

Depressão na infância e adolescência — aspectos sociais.

** Reflexões sobre a prática médico-psicológica em uma Instituição com equipe multiprofissional.*

*** Psicóloga do Centro de Saúde Escola Butantã do Dep. Med. Prev. da Fac. Med. USP/Convênio SS-Coord. Saúde Mental. O presente trabalho foi inspirado em um outro apresentado, pela Autora em co-autoria, na 1ª Jornada sobre a Infância e Adolescência, APPIA-SP, Mimeo, 1976.*

*Lucia Helena Siqueira Barbosa***

Este trabalho contém três partes. Uma primeira intitulada Introdução. Uma segunda focalizada sob o título de Material Clínico: apresentação, comentários e considerações sobre a prática do Serviço Social e, uma terceira, Considerações Finais.

A primeira tenta discutir dois pontos: — algumas considerações sobre o conceito de depressão na infância e adolescência: caracterização de quadros clínicos com aspectos depressivos nítidos, mais ou menos “puros” e de “reações depressivas”, em que tais aspectos estariam como que disfarçados, camuflados, apresentando, mais freqüentemente, sob a forma de inquietação, rebeldia, preocupações somáticas e hipocondríacas, fugas, condutas anti-sociais e outras. A existência de fatores mais marcantes na infância e adolescência do que na idade adulta — por exemplo a impulsividade — contribuem para essa apresentação especial desses quadros clínicos.

A prática médico-psicológica em uma instituição com equipe multiprofissional: reflexão abordando, mais de perto, alguns de seus problemas, encarando-se, esses últimos, como sendo de ordem não apenas médico-psicológica, mas, também e sobretudo, algumas vezes, de ordem social. Utilizamos, para essa reflexão, o tema da depressão na infância e adolescência, tendo em mente a Medicina e, com ela, a Psiquiatria, como ciência social e, ainda, as tentativas de reapropriação da dimensão social na dinâmica pessoal, advindas das críticas sócio-políticas da psiquiatria.

As duas últimas partes focalizam o material clínico, retirado da experiência com crianças e adolescentes no Centro de Saúde Escola Butantã, onde concebemos o grupo familiar envolvido, mas não confundido com “o determinante social” ou com “todos” os determinantes sociais, tentando compreender problemas que são de alienação psicológica, como momento da alienação social. Procuramos pensar o “doente mental”, não como depositário passivo de algo externo a ele (como alguns autores tomam, por exemplo, o social), mas sim, como algo que implica uma interação dialética, entre a interioridade de cada um, seu meio e os outros.

I – INTRODUÇÃO

Algumas considerações sobre o conceito de depressão na infância e adolescência.

A depressão na criança e no adolescente parece ser mais freqüente do que indicam alguns autores, tais como: Schilder e Wecheler, Bender, Despert, Balsler e Masterson. Robert E. Gould afirma que: "... vemos uma cantidad considerable de niños y adolescentes que muestran muchos de los sintomas clásicos de la depresión tales como: pérdida de estímulo y empuje; sensación de tristeza y vacío; perturbaciones en el sueño (insomnio más frecuentemente, dormir demasiado ocasionalmente); perturbaciones alimentárias (anorexia más frecuentemente, bulimia ocasionalmente); hipomotilidad y sensación de soledad".⁶

Todos esses sintomas somados à impulsividade, mais marcante nas crianças e nos adolescentes que nos adultos, determinam quadros clínicos em que vivências depressivas não apareceriam, claramente, expressas. Tais vivências seriam exteriorizadas então, através de aspectos clínicos, os mais variados.

No desenvolvimento da relação mãe/filho há um momento em que os aspectos bons e maus não são mais repartidos entre dois objetos parciais, radicalmente, divididos. As pulsões sexuais e hostis (amor e ódio) dirigem-se ao mesmo objeto (a mãe), constituindo, desta forma, a **ambivalência** propriamente dita. A angústia deixa de ser persecutória (mais ou menos 3 ou 4 meses de idade) para vir a ser depressiva em torno da segunda metade do primeiro ano de vida. Enfim, as defesas mudam de caráter: em resposta à angústia e à culpa, trata-se de reparar o objeto, de preservá-lo da fragmentação, de lhe fazer renascer. Agora, a criança já pode se assegurar da posse do objeto, plenamente, "bom". Melanie Klein define esta "posição" – depressiva – como: "o resultado de uma mistura de angústia paranóide e de conteúdos de angústia, de sentimento de solidão e de defesas ligados à perda iminente e total do objeto de amor".⁸

A criança e o adolescente, desta forma, acham-se em constante defesa contra a angústia e a depressão, pois, parece ser às suas custas que eles vão poder integrar seus objetos internos, isto é, conhecer a ambivalência de sentimentos e verificar que o objeto que lhes frustra é o mesmo que lhes gratifica; que eles podem, ora amar ora odiar o mesmo objeto. Parece então, que as relações de objeto e, portanto, as relações entre as pessoas, podem ser compreendidas, dinamicamente, resumidas em dois tipos de medo: medo à perda e medo ao ataque. A depressão é uma reação à perda de

objeto. A pessoa introjeta, incorpora e se identifica com o objeto perdido que é amado e odiado. A agressão contra esse objeto ambivalente — amado e odiado — dá origem a sentimentos de culpa, e a agressão se volta contra si mesmo (perda da auto-estima, sentimentos de apatia, pulsão suicida).

Na adolescência, por exemplo, a pessoa está em constante processo de desestruturação e reestruturação, cujo ponto central é a elaboração dos lutos⁷ com características bastante específicas. De um lado, isso ocorre em função das aquisições progressivas da personalidade, em todos os seus níveis e, de outro, em função dos antecedentes histórico-genéticos, do meio familiar e social, em que este processo se desenvolve. É a busca de uma nova identidade. Ao desencadear-se o processo puberal, sobrevêm profundas reações em toda a personalidade, que são vivenciadas como um “re-nascimento”. É o seu primeiro luto; seguindo-se o “luto pelo corpo infantil”, “pelos pais da infância” e pela “bissexualidade”. Há diferentes modalidades de exteriorização disto, por exemplo: alterações de conduta na escola, agressividade, inquietação, mecanismos esquizo-paranóides, confusionais e depressivos.

Assim, no adolescente a luta pela nova identidade e todos esses processos de perda e lutos, aparecem, clara e dramaticamente, nos quadros de depressão. Neste estado, ele se queixa de um sentido confuso de identidade. Em alguns momentos são mais apáticos, em outros superativos, entretanto, temem sempre a crítica e a perda de auto-estima, ora diminuída. Bibring (1953) sugere que qualquer condição que imponha, ao ego, sentimentos de estar indefeso, pode criar uma predisposição à depressão.

As dificuldades e às crises infantis e adolescentes corresponde uma crise importante, no grupo familiar. Os pais revivem, com seus filhos, alguns aspectos de suas próprias infâncias e adolescências. Suas respostas aos jovens podem estar relacionadas à maneira pela qual eles resolveram seu próprio processo adolescente e a sua capacidade de adaptação às novas definições, que esta situação requer.

Discussões sobre a prática médico-psicológica em uma instituição com equipe multiprofissional.

Neste item, pretendemos refletir sobre a prática médico-psicológica em uma instituição abordando, mais de perto, algumas de suas dificuldades e alguns de seus problemas. Encaramos estes últimos como sendo de ordem, não apenas médico-psicológica, mas, também, e sobretudo, de ordem social.

Os pressupostos de uma tal prática podem ser refletidos como ligados à chamada “psiquiatria comunitária”. Concebemos este movimento dentro, do que o modismo temático atual entende por Medicina Integrada. “Surge assim, uma concepção que integra os aspectos curativos, preventivos, educativos e de reabilitação física e psíquica, numa equipe formada por profissionais, auxiliares e pessoal administrativo, uma equipe multiprofissional, onde cada um tem missão a cumprir no processo de prestação de serviços de saúde”^{17,13}

Essas considerações acima, parecem assumir dimensões ainda maiores levando-se em consideração que os setores da população que nos ocupa, especialmente, no momento, são o infantil e o de adolescentes. Estes, formam um grupo com características muito particulares, pela problemática intrínseca que apresenta e pelo valor prospectivo social da tarefa, que se pode realizar com ele. Na sua pouca idade, os transtornos crônicos são menores e, portanto, o processo saúde/doença pode ser interceptado com maior firmeza e, desenvolver-se, com ele, o que se chamou de educação para a saúde. Mais ainda, as estatísticas mostram quão notável é a demanda assistencial desses setores da população.

Podemos verificar que as características fundamentais da prática médico-psicológica desenvolvida neste Programa de Saúde, estão, estritamente, ligadas a critérios de prioridade de atendimento para certos quadros clínicos e ao acesso universal da população, à qual se destina essa atenção.

Por outro lado, o problema das técnicas de tratamento e de atenção à saúde, nos parece de grande importância,¹⁵ como também um profundo e lúcido conhecimento da função social e dos limites desta prática. É mais, especificamente, sobre este domínio que queremos pensar hoje.

Temos em mente que, a medicina e, com ela, a psiquiatria, é uma ciência social e, que a história das idéias, está, estritamente, vinculada à história dos fatos sociais e econômicos. Baseamo-nos, para o presente trabalho, nos pressupostos básicos descritos como: 1) “. . . a saúde da população é um assunto que diz respeito, diretamente, ao contexto social”; 2) “as condições econômicas e sociais têm um importante efeito sobre a saúde e a doença, de tal modo que, as relações, aí presentes, devem estar sujeitas aos critérios gerais que norteiam toda investigação científica.; 3) “. . . medidas devem ser tomadas no sentido de combater a doença e promover a saúde e”, “. . . as ações decorrentes devem ser, simultaneamente, de natureza social e médica”¹³

A seguir, apresentaremos um material clínico, colhido na instituição acima caracterizada, e faremos alguns comentários procurando dar uma visão clara do que nos propuse-

mos, neste trabalho. Antes disso, chamamos atenção para alguns pontos de grande importância: 1) o grupo familiar, no nosso entender, não pode ser confundido, o que seria um grande erro, com o determinante social ou com todos os determinantes sociais. Tentaremos compreender problemas que são de alienação psicológica como momento de alienação social. 2) procuramos pensar o doente mental, não como mero depositário passivo de algo externo a ele, mas sim, algo que implica uma interação dialética, entre a interioridade de cada um, seu meio e os outros. 3) Pensamos o enfermo como emergente da doença de seu grupo familiar e este como emergente da patologia social.

II – MATERIAL CLÍNICO

Apresentação e Comentários

Falaremos sobre o caso de uma criança com 9 anos de idade, encaminhada ao Centro de Saúde por atos de roubo. Durante a entrevista, a mãe relaciona o início de sua atividade, fora de casa, com o surgimento do sintoma, explicando-o, como consequência de ter passado a “andar em más companhias”.

Nessa ocasião, a mãe o surpreendeu com uma quantia em dinheiro nas mãos. Como não obtivesse as explicações que desejava, rasgou as notas e bateu-lhe na boca. A partir daí, os episódios passaram a ser mais frequentes. Em um deles, foi preso. Os policiais disseram à mãe que era “perda de tempo” levá-lo ao Centro de Saúde, porque “não tinha nada na cabeça”. “Instruíram-na” no sentido de ficar em casa para cuidar do filho, caso contrário, ela, é quem seria presa. Cabe, nesse momento, chamar a atenção para a importância do trabalho da mãe (vide História familiar) no sustento da família, levando-se em conta ser o seu, o salário mais alto do grupo familiar. Ao fazer tal relato, ela fica muito emocionada e chora.

De fato, a mãe deixa de trabalhar. Cumpre, dessa forma, a “orientação” recebida. Ao perceber que este tipo de medida se mostrava, totalmente, ineficaz, começa a pensar em internar o menino – como solução – pois poderia retornar ao trabalho e garantir a subsistência da família. Comenta como não é possível parar de trabalhar e, argumenta que, mesmo ficando o dia inteiro em casa, ainda seria necessário mantê-lo amarrado à sua cintura para evitar os roubos.

A problemática da criança parece-me ser encarada pela mãe assim: ela raciocina, levando em conta, fundamentalmente, a função “perturbadora” do sintoma, na medida em que ele dificulta ou impede a sua atividade fora de

casa. O sofrimento, as dificuldades emocionais da criança, nem sequer são cogitadas, já que há uma questão urgente e mais “real”, isto é, a manutenção do equilíbrio econômico da família. Reflete, ainda, sua ingenuidade, ao conceber o sintoma como algo que possa ser controlado com medidas externas: de início, punitivas, apenas. Em seguida, obediência à instrução policial — onde está implícita a negação da doença e a ameaça de sanção física — mantendo-se em casa para vigiá-lo (o que vai determinar uma desorganização econômica do grupo familiar). E depois, a última medida, mais drástica, a internação ou seja, o afastamento, pura e simplesmente, do elemento perturbador, permitindo a homeostase do grupo familiar, pela exclusão sumária de um de seus membros.

O menino é descrito como “obediente e carinhoso”, sendo, particularmente, sensível ante algum sofrimento da mãe. Faz bom relacionamento com outras crianças, não é considerado tímido e é o único dos irmãos que sai às ruas com colegas. Da escola, nunca veio queixa do comportamento da criança.

Mencionamos ainda outros dados importantes: o paciente nasceu de uma gravidez gemelar, sendo que o outro nasceu morto. Aos 5 meses é referido um quadro de bronquite, ficando hospitalizado por um período de 45 dias. A mãe o visitava 4 vezes por semana. Sarampo com um ano, permanecendo no hospital, durante 15 dias.

História Familiar

A composição familiar é a seguinte: Chefe: analfabeto, 24 anos, servente, salário mínimo; — Mãe: analfabeta, 34 anos, doméstica, desquitada, Cz\$ 900,00; — Filhos do primeiro casamento: 1) J. masc. 13 anos, vendedor de doces, Cz\$ 400,00; 2) I. fem. 14 anos; 3) M. desaparecida no Hospital das Clínicas com 1 ano e 6 meses; 4) R. masc. 9 anos; 5) A. masc. 8 anos. Filho da união atual; 6) J. masc. 7 meses.

Os pais da criança casaram-se na Bahia. O relacionamento entre eles sempre foi conturbado. Ao nascer o primeiro filho, o pai abandonou a casa. O mesmo ocorre, quando nasce o segundo: vem para São Paulo, onde fica sem dar qualquer assistência à família. A atitude do pai sempre se caracterizou por irresponsabilidade, agressividade e indiferença afetiva. Sob todos os pontos de vista, pode ser considerado um pai ausente, omissivo. A mãe tomou a si, todos os encargos familiares; mesmo quando abandonada, continuou trabalhando na lavoura. Mais tarde, veio para São Paulo à procura do marido, trazendo-lhe inclusive dinheiro. Voltaram a viver juntos. Contudo, as dificuldades de relacionamento continuaram, até que a mãe resolveu

pedir o desquite, não aceitando pensão a que tinha direito. Após esta separação, o pai não voltou a procurar a família e seu nome jamais é mencionado em casa. Os filhos reagiram "como se nunca tivessem tido pai na vida".

Há dois anos, a mãe conheceu o atual companheiro e logo decidiram viver juntos. Este é descrito como uma pessoa que "não briga, não maltrata as crianças, sustenta a casa e não é de beber muito". É diabético. Em relação ao paciente, o padrasto procura ser compreensivo, não o castiga e tenta "dar conselhos".

É oportuno destacar que o aparecimento do sintoma coincide com a nova união da mãe e que esta sempre foi "muito apegada" ao filho.

Podemos observar, aqui, uma figura paterna agressiva, inafetiva e que abandona a família em momentos significativos (nascimentos). Vemos uma situação em que há, como que sucessiva, perda do pai, até o seu "desaparecimento" completo. Não se sabe onde está, não há menção a seu nome: são coisas ocultas, encobertas, ligadas à psicopatologia do roubo. Admitimos ainda a existência de uma provável fantasia de exclusivismo, na relação mãe/filho, desfeita no momento em que a nova união se concretiza, caracterizando, assim, mais uma situação de perda a ser elaborada.

Há um fato de grande importância na vida desta família: a terceira filha do casal, imediatamente anterior ao paciente, foi roubada no Hospital das Clínicas com um ano e meio, e não mais encontrada. A mãe levava, naquela ocasião, o paciente à consulta; não tendo com quem deixá-la, levou-a também. A polícia não localizou a criança e a família não tinha recursos para uma investigação mais completa.

Chama-nos a atenção, nesse momento, essa situação de uma família roubada pela sociedade, de uma experiência com uma sociedade "ladra", que rouba os filhos, e mais, não lhes ajuda com o que necessitam. Observamos, também, a importância desse acontecimento, no quadro atual da criança, que estaria evidenciando um mecanismo de identificação com o perseguidor: "antes que me roubem, eu roubo".

É importante destacar ainda, como, na maioria das vezes, o menino não toma "cuidados", quando entra nas casas, nem precauções, sendo, invariavelmente, visto ao roubar e levado à Delegacia. Fica a impressão, pela maneira com que se expõe, de que o seu destino seria morrer nas mãos da Polícia, como que movido por uma pulsão suicida, em cuja base estariam vivências depressivas de auto-estima, ameaçadas.

Cabe referir também os castigos infligidos pela mãe, e que lhe permitiam um prazer masoquista, com oportunidade de expiação de culpas: morte do irmão, roubo da irmã.

Observação Lúdica

A primeira observação do menino é realizada em grupo; mostrou-se uma criança com atitude cautelosa, estabelecendo um relacionamento nulo com as outras crianças. Com a observadora, apenas uma rápida troca de olhares e palavras. Foi, entretanto, o primeiro a manifestar desejo de fazer algo, usando uma parte do tempo para a realização de deveres escolares, absorvendo-se na tarefa. Observou-se lentidão na execução de desenhos, maior dificuldade no desenho da figura masculina, e da família.

Evolução do Caso Após as Primeiras Entrevistas

A mãe procura o Serviço, muito aflita, referindo estar passando fome e não poder pagar a prestação do terreno que havia comprado, devido aos cuidados que está dispendendo ao filho.

Podemos observar então, a desorganização econômica do grupo familiar, de resto já frágil, atribuída à criança. Configura-se uma situação de bode expiatório, inclusive no aspecto de que “ele deixa a mãe nervosa” ou seja, é o “responsável”, não só pela desorganização econômica, como também, pela desorganização emocional da mãe. Reforça-se, ainda, o lado sadomasoquista da relação mãe/filho, na medida em que aquela começa a espancá-lo e lamenta que ele não tenha morrido como o outro.

Muito ansiosa, a mãe decide que irá trabalhar e deixá-lo na rua — abandoná-lo à própria sorte — para que a Polícia o pegue. Deseja que a terapeuta assuma toda a responsabilidade. Manifesta, ainda, a desconfiança de que o Serviço não acredita ter o menino sido, realmente, levado à Delegacia. Mostra-se resistente às explicações dadas sobre o sintoma do filho, achando que tinha raiva do pai e, portanto, não poderia sentir sua falta. Argumenta, também, que não poderia se sentir carente, pois, foi o filho a quem mais deu atenção. Relata a maneira como brigou com seu irmão, porque este fez comentários a respeito da conduta do menino, relacionando-a a “excesso de carinho”, por parte da mãe, como se ele cumprisse um papel de substituir mortos e desaparecidos.

Diante da fragilidade e do clima de insegurança em que vive, observa-se a mãe, atribuindo onipotência excessiva ao outro, na resolução de problemas. Ao mesmo tempo, tendo uma atitude que revela desconfiança quanto à eficácia da ajuda a que o Serviço se propõe a dar, achando que as instituições ajudam a todos, menos a ela. Traz, consigo, uma imagem, um modelo da sociedade injusta, na qual não se pode confiar. Diz que não trará o menino ao

Centro de Saúde por não ter dinheiro nem ter com quem deixar o filho mais novo. É-lhe explicada a importância de sua participação no tratamento do paciente e que terá entrevistas com a Assistente Social, a fim de serem avaliados aspectos sócio-econômicos do caso. Aceita, relutante e desconfiada. Sua expectativa é de uma ajuda bastante concreta — dinheiro, comida. . . — correspondendo, justamente, às suas necessidades básicas.

Considerações sobre a Prática do Serviço Social

O Serviço Social procurou enfatizar a importância da participação da mãe, no processo terapêutico da criança. Ela refere não poder trabalhar por ter que dedicar grande parte de seu tempo ao filho, reduzindo, ainda mais, o já precário orçamento familiar.

Aqui, podemos perceber como se excluem, em sua mente, trabalho, ganho, sobrevivência, cuidados especiais ao filho. Uma coisa não é compatível com a outra. Mas, a realidade é essa. O seu raciocínio é baseado em experiências reais, tendo como pano de fundo, o medo, uma incerteza básica, quanto aos meios de subsistência, medo da miséria, do desemprego, um clima de insegurança. Efetivamente, por exemplo, a Polícia contribuiu para a idéia daquela exclusão, quando determinou que a mãe não trabalhasse para poder cuidar do menino.

O Serviço Social encaminhou-a para uma instituição que passou a lhe fornecer auxílio-alimentar temporário até “restabelecimento de sua rotina de trabalho”. São, também, fornecidos passes de ônibus para que o menino possa vir ao Centro de Saúde. Consegue o auxílio, entusiasma-se com a melhora do filho (a essa altura em Terapia Ocupacional e realizando estudo psicológico) e se mostra disposta a colaborar.

Aqui, a sociedade tenta “assumir responsabilidades” para com a família, providenciando meios de subsistência, transporte. . . , num verdadeiro mecanismo de “reparação” social.

Mais adiante, a mãe é orientada a voltar ao trabalho. A criança já iniciou ludoterapia. Aquela, foi avisada pela instituição especializada, de que não mais receberia o auxílio-alimentar temporário. A família mudou-se para o Embu, o filho mais velho deixa de trabalhar, o ônibus fica mais caro. O Serviço Social estuda, com a mãe, possibilidades de emprego, pede dilatação do prazo à instituição fornecedora de alimentos e providencia dinheiro para o transporte. O companheiro irritado, abandona a casa porque a mulher surrou a filha mais velha. A situação torna-se caótica, a partir do momento em que, também, não há mais a contribui-

ção do companheiro, no orçamento familiar. Estão acabando de construir a casa, embora a prestação do terreno esteja com um atraso de 5 meses... A mãe consegue emprego como diarista em casa de família. Trabalha-se com ela no sentido de conseguir outros e, de o filho mais velho, voltar a se empregar.

Verificamos, aqui, um interjogo de forças psicológicas e sociais, dificultando o encaminhamento dos problemas. Nota-se a motivação do abandono do lar – por parte do chefe – como psicológica, refletindo um momento de imaturidade, impulsividade, propiciando conseqüências no plano social, evidenciadas pela acentuação da precariedade, quanto aos meios de subsistência.

A mãe consegue outra atividade remunerada – cuidar das crianças de uma amiga. A renda melhora. O Serviço Social providencia para que a instituição especializada quite a dívida do terreno. A mãe mostra-se poliqueixosa, “tendendo a angariar mais e mais”. Em tom quase de ameaça, informa que o filho não mais virá ao Centro de Saúde, porque seu único par de sapatos está no fim. Queixa-se do aumento do ônibus e refere certos “descuidos”, em relação ao dinheiro reservado para o transporte do paciente. O Serviço Social tenta não ser “assistencialista” e sim orientá-la, no sentido de uma organização de sua vida. Por exemplo, faz-lhe ver que, com seu salário atual, pode adquirir um par de sapatos novos para o filho.

A mãe informa, ainda, que a família mudou-se do barraco onde morava para a casa que acabou de ser construída. Mostra-se ansiosa ante uma recente prisão do filho: mandou-o, em companhia da irmã, receber o dinheiro de seu trabalho, como babá. Nessa ocasião, a Polícia, ao que parece, prendeu-o “preventivamente”. Além disso, ele teria roubado mexericas em um quintal e o irmão mais velho chamou-o de ladrãozinho, comentando, ironicamente, que: “o ladrãozinho não pode ficar sozinho em casa”.

Evidenciam-se claras contradições: há uma casa recém-construída, mas não há dinheiro para a compra de um par de sapatos. Ao mesmo tempo, podemos observar um ataque à terapia, por parte da mãe, na medida em que ameaça não mais trazer o filho ao Centro de Saúde. O auxílio alimentar continua sendo mantido e é quitada a prestação do terreno.

A mãe continua trabalhando. O companheiro retorna a casa. Também está trabalhando e recebendo salário mínimo. O filho mais velho é encaminhado para um núcleo de orientação profissional, da Prefeitura. Ela volta a referir não suportar a situação e manifesta o desejo de que o filho seja internado. Relata que o menino roubou numa casa no alto de Pinheiros, e teria sido visto com certa soma, em

dinheiro, nas mãos. A mãe pediu-lhe explicações, ameaçando-o com a Polícia. Pressionado, confessou ter escondido o dinheiro numa construção e conta que teria visto, quando os pedreiros o pegaram. O filho mais velho consegue emprego e a mãe perde os seus, por ter que vir ao Centro de Saúde.

O Serviço Social tenta orientá-la no sentido de fazê-la iniciar um trabalho em casa, como lavagem de roupa, por exemplo. A instituição especializada continua fornecendo auxílio-alimentar. A criança apanha garrafas no quintal de um vizinho para vender. Quando toma conhecimento do fato, a mãe “perde a cabeça” e bate no menino no bar mesmo. Recentemente, ela foi informada de que ele foi pego roubando; as pessoas queriam linchá-lo e uma senhora levou-o para casa.

Considerações sobre sua Ludoterapia

Tentaremos, resumidamente, dar uma idéia a respeito do trabalho psicoterapêutico, que esteve sendo realizado com a criança.

Há alguns meses, o trabalho fora iniciado. Na primeira sessão, o paciente mostrou-se assustado e cauteloso, entretanto, escolhe o material de desenho. Divide a folha de papel em duas partes, desenhando na parte superior, e deixando a inferior em branco. São partes, nitidamente, demarcadas, como a revelar de um lado, conteúdos de pensamento que podem ser expressos e, de outro, algo como uma sensação de esvaziamento interior, pobreza, carência. A terapeuta trabalha a existência desses dois aspectos. Mantém-se silencioso para, em seguida, executar um jogo com índios, cavalos e caminhões — um jogo tenso e agressivo, onde índios morrem e sobrevivem.

Entendemos que, ante à interpretação, cujo caráter é “integrativo”, há acentuação da ansiedade, que se expressa por um tipo de jogo como o descrito.

Na segunda sessão, pareceu-nos claro o modo com que o paciente lida com suas dificuldades internas, como busca alívio para suas ansiedades, realizando atividade que tem um cunho impulsivo, agressivo (acting-out).

Nas sessões subseqüentes, aparece um tipo de desenho que se repete: casas, em número de duas, separadas entre si, como a mostrar o seu medo de aproximação à terapeuta e de se deixar conhecer. Numa sessão em que estes aspectos foram trabalhados, brinca com um caminhão, que tenta fazer subir sobre tábuas. Isto foi interpretado como sendo a possibilidade que via, de tentar novas experiências. Praticamente, todas as sessões apresentam uma característica que nos parece traduzir, com clareza, algo como uma “divisão”, um tipo de funcionamento mental, onde existi-

riam duas opções: ou uma atitude reservada, afastada, receosa de aproximação, perseguida ou atitude, francamente, "impulsiva", que não lhe permite viver plenamente as experiências internas, entendidas, por nós, como sendo de natureza depressiva.

As sessões subseqüentes podem ser sempre "divididas" em duas partes: uma, onde repete o mesmo desenho (casas separadas entre si) e outra, onde há índios brigando, caminhões que colidem com carrinhos, lutas. Há, portanto, um momento em que esse tipo de jogo como que "se organiza", mostrando o aspecto de luta, de necessidade de luta, para a obtenção de uma maior integração interna. Em outro momento do trabalho, inicia um jogo em que diversos objetos são colocados sobre o caminhão e retirados em seguida. Tal manobra é repetida várias vezes. O caminhão, em determinados instantes, não agüenta o peso.

Aqui, observamos a expressão de suas vivências de perda, com necessidade de "reposição". E ainda a sensação de fragilidade, de estar indefeso e, portanto, "não agüentar" um fardo tão pesado para suas forças. Tais aspectos são interpretados. O jogo prossegue, sendo que agora, coloca uma quantidade maior de objetos sobre o caminhão. Em outro momento da terapia, foi possível, também, perceber como o paciente se sente incapaz de conter seus impulsos, experimentados como muito agressivos, destrutivos (no jogo, caminhões e carrinhos tombam, destruídos).

Na sessão que se seguiu a um episódio em que ele foi preso, mostra-se muito aflito, desenhando casas em tom vermelho. Fica preocupado com a hora, porque o irmão o esperava no ponto do ônibus e diz que só ficaria mais meia hora na sessão. A terapeuta lhe informa o conteúdo da entrevista que mantivera, anteriormente, com a mãe, quando tomou conhecimento da prisão dele. É mostrado como, talvez não desejasse estar ali, por temer que a terapeuta se zangasse e o desprezasse, pelo que a mãe contara. Em seguida, brinca com os cavalos que são manipulados, lentamente, manja um carrinho de tal forma, que consegue segurá-lo no momento em que ia cair da mesa. Arruma a caixa no fim da sessão, com muito cuidado.

Aqui, as emoções aparecem de modo mais expressivo, sobretudo, a culpa, a preocupação com o objeto, podem ser apreciadas. Em seguida, demonstra uma atitude que revela cuidado, reparação, proteção.

Em sessão seguinte, desenha casas vermelhas e casas pretas, uma delas com janelas semelhantes à prisão, como se quisesse falar de experiências tristes, expressando, também, o medo de ser abandonado pela terapeuta. Mais adiante, arma uma situação em que um homem fica sozinho e todos

os outros contra ele. Logo após, todos os brinquedos são colocados no caminhão, que ele faz andar, enquanto os objetos vão caindo pelo chão.

Evidencia-se assim, um momento de solidão, simultaneamente, um sentimento de perseguição. Também, o sentimento de ter que carregar um fardo grande (caminhão com todos os brinquedos) e a trajetória de sucessivas perdas em sua vida (brinquedos que vão caindo pelo chão).

Estes aspectos são trabalhados; o paciente deseja saber se a terapeuta tem filhos. Aqui nos pareceu um momento significativo na terapia, em que pode lidar mais, diretamente, com suas necessidades internas, a ponto de desejar que a terapeuta fosse como uma mãe para ele. E em um momento dramático que se segue, pergunta se a terapeuta não teria uma bicicleta velha, de seus filhos, para dar a ele.

Mostra, portanto, suas necessidades e ao mesmo tempo a idéia de que para ele, devem caber coisas de segunda mão.

Na sessão seguinte, após o outro episódio de roubo, com tentativa de linchamento por parte da população, retorna cabisbaixo, nitidamente, deprimido.

Este é um relato bastante sucinto de algumas sessões, onde tentamos mostrar, na medida do possível, os aspectos que consideramos mais significativos, no trabalho com a criança. Acreditamos que os fragmentos de sessão, trazidos, permitem uma certa compreensão das dificuldades dessa criança, alguns aspectos de suas vivências internas e a possibilidade que tem de, progressivamente, poder expressá-las, permitindo o desenvolvimento de um trabalho psicoterapêutico.

III – CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pensamos ter sido possível ilustrar, com o material clínico trazido, aspectos da relação entre doença mental e o social, focalizando alguns de seus aspectos: status sócio-econômico, relações sociais e familiares, relações de trabalho etc., bem como os limites da prática institucional.

É importante considerar as dimensões sociais e políticas, como constitutivas da problemática da Saúde mental e da doença mental, pois, não parece haver dúvidas de que existem relações, entre transtornos mentais e fatores sociais. Entretanto, a natureza precisa desta relação é incerta e não, claramente, definida. Talvez, uma tentativa de maior elucidação desses aspectos seja o entendimento de que o "social" não atua, diretamente, sobre a pessoa como um fator causal ou via grupo familiar, como se este fora um mediador. Mas, como já dissemos, no início deste trabalho, procuramos compreender a própria psicopatologia, também, como expressão de uma alienação social. Assim, o in-

divíduo que adoecer pode ser visto, nessa ordem de idéias, como um emergente da enfermidade do grupo familiar que, por sua vez, seria o emergente da patologia social.

No caso específico, aqui relatado, vimos uma criança, cuja sintomatologia expressa vivências de natureza depressiva, ligada à perda de objeto. Mas, desejamos realçar a importância das perdas econômicas, da insegurança, das limitadas oportunidades de trabalho, dos escassos salários, dado que refletem uma realidade alienante, determinando uma ansiedade que é vivenciada pelo grupo familiar, como tendo características de temor à desintegração familiar e à morte.

Todos esses aspectos configuram a existência de um campo de trabalho, onde o profissional se propõe a tentar um ajustamento de mecanismos de segurança, um fortalecimento das defesas do ego, num clima em que há ansiedades e medos irracionais, sem dúvida. No entanto, devemos frisar que tais ansiedades e medos se fortificam, graças a uma realidade sócio-econômica, caracterizada por uma insegurança básica e, que a prática institucional, bem como os alcances terapêuticos, limitados que são, têm que estar conscientes disso.

Vale lembrar, a partir do relato desse caso, dois pontos ressaltados mais, recentemente, por R. Castel,⁴ que nos fornecem idéias para uma compreensão do mesmo, senão, indicadores de rumos a seguir: 1) as idéias desveladas após 1968 pelo movimento da antipsiquiatria e que contribuíram para o aparecimento de uma nova percepção, qual seja: a saúde e a doença não se opõem, abruptamente, como o bem e o mal, o positivo e o negativo. Isto é, a linha divisória entre elas não é jamais absoluta e irreversível e, “a loucura não é apenas uma falta, alguns dos afetos que se desequilibram no patológico devem ser dominados e socializados, e não eliminados”. Isto sugere que confinar nossas idéias em uma pesquisa de “causas” da doença mental pode falsificar “toda a verdade”, pois uma parte dela parece apontar para o fato de que a doença mental e a saúde mental são um modo global de existência, em um dado momento histórico e em uma dada sociedade. O social parece constituir algo interno, no ser psicológico humano, e não externo a ele. O segundo ponto que vale lembrar seria: 2) a herança da psicanálise, que vem contribuindo para uma visão da saúde como um “modelo de crescimento”. Modelo esse de concepção dinâmica, que parece colocar dois elementos básicos: — trabalhar a normalidade pelo emprego de técnicas psicológicas e — trabalhar a apropriação do social.

Esse, limitado, frágil e incerto mas, quem sabe, indicando um caminho para um futuro.

|||||

This paper is divided into three parts. The first entitled Introduction. The second reports the Clinical Material: presentation and discussion about the Social Service practice and last, the Final Considerations.

In the first part we try to discuss two aspects: 1) some considerations about the concept of depression during childhood and adolescence; and the clinical description of situations with clear depressive aspects – “pure states” – and of “depressive reactions” situations in which the aspects would be masked, commonly represented by restlessness, rebellion, somatic and hypochondrial concerns, anti-social behavior and others. The existence of some factors more intense during childhood – hood and adolescence than in adulthood – for instance impulsivity – contribute to this special presentation. 2) the médico-psychological practice in a multiprofessional institution: a reflection about some of its problems, using a point of view not only medico-psychological but also, and most of all, social. We used the theme depression during childhood and adolescence considering Medicine and Psychiatry as a social science, and also, the essays to reincorporate the social dimension in the personal dynamics, that came from the social-political critics of Psychiatry.

The two last parts describe the clinical material of our experience with children and teenagers in the Centro de Saúde Butantã, where we conceived the familiar group involved with but not misunderstood as the “social determinant” or as “all” social determinantes. We tried to comprehend problems of psychological alienation as moments of social alienations, We tend to consider the “mentally ill” not as a passive depository of external things (for instance: the way some authors consider the social), but as some that leads to a dialectical interaction between one’s interiority, one’s environment and the others.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ¹ AJURIAGUERRA, J. – *Manual de Psiquiatria Infantil*, Barcelona, Toray-Masson, 1972, p. 675 e ss.
- ² BROWN, F. – *Bereavement In the Prevention of Damaging Stress in Children*, London, Editado por Jonathan Gould, J. e A. Churchil Ltd, 1962.
- ³ BRUNO, R. – *Enfoques Alternativos para Ações Integradas de Saúde em Medicina de Primeira Linha – simplificação e participação*, São Paulo, *Depto. de Medicina Preventiva da Fac. de Medicina da USP*, Mimeo, 1983, pp. 2 à 6.

Cadernos de Saúde Pública, R.J., 3 (3): 250–265, jul/set, 1987

- ⁴ CASTEL, R. – *Nouveaux Concepts en Santé Mentale*, Great Britain, Soc. Sci. Med., Vol 22, nº2, 1986, pp. 161–171.
- ⁵ DUFRANCATEL, Chr. – *La Sociologie des Maladies Mentales*, Paris, Mouton, vol. XVI, nº2, 1968.
- ⁶ GOULD, R.E. – Problemas de Suicídio em Niños y Adolescentes, São Paulo, Curso de Psicoterapia Analítica da Criança e do Adolescente (Dr. E. Kalina), Maio 1973, pelo Centro de Estudos de Psicanálise “Luiz Vizzoni” da Associação dos Candidatos do Instituto de Psicanálise de São Paulo, Mimeo.
- ⁷ KALINA, E. – *Psicoterapia de Adolescentes – Teoria, Técnica e Casos Clínicos*, Rio de Janeiro, Edit. Francisco Alves, 1976.
- ⁸ KLEIN, M. – A Contribution to the Psychogenesis of Manic Depressive States – 1934 IN *Contribution to Psycho-Analysis – 1921/45*, London, Hogarth Press and The Institute of Psycho-Analysis, 1965.
- ⁹ LORAND, S. – *Depression Adolescente*, São Paulo, Curso de Psicoterapia Analítica de Criança e Adolescente, Abril 73, Centro de Estudos de Psicanálise da Sociedade Brasileira de Psicanálise.
- ¹⁰ MANNONI, M. – *Le Psychiatre, “Son Fou” et la Psychanalyse*, Paris, Editions du Seuil, 1970.
----- *D’Un Impossible à L’Autre*, Paris, Ed. Du Seuil, 1982.
----- *Le Théorie Comme Fiction*, Paris, Ed. Du Seuil, 1979.
- ¹¹ PICHON-RIVIÈRE, E. e Queiroga, A.O. – *Psicologia de la Vida Cotidiana*, Buenos Aires, Editorial Galerna, 1970, p. 9.
- ¹² PREGO e SILVA e outros – *Neurosis en la Infancia*, Montevideo, oficina del libro, 1969, p. 41.
- ¹³ SIMÕES RAMOS, U. e COELHO LOPES, R. – *Psiquiatria Comunitária: Considerações sobre o Modelo*, Rio de Janeiro, II Congresso de Psicopatologia Infanto-Juvenil, 14 à 18 Abril, 1976, p. 2 e ss.
- ¹⁴ SINGER, P. e outros – *Prevenir e Curar: o Controle Social através dos Serviços de Saúde*, Rio de Janeiro, Forense-Universitária, 1981.
- ¹⁵ SIQUEIRA BARBOSA, L.H. e FERREIRA DE ALMEIDA, R.M. – *Terapia de Grupo: Descrição de uma Experiência em Programa de Saúde Mental*, Brasília, Tema Livre do XL Congresso de Neurologia, Psiquiatria e Higiene Mental, Mimeo, Set. 1985.
----- *Formes de l’Angoisse Dans le Groupe*, Bélgica, Tese de Mestrado, Faculté de Psychologie et des Sciences de L’Education, Centre de Psychologie Differentielle, Université Catholique de Louvain, 1972, Cap. I, Parte B.
- ¹⁶ VERÓN, E. – *Perspectivas Futuras de la Investigación Básica en Salud Mental*, Acta Psiquiátrica e Psicológica de América Latina, 1968 14, 193.
- ¹⁷ VIDAL, C. – *Medicina Comunitária: Nuevo Enfoque de Medicina*, *Educación Médica y Salud*, 9 (1): 11, 1975, p. 13.