , idealmente assimilando o que o enriquece e nutre e alienando de si o que lhe é tóxico , respondendo às requisições , exigências e convites do meio num contínuo processo de ajustamento criativo. .Ajustamento criativo e contato são conceitos chaves na Gestalt terapia pois implicam não apenas em “ajustamento” mas em “ajustamento criativo” e não só em “contato “ mas em “contato criativo” .

Crianças escolhem estar perto de pessoas e ambientes que lhes são estimulantes e as ajudam a crescer saudavelmente , retraindo-se na medida do possível de pessoas e ambientes tóxicos, desenvolvendo potencialidades e habilidades para responder aos convites e/ou requisições das pessoas e do meio que as circundam de forma criativa.

Evidentemente que os processos de ajustamento criativo nem sempre levam a processos de crescimento saudáveis . Às vezes as pressões e cargas negativas do meio são tão fortes que a pessoa desenvolve defesas que terminam por limitá-la em sua existência.

É nos processos de awareness que o indivíduo aguça e percebe tanto os seus sentidos , como as relações de significado que estabelece entre eles (o “sentido”que advém da percepção dos sentidos). A este tipo de awareness se dá em Gestalt terapia o nome de “awareness criativa ”.

Funcionamento saudável vai ser então o fluxo contínuo e energizado de awareness e formação perceptual de figura-fundo,

O funcionamento não saudável vai ser o funcionamento caracterizado por interrupções, inibições e obstruções destes processos, com a conseqüente formação de figuras fracas, desvitalizadas , mal definidas , nebulosas (como se estivéssemos usando um óculos de grau errado), confusas à percepção, que ao não se completarem vão dificultando progressivamente as possibilidades de contatos criativos , vitalizados e vitalizantes com o presente .

Doença ou patologia seria então a recorrência crônica deste tipo de funcionamento, com a conseqüente cristalização das dificuldades do indivíduo e empobrecimento de seus contatos com o mundo .Do que isto decorre?

Às vezes as figuras de nossas necessidades (físicas ,emocionais,espirituais, etc) não se configuram claramente e não são satisfatoriamente completas . A qualidade do contato da pessoa com sua interioridade, com os outros e a situação presente é pobre.

A terapia vem então para ajudar a expandir o fluxo de energia e awareness, liberar a energia retida em situações antigas e inacabadas , trazendo-a para o aqui-e-agora, facilitando assim, através do suporte da relação terapêutica, a elaboração interna daquilo que antes não pode ser bem elaborado ,novas

experiências , e a compreensão e eventual transformação dos padrões de relacionamento do indivíduo consigo próprio, com os outros e com o mundo.

O gestaltista pode trabalhar com sonhos, visualizações, fantasias ,mitos, contos, dramatizações ,exercícios de relaxamento e sensibilização corporal, atividades expressivas tais como dança, desenho, modelagem, poesia, experimentos de dinâmica grupal , de meditação , etc , etc - ou com nada disto. Realmente a Gestalt terapia , ao contrário do popularmente apregoadado, não se caracteriza por técnicas específicas, mas sim por sua postura na relação terapêutica , por sua postura na eventual utilização de técnicas e experimentos, e na sua compreensão dos objetivos do trabalho terapêutico

Assim, a relação da Gestalt terapia com criatividade se dá em três instâncias: na sua concepção existencial de ser humano, na sua concepção de saúde e funcionamento saudável, e na sua metodologia .

A função da terapia é sobretudo , a de ajudar o indivíduo a poder instalar ou restaurar um fluxo de interação criativa com o mundo , ampliando assim, nas palavras de Ostrower (1977) , sua abertura para a vida.

## REFERÊNCIAS

Ciornai,S. (1989). *Em que acreditamos ?* Mesa Redonda, II Congresso de Gestalt Terapia , Caxambú, RJ. Publicada em 1991 no Gestalt Terapia Jornal nº 1, publicação do Centro de Estudos De Gestalt Terapia do Paraná.

Ciornai , S.(1991). *Gestalt terapia hoje : Resgate e expansão.* Revista de Gestalt ,Nº 1, publicação do Departamento de Gestalt Terapia do Instituto Sedes Sapientiae, São Paulo .

Ciornai,S. (1994). *Arte terapia gestáltica: Um caminho para expansão de consciência* .Revista de Gestalt ,Nº 3, publicação do Departamento de Gestalt Terapia do Instituto Sedes Sapientiae, São Paulo.

Frankl ,V.E. (1963) . *Man's search for meaning : An introduction to logotherapy* . Washington Square Press : New York.

Ostrower, F.(1977) . *Criatividade e processos de criação* . Editora Vozes : Petrópolis.

.Perls,F., Hefferline,H .& Goodman, P.(1951) .*Gestalt therapy: Excitement and growth in human personality*. New York : Dell Pub. Co.

## **CONTEXTUALIZAÇÃO**

**Sintomatologia depressiva, atenção sustentada e desempenho escolar em estudantes do ensino médio.**

### **Depressão**

A depressão era comumente confundida com formas atípicas de

expressão e como resultante de uma suposta evolução favorável da "crise da adolescência".<sup>(5)</sup> <sup>(16)</sup> Em recente trabalho, avaliando 503 adolescentes, Salle<sup>(23)</sup> encontrou uma prevalência de sintomas depressivos na ordem de 32% em alunos do 2º Grau de Porto Alegre, Brasil

A depressão pode manifestar-se de formas distintas, dependendo da etapa evolutiva, da personalidade e do ambiente onde está inserida.<sup>(17)</sup>

Dessa forma, podemos pensar a depressão a partir de diferentes perspectivas:

- a perspectiva biológica, que privilegia aspectos bioquímicos, genéticos e outros envolvidos na etiologia e, habitualmente, tem implicações diretas na escolha terapêutica a ser feita;
- a perspectiva sociológica ou relacional, que prioriza a depressão como uma manifestação de cunho interpessoal e intimamente vinculada às condições ambientais e sociais;
- a perspectiva psicológica ou psicodinâmica, que envolve aspectos do afeto primário do indivíduo, como pertencendo a uma fase do desenvolvimento psicosexual ou como fazendo parte da história vital, vida pregressa e vicissitudes de suas experiências prévias.

<sup>(17)</sup> Utilizar uma perspectiva mais integrada, que leve em consideração todos esses fatores descritos, parece-nos o caminho mais difícil, porém o mais adequado e esclarecedor.

As doenças afetivas podem ser divididas, para fins didáticos, em dois grandes grupos: a depressão (também chamada de doença afetiva unipolar) e as doenças bipolares (também conhecidas como psicoses maníaco-depressivas). A depressão é chamada de unipolar porque a sua apresentação se situa sempre no mesmo pólo do estado afetivo – sentimento de tristeza, desânimo e desesperança. As doenças bipolares são assim chamadas porque envolvem uma mudança de um pólo depressivo para um exaltado, com irreal otimismo.

A doença depressiva é dividida em dois quadros que não diferem tanto entre si pela qualidade dos sintomas encontrados, mas pela gravidade e persistência dos mesmos:

a) **a distímia** é aquele estado crônico de depressão, antigamente chamado de neurose depressiva ou depressão menor, doença caracterizada pela presença de sintomas depressivos, em menor intensidade que a depressão maior, e que perduram, na adolescência, por um período não inferior a um ano;

b) **a depressão maior** é uma doença composta por episódios depressivos, isto é, a existência de um número razoável de sintomas depressivos importantes por períodos não inferiores a duas semanas, e que podem ser recorrentes. Esta divisão é importante do ponto de vista clínico e de tratamento, pois a depressão maior é uma doença mais grave, com maiores complicações e com melhor resposta a tratamentos medicamentosos.

**Fatores que geralmente estão relacionados com a doença depressiva:**

**Fatores familiares:** alcoolismo, divórcio, falecimentos, brigas familiares, maus-tratos e história de depressão na família.

**Fatores sócio-ambientais:** as escassas perspectivas profissionais, a violência contra os jovens, a escalada mercantil das drogas e a competição do vestibular,

entre inúmeros fatores, podem empurrar os jovens para momentos de desvalia e impotência.

Sintomas como sinal de alerta ao professor

1) **Piora do rendimento escolar:** O fracasso escolar é muito comum na maioria dos casos. Acentua-se a desadaptação do adolescente com seu meio. Dessa forma, confirma-se a seus olhos sua incapacidade e incompetência, reforçando o seu sentimento de culpa.<sup>(1)</sup> Habitualmente, o adolescente vai piorando progressivamente em seu desempenho, caso não seja tratado. A causa desta piora é tanto a falta de motivação como também uma diminuição transitória de sua capacidade cognitiva. Em alguns casos, pode chegar a ocorrer uma recusa em ir para a escola. A situação poderá também se estabilizar em um patamar de rendimento muito inferior ao costumeiro daquela pessoa, por vezes se instalando uma forma mais crônica de depressão.

2) **Humor deprimido:** É o sintoma mais comum, aparecendo em quase todos os pacientes. Ryan et al.,<sup>(21)</sup> estudando uma amostra de 95 crianças e 92 adolescentes, encontraram humor deprimido em 97% do total. Neste humor deprimido podem-se incluir os estados mais severos, como a perda acentuada de prazer em quase todas as atividades, ou mais leves, como sentimentos vagos de desesperança. Observa-se que o aluno está sempre triste, desinteressado, com um olhar de angústia. Nos adolescentes, o humor deprimido pode ser substituído ou acompanhado, algumas vezes, de humor irritável. Eles podem preferir ficar sozinhos do que estar com amigos.

3) **Diminuição da capacidade de concentração e fadiga:** O aluno torna-se desligado na sala de aula, comete erros banais nas provas e parece estar cansado. Em alguns casos, este cansaço pode ser substituído por uma agitação igualmente prejudicial à aprendizagem, em função do incremento da angústia e da ansiedade. Por vezes, estas situações chamam mais a atenção dos pais e professores do que nos deprimidos "silenciosos", pois os agitados perturbam o ambiente como um todo. Portanto, o professor deve estar atento para alterações psicomotoras, tanto retardo como agitação.

4) **Alterações de sono e apetite:** Estas alterações, especialmente quando marcantes, indicam a participação de fatores orgânicos. São comuns a insônia e a hipersonia, como também a falta ou aumento do apetite.<sup>(7)</sup>

5) **Baixa auto-estima e idéias de culpa:** O aluno demonstra não estar satisfeito consigo próprio, supervalorizando seus erros em detrimento de seus acertos. Suas idéias de culpa podem chegar a níveis tão altos como idéias de que será severamente punido ou de que fez algo que vai causar uma tragédia.

6) **Queixas somáticas:** No adolescente, podem ocorrer preocupações quanto ao seu corpo, como idéias de que alguma parte dele não funciona. A dor abdominal e as dores de cabeça parecem ser as mais comuns.<sup>(21)</sup>

Equivalentes depressivos

Marcelli e Braconnier<sup>(18)</sup> chamam estes sintomas de equivalentes depressivos, pela sua grande associação com quadros depressivos na adolescência. Para Carlson e Cantwell,<sup>(4)</sup> estes equivalentes seriam os **distúrbios de conduta**, as **queixas somáticas**, as **reações psicológicas** e os **problemas escolares**, embora estes autores enfatizem que muitos destes problemas podem não estar acompanhados da doença depressiva em si, mas de reações depressivas transitórias. Alguns destes sintomas são expostos a seguir:

1) **Uso de drogas:** Existe uma alta correlação entre transtornos depressivos e abuso de drogas na adolescência <sup>(14)</sup> <sup>(19)</sup>. Frequentemente, estes adolescentes estão tentando fugir dos sintomas depressivos com a droga, buscando uma sensação de bem-estar momentânea. As substâncias preferidas são o álcool, a maconha e a cocaína. Uma grande porcentagem das mortes na adolescência está relacionada ao uso de drogas, desde overdose e acidentes de carro até suicídio e homicídio.

2) **Distúrbios de conduta e atividades sexuais:** Normalmente, a depressão na adolescência leva a uma perda da libido sexual. O adolescente pode preferir ficar em casa do que namorar e sair à noite. Entretanto, alguns adolescentes podem iniciar uma verdadeira maratona sexual, com muita promiscuidade, sofrendo as conseqüências desta conduta (AIDS e outras doenças sexualmente transmissíveis, gravidez, envolvimento desastrosos). Esta promiscuidade pode também ser entendida como uma droga, ou seja, o adolescente atua para não pensar; para evitar sentir angústia. Dentro desta mesma linha, podem ser entendidos os problemas delinqüenciais encontrados em alguns casos (pequenos furtos, brigas na rua e na escola). A comorbidade entre depressão e transtorno de conduta tem variado entre 21% e 81%.<sup>(2)</sup>

3) **Suicídio:** O suicídio pode ocorrer na infância, mas é na adolescência que se apresenta como situação grave e freqüente. O suicídio é, atualmente, a terceira principal causa de morte entre adolescentes de 15 a 19 anos, só perdendo para as causas externas mal definidas e homicídios, sendo que a sua freqüência triplicou nos últimos trinta anos.<sup>(9)</sup> A depressão é a condição mais freqüentemente relacionada ao suicídio, sendo esta a complicação mais grave.

4) **Distúrbios alimentares:** Embora a obesidade, a anorexia e a bulimia possam ser doenças distintas da depressão, não é incomum que adolescentes deprimidos apresentem sintomas deste tipo. A mais encontrada é a obesidade, na qual o adolescente pode começar a comer exageradamente para tentar se opor aos sentimentos depressivos e de desvalia e para tentar acalmar sua angústia. Este comportamento, por sua vez, pode levar a um círculo vicioso, no qual o sentir-se gordo aumenta os sentimentos de baixa auto-estima. A anorexia e a bulimia podem se associar à depressão na adolescência, acometendo principalmente jovens do sexo feminino.

### **Implicações da depressão na sala de aula**

Por questões prioritárias, Salle, Segal e Sukiennik <sup>(24)</sup> concentram-se principalmente na sintomatologia depressiva, pela prevalência e importância de sua repercussão na sala de aula.

O aluno dito deprimido é aquele que, apesar de freqüentemente apresentar queda em seu desempenho escolar, pode não chamar a atenção do professor, pois não é obrigatoriamente um "problema" para a instituição. Ele é desanimado, desacreditado, parece não se importar com o que se passa ao redor. Suas notas podem baixar, mas, "ao menos", não é desordeiro como outros. Contudo, o problema é complexo. O aluno pode não estar apresentando um bom desempenho por estar repleto de sentimentos de desvalorização, de preocupações em relação aos outros, ao seu próprio corpo, ou até mesmo com idéias de morte.

É um período de reordenamento interior,<sup>(12)</sup> que coincide com o aumento das exigências externas de um mundo adulto, podendo levar com facilidade a fracassos. Os adolescentes devem trilhar um caminho repleto de insegurança,

desorientados pelas mudanças externas e internas. Podem começar a se atacarem, sentindo-se insuficientes. É um momento de busca, no qual o jovem pode não se encontrar nele mesmo<sup>(20)</sup>. Esta luta que o jovem vivência pode abrir caminho para a depressão, em meio à contradição e à ambivalência dos investimentos objetais e narcisísticos. Há sempre escolhas a serem feitas e, por conseguinte, sentimentos de perda.<sup>(13)</sup>

### **Papel da educação e do professor:**

**O que o sistema de educação necessita fazer é**, antes de tudo, trabalhar como um fator de **prevenção**, facilitando ao aluno desenvolver-se de forma integral. Num segundo momento, cabe a correta identificação do aluno triste ou deprimido patologicamente, quando, então, uma intervenção precoce pode resultar numa melhora prognóstica.

A atividade do professor e do "consultor escolar" é ampla e inclui conhecer a escola e seus diversos grupos, compreender a dinâmica de suas relações interpessoais, com o intuito de orientar o encaminhamento apropriado de situações claramente problemáticas, e também auxiliar na detecção de "situações aparentemente estáveis". Sempre que, houver suspeita de que um aluno esteja passando por um quadro afetivo, o jovem deve ser encaminhado para uma avaliação psiquiátrica ou psicológica.

A prática dos educadores impulsiona ao conhecimento do problema e sua amplitude, pois propicia uma abordagem dinâmica dos múltiplos desenvolvimentos que se desenrolam na escola, baseando-se na prerrogativa de que, além dos adolescentes, os adultos e as instituições se processam evoluindo, crescendo e desenvolvendo-se continuamente.<sup>(10)</sup>

É fundamental lembramos que as situações de crise, nos grupos e nos indivíduos, podem servir tanto para o desespero e para a doença quanto para o descobrimento de novas soluções e novas possibilidades de uma reorganização mais saudável.

Piltcher e Sukiennik<sup>(22)</sup> afirmam que, como instituição, a escola é capaz de contribuir ao reconhecer que a autodestruição existe e que pode ser identificada. Em outra etapa: o que fazer com o aluno? E mais: o que a escola, enquanto instituição, e o professor, como sua célula básica, podem fazer, que representem um aumento do fator protetivo, atenuando os fatores que aumentam o risco de condutas autodestrutivas?

O primeiro passo a ser atingido é o reconhecimento do problema: reconhecer significando admitir que existe, que é verdadeiro; e reconhecer indicando a capacidade de identificar os jovens envolvidos neste problema.

Sem nos darmos conta, poderemos passar a "não perceber" que tal ou qual aluno ou filho está se destruindo. O que pode também adiar uma adequada busca de ajuda é a tentativa de explicar, de modo racional, o porquê de uma atitude autodestrutiva, como se a existência de uma justificativa retirasse a necessidade de progredirmos numa investigação com a pessoa.

**Talvez possamos pensar na escola como uma extensão da família, e mesmo como uma abertura para a possibilidade de vivências mais amplas e saudáveis do que o ambiente familiar original. Neste sentido, a escola deveria tentar oferecer um ambiente que respeitasse a individualidade, as saudáveis diferenças entre as pessoas. Um real "diálogo" com os alunos, com todas as dificuldades que esta atitude**

**traz, contrasta com um pseudodiálogo, em que, em tese, se aborda tudo (educação sexual, drogas, etc.), mas que pode estar distante de uma interação verdadeira. O resultado poderá ser, então, a promoção da criatividade em detrimento das atuações auto e heterodestrutivas. Cabe ressaltar que o papel do consultor segue a mesma linha de ação, pois ele auxilia a encaminhar os casos dos alunos, sempre pensando junto com os professores que têm impressões e experiências próprias, assim como entende as situações próprias dos membros do grupo docente, considerando seus sentimentos e opiniões.**

**Um dos paradoxos que mais contribui para a dificuldade de se atingir a postura aqui entendida como ideal reside justamente no fato de que esse espaço de liberdade só poderá realmente existir se houver ao mesmo tempo regras básicas e limites. Este respaldo, esta contenção que objetiva permitir o desenvolvimento, quando não demasiadamente rígida, é vivida como afeto, como preocupação e como manifestação amorosa.**

**O mais desafiador é encontrarmos o ponto intermediário que se localize entre as posições de superexigência, rigidez e autoritarismo, em um extremo, e descuido, negligência e desinteresse, em outro.**

Caberia à escola dar o suporte, o holding sugerido por Winnicott,<sup>(27)</sup> para que o aluno possa se sustentar enquanto cresce. A noção de limites se insere neste todo, pois não há como imaginar qualquer uma destas sustentações sem uma certa firmeza, que neste sentido não deve ser confundida com rigidez, mas algo consistente e, portanto, confiável.

Uma questão central, muitas vezes negligenciada quando se aborda o tema aqui discutido, é que a escola deve também cuidar de quem cuida: os professores, oferecendo um bom ambiente e condições adequadas ao trabalho, para que a instituição como um todo possa não se autodestruir. Criar um ambiente criativo, sadio, rico é prevenir que impulsos destrutivos prevaleçam sobre o impulso de vida. A escola deve ser o espelho futuro onde o jovem possa se agarrar, ao invés de quebrá-lo para com os cacos se cortar.

Para manter a unidade e a integridade da instituição a fim de que ela sirva como objeto coeso da identificação do aluno, que está em processo de busca de modelos para fundir e regular os impulsos que estão eclodindo neste período, a escola deve lançar mão de constante vigilância de sua homeostase.<sup>(10)</sup> Para esse êxito é fundamental a ação do consultor, que ajuda a perceber esses impulsos destrutivos quando presentes e a oportunizar uma discussão verbal dos mesmos, proporcionando um veículo mais maduro de comunicação e uma melhor elaboração dos sentimentos em questão.

Certamente isso não é uma receita de como evitar completa e definitivamente as condutas autodestrutivas entre os alunos, pois tal solução mágica infelizmente não existe e, além disso, o problema não pode ser resolvido de forma desvinculada de uma questão social mais ampla.

Cabe ressaltar a participação dos modelos adultos de funcionamento da sociedade, com suas guerras econômicas e militares constantes como pano de fundo de um modo de viver por vezes exageradamente centrado na competitividade e mesmo na destrutividade do outro. É muito difícil conversar, tanto a nível escolar quanto familiar, em decorrência de diversos sentimentos que o assunto gera: culpa, raiva, tristeza, ansiedade e medo.

Mecanismos de defesa inconscientes são acionados para lidar com o que incomoda com tamanha profundidade: negação e dissociação preponderam. Tais sentimentos e defesas são claramente percebidos no grupo escolar pelo consultor. Este, dentro de sua função, tenta transformar a confusão de sentimentos que nele são despertados, através de uma análise subjetiva e objetiva, para elaborar em si as parcelas negadas e dissociadas, ajudando da mesma forma os demais membros da equipe a ter uma percepção integrada da situação conforme a realidade. O veículo do diálogo proporciona que se reflita sobre o que se sente para se tomar atitudes mais adequadas. Neste caso, todos estes sentimentos e sua devida detecção e reflexão são a base da prevenção de um caso de suicídio, permitindo que se consiga uma aproximação do aluno e de sua família para compreendê-los e orientá-los a buscar ajuda psicológica.

## **Tratamento**

O tratamento dos distúrbios afetivos poderá incluir psicoterapia individual, terapia familiar, tratamento dos pais, terapia recreativa, grupoterapia, educação corretiva, programas residenciais fora de casa e psicofarmacoterapia.<sup>(26)</sup>

A decisão sobre o tipo de abordagem terapêutica vai depender, obviamente, da precisão diagnóstica e também dos riscos inerentes à gravidade de cada situação. A partir daí, poderemos escolher entre um tratamento a ser realizado em consultório, em ambulatório institucional ou ambiente hospitalar. A decisão seguinte será avaliar a necessidade do uso de psicofármacos, que poderá ou não se associar à psicoterapia. A internação hospitalar está indicada nos casos de risco de suicídio ou quando a família não apresenta condições para os cuidados e proteção adequados.

Pensamos que, aumentando as informações dos pais e professores sobre a depressão, poderemos torná-los mais observadores e mais compreensivos sobre as alterações que podem ocorrer em seus alunos/filhos. O papel do médico como educador e professor na comunidade pode ter um impacto mais significativo e positivo, porque a medicina preventiva proporciona as melhores chances para a saúde e a sobrevivência. Torna-se claro que os melhores clínicos entre nós são realmente educadores eficazes e não simplesmente técnicos <sup>(8)</sup> .

**Psicol. esc. educ;10(1):99-108, jan.-jun. 2006. tab.**

### **Trechos do artigo dos autores:**

Baptista, Makilim Nunes; Lima, Ricardo Franco de; Capovilla, Alessandra Gotuzo Seabra; Melo, Liana Lins.

## **Referências**

- 1.American Psychiatric Association (2000). *DSM-IV-TR – Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (4ª ed. revisada). Porto Alegre,RS: Artes Médicas.
- 2.Bahls, S. C. (2002a). Depressão, infância e adolescência: características clínicas. *Jornal de Pediatria*, 78, 359-366.
- 3.Bahls, S. C. (2002b). Epidemiologia de sintomas depressivos em adolescentes de uma escola pública em Curitiba, Brasil. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24,

63-67.

4. Baptista, M. N., & Assumpção Junior, F. B. (1999). *Depressão na adolescência: uma visão multifatorial*. São Paulo, SP: E.P.U.
5. Baptista, M. N., & Campos, L. F. L. (2000). Avaliação longitudinal de sintomas de depressão e estresse em estudantes de psicologia. *Boletim de Psicologia*, L(113), 37-58.
6. Baptista, M. N., & Oliveira, A. A. (2004). Sintomatologia de depressão e suporte familiar em adolescentes: um estudo de correlação. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, 14(3), 58-67.
7. Baptista, M. N., Baptista, A. S. D., & Oliveira, M. G. (2004). Depressão e gênero: por que mulheres se deprimem mais que homens? Em: M. N. Baptista (Org.), *Suicídio e depressão: atualizações* (pp.50-61). Rio de Janeiro, RJ: Guanabara-Koogan.
8. Baptista, M. N., & Campos, D. C. (no prelo). *Metodologias de pesquisa em ciências: análise quantitativa e qualitativa*. Rio de Janeiro, RJ: LTC.
9. Baptista, C. A., & Golfeto, J. H. (2000). Prevalência de depressão em escolares de 7 a 14 anos. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 27, 253-255.
10. Barbosa, G. A., Dias, M. R., Gaião, A. A., & Lorenzo, W. C. G. (1996). Depressão infantil: um estudo de prevalência com o CDI. *Infanto – Revista de Neuropsiquiatria da Infância e Adolescência*, 14(3), 36-40.
11. Barbosa, A. J. G. (2004). Depressão na escola: um guia para educadores e profissionais da saúde. Em: M. N. Baptista (Org.), *Suicídio e depressão: atualizações* (pp.144-157). Rio de Janeiro, RJ: Guanabara-Koogan.
12. Brandão, M. L. (1995). *Psicofisiologia*. São Paulo: Atheneu.
13. CEPA – Centro de Psicologia/Departamento de Estudos do CEPA (2001). *Bateria fatorial CEPA – Teste de Aptidões Específicas*. Rio de Janeiro, RJ: CEPA.
14. Cruvinel, M. (2003). *Depressão infantil, rendimento escolar e estratégias de aprendizagem em alunos do ensino fundamental*. Dissertação de Mestrado, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP.
15. Cunha, J. A. (2001). *Manual da versão em português das Escalas Beck*. São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.
16. Dalgalarrodo, P. (2000). A atenção e suas alterações. Em: P. Dalgalarrodo. *Psicopatologia e Semiologia dos Transtornos Mentais* (pp. 71-73). Porto Alegre, RS: Artes Médicas.
17. Dell'aglio, D. D., & Hutz, C. S. (2004). Depressão e desempenho escolar em crianças e adolescentes institucionalizados. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 17, 351-357.
18. Egeland, J., Rund, B. R., Sundet, K., Landro, N. I., Asbjomsen, A., Lund, A., Roness, A., Stordal, K. L., & Hugdahl, K. (2003). Attention profile in schizophrenia compared with depression: differential effects of processing speed, selective attention and vigilance. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108(4), 276-284.
19. Engelhardt, E., Rozenhal, M., & Laks, J. (1996). Neuropsicologia VIII – Atenção. Aspectos neuropsicológicos. *Revista Brasileira de Neurologia*, 32, 101-106.

20. Eysenck, M. W., & Keane, M. T. (1994). *Psicologia cognitiva: um manual introdutório*. Porto Alegre, RS: Artes Médicas.
21. Goreinstein, C., & Andrade, L. (1998). Inventário de Depressão de Beck: propriedades psicométricas da versão em português. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 25, 245-250.
22. Graeff, F. G., & Brandão, M. L. (1993). Distúrbios Afetivos. Em: F. G. Graeff & M. L. Brandão, *Neurobiologia das doenças mentais* (pp. 79-108). São Paulo, SP: Lemos.
23. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira – INEP (2005). *Inep divulga balanço geral do Enem 2005*.
24. Joca, S. R. L., Padovan, C. M., & Guimarães, F. S. (2003). Estresse, depressão e hipocampo. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 25(2), 46-51.
25. Kaltiala-Heino, R., Rimpelä, M., Rantanen, P., & Laippala, P. (2001). Adolescent depression: the role of discontinuities in life course and social support. *Journal of Affective Disorder*, 64, 155-166.
26. Kornstein, S. G. (1997). Gender differences in depression: implications for treatment. *Journal of Clinical Psychiatry*, 58(15), 12-18.
27. Lautenbacher, S., Spemal, J., & Christiankrieg, J. (2002). Divided and selective attention in panic disorder: a comparative study of patients with disorder major depression and healthy controls. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 252, 210-213.
28. Liotti, M., & Mayberg, H. S. (2001). The role of functional neuroimaging in the neuropsychology of depression. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 23(1), 121-136.
29. Mathews, A., Ridgeway, V., & Williamson, D. A. (1996). Evidence for attention to threatening stimuli in depression. *Behaviour Research and Therapy*, 4, 695-705.
30. Ottowitz, W. E., Dougherty, D. D., & Savage, C. R. (2002). The neural network basis for abnormalities of attention and executive function in major depression disorder: implications for application of the medical disease model to psychiatric disorders. *Harvard Review Psychiatry*, 10(8), 86-99.
31. Pérez, M. V., & Urquijo, S. (2001). Depresión en adolescentes: relaciones com el desempeño académico. *Revista de Psicología Escolar e Educativa*, 5, 49-58.
32. Rozenhal, M., Laks, J., & Engelhardt, E. (2004). Aspectos neuropsicológicas da depressão. *Revista de Psiquiatria*, 26, 204-212.
33. Sarter, M., Givens, B., & Bruno, J. P. (2001). The cognitive neuroscience of sustained attention: where top-down meets bottom-up. *Brain Research Reviews*, 35, 146-160.
34. Sévigny, M. C., Everett, J., & Grondin, S. (2003). Depression, attention and time stimulation. *Brain and Cognition*, 53, 351-353.
35. Silva, F. T., & Leite, J. R. (2000). Physiological modifications and increase in state anxiety in volunteers submitted to the Stroop Color – Word Interference Test: a preliminary study. *Psychology & Behaviour*, 70, 113-118.
36. Soares, K. V., Almeida-Filho, N., Botega, N. J., Coutinho, E. S. F., & Mari, J. J. (1994). Sintomas depressivos em Adolescentes: análise dos dados do estudo

multicêntrico de morbidade psiquiátrica em áreas metropolitanas. *Revista ABP-APAL*, 16(1), 11-17.

37.Steingard, R. J. (2000). The neuroscience of depression in adolescence. *Journal of Affective Disorders*, 61, S15-S21.

38.Stemberg, R. J. (2000). *Psicologia cognitiva*. (M. R. B. Osório, trad.). Porto Alegre, RS: Artmed.

39.Terigi, F., & Baquero, R. (1997). Repensando o fracasso escolar pela perspectiva psicoeducativa. Em: A. Abramovich e J. Moll (Orgs.), *Para além do fracasso escolar*. (pp.105-124). Campinas, SP: Papirus.

40.Thomas, P, G., & Rousseaux, M. (1998). Divided attention in major depression. *Psychiatry Research*, 81, 309-322.

41.Weller, E. B., & Weller, R. A. (2000). Depression in adolescents: growing pains or true morbidity?. *Journal of Affective Disorders*, 61, S9-S13.

42.Williams, R. A., Hagerty, B. M., Cimprich, B., Therrien, B., Bay, E., & Oe, H. (2000). Changes in directed attention and short-term memory in depression. *Journal of Psychiatric Research*, 34, 227-238.

## SÍTIOS

### Título

[Correlação entre práticas educativas e depressão](#)

[Depressão na infância](#)

[Os desafios da vida adulta](#)

Parte superior do formulário

Parte inferior do formulário

Parte inferior do formulário

## SONS E VÍDEOS

| <b>Categoria</b>             | <b>Título do Vídeo/Música</b>                        |
|------------------------------|--|
| <a href="#">Vídeo</a>        | <a href="#">Air on the G string</a>                  |
| <a href="#">Vídeo</a>        | <a href="#">Vivaldi Four Seasons - I Musici 1988</a> |
| <a href="#">Vídeo</a>        | <a href="#">Aula de matemática: número áureo</a>     |
| <a href="#">Áudio-CD/MP3</a> | <a href="#">Sinfonia no. 5 - Opus 67 - 1a. parte</a> |
| <a href="#">Vídeo</a>        | <a href="#">As sete leis espirituais do sucesso</a>  |
| <a href="#">Áudio-CD/MP3</a> | <a href="#">Down on me</a>                           |
| <a href="#">Áudio-CD/MP3</a> | <a href="#">Depressão</a>                            |

Parte superior do formulário

Parte inferior do formulário

## **PROPOSTA DE ATIVIDADES**

### **BUSCA DO EQUILÍBRIO ENTRE MENTE , CORPO E EMOÇÕES**

#### **SUGESTÕES DE ATIVIDADES**

Por se tratar de um tema tão complexo como a depressão, que envolve a mente, o corpo, emoções e toda uma gama de incertezas que parecem permear além das ciências tradicionais, sugerimos alguns recursos não muito convencionais. As ditas terapias ou conhecimentos alternativos, ou melhor, adicionais, vêm numa tendência de crescente aceitação, que aliás parece não ser apenas uma moda, tendo em vista que muitos desses conhecimentos são milenares. Realmente diversas poderiam ser as sugestões de atividades no ambiente escolar, entretanto, salientaremos as **práticas artísticas** (como mecanismo de escape e regulação da energia vital) e **atividades relativas ao campo energético humano** (numa visão holística).

É evidente que o melhor conhecimento sobre o assunto, já como mencionado, facilita a detecção e encaminhamento para tratamento médico e psicológico por parte dos responsáveis pelos jovens. As práticas sugeridas são idéias de aprofundamento pessoal que também podem ser indicadas segundo adequações.

#### **SUGESTÕES DE LEITURA:**

AYURVEDA - Dra. Vinod Verna. Medicina indiana milenar que define a saúde como uma condição de harmonia interna, capaz de habilitar o ser humano a buscar seus objetivos mais profundos. Este princípio atende integralmente à definição da OMS, mas transcende, incluindo o valor espiritual.

Apresenta métodos para a busca de uma melhor qualidade de vida, além de remédios. Envolve toda uma filosofia de promoção de saúde integral.

A CURA QUÂNTICA - O dr. Chopra baseia-se em conhecimentos da medicina moderna ocidental e da antiga sabedoria oriental (ayurveda). No livro mostra o controle do corpo por uma "rede de inteligência" e dá ênfase à energia positiva e à meditação. Outros títulos: conexão saúde e a fonte da vida.

São encontrados materiais também em CDs (locadoras) com boa qualidade de produção.

LUZ EMERGENTE - Bárbara Ann

Brennan A curadora, terapeuta e cientista é pioneira na ligação entre ciências e as artes da cura. O livro é repleto de profundo conhecimento com seus aspectos teóricos e práticos. Notável combinação de sabedoria intuitiva e formação científica. Seu livro Mãos de luz é um clássico sobre cura alternativa (chackras). É um material denso com métodos de cura pessoal pesquisados.

GESTALT – A arte do contato – Sergie  
Ginger

Este livro resume o essencial do método e das técnicas utilizadas na abordagem psicoterápica. Ela reconhece e valoriza o ser humano em sua essência e visa a originalidade de cada ser, sua restauração e a reorganização da qualidade do contato numa perspectiva holística. Valoriza a integração das dimensões sensoriais, emotivas, intelectuais, sociais e espirituais.

O PODER DO TOQUE – Phyllis K.  
Davis

A autora considera o toque como uma necessidade biológica e uma forma de comunicação com uma imensa e complexa capacidade de transmitir mensagens. Simboliza a nossa relação com o mundo, com a própria vida e portanto indispensável à saúde física e emocional. É um livro que ensina e faz refletir sobre o contato físico, em suas diversas modalidades, numa sociedade onde ele é tão inibido.

O toque terapêutico realizado por um profissional é recomendado para cuidar da saúde do corpo, da saúde e das emoções. Melhora a circulação, eliminação de toxinas, relaxa os músculos, equilibra o sistema nervoso e aumenta os níveis de energia, entre outros benefícios. Há um cardápio variado de técnicas de massagens, algumas dessas são: reflexoterapia, watsu, shantala, ayurvédica, Do-in e shiatsu.

O PODER DO FLUXO – Charlene Belitz & Meg  
Lundstrom

Para aqueles que acreditam no significado das coincidências; ou melhor, sincronicidade, tal qual como aparecia na “profecia celestina” de James Redfield. Sincronicidade é um termo cunhado Jung e provoca um impacto emocional que nos a sensação de fazermos parte de um todo maior. O livro traz técnicas práticas para transformar a vida em coincidências significativas.

Disponível em CD (locadora) o filme: Profecia celestina

## **TÉCNICAS QUE COMPROVADAMENTE MINORAM OS SINTOMAS PSICOSSOMÁTICOS E SERENAM AS EMOÇÕES:**

### **PSICANÁLISE**

O método criado pelo neurologista austríaco Sigmund Freud requer um paciente disposto a mergulhar em sua história pessoal. O método vai fundo na exploração dos conflitos íntimos e por isso, pode se estender por anos. Já se mostrou que a psicanálise pode alterar a química cerebral, assim como os remédios.

### **MEDITAÇÃO**

A prática regular da meditação reduz os sintomas somáticos, medos e fobias por meio do controle da ansiedade. Estudos recentes mostram que a meditação afeta diretamente a função e a estrutura do cérebro, com repercussão, no resto do organismo – a melhora do sistema imunológico, por exemplo. Meditar reduz o consumo de oxigênio, regula a respiração, desacelera os batimentos cardíacos e diminui a pressão arterial.

## TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL

É uma espécie de tratamento psicológico de choque. Com sucesso no tratamento de fobias. Passou a ser aplicada no tratamento de sintomas específicos. Se destina ao autoconhecimento, como a psicanálise. Seu objetivo é apenas cancelar a cadeia de reações físico-mentais que são sintomas de somatização.

## COACHING

Parte do princípio de que a duração e o grau de severidade de um sintoma podem ser mudados com alterações no estilo de vida e no modo de pensar do próprio paciente. Um psicólogo age como treinador, estabelecendo metas a serem cumpridas e desafios a serem vencidos. É uma espécie de adaptação dos conselhos de auto-ajuda para a prática psicoterápica.

## **A NECESSIDADE DA ARTE**

A partir da leitura de publicações como o livro de Ernest Fisher (biblioteca do professor), de mesmo título, voltamos um olhar para a arte como “substituto da vida”, como forma de colocar o homem em estado de equilíbrio com o meio circundante. A idéia contém o reconhecimento parcial da natureza da arte e de sua necessidade.

A arte como diversão, cultura, relaxação não resolve o problema. A identificação com os problemas dos outros (no romance, música, teatro...) é uma intensificação de emoções, um escape da nossa realidade, sem corre riscos ou insatisfação com nossa própria existência? Poderia a arte completar parte de nossas lacunas existenciais? Por o fictício nos absorve e encanta?

Esta instigante viagem pode lhe proporcionar “insights” de perspectivas de atuação através da arte no ambiente escolar. Boa viagem.

## **ATIVIDADES PRÁTICAS**

### EXERCITE O AMOR PRÓPRIO

Escolha um lugar tranquilo onde sentar (ou crie silêncio). Feche os olhos. Relaxe e respire profundamente três vezes. Pense em alguém que você ame muito, incondicionalmente: um parente, amigo, animal de estimação etc. Visualize essa pessoa, animal ou objeto em frente de você e envie-lhe amor, do fundo de seu coração. Permaneça assim, tomando esse fluxo de amor cada vez mais forte.

Imagine esse amor voltando para você como se fosse um bumerangue, so que

mais lento. Inspire esse amor. Deixe que ele tome conta de você, dos pés à cabeça. Sinta-se repleto de luz e energia. Fique assim até sentir o seu corpo pleno de energia (formigando, com pontos de choques, esquentando, etc.). Depois junte suas mãos e coloque-as sobre o peito, agradecendo a si mesmo e ao universo. Permaneça sentado sentindo esse amor por algum tempo antes de passar, suavemente, para as tarefas do dia. Faça esse exercício pelo menos uns sete dias seguidos e observe o seu efeito sobre seus relacionamentos com as outras pessoas.

As técnicas direcionam para um fluxo de harmonia, cada vez mais profundamente, permitindo melhorar a autoconsciência, a aceitação de si e de outros, a clareza interior, agindo no sentido de fazer o bem a si próprio, para as outras pessoas e para o todo maior.

O ambiente interior e exterior devem ser favoráveis à libertação da mente. Criar silêncio interior é tranquilidade de pensamentos, mesmo que fora esteja ouvindo sons da natureza ( uma sinfonia, jazz, coral, canto gregoriano, Kitaro, músicas calmas e alegres, mantras,etc.).

A respiração adequada é algo de fundamental em uma meditação. Pode ser uma pausa para rever suas escolhas e funciona como liberação de sentimentos quando respiramos profundamente ( como a liberação de tensões que dificultam nossas análises).

Muitas vezes são indicados escalda-pés para iniciar um relaxamento. Como dizem: pés quentes, cabeça fria. Pode ser auxiliar antes de uma boa noite de sono.

## DO-IN – TOQUE TERAPÊUTICO

É um método de automassagem, baseado na pressão feita com os dedos sobre pontos específicos do corpo. Um conhecimento prévio dos pontos de energia e técnicas são recomendados. No entanto, para o dia-a-dia, alguns toques são fáceis de aplicar.

## O PODER DO TOQUE

Como forma de humanizar a educação, facilitar a educação e o processo de aprendizagem, deve conscientizar-se de sua própria linguagem corporal e procurar compreender a linguagem corporal dos outros. Infelizmente, nossa cultura muitas vezes ensina às crianças duvidarem ou confundirem seus próprios instintos e sentidos. Sendo assim, o professor talvez tenha que trabalhar para anular o condicionamento negativo que ele próprio e os alunos tiveram.

As iniciativas não verbais de afeto e o contato físico podem ser empregados como expressões honestas de emoção. Caso não sejam de intenções puras e naturais, muitos logo percebem a diferença, pois o corpo, num nível inconsciente, não tarda a responder a mensagem contraditória. Trata-se de um assunto delicado que requer muito conhecimento, maturidade, coragem e habilidade. Para se estabelecer o contato físico na sala de aula, a intenção é fundamental. Mesmo com todos esses cuidados, o bom senso dirá se a pessoa

não deverá ser tocada.

### **Sugestão de roteiro parase estabelecer contato afetivo:**

- Esteja consciente da pessoa e da situação.
- Olhe para a pessoa e verifique o que sua linguagem corporal diz. Se lhe parecer tensa, fria ou amedrontada, seja prudente.
- Conforme se aproximar ou estender a mão para a pessoa, olhe-a no rosto. Se ela desviar o olhar, é provável que não se sentirá à vontade se for tocada.
- Talvez você deverá revelar sua intenção, mesmo que de modo indireto, para lhe passar segurança.
- Caso resolva seguir adiante e tocar, toque de forma neutra, primeiramente. Os pontos incluem o ombro, cotovelos e braços (de forma leve e rápida).
- Avalie a reação ao toque, olhando para o rosto e linguagem corporal da pessoa.
- Tome em seguida a atitude que lhe for mais confortável.

### **DINÂMICA DE GRUPO – DAR E RECEBER AFEIÇÃO**

Pode ser realizado numa sala de aula, escolhendo-se algumas pessoas como membros da ação. O animador orienta dizendo que para a maioria das pessoas, tanto dar como receber afeição, são coisas muito difíceis. Para ajudar as pessoas a experimentarem a dificuldade, usa-se um método chamado de "bombardeio intenso". Para isso: as pessoas do grupo dirão a cada pessoa foco de atenção todos os sentimentos positivos que têm para elas. Elas apenas ouvem.

A intensidade da experiência pode variar de diversos modos. Provavelmente a maneira mais simples é fazer a pessoa em questão sair do círculo e ficar de costas para o grupo, escutando o que é dito. Ou pode permanecer e lhe falar diretamente. O impacto é mais forte quando cada um se coloca diante da pessoa, toca-a, olha nos olhos e lhe fala diretamente. Ao final poderá haver troca de comentários sobre a experiência ou outras atividades de acordo com a criatividade e adequação da turma.





## SUGESTÕES DE LEITURA

| <b>Categoria</b> | <b>Título da Publicação</b>                  | <b>Título do Texto</b> |
|------------------|--|------------------------|
| <u>Livro</u>     | <u>12 semanas para mudar uma vida</u>        | -                      |
| <u>Livro</u>     | <u>Cura espiritual da depressão</u>          | -                      |
| <u>Livro</u>     | <u>O poder do fluxo</u>                      | -                      |
| <u>Livro</u>     | <u>Quem somos nós?</u>                       | -                      |
| <u>Periódico</u> | <u>Revista Época</u>                         | -                      |
| <u>Livro</u>     | <u>Vencendo aflições alcançando milagres</u> | -                      |

Parte superior do formulário

|                |   |
|----------------|---|
| 20080513144456 | 2 |
|----------------|---|

Parte inferior do formulário

## DESTAQUES

Sítios selecionados:

[www.virtualpsy.org/infantil](http://www.virtualpsy.org/infantil)

<http://dgp.cnpq.br/buscaoperacional>

[www.bvs-psi.org.br](http://www.bvs-psi.org.br)

[www.afh.bio.br](http://www.afh.bio.br)



### NOTÍCIAS

| Categoria                      | Título da Publicação           | Título da Notícia/Artigo                                       |
|--------------------------------|--------------------------------|--|
| <a href="#">Jornal on-line</a> | <a href="#">G1 - globo</a>     | <a href="#">Exercícios aeróbios podem combater a depressão</a> |
| <a href="#">Jornal on-line</a> | <a href="#">Parana on-line</a> | <a href="#">Depressão afeta a mente e o corpo</a>              |

Parte superior do formulário

## **PARANÁ**

### **PESQUISA REALIZADA NA UFPR- DEPRESSÃO NA ADOLESCÊNCIA**

|MÁRCIA QUEIRÓS | Pesquisa aponta que 15% das crianças e adolescentes no Brasil sofrem de depressão e um dos motivos é a má educação que recebem dos pais

TRISTE

REALIDADE

A depressão, presente em 5% da população mundial, não é um problema somente dos adultos. Ela ronda também o universo dos pequeninos, até mesmo nos primeiros meses de vida. Pesquisa realizada na Universidade Federal do Paraná (UFPR) revela que 15% das crianças e adolescentes brasileiros apresentam depressão, ligada não só a fatores genéticos, mas também à educação que recebem dos pais.

A maioria das crianças com sintomas da doença - 56,1% - são filhos de pais negligentes, que não dão afeto nem impõem limites aos seus rebentos, conclui o estudo coordenado pela psicóloga Lídia Weber, professora há 24 anos da UFPR e doutora em psicologia experimental

A maioria das crianças com sintomas de depressão são filhos de pais negligentes, que não dão afeto nem impõem limite aos seus rebentos"

Psicologia Experimental pela Universidade de São Paulo (USP). "A negligência parental é um fator de risco forte para a depressão. As crianças consideram que nada do que fazem é realmente importante, pois não aprenderam a ser valorizadas por seus pais. São as que apresentam o pior desempenho em todas as áreas. As conseqüências são atraso no desenvolvimento, problemas afetivos e comportamentais", diz a psicóloga. Já os filhos de pais indulgentes - afetuosos, mas que não determinam limites claros para os filhos - apresentam as menores taxas de depressão, representando 3,5% das crianças pesquisadas. Esses tipos de pais dão muito apoio e atenção emocional, mas pouca estrutura positiva e direção aos filhos. "Resultado: crianças mimadas, mas com auto-estima mais alta, habilidades sociais boas e baixos níveis de depressão", revela a pesquisadora.

O estudo mostra que a autoridade em excesso também representa risco. Filhos de pais que impõem muitas regras e limites, mas são pouco afetivos, aparecem em segundo lugar no estudo, em índice de depressão, e representam 26,3% do universo de crianças pesquisadas. "Os pais autoritários caracterizam-se por nível baixo de apoio e atenção emocional, mas alto de estrutura positiva e direção. Os filhos tendem a apresentar desempenho moderado na escola, sem problemas de comportamento. No entanto, têm os piores desempenhos em habilidades sociais, baixa auto-estima e altos níveis de depressão", relata a professora.

O estudo revela, ainda, que o clima conjugal também pode contribuir para o aparecimento do problema. Quanto melhor a relação entre os pais, menor a possibilidade de depressão entre os filhos. Para realizar a pesquisa, intitulada Estilos e Práticas Parentais e Desenvolvimento e Socialização de Crianças e Adolescentes, foram ouvidas, por meio de questionário, mais de três mil crianças e adolescentes, no Núcleo de Análise e Comportamento, coordenado por Lídia Weber. O estudo acabou gerando o livro Eduque com Carinho: Equilíbrio entre Amor e Limites (Editora Juruá, 2005).

Especialista em Psiquiatria e Psicoterapia pela USP, o médico curitibano Marcus Weber diz que a depressão não é somente uma tristeza. "É o nome dado a certos estados de sofrimento psíquico que podem causar transtornos no comportamento, na afetividade e nos relacionamentos sociais e familiares", define. A pesquisa buscou listar que sintomas da depressão poderiam estar associados a práticas parentais, e o resultado é positivo. "Mas isso não descarta outras causas", diz a pesquisadora Lídia.

Os chamados transtornos de humor, nos quais está incluída a depressão, fazem

parte de um dos grupos de doenças com menor chance de serem diagnosticadas em crianças e adolescentes. "Eles têm dificuldades para expressar o que sentem e os sintomas são diferentes em adultos e adolescentes", relata o psicanalista Marcus Weber.

A depressão pode se manifestar logo nos primeiros meses de vida. De um a três anos de idade, os principais sintomas são, segundo a psicóloga e psicanalista Marisa Decat, choro em excesso, apatia, recusa em participar de atividades sociais, perda de peso e rebeldia. "Um comportamento que pode ir da cólera à apatia", descreve. "Dos seis aos 12 anos, os sinais são fadiga, falta de motivação, hostilidade e apatia, além de queda no rendimento escolar." Para ela, o primeiro caminho é escutar e conversar com a criança.

O mesmo deve ser seguido quando o assunto é a depressão entre adolescentes. Para o médico Marcus Weber, a depressão é um problema difícil de enfrentar e pode tornar-se ainda mais assustador quando ocorre na adolescência, uma fase da vida repleta de mudanças corporais e comportamentais. "Na maioria das vezes, os adolescentes não conseguem entender o turbilhão de sentimentos que afloram e nem mesmo conversar sobre a sua depressão por não encontrar um interlocutor que os compreenda", diz.

Além de diálogo e compreensão dos pais, a depressão deve ser tratada por profissionais (psicólogos e psiquiatras), com aconselhamento familiar, psicoterapia e medicação, se for necessária.

Sintomas:

- Tristeza ou sensação de vazio
- Pessimismo ou culpa, falta de esperança
- Desamparo ou inutilidade
- Incapacidade de tomar decisões
- Concentração e memorização reduzidas
- Falta de interesse ou prazer por atividades normais como esportes, música ou conversa pelo telefone
- Problemas na escola e com a família
- Perda de energia e motivação
- Dificuldade para pegar no sono, dormir bem ou se levantar de manhã
- Problemas de apetite: emagrecimento ou ganho de peso
- Dor de cabeça, dor de estômago ou dor nas costas
- Inquietação e irritabilidade
- Desejo de ficar sozinho a maior parte do tempo
- Falta às aulas ou abandono de passatempos e outras atividades
- Abuso de bebidas alcoólicas ou drogas

