

Ensaio Sobre a Depressão Infantil (*)

TERESA FERREIRA (**)

1. PREÂMBULO

1.1. «Bruxas más e bruxas piores»

De todas as crianças tristes que encontrei, este era o menino¹ em que mais se via a tristeza.

Contou-me a história de um menino perdido à noite numa floresta. Ali encontra uma mulher que o atrai a uma cabana, oferecendo-lhe chocolates mas logo tenta matá-lo num forno de assar pão.

Alguém aparece e ajuda-o a fugir e a sobreviver. — («É como um sonho com uma bruxa má», digo-lhe eu... bastante impressionada pela tristeza da sua voz). Senti que ele tentou animar-me — «Sabes, há bruxas más, mas há bruxas piores!...»

Aprendi muito com ele sobre Depressão Infantil.

A criança deprimida organiza um imago materno, não de mãe abandonada ou de mãe persecutória, mas de uma mãe que se deixa «olhar» pelo bebé mas a uma distância tal que só parcialmente é introjectada no Eu²,

(*) Trabalho apresentado ao Curso do Internato de Pedopsiquiatria do Centro de Saúde Mental Infantil de Lisboa, em 1988.

(**) Pedopsiquiatra e Psicanalista.

¹ Rapaz de 7 anos, forçadamente adoptado por uma tia paterna após a morte da mãe (carcinoma) e o internamento psiquiátrico do pai (alcoolismo).

² Permitindo-lhe alucinar a satisfação do desejo mas não alucinar o *objecto* como portador de uma experiência criativa.

mantendo-se outra parte como objecto totalmente estranho. O desconhecimento do objecto obriga o Eu a confrontar-se com o desconhecido que há em si próprio.

Duas soluções extremas, se o conflito se alarga:

Delirar — a regressão psíquica;

Morrer — a desistência física.

A terceira, intermédia: sobreviver na dor do desconhecido em si próprio, na ferida narcísica aberta desde o início da vida.

2. A DEPRESSÃO NA CLÍNICA PEDOPSIQUIÁTRICA

A nossa reflexão de agora, é apenas uma tentativa de sistematizar uma longa experiência clínica de observação e terapia de crianças como Pedopsiquiatra e Psicanalista.

A patologia depressiva parece-nos cada dia mais frequente, quer como queixa directa dos familiares, quer como um dado da observação em consulta diagnóstica. Desde 1984 que este estudo vem sendo feito na minha Equipa do Centro de Saúde Mental Infantil e Juvenil de Lisboa.

Relacionamos sintomas e estrutura de base, por um lado, com pontos de fixação anteriores, por outro, o que permitiu a organização de modelos teóricos, segundo o *predomínio* de pontos de fixação de nível oral, anal, fálico ou edipiano.

O diagnóstico de Depressão Manifesta era,

em 1984, cerca de 18% da totalidade dos pedidos de consulta da nossa área de intervenção.

Parece-nos bastante maior na actualidade.

Referimo-nos a crianças de um grupo etário entre os 3 e os 15 anos, embora recentemente pudéssemos contar com observações de bebés em regime de internamento hospitalar prolongado sem apoio familiar³.

A descrição de casos de interacção precoce recentemente publicados por vários autores, ajudou-nos também nesta reflexão sobre a organização precoce do movimento depressivo.

Outra experiência importante da nossa Equipa foi o estudo e intervenção preventiva na gravidez, permitindo observar a organização do desejo do bebé, de fantasias e sonhos sobre o bebé imaginário, antecipando o risco de uma falha relacional precoce.

Em todos os casos de depressão manifesta na criança há também uma patologia familiar, mais ou menos evidente: pais separados, separações precoces da figura maternal, relação dos pais de tipo sado-masoquista, etc., e como regra núcleos depressivos num ou em ambos os pais.

Não nos referimos, porém, à depressão como um sintoma episódico de tristeza numa situação de crise familiar.

Distinguimos da Depressão Manifesta e como variantes do Normal:

- 1 — Afecto depressivo normal
- 2 — Vivência depressiva episódica
- 3 — Luta anti-depressiva
- 4 — Depressão latente

Falamos de quadros clínicos em que predomina o funcionamento depressivo a ponto de alarmar os pais, familiares, educadores ou professores. Cada vez mais, vemos crianças que aos 4, 8 ou 10 anos de idade nos dizem «não gostei de ter nascido», «é melhor morrer do que viver» ou «não gosto de brincar nem de ir à escola», etc..

A grelha nosológica experimental foi apresentada e discutida pelo Prof. Serge Lebovici em Julho de 1985 durante a sua visita a Portugal como Delegado da O.M.S..

³ Hospital de S. Roque, Santa Casa da Misericórdia de Lisboa.

Introduziram-se modificações e continuou-se a testar a sua validade, como ele nos sugeriu. A finalidade última desta tarefa «classificativa» seria apenas o ponto de partida para uma intervenção terapêutica mais precisa.

Tratar o quê? Como? Que técnico está indicado? Quem mobilizar numa Equipa de Saúde Mental?

Da experiência de observação e tratamento de muitas crianças podemos salientar:

- Que a depressão na criança não é o reconhecimento da tristeza manifesta, o que nem sempre sucede;
- Os sintomas que trazem as crianças à consulta são de diversos tipos: instabilidade, anorexia, queixas somáticas, gaguez, tiques, encoprese, enurese e insucesso escolar na latência;
- O diagnóstico é feito ou confirmado através do estudo da relação de objecto com o observador ou terapeuta, logo, da análise de transferência e contra-transferência vivida nesta relação;
- Muitas vezes são crianças vivas que não têm a atitude sedutora das histerias infantis, nem a angústia persecutória das psicoses, mas que nos fazem sentir interiormente a sua própria tristeza. Estão muito atentas ao interlocutor terapeuta (*avidez do olhar*, atenção específica, etc.), tentando por vezes reparar em nós o efeito depressivo provocado pela nossa identificação ao seu próprio sofrimento. (Mecanismos psíquicos de projecção identificativa e identificação projectiva);
- A depressão pode surgir em formas de denegação por defesas maniformes.

3. REFLEXÃO TEÓRICA

Os trabalhos referentes à depressão na criança são ainda em número reduzido quando comparados com o número de publicações sobre a depressão no adulto.

Vamos referir alguns dos conceitos que melhor se adaptam à nossa vivência clínica.

Depressão Infantil — seria a perturbação da organização do sentimento de auto-estima concentrando-se à volta de uma *ferida narcísica*,

com consequente alteração funcional do psiquismo.

Só podemos compreendê-la com uma construção metapsicológica ligada a uma fase específica do desenvolvimento libidinal.

Como construção metapsicológica podemos encará-la sob o ponto de vista:

1. TÓPICO ——— CS \longleftrightarrow PCS—ICS
2. DINÂMICO - (tipo de conflito)
3. ECONÓMICO - (segundo modelos de uma economia depressiva)
4. GENÉTICO - (específico em cada caso)
5. ESTRUTURAL - (do Eu — seguindo o predomínio defensivo do momento)

É Freud, em 1915, quem pela primeira vez define as características do Eu na melancolia, referindo-se à *Clivagem* interna e ao conflito reactivo à perda de um objecto amado.

Em «Luto e Melancolia», este autor, caracteriza a depressão profunda pela suspensão do interesse pelo mundo externo, a perda da capacidade de amar, a inibição de toda a actividade e a diminuição do sentimento de auto-estima (auto-censuras, castigos, etc.).

Na melancolia pode ser inconsciente, ou não reconhecido claramente, o que foi perdido.

A clivagem do Eu, divide-o numa parte (Super-Eu) que censura a outra, sendo as críticas dirigidas contra o objecto de amor introjectado.

Assim, a perda do objecto transforma-se numa perda do Eu, por *identificação narcísica com esse objecto*, substitutiva do investimento amoroso perdido.

A desvalorização do objecto fica inconsciente mas implica a desvalorização do Eu, assim empobrecido em líbido e *em perigo*, numa tentativa de recuperação narcísica votada ao *echec* por interposição do Super-Eu.

A *mania* seria a libertação instintiva (à sobrecarga do Super-Eu), levando o Eu, de contenção insuficiente, a ser submerso pelo afluxo energético (ICS) que é incapaz de elaborar, assimilando-se temporariamente a um Ideal (muito regressivo), até ali inacessível.

Bibring refere-se à depressão como um estado particular do Eu com sentimento de impotência (*helplessness*) e desespero (*hopelessness*).

Joffe e Sandler, falam de *reacção depressiva* que acompanha todas as entidades nosológicas,

como uma resposta afectiva fundamental.

Brenner (1975), fala de dois afectos primários: a angústia e a depressão. O equilíbrio do EU consistiria em evitar os dois afectos: desprazer e angústia.

Nacht, refere-se ao plano pulsional no deprimido: a depressão surgiria determinada por uma difusão instintiva, ficando em minoria as pulsões de amor.

A falha libidinal atribui-se à falha ou desaparecimento do objecto, ou ainda se o amor do objecto ou para o objecto não é reconhecido. Fica apenas o medo interior de só poder viver o ódio. O potencial agressivo aumenta pelo *desejo intenso do objecto* (mãe, substituto, a humanidade inteira).

A depressão seria o último e desesperado modo de preservar as pulsões de amor e a *esperança* de poder amar de novo. Na relação com o objecto, o deprimido funcionaria com um compromisso de amor e de ódio, procurando salvaguardar o objecto da sua agressividade (dirigindo-a para o Eu). Por outro lado, a falha de uma *verdadeira introjecção identificativa* leva a uma introjecção agressiva, mais ou menos maciça do objecto. Uma parte do Eu fica assim detentora de uma *omnipotência punitiva* sendo a vítima a parte frágil do Eu. Esta é também a parte saudável a que procura sobreviver, identificada pelo sofrimento e pela culpabilidade consciente, (remorso), cuja função seria também a de acalmar a culpabilidade inconsciente.

Na terapia, o sofrimento e o sentimento de incurabilidade, surgem na relação (terapêutica) como uma acusação que inclui em simultâneo o amor e o ódio.

O masoquismo depressivo é diferente do masoquismo perverso onde o objecto e o sujeito se relacionam como seres autónomos um face ao outro.

O depressivo tem *poucos objectos* e são todos duplicados ou sucessivos do objecto original — a mãe.

Procura incessantemente provas de amor, cola-se ao objecto, mostra-se incapaz de estar só, como diria Winnicott. Procurando a imagem Ideal, defende-se da realidade do objecto, com receio de o apreender na totalidade — a relação é sempre parcial e frustrante. Sujeito e objecto

estão mal diferenciados mas não confundidos como na psicose.

Grunberger, o grande teórico do narcisismo da escola francesa, distingue o angustiado que *investe a vida* (a angústia seria uma reacção de defesa a um perigo vital), do *deprimido*, em que *é o investimento da vida que parece diminuído* ou falta na totalidade em casos extremos: «A vida não vale a pena ser vivida.»

Este autor salienta a importância do investimento narcísico como ponto de partida do estado depressivo.

Angelergues cita o «movimento subjectivo optimista» como uma *antecipação inconsciente*, cuja ausência ou desaparecimento abre a porta à depressão, como a *perda de uma Ilusão Vital*.

Pierre Luquet (1981), define depressão como uma defesa contra a agressividade pré-genital.

No Eu infantil em organização seria o destino das pulsões agressivas que marcava o funcionamento depressivo em cada nível evolutivo do Eu.

Desde o nascimento, o estado ideal de Bem Estar implica uma *constância do Bom Objecto interno*. A criança deprimida, não tendo um bom objecto interiorizado (totalmente), crê-se obrigada a introjectar um *mau objecto*. Desenvolve mecanismos defensivos para que o mau objecto não se confunda com o Eu. O mau objecto no Eu clivado, vai reforçar o Super-Eu, na luta contra o Eu.

«O deprimido é um Super-Eu feroz, que destrói e persegue o seu Eu, o *self*.»

Catherine Parat, diz-nos que o deprimido falha no luto do objecto de amor, mas seria mais grave a falha do investimento do *Amor*, como valor narcísico insubstituível, mesmo quando mascarado de amor de objecto.

«Admito que amo mais a minha paixão, que propriamente a si...» (in *Cartas de uma Religiosa Portuguesa*).

O objecto pode servir de suporte ao narcisismo.

«Só o amor partilhado estabelece um equilíbrio entre o que deriva do narcisismo e do anti-narcisismo» (Pashe, 1960).

Outros conceitos teóricos de base são fundamentais como complemento do estudo da depressão na criança. Referimo-nos aos conceitos:

- *Posição Depressiva* de Melanie Klein;
- *Separação-Individuação* de M. Mahler;
- *Pensamento Operacional* de P. Marty;
- *Conflito Estético* de Meltzer;
- *Capacidade de «rêverie» e Função Alfa da Mãe* — a capacidade de identificação ao estado de sofrimento psicossomático de criança. Semelhante ao pensamento do sonho, de Freud, transformando a vivência psicossomática de criança em vivência psíquica através da experiência emocional da mãe, de Bion.

4. EVOLUÇÃO DO NARCISISMO

«Le narcissisme est l'effacement de la trace de l'Autre dans le desir de l'Un.» (A. Green)

Freud (1914), em «Introdução ao Narcisismo», refere-se à origem da vida: «De início o bebé não distingue sensações exteroceptivas de excitações interoceptivas. A sua vida está totalmente dependente dos cuidados maternos formando com ela uma *unidade*. Este estado corresponde ao narcisismo inicial como conceito limite de um *Paraíso Narcísico*.»

Segundo a definição do *Glossário Americano de Psicanálise* de Moore e Fine (1967), o *narcisismo* seria a concentração do interesse psicológico sobre o Eu (*self*) e não pode entender-se senão como uma abstracção, pois não teria existência no estado puro, o que torna complexo o seu estudo e compreensão.

Seguindo o pensamento de Grunberger, o narcisismo está obrigatoriamente associado a outros factores, de um modo sintónico ou conflitual, pelo que podemos falar de narcisismo,

Centrífugo	—	Centrípeto
Primário	—	Secundário
Positivo	—	Negativo
(Integrado)	—	(Culpabilizado)
São	—	Patológico
Maturo	—	Imaturo

e ainda fundido com o componente pulsional ou opondo-se a ele.

Lou Salomé, refere-se à dupla orientação do

narcisismo pela contradição existente entre a atitude do narciso que procura individualizar-se, quando, por outro lado, não pode viver fora de uma relação fusional permanente.

Vemos o mesmo factor narcísico em quadros clínicos de fenomenologia diversa ou oposta: na *ninfomana* que é levada a entregar-se a todos os homens por necessidade narcísica incoercível de ser amada, e na *vamp frígida* que deve seduzir os homens pela mesma razão mas que os recusa por narcisismo.

O narciso ama-se muito, mas ama-se mal ou nada...

O narcisismo é do homossexual, mas também do heterossexual que exhibe a sua virilidade.

Para Grunberger o *Paraíso Narcísico* situa-se na vida pré-natal, e este autor refere-se-lhe como um período de *elação narcísica onnipotente e mágica*.

Num certo plano, a vida intra-uterina pode considerar-se um modelo de aconflitualidade, se a encararmos como um estado em que as necessidades básicas são automaticamente satisfeitas: alimento, protecção a estímulos externos num clima envolvente de suavidade líquida regulando uma homeostasia contínua.

Este estado estaria em oposição ao meio exterior em que haveria estímulos sensoriais intensos de luz, som, temperatura, cor, etc., capazes de provocar ao recém-nascido uma vivência emocional complexa a que Meltzer chama «Conflito Estético» — como um conjunto de sensações perturbadoras de que o bebé não pode entender o significado, mas que seria um símbolo de *Beleza do Mundo* do poeta Keats, citado pelo autor.

É através da vida relacional com a mãe, e de uma capacidade de identidade instintiva desta com o bebé, que progressivamente, este *Exterior*, tomará sentido, numa dialéctica comparativa entre o *Dentro* e o *Fora* do interior da mãe.

1) No *estado Oral* falamos de um nível de prazer assente no acto de chupar o seio materno estimulando a zona bucal, mas este modelo incorporativo, inclui toda a actividade do bebé que *absorve com o olhar* tudo que o rodeia, ou agarrando as coisas que mete avidamente na boca, etc..

A *Avidez* é o termo que melhor a define.

Em relação ao narcisismo, mesmo pressupondo a existência de uma boa mãe, que se esforça por manter um ambiente próximo do da vida intra-uterina, o bebé passa do regime aconflitual a um registo em que não funciona este automatismo.

O *Narcisismo Absoluto*, com a magia onnipotente, entra num *declínio* necessário, que se deseja lento e progressivo, mas que seria traumático se a sua integração na relação objectal for abrupta ou vivida com excesso de tensões, por falha da capacidade materna, desta identidade instintiva — a *capacidade de «rêverie»* citada por Bion.

De início o bebé descobre o corpo, órgãos (Eu-corporal de Freud), antes do Eu ter a dimensão do Eu-psíquico. Este, liga-se ao Eu-corpo e ao mundo objectal, o que permite ao bebé alucinar a satisfação das necessidades internas e organizar o desejo do objecto, construído pela satisfação repetida dessas necessidades. Todo o excesso de tensões faz recuar o processo de integração Eu-corpo.

Falamos de *Narcisismo Integrado*, se não há complicações traumáticas precoces, ou de *Ferida Narcísica* (oral), se a adaptação do Eu inicial ao mundo objectal não permite esta organização de uma *Integridade Narcísica*.

A renúncia à vida pré-natal e à onnipotência narcísica deve ser progressiva, mas não deixará de funcionar como um apelo profundo em todas as etapas da vida humana (desde o desejo de dormir normal à regressão depressiva ou à recusa do exterior do autista).

Para Grunberger a vida intra-uterina simboliza o *modelo* de uma adaptação perfeita *Continente-Conteúdo*, que no plano afectivo se traduz por um estado de *Compleitude Narcísica* — o afecto positivo de bem-estar ideal.

No *movimento oral do Eu*, este modelo de completude narcísica inicial poderia refazer-se, reorganizado no modelo oral, pela *fusão Boca-Seio da mãe* (continente-conteúdo) com nova vivência de prazer elacional repetido — a perda da onnipotência mágica seria gradual e manteria a integridade narcísica através dos bons momentos de prazer integrado, narcísico e objectal.

Se há rupturas e frustrações o bebé tem que lutar pela recuperação dessa onnipotência

perdida, perante a ferida narcísica precoce ligada à falha objectal maternal.

A agressividade do bebé exprime-se por tensões descarregadas no movimento, no corpo, a que a capacidade de «rêverie» da boa mãe pode transformar em vivência afectiva, psíquica, com representação mental, dando-lhe um sentido relacional (função alfa da mãe).

A *dependência* do objecto é aqui absoluta e total e a integridade narcísica vai permitir a perda progressiva dessa dependência, como uma nova conquista do Eu. A vivência de uma boa unidade simbiótica organizativa de introjecções estáveis de bom objecto permite a permanência de um «Imago Fundamental» que por sua vez facilita o movimento seguinte de separação e individualização progressivas.

2) O *estado Anal* é diferente na sua essência e no modo relacional específico.

A estrutura anal opõe-se à anterior pela descoberta de nova zona erógena, pela possibilidade de novos investimentos — os produtos fecais — que fazendo parte do corpo, separam-se dele sem perigo de destruição do *self*.

O Eu vive este aumento progressivo da sua capacidade de domínio e controlo do objecto como uma confirmação narcísica fundamental.

A expulsão do bolo fecal torna-se equivalente à expulsão do mau objecto, do mau imago interno (confusão fezes-objecto). O mesmo mecanismo de separação activa serve para guardar o bom objecto ou para oferecê-lo como presente. Vive-se uma *Solidez do Eu*, uma vez que a fragmentação do *self* e do objecto não é equivalente à sua perda, permite uma *reparação*.

A agressividade transforma-se em potência mágica (sadismo anal) e vive-se com um *Self Grandioso* (Edith Jacobson).

O universo anal organiza a *Retenção*, protótipo de controlos sucessivos, cada vez mais evoluídos, pelo reforço do aparelho motor, músculos lisos e esfíncteres, a par com o prazer (anal) de reter numa área fechada, prazer agora obtido de modo autónomo (nele próprio e por ele próprio — Nacht).

Põe fim à *dependência* oral da mãe podendo *reparar* esta ferida narcísica pela possibilidade de *opor-se* ao meio, de modo activo.

As fezes tornam-se num objecto simultaneamente narcísico e objectal e o seu investimento coloca a criança pela primeira vez perante uma escolha entre a afirmação do seu poder (narcísico), como por exemplo: fazer a caca fora do penico ou o amor da mãe (objectal) dando-lha de presente. Esta dicotomia liga-se à formação do *Super-Eu*, e define o modelo relacional do Eu anal pela *ambivalência* dos seus afectos.

Ferenci refere-se ao *sentimento de onnipotência* nesta fase em que a força pulsional seria a força do Eu dominador, que exige uma obediência servil dos seus desejos irresistíveis.

Freud refere-se à possessão como o traço anal e salienta o *apport* positivo da analidade à *evolução normal* do indivíduo — nela assentam as forças mais evoluídas do psiquismo (o Pcs): «Toda a civilização humana pode ser considerada como uma tentativa de sublimação do erotismo anal.»

Nas estruturas anais a agressividade sádica aparece na relação objectal pelo prazer de domínio e controlo do objecto, escolhendo sempre o mais fraco: o pequeno, castrado, passivo, os animais, ou no jogo com os brinquedos, etc., que são maltratados ou destruídos.

O objecto fraco permite ao sujeito viver-se como forte, e esta é a necessidade básica do Eu na evolução anal. O momento de completude narcísica anal seria o de poder *reter ou largar* as fezes da ampola rectal (continente e conteúdo em perfeita adaptação) como expressão do erotismo anal.

A *Boa Mãe* permite à criança, nesta fase, viver-se e afirmar-se no seu poder e aceita esta nova necessidade de *Confirmação Narcísica*, sem conflitualizar demasiado a relação (por ex.: *impondo-se demasiado*, ameaçando ou super-protégendo o bebé nas tentativas simultâneas de afastamento e exploração do meio, etc.). Mães demasiado ansiosas e apressadas bloqueiam totalmente toda esta evolução, automatizando de modo externo e precoce o controlo anal aos 5 ou 6 meses de vida, o que traz profundas alterações psíquicas, nomeadamente falhas de confirmação narcísica anal e fixações depressivas importantes.

É também nesta fase que se estrutura de

modo activo a *curiosidade* pela exploração do espaço exterior, só possível pela descoberta deste *Poder do Eu* anal, que mais tarde é deslocado para sublimações e interesses da latência (necessária ao sucesso da escolaridade). Reforça-se ou inibe-se esta curiosidade bem como a criatividade, a fantasia, o simbolismo, quase toda a vida fantasmática e defensiva do Eu.

O *Narcisismo reforça-se pelo Amor Próprio* afirmado no *Poder Anal*.

A mãe deve *confirmar* este narcisismo.

A ferida narcísica na analidade, vai manter a continuação do *Dependência* dando ao Eu a vivência de uma fragilidade e impossibilidade de expressar pulsões agressivas. Estas são inibidas ou expressas em sintomas, quase sempre de expressão somática — enurese, encoprese, gaguez, etc.. Pior solução seria a desistência psíquica para uma regressão à dependência oral e à psicose.

3) O *movimento Fálico* do Eu organiza-se pelo deslocamento dos investimentos para a zona genital de modo predominante. A diferença dos sexos vai marcar definitivamente a evolução psicológica do rapaz e da menina. O pénis, pela sua presença ou ausência, vai decidir a orientação do movimento fálico e edipiano de modo diverso nos dois sexos. As imagens de Pai e Mãe reconhecem-se pela diferença dos sexos equivalente a uma diferença de poderes, nesta fase.

O *Falus* seria o representante psíquico da Integridade Narcísica para Grunberger.

Integridade equivale a *valorização* e, no plano inconsciente, a ausência desta valorização seria vivida como uma falha, uma *castração*.

Falus seria tudo o que valorize narcisicamente.

Falus oral — o bom seio

Falus anal — o controlo fezes-objecto

Falus genital — a união dos Pais no fantasma da cena primitiva

Opondo-se a *castração* como tudo o que desvaloriza (falta de poder no Ies).

Castração primitiva — o nascimento

Castração oral — *sevrage*

Castração anal — perda do controlo das fezes, mais tarde do dinheiro, etc.

Castração fálica — Perda do poder, da auto-estima

Castração sexual — perda talionica de parte de si, impotência

Nesta etapa evolutiva a criança atribui o pénis a quem tem poder (mãe ou pai) e só mais tarde separa masculino de feminino.

De início o pénis paterno é investido como um poder equivalente ao seio, ou ao falus anal. A mãe é fantasmaticamente detentora desse poder, possuindo-o de modo fálico, nas primeiras fantasias da cena primitiva, encarada sucessivamente como uma devoração oral ou como uma relação sádica destrutiva anal.

O rapaz luta pela posse sádica da mãe indentificando-se ao imago paterno.

A rapariga cria um pénis fantasmático com que domina a mãe.

Uma primeira ameaça de castração é sempre atribuída à mãe fálica. Contrapõe-se-lhe a *imagem fálica de si próprio* que exprime a integridade narcísica neste momento evolutivo. A vivência das ameaças maternas como uma castração representa simultaneamente a síntese de todas as dificuldades no esforço de construir a integridade narcísica.

Ambos os pais nesta etapa são igualmente elementos de *valorização narcísica*, podendo um suprir a falha do outro e *reparar* narcisicamente a criança.

4) No *movimento Edipiano* cimentam-se as identidades pela escolha do objecto heterossexual como suporte do desejo erótico genital.

A menina investe todo o corpo numa tentativa de sedução do Pai e o sadismo dirigido à mãe inverte-se em movimento masoquista (Luquet & Parat).

O rapaz atribui ao pai um poder penetrante e agressivo mas ligado e localizado a esta função paternal.

O poder receptivo da mãe e o prazer ligado à união de ambos, corresponde ao fantasma central da cena primitiva, que na imaginação da criança é realizado pelos Pais juntos numa nova *Compleitude Sexual*, continente (vagina), conteúdo (pénis), em perfeita adaptação. É esta a noção de Primado Genital de Freud atingida pela vivência da neurose infantil e sua resolução ao longo da latência.

A criança vai querer quebrar esta união, a completude genital dos pais, separá-los. Porém esta destruição equivale a castrar o Pai (destruir o Falus). É a castração do Pai que é primitiva, e o medo da castração é o medo da retaliação que cairia sobre o próprio.

O rapaz vai querer ser ele a realizar esta união com a mãe, possuir o Falus, à semelhança do vivido em fases anteriores em que a criança tem a intuição de uma prioridade do seu ponto de vista. Para ele, o Pai é que seria o intruso.

É inevitável a vivência de ameaças de castração, sempre reforçadoras de uma ferida narcísica edipiana que pode bloquear toda a evolução futura na latência, impedindo a organização da auto-estima básica: seria o núcleo de uma depressão neurótica pela falha de integração narcísica ou valorização narcísica na evolução edipiana.

Em cada etapa evolutiva há uma luta, uma nova possibilidade de restabelecimento narcísico, de *reparação*.

A completude narcísica perfeita nunca é atingida: a satisfação elacional é sempre pontual e sempre procurada.

A realidade da vida humana seria assim uma sucessão de elans, num movimento dinâmico de afirmações e negações.

O restabelecimento narcísico em cada fase *não* é uma substituição do anterior, mas uma adição de uma nova possibilidade.

A *Fase Genital* contém todas as outras anteriores, dispondo por isso de uma gama extensa de virtualidades.

A valorização narcísica feminina deve-se *sobretudo* à relação paternal, e a do rapaz à relação maternal aceitanto e limitando as vivências conflituais próprias do seu desenvolvimento.

5. ORGANIZAÇÃO ESTRUTURAL E VIVÊNCIA DEPRESSIVA

Do nascimento à latência a criança vive e decide também, a sua evolução num movimento contínuo do Eu em que a *dependência* deve ser decrescente (do narcisismo da própria mãe).

O bebé deve ser *confirmado* e *valorizado* narcisicamente ao longo desta trajectória, até à integração do narcisismo na auto-estima

normal, através das identificações sucessivas, de formação do Eu ideal e do Ideal do Eu como parte do Super-Eu.

Um certo tipo de qualidade relacional parcial pode ser vivida pelo bebé como uma decepção precoce, que se vai repetir, abrindo a ferida cada vez maior que o separa do Paraíso perdido da completude de onnipotência narcísica pré-natal.

Falamos de pontos de fixação em cada nível estrutural como núcleos depressivos específicos e característicos:

- 1) Do *nível precoce* (oral) — primeiros meses de vida, ou
- 2) De um *núcleo primário*, quando já há um Eu corporal e psíquico coerente, separado da mãe, mas desvalorizado pela vivência negativa da experiência de separação e individuação (falha de organização anal do Eu e do *self grandioso*);
- 3) Referimo-nos a um *núcleo depressivo fálico*, se predomina na criança a vivência sistemática de um sentimento de submissão ao poder fálico materno (ferida narcísico-fálica). Se a personalidade narcísica da mãe não permite à criança a integração do seu narcisismo fálico, podemos também afirmar que a figura paterna não funcionou como reparadora, porque não existe, é ausente ou também submetida ao matriarcado familiar;
- 4) O *núcleo depressivo edipiano neurótico* pode considerar-se parte integrante da neurose infantil normal, como reacção depressiva face à exclusão (de gerações, da cena primitiva).

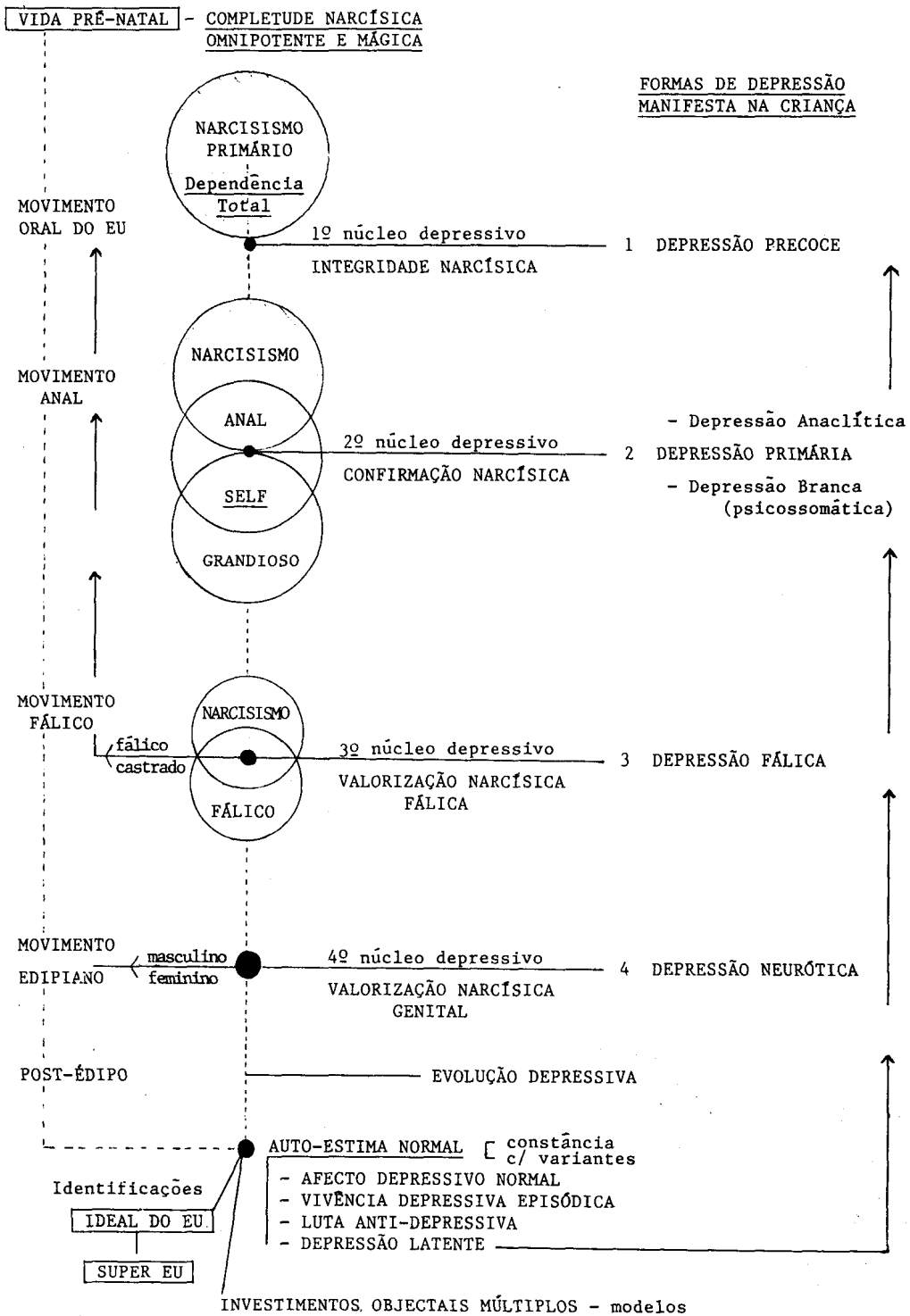
O sentimento de exclusão, solidão, abandono gera sempre sintomas nesta fase (tensões nocturnas, ansiedade, pesadelos) em que a tristeza e a angústia se combinam e manifestam no mesmo sintoma-sinal de alarme.

Se o abalo narcísico é insuportável supõe-se que ele se reforçou agora, após falhas de integridade narcísica em etapas anteriores.

Pode *dominar* a tristeza, a inibição e o desinteresse, face às ansiedades normais desta fase.

Em crianças de *latência*, vemos por vezes no estudo da evolução genética a inexistência de pontos de fixação claros na linha do narcisismo, embora não se organize o núcleo básico de uma

FIGURA 1
Evolução Narcísica



QUADRO 1
Depressão Manifesta

- A** NÍVEL PRÉ-GENITAL
- 1 - DEPRESSÃO PRECOCE
 - 2 - DEPRESSÃO PRIMÁRIA
 - Depressão Anaclítica
 - Depressão Branca
 - 3 - DEPRESSÃO FÁLICA
- B** NÍVEL EDIPIANO
- 4 - DEPRESSÃO NEURÓTICA
 - 5 - EVOLUÇÃO DEPRESSIVA (crise da latência)
 - 6 - DEPRESSÃO DA ADOLESCÊNCIA

auto-estima necessária ao equilíbrio psíquico.

Falamos de evolução depressiva nestes casos de *Fagilidade básica*, em estruturas edípianas.

Referimo-nos a conceitos que podemos concretizar:

A noção de *pontos de fixação* — como pontos de apelo regressivo, determinantes da evolução mental;

Eu ideal — herdeiro do narcisismo primário onipotente. Deve diluir-se no Ideal do Eu. Se se mantém num fenómeno negativo — uma insuficiência na organização mental.

6. A DIVERSIDADE NA CLÍNICA

Em esquema, dividimos a *Depressão Manifesta* do modo como se apresenta no Quadro 1.

7. NÍVEL PRÉ-GENITAL

7.1. *Depressão Precoce*

«La mère est investi avant d'être perçu par le bébé et lui crée sa mère.» (Lebovici, 1960).

Na vida intra-uterina o bebé conhece o *Dentro* da mãe, antes de ser conhecido por ela,

reage a estímulos vindos através do corpo da mãe. O diálogo não verbal existe desde o início da gravidez através de mensagens recíprocas mãe-bebé imaginário, ou bebé real-mãe «continente».

Será conflitual, como diz Grunberger este período pré-natal e de perfeita adaptação continente-conteúdo? A experiência de entrevistar grávidas em Saúde Mental faz-nos prever que nem sempre assim será. E nestes casos o nascimento teria outra dimensão, outra vivência; talvez menos perturbadora e positiva que a descrita por Meltzer no *Conflito Estético...* — o mundo não seria tão belo. Mas a boa «contensão» pressupõe uma continuidade após o nascimento, uma expectativa, uma *esperança* global. A mãe seria esse «todo» capaz de conter o bebé que já a investiu antes de a perceber como objecto real.

O nascimento é *para a mãe* um momento de confronto do Bebé Imaginário com o Bebé Real, um ponto de *confirmação* narcísica. *Para o bebé*, seria antes a primeira rotura da onipotência narcísica. Trata-se de manter uma Integridade no seu narcisismo — compatível com a elaboração — digestão do «conflito estético», que seria a saída para o *fora* da mãe.

Freud fala de um tipo de «relação maternal específica», que pela satisfação pulsional do bebé tornaria as pulsões toleráveis pelo Eu. Esta acção específica daria à criança o sentimento

de ser amada (narcisismo positivo) e a crença no *amor do objecto* (amor primário).

A satisfação antecipada (antes da consciência do desejo) ou dada sem amor, ou diferida face à expectativa do bebé poderia transformar a acção específica boa, numa acção negativa, pelo menos em parte. Para o aparelho psíquico do bebé haveria uma capacidade de reconhecer o objecto externo, mas este, só em parte poderia conter as suas próprias angústias. O objecto interno seria também precário. Dentro e fora só haveria refúgios precários.

A integridade do Eu seria sacrificada.

André Green distingue a angústia psicótica (a retirada narcísica autista, por exemplo) da angústia narcísica, que seria a marca de um núcleo depressivo precoce.

Seria uma primeira decepção que põe em causa a continuidade da evolução do EU, pela constituição de um narcisismo negativo; com bloqueio da organização mental, da capacidade alucinatória de realização do desejo e do investimento objectal (pode alucinar a satisfação do desejo mas não o objecto).

Seria também a suspensão de um projecto relacional, mas não a sua rotura total (psicose).

Não haveria do lado da mãe a preocupação maternal Primária de Winnicott.

Mãe sem grande capacidade de «rêverie» segundo Bion, mas que se deixa ver ao bebé, que em parte a interioriza mantendo-se simultaneamente distante.

A defesa activa do bebé seria a resposta pelo desinteresse, a «Atonia Depressiva» de que fala Kreisler, a apatia e vazio aparentes, pois mantêm-se nestes bebés uma enorme *avidez secreta do objecto*, a «esperança» de um reencontro. Esta avidez observa-se na atenção expectante a certos sinais externos específicos... a possível presença de um objecto disponível.

A falha sistemática deste objecto leva à desistência do projecto de vida pela *desintegração narcísica* pela debilidade progressiva até ao nível profundo e irreversível, ou pela desintegração somática (a demência do corpo), a doença e a morte.

A reparação deste núcleo depressivo precoce deixará a sua marca⁴ funcionando como possível

ponto de fixação em personalidades narcísicas, modelado em novas formas pelas vicissitudes de evolução anal e fálica do Eu.

Na relação de objecto destas personalidades predomina a dependência, a avidez, num estilo incorporativo do modo relacional.

Na clínica hospitalar de bebés vemos com frequência quadros de *Atonia Psíquica* ligados à presença descontínua de mãe e durante o período do internamento.

No meu trabalho como Consultora de Saúde Mental Infantil na Santa Casa da Misericórdia de Lisboa, tive oportunidade de intervir no estudo e necessidade de reparação terapêutica de casos semelhantes com enfermeiras, educadoras do Hospital de S. Roque, que se sensibilizaram para este tipo de colaboração⁵.

Kreisler refere-se à depressão do bebé expressa sobretudo no sintoma «anorexia mental do recém-nascido» com reacções de oposição e recusa. Mais tarde expressa em condutas alimentares aberrantes. O bebé não mostraria qualquer sinal emocional exterior sem choro, sem sorrisos. A evolução seria crescente:

- atonia tímica
- inércia motora
- diminuição da comunicação inter-activa
- vulnerabilidade psicossomática

Exemplo Clínico

André.

Rapaz de 3 anos, internado em estado de debilidade física grave no Hospital de S. Roque. Apresenta como sintoma um mericismo complicado (regurgitação e ruminação dos alimentos ingeridos). Todos os exames médicos e laboratoriais foram negativos. Além do atraso do desenvolvimento psico-motor notava-se-lhe uma apatia — desinteresse, hipersonia — permanencia deitado e imóvel sem mostrar sinais de agitação durante a maior parte do tempo. Porém a enfermeira da sala nota-lhe esta particularidade: o André mostra-se vivo e excitado quando se lhe dá banho de imersão, o que geralmente é feito pela mesma enfermeira.

⁴ Certos graus de debilidade, personalidades frágeis, *Borderline*.

⁵ Saliento neste campo a importância da colaboração activa e directa do psicanalista Seabra Diniz na supervisão destas terapias.

Notam-lhe também sinais de uma atenção particular a certos *sons* da enfermaria.

O seu comportamento alimentar é bizarro utilizando as mãos que introduz na faringe para fazer voltar os alimentos à boca, ruminando a comida já deglutida, o que impressionava todo o pessoal do *staff* hospitalar.

Pôs-se o problema burocrático deste caso: há um internamento sem diagnóstico.

Estudou-se a situação concluindo-se por *depressão precoce + varicela* (que entretanto tinha sido contraída).

Poucos dados tínhamos do seu passado.

Era o mais novo de uma irmandade de 5, e de uma família abandonónica. Os pais saíam de casa e deixavam o André sozinho fechado com um prato de comida (papas) no chão ao lado da cama, podendo o André arrastar-se até lá e comer sozinho, o que ele fazia com a boca, *sem utilizar* as mãos (o que continua a suceder logo após a sua entrada no Hospital).

O bolo alimentar seria nesta criança o objecto simbólico substitutivo do objecto materno, sendo o sintoma, o regresso do alimento, o equivalente do jogo do Bobine (o controlo fantasmático da mãe).

A ligação terapêutica a uma personagem educadora, de forma contínua e privilegiada e a supervisão do caso (pelo Dr. Seabra Diniz) permitiram a esta criança um enorme progresso, de que destacamos:

- A «facilidade» *relacional* sentida pela educadora e a «procura» activa de objecto, manifestada pelo André, tomando ele iniciativas de interacções durante a sessão;
- A *adquisição de novas formas de comunicação* e prazer pela linguagem até ali inexistente;
- O *conhecimento do corpo* e sua integração no psiquismo na relação de *maternage*.

Foi lenta e progressiva a utilização das mãos como auxiliares de tarefa alimentar, como se desconhecesse a função de «agarrar», prender, até ali exclusivamente atribuída à boca.

A evolução positiva não vai, porém, evitar uma certa debilidade já organizada, mas não de nível profundo como seria previsível se não houvesse qualquer intervenção terapêutica, se não fosse detectada a situação desta criança pela

Equipa de Saúde Mental Infantil que colabora com o hospital pediátrico.

7.2. *Depressão Primária*

Situamo-nos noutra nível de evolução do Eu, ligado às flutuações da economia narcísica da criança (fim do 1º ano de vida — 2º ano), em vias de libertar-se da dependência do objecto primário através de ensaios crescentes de afastamento e aproximações sucessivas (M. Mahler).

Pressupõe-se uma estruturação relativa do objecto interno, e uma constância relativa deste imago, a estruturação da Posição Depressiva de M. Klein, ainda em equilíbrio instável com possibilidades regressivas a uma desorganização precoce (P.S.P.) do Eu, em condições desfavoráveis da relação mãe-bebé.

A boa separação individualização (Mahler) supõe um equilíbrio narcísico na personalidade materna. A mãe simbiótica controladora ou possessiva, dificulta este movimento na forma de uma super-protecção ou de uma ameaça. A mãe abandonónica bloqueia a continuidade psíquica (Pcs) no bebé. A mãe suficientemente boa, aceita o risco da separação, favorece a autonomia, permite a afirmação do Eu do seu bebé. Toda a evolução da analidade depende desta conflitualidade relacional.

O núcleo narcísico primário, segundo ponto de fixação no depressivo, seria a vivência de uma insuficiência narcísica do Eu nesta fase tomando a forma de uma *ferida* ou vazio interior que vai presidir à evolução do movimento anal-fálico. Não há *self* grandioso mas depleção narcísica, se a tentativa de afirmação do Eu equivale a uma ruptura relacional e perda do amor da mãe.

A mãe não *confirma* narcisicamente o Eu do bebé, inibe-se o desejo de exploração do mundo, a pulsão de curiosidade, em simultâneo com a falha do erotismo anal — o prazer do controlo das fezes, equivalente ao poder do Eu. Não há ambivalência mas submissão. Não se aprende a *conciliação* — fase de boa distância objectal, na vida relacional futura — o meio caminho entre a afirmação narcísica da pulsão e a relação objectal.

Não podendo viver-se grandioso, nesta fase, o Eu vai ter que reparar o negativo do seu *self*,

pela desistência (depressão) ou pela retirada regressiva (psicose). Encruzilhada a que chamamos estado *Borderline*.

Na relação terapêutica deste núcleo primário trata-se de permitir a vivência de uma plenitude funcional valorizada e reconhecida, reparar a falha narcísica que leva à construção do *prazer de viver* (alegria) e que no deprimido tem um sentido negativo e invertido.

A *confirmação narcísica* é, porém, sempre incompleta, e para salvaguardar o seu narcisismo o Eu infantil vê-se obrigado a projectá-lo numa figura idealizada — suporte do Ideal do Eu. Este primeiro objecto ideal é de origem materna e é ainda na dependência do *Imago Primário* que vemos o núcleo depressivo primário. O Eu da criança só pode amar se for amado pelo objecto ideal. A falha desta imagem especular materna, suporte das projecções narcísicas Ideais impede a estruturação básica do sentimento de auto-estima.

Vemos muitas vezes na Clínica, como, ao inverso, é a figura materna que utiliza a criança como alvo das projecções da sua raiva narcísica ou do seu narcisismo negativo (filho como parte má da mãe), apesar do apelo reparador que possa estar contido na avidez e esperança de amor da criança deprimida. Esta só pode então ver-se em espelho na sua própria ferida narcísica, com um sentimento de pequenez e insuficiência, base da *vergonha* do Eu, na comparação com o seu modelo Ideal inatingível.

Psicose e depressão separam-se aqui pela existência nesta de um Eu psíquico e corporal coerentes e integrados, mas com falha na confirmação e valorização narcísica do *self*.

Na psicose, *self* e objecto funcionam sem membrana de contacto separadora, numa Fusão, confusão, sujeito-objecto.

7.2.1. Depressão Anaclítica

Quanto a nós, a *Depressão Anaclítica* descrita por Spitz em situação de hospitalismo, poderia inscrever-se como uma variante deste núcleo de Depressão Primária, pela rotura súbita de ligação objectal já interiorizada (Imago Fundamental) o que supõe uma boa relação precoce.

Spitz descreve:

1º Fase de protesto

2º Fase de desespero e esgotamento na réplica

3º Depressão que leva à morte

Na clínica de pedopsiquiatria vemos casos de crianças com depressões manifestas, que na análise psico-dinâmica do seu funcionamento interior, se situam ao nível anal, em luta pela independência do objecto primário, com grande fragilidade narcísica expressa na inibição, submissão, somatizações frequentes (comportamentos de recusa alimentar ou perturbações do sono).

A luta anti-depressiva pode exteriorizar-se em *actings* agressivos, defensivos de uma conversão somática.

Birras, provocações, impulsos destrutivos são também, no deprimido, defesas contra a destruturações interna.

7.2.2 Depressão Branca

Marty e Kreisler (Escola Psicossomática de Paris), referem-se a situações de depressão ligada à estrutura psicossomática, onde a falha do aparelho psíquico é igualmente ao nível anal da estruturação do Pcs, conduzindo a uma desorganização psicossomática.

Depressão fria, branca, por oposição à forma mentalizada.

Trata-se de um quadro clínico em que a relação de objecto é progressivamente esvaziada de conteúdo afectivo e vivida como uma frustração e um vazio. A desorganização das defesas psíquicas arrasta consigo as defesas biológicas. Estes autores referem-se a estruturas psíquicas *vulneráveis* podendo evoluir quer para uma neurose de comportamento, quer para um *síndrome de comportamento vazio na criança*. Depressão Branca.

Em casos graves de inorganização psíquica na criança, tomam a forma de nanismo ou de perturbações graves do sono (Kreisler).

Fala-se de relação «vazia» — a falha relacional é primária — deficiente ou descontínua.

André Green refere-se ao *vazio interior* como podendo ter o valor de um desejo (levando à incorporação anal erotizada — a homossexualidade) ou de um desagrado levando à renúncia depressiva.

Exemplo Clínico

Sexo masculino, 7 anos, (apelido com nome de pássaro).

Habita com uma tia paterna após a morte da mãe há um ano. Vê o pai de modo irregular. Este, também em tratamento psicológico por descompensação depressiva.

Era uma criança triste, com um olhar vivo, calma, muito atenta ao que a rodeia, a mim, numa avidez de alguém que lhe dê também atenção como eu faço com ele. Sabe ler. Gosta de ler «mas não tem a colecção toda dos livros dos Cinco.»

Na escola nunca andou à luta «porque nunca se zangou com ninguém...» (inversão do sadismo contra o Eu).

Gostava de saber nadar mas pensa que «pode morrer afogado».

Desenha uma casa que «não tem nada de especial» (?). Um ladrão queria assaltar a casa mas não tinha arma.

(Sonhar?) «O que mais gostava era eu a mergulhar e nadar num mar calmo.»

Mostra-se curioso (sublimações) e desejoso de um preenchimento interior (avidez) pelo «conhecimento». Quer saber tudo. Quer que eu lhe explique como podem os pássaros viver sem telhado. «E as borboletas têm casa?»

[Desejo de autonomia, de poder afirmar-se perante um imago materno abandonico e punitivo.]

«Só sonho desejos.»

Conta-me histórias de bruxas que o ameaçam no início da terapia mas que ele enfrenta no final.

«Era um menino que andava perdido numa floresta onde vivia uma bruxa. Se ele se portasse mal a bruxa metia-o num forno sujo e escuro onde ele ficava fechado. E ele nunca mais foi malcriado.»

[Fantasma de destruição — auto-imagem equivalente a um *bolo fecal sujo e escuro* —, se ousar a sua autonomia face ao imago materno primitivo a que tem de submeter-se.]

Seguido em psicoterapia durante um ano e meio. Analisamos o receio de ser forte e o medo de que eu possa ser também uma bruxa má. Quase todas as histórias tinham bruxas que faziam magias más, destruíam tudo até a «R.T.P. dos homens.»

«No fim, um polícia prende a bruxa e um senhor tira-lhe a varinha mágica, e, assim, ela ficou boa e deram a varinha aos pobres que podiam fazer tudo o que queriam e ficaram felizes para sempre.»

[Varinha mágica — simbolismo de um poder capaz de enfrentar o poder anal-fálico da mãe].

A afirmação fálica por identificação ao Imago Paterno permite-lhe sair da relação dual e situar-se num nível competitivo mais próximo da sua idade.

Melhora na escola e parece-me muito menos triste.

7.3. Depressão Fálica

O núcleo depressivo fálico liga-se a outra fase da trajectória evolutiva, do nível do movimento fálico do Eu na criança. A organização estrutural é triangular pré-edipiana.

A descoberta da diferença dos sexos e o interesse pela zona genital desloca o investimento libidinal do Eu (e agressivo) para a zona genital. O poder fálico é atribuído ao sexo, mas a uma diferença de sexos em que o ângulo de visão inclui:

quem tem — poder = pénis
quem não tem — poder = pénis

Os seres humanos dividem-se em fálicos e castrados (o que não é equivalente a masculino e feminino).

Trata-se aqui da construção positiva de um poder fálico que necessita de uma *Valorização Narcísica pelos objectos parentais*, pela identificação introjectiva sucessiva do Falus materno depois do Falus paterno que integrados no Eu organizam o *Narcisismo Fálico*. Nele assenta a capacidade futura de enfrentar o movimento edipiano sem grandes oscilações, perante as ameaças de castração nos seus dois tempos (materno e paterno).

Não é possível atribuir só ao objecto materno a garantia de um bom narcisismo fálico. No plano fantasmático o Pai tem aqui um papel fundamental em ambos os sexos.

Há na criança a percepção intuitiva da função de penetração do Falus paterno e no seu inconsciente uma equivalência simbólica entre fezes-bebé-falus-pénis, ligado à noção de conteúdo, que preenche uma cavidade —

continente — atribuída ao corpo inteiro — o interior do corpo da mãe (M. Klein & A. Green).

O núcleo narcísico fálico da depressão poderia compreender-se como uma vivência de insuficiência do seu próprio valor ligada ao sexo (pré-édipo) em que está em jogo a falha do investimento narcísico de ambos os pais.

O Eu clivado não é valorizado pelo Ideal do Eu materno ou paterno. Fica infantil, inadaptado, desencorajado.

A *Insuficiência Narcísica Fálica*, pode ligar-se a uma *humilhação* real, a uma *perda de objecto* (que alimentava o narcisismo), ou à constatação da sua imaturidade face ao enorme poder atribuído ao objecto ideal (maior distância Eu — Ideal do Eu, entrando em conflito permanente).

Perguntamo-nos sempre nestes casos, qual o destino relacional do objecto paterno, o que ele não pôde fazer pela criança ou o que fez mal, ou o que não se organizou no narcisismo infantil, reforçando ou não fragilidades prévias da relação de dependência primária maternal.

Muitas crianças sobrevivem à custa de *apports* narcísicos externos mantendo uma avidez relacional intensa, que mais tarde pode ser preenchida por álcool, tóxicos, etc..

Procuram prazeres passivos mas não ousam a procura activa de um prazer total. A agressividade é muitas vezes manifesta e deve ser entendida como uma abereação pulsional, um protesto hesitante, uma tentativa de recuperação narcísica com carácter projectivo (protecção contra a auto-agressividade).

Na terapia destas crianças valorizamos sobretudo a função paterna capaz de reparar a ferida narcísica de uma mãe frustrante, que no rapaz permite um movimento positivo de aliança homossexual estruturante.

Damos atenção à *posição paternalista* (sadismo camuflado) de certos pais e educadores que a pretexto de uma protecção infringem a pior das feridas narcísicas da infância, lembrando-lhe constantemente e de modo «traumático» a sua impotência e mantendo-a.

Na relação terapêutica, destes casos, damos atenção predominante à necessidade da criança de expressar o seu valor (narcísico) e à boa organização da identidade sexual (a rivalidade fálica no rapaz, a inveja fálica na rapariga), num

movimento reparador do sentimento de castração/desvalorização que domina o Eu.

Exemplo Clínico

José é um rapaz de 5 anos à data da primeira observação, e é o filho único do casal. Habita com a família e a avó paterna.

A mãe queixa-se actualmente de tiques e onicofagia com início após a entrada no Jardim Infantil para a classe pré-primária. À primeira tentativa de separação aos 4 anos a criança reagiu com anorexia e vômitos tendo a mãe desistido de forçar a entrada no Jardim Infantil.

A mãe acha-o assustado, contraído, acanhado.

A mãe sente-se permanentemente tensa pela presença recente da sogra na habitação da família.

Sono agitado em bebé. Adormecia agarrado à orelha da mãe.

Sem problemas na história do desenvolvimento psico-motor.

Mostra-se geralmente pouco sociável e agressivo com outras crianças.

O José é uma criança simpática, tem um ar triste mas vivo e inteligente. Desenha-me uma casa e um menino.

«Era uma vez um menino que encontrou uma casa. A casa estava fechada à chave e abandonada. Também havia um castelo abandonado», (com fantasmas). «Se tivesse fantasmas não estava abandonado...»

«O menino fugiu. Queria entrar na casa mas tinha medo e não podia entrar porque não tinha chave...»

Sente-se desprotegido, impotente e ameaçado...

Desejo de conhecer o interior dos pais, de saber o que há dentro de cada um deles, e que poder lhes atribuir.

Nas sessões seguintes a história do menino evolui.

«Ele vai fazer recados à mãe, comprar cenouras e peixes... na rua achou três polícias, e um ladrão a roubar um banco (?) mas ele escapou.

Também achou um cãozinho a brincar só...»

Submissão à mãe/receio de punição — passivização — depressão.

As histórias passam a ter um texto idêntico.

«Uma menina queria ir para casa mas não tinha chaves. Começou a chorar e ela pôs-se ao pé de uma árvore a chorar/chegou a mãe e só ela é que tinha as chaves.»

(O pai?) Mesma versão: «A menina estava a ver passar os aviões. O pai também chegou mas não tinha chaves. Até que veio a mãe...»

Versão da tia materna que tem as chaves.

Poder ligado às mulheres, identifica-se com o sexo feminino.

Intervenção junto do Pai.

«Era uma vez um menino que tinha perdido as chaves.

O pai estava com ele a ver passar os aviões e helicópteros e começou a chover.»

Submissão dos homens ao poder fálico das mulheres.

Admite que eu tenho as chaves do Centro (como a mãe).

Interpreta-se a defesa pela passividade e o medo de ser crescido/forte e ter também a sua própria chave, como se isso fosse igual a tirar o poder (das chaves) à mãe ou a mim... (as chaves).

As «chaves» eram simbolicamente o poder Fálico de que se destitui atribuindo-o em exclusivo à mãe.

Foi seguido durante cerca de três anos no Centro. Quase no final contava-me a última versão.

«Era um menino que vivia numa floresta e um dia foi brincar e esqueceu-se da chave em casa.

Quando veio a mãe também não tinha chave. Era o pai que tinha e só chegava às 11 horas e então ele tentou subir a uma árvore e chegou ao telhado. Havia uma janela aberta e ele conseguiu chegar lá, e assim quando a mãe veio ele disse:

— Eu resolvo o problema. Vais ver!

Entrou em casa pela janela e abriu a porta e a mãe pôde entrar e acabou.»

(O pai dele ficou também contente com o seu filho capaz de resolver problemas de chaves, subir às árvores, aprender na escola... como tu agora que já és um rapaz crescido.)

Teve alta.

Soubemos que vai bem na escola.

8.1. *Depressão Neurótica*

Não desligaremos o conceito de neurose infantil de uma inevitável vivência depressiva manifesta, latente ou denegada em condutas maniformes. O núcleo depressivo neurótico existe sempre na evolução normal. De forma patológica, ele pode dominar toda a elaboração do movimento edipiano e pelo seu predomínio sobre a ansiedade (de castração) falaríamos de Depressão Neurótica na criança.

Diz-nos Grunberger, o neurótico não é aquele que aceita a «castração» inerente à condição humana mas o que faz falhar sistematicamente todas as hipóteses de *restabelecimento narcísico da integridade perdida* nos diferentes níveis da sua maturação pulsional.

No nível edipiano da sexualidade infantil organiza-se a representação inconsciente do falus genital — representante da completude narcísica genital — pela virtualidade da união perfeita entre os Pais.

Falus paterno e pénis sexual confundem-se num único objecto e ao pai é atribuído o poder e o prazer na união com a mãe, continente-conteúdo em adaptação perfeita, na fantasia edipiana da cena primitiva.

A *exclusão* desta união perfeita é por si um núcleo de depleção narcísica inevitável, sobretudo, se os recursos de um Eu fragilizado em fases anteriores, são insuficientes para enfrentá-lo. O *confronto* é assustador perante um rival sempre dominante, e pode ser vivido como uma desistência depressiva.

Na menina a valorização narcísica pelo Pai, organiza-lhe o narcisismo especular feminino, base de uma auto-estima positiva que facilita a renúncia edipiana e a procura de um novo objecto na latência e adolescência (mandato exogâmico paternal — Coimbra de Matos).

Diria o bom pai à sua menina de vestido novo: «Estás muito bonita hoje! Vais com certeza conquistar um menino na escola!!...», etc..

No rapaz a aceitação pelo Pai da rivalidade edipiana, confirma também a sua capacidade de agradar às meninas (e não só à mãe) orientando-o para uma nova conquista objectal activa e

exogâmica, organizando o *prazer de poder ser activo nessa procura*.

8.2. *Evolução Depressiva*

Forma clínica muito frequente em crianças de latência. Geralmente, vêm à consulta pelo sintoma do insucesso escolar, no início da vida extra-familiar, à entrada da escola.

Há queixas de desinteresse escolar, apatia, ausência de curiosidade, tristeza.

Trata-se aqui da continuidade evolutiva de uma estrutura de base em que sempre dominou a deficiente organização narcísica — precoce-oral, anal-primária, fálica e edipiana.

À observação destes casos fica-nos a impressão de que a criança se arrasta numa luta permanente contra um agravamento depressivo, evitando decepções narcísicas que a possam descompensar. Evitamento de confrontos e de conflitos, refúgio numa posição passiva, inibida em que domina a culpabilidade consciente e inconsciente.

Exigem uma terapia longa e um acompanhamento psicoterapêutico de reparação narcísica total.

O apoio familiar no sentido da colaboração dos pais neste mesmo sentido, é fundamental.

Na relação terapêutica damos atenção à sequência: Frustração—Ódio—Culpabilidade—Auto-agressão.

São crianças que se colam na terapia e que através do novo objecto disponível podem reparar, consciencializar, analisar o funcionamento psíquico na relação de transferência.

8.3. *Depressão na Adolescência (Nota sobre o suicídio)*

Seria a vivência de uma crise pubertária em que domina o aparecimento de reacções depressivas geralmente de início súbito.

Aqui a culpabilidade edipiana desempenha um papel importante, mas também a culpabilidade específica do componente anal da sexualidade (elemento narcísico primário).

Vemos surgir de modo súbito, no adolescente, o sentimento de inutilidade, insuficiência, acompanhado de projecções, mais ou menos delirantes, sobre o meio.

O mesmo elemento narcísico culpabilizado pode surgir sob a forma de sublimações (crises de misticismo, por exemplo), ou regredir a formas perversas.

A frustração face à avidez amorosa do adolescente pode conduzi-lo quer à toxocomania ou ao alcoolismo, quer à dedicação predominante ao desporto como defesa compensatória.

O *Bom Narcisismo* no adolescente que supõe um *Bom Equilíbrio* terá que se apoiar no amor objectal (objectos secundários).

O sofrimento depressivo funciona aqui, sobretudo, na dependência da distância: Eu — Ideal do Eu narcísico.

O Eu é vulnerável, suporta mal a mínima frustrações, a que reage com intolerância, calor emocional e de que se defende com sublimações.

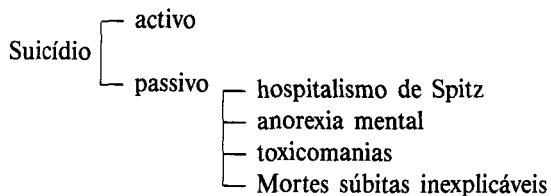
A escolha objectal é de tipo narcísico.

A luta conflitual do Eu nesta fase inclui a salvaguarda da onipotência narcísica infantil que é projectada (antes que se perca) na figura do herói mítico, símbolo da sua imagem fálica, também da imagem de Deus.

Para recuperar o Ideal narcísico perdido, o Eu deve mostrar-se «merecedor» perante a instância que personifica este Ideal, fazendo-se amar por ele (Super-Eu), multiplicando as sublimações.

O risco de suicídio é sempre de pressupôr, no adolescente deprimido. Sabemos como na terapia dos adolescentes é importante não interpretar as acusações ao meio como ataques sádicos, pois eles representam apenas uma defesa protectora contra a auto-destruição.

É um conceito diferente do *masoquista* que se faz bater por prazer, por amor do Eu.



O suicídio implica sempre uma evolução psico-sexual perturbada com a dissociação dos processos maturativos pulsionais e narcísicos.

Rosenfelt fala do *desejo de morte* como idealização. O instinto de morte de Freud seria activado pelas partes destrutivas e invejosas do

Self, clivadas até ao extremo, postas à distância, desligadas das partes libidinais e protectoras que parecem ter desaparecido.

A totalidade do *self* identifica-se à parte destrutiva que pretende assim triunfar sobre a vida e a criatividade (representada pelos pais e pelo terapeuta), destruindo a parte libidinal dependente.

Estes doentes pensam que ninguém os pode ajudar.

Na terapia deve (per) elaborar-se a parte libidinal do doente e tornar conscientes as partes onnipotentes destrutivas da personalidade.

BIBLIOGRAFIA

- Bergeret, J. (1976). *Depressivité et Depression*. Paris: PUF.
- Bibring, E. (1953). The mechanism of depression. In *Affective Disorders* (P. Greenacre, Ed.), I.U.P.
- Diatkine, R. (1978). Le development de la relation d'object et des affects. *Psychologie de l'Enfant*, XXI(2).
- Freud, S. (1914). «Pour introduire le narcissisme». in *La vie sexuelle*. Paris: PUF.
- Freud, S. (1915). «Deuil et mélancolie». in *Metapsychologie*. Paris: PUF.
- Green, A. (1983). *Narcisisme de vie et narcissisme de mort*. Paris: Ed. Minuit.
- Gruberger, B. (1975). *Le narcissisme*. Paris: Payot.
- Joffe, W. & Sandler, J. (1967). Remarques sur la souffrance, la depression et l'individuation. *Psychologie de l'Enfant*, X(1).
- Kernberg, O. (1976). «Narcisisme normal et narcissisme pathologique». In *Narcisses*, Paris: N.R.P.
- Lebovici, S. (1983). *Le nourisson, la mère et le psychanaliste*. Paris: Paidos/Le Centurion.
- Luquet, P. (1969). «Génèse du Moi». in *La Theorie Psychanalytique*. Paris: PUF.
- Nacht, S. (1963). *La presence du psychanaliste*. Paris: PUF.
- Penot, B. (1973). Etude des depressions infantiles. *Psychologie de l'Enfant*, XVI(2).
- Rosenfelt, H. (1976). «Les aspects agressifs du narcissisme». In *Narcisses*. Paris: N.R.P.
- Salomé, L.A. (1921). *L'Amour du narcissisme*. Paris: Gallimard.
- Sandler, J. & Sandler, A.M. (1978). À propos du developpement des R. d'object et des affects. *Psychologie de l'Enfant*, XXI(2).
- Tyson, P. & Tyson, R.C. (1985). Narcisisme et development du sur-moi. *Psychologie de l'Enfant*, XXVIII(2).

RESUMO

O autor salienta que o diagnóstico de Depressão na criança é um dos mais frequentes na clínica actual de Pedopsiquiatria.

Tenta situar os «núcleos depressivos» em diferentes níveis de organização estrutural de base, ligando-os à evolução da organização narcísica em cada fase evolutiva.

A compreensão dinâmica da Depressão é essencial para uma intervenção terapêutica adequada em cada caso.

ABSTRACT

The author emphasizes that the diagnoses of child depression is one of the most frequents in childpsychiatry, nowadays.

He tries to place the «depressive nucleus» in different levels of structural organization, in connection with the evolution of the narcissistic organization in each evolutionary step.

The dynamic understanding of depression is essential to do an adequate therapeutical intervention in each case.

ANEXOS

QUADRO 2

Evolução

- | | | |
|--|---------------------------|---|
| 1 — | DEPRESSÃO PRECOCE | • DEBILIDADE ± PROFUNDA |
| <i>Nível Oral</i> — Falha da Integridade Narcísica
(Relação Objectal em Organização) | | |
| 2 — | DEPRESSÃO PRIMÁRIA | • PERSONALIDADE «BORDERLINE»
• DESORGANIZAÇÃO PSICOSSOMÁTICA |
| <i>Nível Anal</i> — Falha da Confirmação Narcísica
(Relação Objectal Dual-Materna) | | |
| 3 — | DEPRESSÃO FÁLICA | • PERTURBAÇÕES DA IDENTIDADE
• PERSONALIDADE «COMO SE» |
| <i>Nível Fálico</i> — Falha da Valorização Narcísica,
Ligada ao Sexo (Relação
Objectal Triangular) | | |
| 4 — | DEPRESSÃO NEURÓTICA | • NEUROSES NARCÍICAS |
| <i>Nível Edipiano</i> — Falha da Valorização Narcísica Genital (Relação
Objectal Total - masculino/
/feminino) | | |
| 5 — | EVOLUÇÃO DEPRESSIVA | • PERSONALIDADE ATÍPICA FRÁGIL |
| — Fragilização Evolutiva
Latência — Pseudo-Latência | | |
| 6 — | DEPRESSÃO DA ADOLESCÊNCIA | • RISCO DE SUICÍDIO |

QUADRO 3

Tratamento

1 —	DEPRESSÃO PRECOCE	TERAPIA DE RECONSTRUÇÃO DA RELAÇÃO PRIMÁRIA («maternage»)
2 —	DEPRESSÃO PRIMÁRIA	TERAPIA DE CONFIRMAÇÃO NARCÍSICA [reparação da Força do Eu no conflito anal (activo ou passivo)/ /a dependência, a submissão]
3 —	DEPRESSÃO FÁLICA	TERAPIA DE VALORIZAÇÃO NARCÍSICA (reparação da <i>Ausência de Poder</i> ligada ao sexo) SERES { FÁLICOS — com poder CASTRADOS — sem poder
4 —	DEPRESSÃO NEURÓTICA	TERAPIA DE VALORIZAÇÃO NARCÍSICA GENITAL - masculino ou - feminino (conflito Eu — Ideal do Eu)
5 —	EVOLUÇÃO DEPRESSIVA	TERAPIA ANALÍTICA DO FUNCIONAMENTO DEPRESSIVO (frustração → ódio → culpabilidade → auto-agressão)

QUADRO 4

1 —	DEPRESSÃO PRECOCE	- oral -
	TERAPIA —	RECONSTRUÇÃO DA RELAÇÃO PRIMÁRIA Terapeuta como suporte e continente dos objectos internos — organizativo de introjecções duradoiras (imago fundamental)
	EVOLUÇÃO —	MORTE PSÍQUICA — DEBILIDADE PROFUNDA MORTE FÍSICA
2 —	DEPRESSÃO PRIMÁRIA	- anal -
	TERAPIA —	DE CONFIRMAÇÃO NARCÍSICA Com aliança ao núcleo saudável e mais autónomo do Eu. Reforço libidinal da capacidade de afirmação. Análise do conflito anal e dependência e submissão da relação de objecto.
	EVOLUÇÃO —	- PERSONALIDADE «BORDERLINE» / - DESORGANIZAÇÃO PSICOSSOMÁTICA - N. de comportamento - Depressão Branca
3 —	DEPRESSÃO FÁLICA	- movimento fálico -
	TERAPIA —	DE VALORIZAÇÃO NARCÍSICA FÁLICA Problemas de identidade sexual e poder ligado ao sexo. Analisar o medo de actividade e a defesa pela passividade
	EVOLUÇÃO —	- PERTURBAÇÕES DA IDENTIDADE - PERSONALIDADE «COMO SE» - EVOLUÇÃO DEPRESSIVA
4 —	DEPRESSÃO NEURÓTICA	- edipiana -
	TERAPIA —	DE VALORIZAÇÃO NARCÍSICA (masculina/feminina) Analisar a culpabilidade na dependência do Super-Eu Ideal do Eu
	EVOLUÇÃO —	NEUROSE NARCÍSICA