

A DEPRESSÃO NA INFÂNCIA

Angela M. S. Drügg

Quando nos aprofundamos no estudo da depressão, nos confrontamos com a existência de inúmeras abordagens teóricas sobre o tema. Em relação a depressão na infância não é diferente, com a particularidade de que seu reconhecimento na criança foi mais tardio do que no adulto. Provavelmente, o mito da infância como um tempo inocente e feliz, encobriu o reconhecimento do sofrimento psíquico na criança.

Um dos primeiros estudos sobre a depressão infantil é do psicanalista René Spitz, que durante a II guerra mundial, acompanhou bebês entre 6 e 18 meses, que haviam sido separados dos pais com os quais tinham tido um bom vínculo. Estes bebês se encontravam em instituições, nas quais, apesar de terem suas necessidades de alimento, agasalho e higiene atendidas, ficavam privadas de amor, dado o grande número de crianças que ali se encontravam. Spitz observou que elas apresentavam inicialmente um período de choramingos, seguido de um estado de retraimento e indiferença, acompanhado de uma regressão no desenvolvimento e inúmeros sintomas somáticos. Este estado foi denominado **depressão anaclítica**, expressão que significa depressão por perda de apoio. Quando a mãe retornava antes do 5º mês de separação, a criança melhorava rapidamente. Caso contrário, o agravamento da **depressão anaclítica** podia levar ao **marasmo**, que se caracterizava por um aprofundamento do atraso motor, total falta de resposta a qualquer apelo, movimentos de dedos similares aos dos doentes catatônicos ou descerebrados. A mortalidade em tais casos era de 37%. Um quadro semelhante pode-se observar em crianças que tiveram uma hospitalização prolongada, na qual perderam o contato com os pais. Nestes casos, o mesmo conjunto de sintomas passou a ser conhecido como **hospitalismo** (Cf. MARCELLI, 1998, p. 250)

Na mesma linha de Spitz, a partir de 1958, Bowlby, desenvolveu uma série de pesquisas de cunho etológico, que resultaram na teoria do “Apego”. Observou três fases nas reações das crianças hospitalizadas, principalmente entre os 5 meses e 3 anos, que haviam sofrido uma brusca separação de suas mães. Descreveu uma primeira fase de protesto, quando a criança chora inconsolavelmente procurando e chamando os pais; uma

segunda fase de desespero, quando se recusa a comer e a ser vestida, fechando-se em si mesma, nada mais pedindo as pessoas que a cercam; finalmente, uma terceira fase de desapego, quando aceitam os cuidados, alimentação e brinquedos. Se nesta fase reencontra a mãe, freqüentemente não a reconhece, chora e desvia-se dela (ibid. p.250).

A constituição psíquica não é um fato biológico. Lacan mostra isto através da teoria do estágio do espelho. A dispersão corporal que caracteriza o recém nascido, aos poucos se unifica em uma imagem do eu, que lhe é antecipada pela mãe, através do seu olhar, do seu toque e principalmente de suas palavras, num tempo em que a criança ainda não possui maturação neurológica suficiente para lhe possibilitar um conhecimento específico do próprio corpo. A primeira imagem do eu é resultado da identificação com algo que virá a ser e que lhe é antecipado pelo outro materno.

Fazendo uma leitura das observações de Spitz, a partir da concepção lacaniana de que o sujeito se constitui a partir da imagem do outro, podemos dizer que a **depressão anaclítica** e o **marasmo** ocorriam em decorrência da perda da pessoa que dava sustentação a imagem corporal, isto é, ao *eu* primordial em constituição. Já, as pesquisas de Bowlby, mostraram, que após um período de depressão, as crianças conseguiam fazer o luto da perda sofrida. Talvez isto tenha sido possível por se tratarem de crianças maiores, que tinham tido um tempo maior de convivência com os pais, e que já dispunham de um *eu* mais estruturado, com maiores condições de simbolização. Também podemos pensar que as condições oferecidas pelas instituições eram diferentes nas duas pesquisas, possibilitando, nos casos estudados por Bowlby, o encontro de pessoas que conseguiram de alguma forma, ocupar e dar sustentação às funções parentais, na reconstituição da imagem narcísica.

No meio psiquiátrico, os transtornos depressivos próprios à infância foram reconhecidos no final da década de 60. Este reconhecimento estava calcado em três pressupostos: 1º que os sintomas depressivos da criança diferem dos do adulto; 2º que há sintomas específicos às várias faixas etárias da infância; 3º que os sintomas depressivos da criança podem aparecer mascarados por outros sintomas ou síndromes.

Na nomenclologia psiquiátrica, entre os sinais e sintomas sugestivos de depressão infantil pode-se encontrar: mudança significativa de humor, diminuição da atividade e do interesse, queda do rendimento escolar, perda da atenção, distúrbios do sono, aparecimento de condutas agressivas, auto-depreciação, perda de energia física e mental, queixas

somáticas, fobia escolar, perda ou aumento de peso, cansaço matinal, aumento da sensibilidade (irritação ou choro fácil), negativismo ou pessimismo, sentimento de rejeição, idéias mórbidas sobre a vida, enurese, encoprese, condutas anti-sociais e destrutivas, ansiedade e hipocondria (Cf. BALLONE, p.3)

Mais recentemente, os transtornos depressivos da criança foram classificados em **distímia** (mau humor), caracterizada por um humor depressivo com início insidioso que se torna crônico, e **transtorno depressivo maior**, caracterizado por crises periódicas, com duração de pelo menos duas semanas, nas quais a criança apresenta um conjunto de sinais e sintomas de depressão, que causam importantes prejuízos à sua vida, podendo ou não estar associados à alucinações e idéias de conduta suicida. (Cf. ABUCHAIM, p.3-4)

Em relação a etiologia das depressões, destacam-se atualmente duas posições: de um lado as explicações psicodinâmicas, sustentadas pelas teorias psicanalíticas; de outro, as explicações biológicas, sustentadas pelas neurociências, para as quais as depressões estão relacionadas a desequilíbrios metabólicos no cérebro. Há ainda estudos que apresentam fatores genéticos envolvidos na depressão.

As explicações biológicas fundamentam os tratamentos medicamentosos. De acordo com Marcelli (1998, p.262-263), em crianças é indicado o uso de anti-depressivos quando a abordagem relacional parece temporariamente impossível, embora observe que seu efeito é transitório, havendo um escape após algumas semanas de utilização. Segundo ele, grande parte dos estudos recentemente publicados sobre o uso de anti-depressivos em crianças, ainda são bastante reservados quanto a sua eficácia, mesmo assim considera que o recurso a este tratamento não deve ser negligenciado nas formas mais graves de depressão infantil, quando estas se mostram resistentes aos tratamentos psicoterapêuticos e relacionais e às modificações de vida.

Na psicanálise, o tema da depressão na infância aparece relacionado a situações de luto ou de perdas importantes, isto é, aquelas perdas que tem implicações ou efeitos sobre a imagem narcísica. Em se tratando de crianças, é preciso ter em vista que elas ainda estão se constituindo ou se estruturando psiquicamente, portanto, as consequências e as possibilidades de elaboração destas perdas, serão diferentes conforme os tempos deste processo se entrelacem à história singular de cada uma.

De acordo com Bergès e Balbo (1997, p. 89-95), no trabalho clínico com crianças é preciso lidar com a elaboração de três modalidades de luto: da perda do objeto, da destituição do ideal do eu, e das falhas da antecipação. O luto da perda do objeto se relaciona a mãe real. O clássico exemplo freudiano do jogo de presença-ausência (*Fort-Da*), serve para ilustrar o trabalho de elaboração desta perda. O luto da destituição do ideal do eu refere-se a imagem do corpo em sua função fálica. O trabalho clínico com crianças cujos pais se separam ou que são adotadas costumam ser exemplares no que concerne a elaboração deste luto. O luto das falhas da antecipação é freqüentemente encontrado na criança. Refere-se aos projetos que os pais antecipam para seus filhos, às manifestações proféticas da família, e outras formas de antecipação. Trata-se aqui de um luto que se expressa na forma de um futuro anterior, um luto daquilo que o sujeito *não teria sido*.

É importante frisar o que se considera como um trabalho de elaboração de um luto durante um tratamento. Não se trata de fazer um preenchimento imaginário de falhas, mas de colocar em ação o simbólico, pois para a psicanálise o objeto é essencial na medida em que falta, em que é desarmônico.

Referências Bibliográficas:

ABUCHAIM, C.M. , ABUCHAIM, A.L.G. e cols. *Transtornos Psiquiátricos na Infância*.

Disponível em: <http://abcdocorposalutar.com.br/artigo> em 27/04/02.

BALLONE, G.J. *Dificuldades Escolares*.

Disponível em: <http://www.psiqweb.med.br/infantil/aprendiza.html> em 27/04/02.

BERGÈS, J. BALBO, G. *A Criança e a Psicanálise*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

MARCELLI, D. *Manual de Psicopatologia da Infância de Ajuriaguerra*. Porto Alegre: Artmed, 1998.