

# A MELANCOLIA E A INFÂNCIA NO CONTEXTO DA CLÍNICA PSICANALÍTICA

Trabalho de Conclusão de Curso

2014

**Valéria Figueiredo Fraga**  
Psicóloga (Brasil)

E-mail de contato:  
[valeriaff.figueiredo@gmail.com](mailto:valeriaff.figueiredo@gmail.com)

---

## RESUMO

A partir da modernidade, começou-se a valorizar cada vez mais o homem-máquina no lugar do homem-desejante. Com isso, a depressão passou a ser uma marca da expressão subjetiva dos sujeitos contemporâneos. No início do século XX, dois discursos se desenvolveram de maneira concomitante no que diz respeito ao tratamento e à compreensão da depressão e da melancolia: o psiquiátrico e o psicanalítico. Neste ensaio, buscou-se analisar o fenômeno depressivo por um olhar psicanalítico e, especificamente, refletir sobre como este fenômeno se expressa na infância. Por fim, discutiram-se possibilidades e limites da prática clínica com crianças no contexto atual.

**Palavras-chave:** Psicologia, psicanálise, depressão, infância.

Copyright © 2018.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License 4.0.

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



## INTRODUÇÃO

No presente trabalho, pretende-se fazer um resgate do fenómeno depressivo ao longo da história chegando até a contemporaneidade para refletir sobre os quadros depressivos na infância.

Em particular, buscarei compreender como a clínica psicanalítica entende a depressão em crianças e as possibilidades terapêuticas que ela nos oferece na atualidade. Ao longo da minha trajetória académica, meu interesse em abordar essa temática envolvendo o mundo infantil surgiu em consonância com as minhas experiências de estágio e pela constatação de que a literatura, atualmente, tem abordado a depressão na infância e buscado reconhecer a importância de novos estudos e desenvolvimentos teóricos nessa área (SCHWAN & RAMIRES, 2011; BAHLS & BAHLS, 2003). A relevância deste reconhecimento justifica-se pela necessidade de uma análise e de uma intervenção adequada nesta fase da vida, pois se sabe que a constituição psíquica não é um fato biológico e os primeiros anos de uma criança são fundamentais para essa constituição.

O bebê humano nasce inacabado, desamparado do ponto de vista fisiológico, com a necessidade de cuidados de alguém especialmente interessado nele para que possa sobreviver. Porém, não é apenas para essas demandas que devemos estar atentos. O bebê nasce também imerso em um desamparo psíquico, a espera de palavras que o tirem dessa posição e de vínculos afetivos que sustentem sua constituição de sujeito. Assim, para que o bebê possa se desenvolver em um ambiente satisfatório é de grande importância que ele encontre alguém que proporcione um acolhimento adequado. Trata-se de sobrevivência física e psíquica. À luz da psicanálise, de acordo com Oliveira (2002), o ser humano, para constituir-se enquanto sujeito desejante, precisará aceder ao simbólico. Para isso, precisará passar por um processo de simbolização que dependerá do Outro e que irá constituir sua estrutura psíquica e suas habilidades corporais.

A psicanálise tem um papel importante na atualidade por proporcionar um olhar mais atento às crianças e com mais respeito aos modos singulares que elas encontram para manifestarem o que sentem, pois estes são diferentes dos modos como os adultos se expressam. Assim, muitas vezes, existe de fato dificuldade em reconhecer estados de sofrimento psíquico nas crianças. Com isso, a sintomatologia da depressão infantil pode passar despercebida ou até mesmo ser confundida com uma fase de temperamento difícil ou retraído. A palavra *infante* significa “sem fala”, trata-se de uma fase de desenvolvimento do ego e pode ser pensada como uma fase anterior à apresentação das palavras e do uso das palavras como símbolo. Sendo assim, dependendo da idade, as crianças podem apresentar diferentes sintomas relacionados a depressão, pois não têm capacidade de se expressar verbalmente: podem apresentar queixas somáticas, distúrbios de sono e alimentação, cólica, choro.

Já na criança mais crescida, o isolamento, a apatia e o comportamento regressivo podem estar mais presentes (TOOLAN, 1975). Deste modo, a forma “atípica” desse transtorno afetivo na criança e no adolescente esconde os verdadeiros sentimentos depressivos sob uma máscara de irritabilidade, agressividade, hiperatividade e rebeldia. As crianças mais novas manifestam a depressão de forma mais atípica ainda, notadamente com hiperatividade (BALLONE, 2003). Percebe-se então que é importante entender o que a criança está vivenciando e qual significado isso assume na sua vida para identificar o que está “encoberto” pelos sintomas.

Nesse cenário, a psicanálise aposta no valor da linguagem e nos convida a oferecer uma escuta dos sintomas para que outras significações, talvez menos sofridas, sejam aí produzidas. Nesse sentido, a técnica da psicanálise com crianças é diferente da psicanálise com adultos, pois envolverá diferentes modos de acesso ao mundo simbólico da criança, que transpassam os limites da tradicional “cura pela palavra” na clínica com jovens e adultos.

Nesse cenário, a psicanálise aposta no valor da linguagem e nos convida a oferecer uma escuta dos sintomas para que outras significações, talvez menos sofridas, sejam aí produzidas. Nesse sentido, a técnica da psicanálise com crianças é diferente da psicanálise com adultos, pois envolverá diferentes modos de acesso ao mundo simbólico da criança, que transpassam os limites da tradicional “cura pela palavra” na clínica com jovens e adultos.

Porém, diante dos avanços da neurociência e do campo psiquiátrico, é importante refletir também sobre o papel da utilização de psicofármacos com crianças na contemporaneidade, visto que qualquer sinal de mal estar pode ser tratado com a prescrição de medicamentos. Nisto resulta que as diversas formas de expressão subjetiva da criança são silenciadas, deixando de lado o que os desajustes no comportamento podem querer dizer. A criança pode acabar sendo tomada como um objeto a ser estimulado e não como um sujeito. Quando os pais entendem o bebê estritamente como possuindo alguma dificuldade inerente, como possuindo um problema orgânico, esse olhar poderá gerar efeitos nocivos na constituição psíquica da criança. Ela é vista, de antemão, como incapaz ou com uma marca de falha.

Assim, questiona-se porque e se realmente hoje em dia temos mais crianças afetadas por estados depressivos. Ou seja, qual seria a relação de produção entre os modos de vida e a cultura contemporânea, de modo geral, e os discursos e práticas medicalizantes na infância?

Diante dessas questões, primeiramente este trabalho irá partir do capítulo “*Depressão e Melancolia: visão histórica e conceitos*” no qual apontamos como os conceitos de depressão e melancolia surgiram e como foram abordados ao longo da história, particularmente a partir do surgimento da psicanálise. No segundo capítulo, “*Depressão em crianças: um fenômeno contemporâneo*” veremos como a psicanálise sempre esteve às voltas com o infantil dos sintomas. Isso se dará a partir de uma revisão teórica da temática fazendo laço com diversas concepções e

conceitos, culminando em uma crítica direcionada ao modo como a depressão é compreendida e vivida na sociedade contemporânea.

## 1. DEPRESSÃO E MELANCOLIA: VISÃO HISTÓRICA E CONCEITOS

O termo “depressão” em grego significa “pressão baixa” e é um termo relativamente recente, inserido no debate sobre melancolia no contexto médico apenas no século XVIII (RODRIGUES, 2000). Por sua vez, o termo melancolia é muito antigo, anterior, inclusive, ao advento das ciências modernas. Os primeiros relatos de transtornos patológicos do humor estão presentes na Bíblia, porém as primeiras referências clínicas podem ser encontradas em Hipócrates, no século IV a.c. Este autor definia a melancolia em um aforismo, como um *estado de tristeza e medo* de longa duração. Hipócrates explicava a melancolia como sendo uma doença relacionada com o excesso de bile negra, decorrente de uma degradação do sangue, de uma putrefação que desordena o funcionamento do corpo (AZOUVI, 1985). Também havia um modo de pensar baseado no conhecimento mitológico e astrofísico da época que associava o planeta Saturno, o deus Cronos e a condição melancólica. A doença aqui não era entendida como um defeito da personalidade nem como um erro da vontade do doente, mas como consequência do acaso, explicável pela posição dos astros no momento do seu nascimento (FREUD, 1915/2011).

Ainda na Grécia Antiga, a melancolia também foi estudada por Aristóteles. Este pensador acreditava que os melancólicos eram homens excepcionais por natureza e não por doença, concepção que difere da de Hipócrates (TEIXEIRA, 2005). De forma geral, pode-se dizer que a atitude melancólica era predominantemente explicada pelo pensamento grego como sendo uma desproporção, falta de simetria que acentua a fragilidade do sujeito melancólico e o faz transcender os limites da normalidade (GINZBURG, 2001). Aristóteles, ao relacionar a condição melancólica com a genialidade, talvez tenha instigado muitos artistas ao longo da história a retratarem a melancolia, enquanto cientistas buscaram as causas dela e os melancólicos trataram de viver seus sentimentos intensamente, como na Renascença e no Romantismo. O inglês Robert Burton escreveu em 1621 “A Anatomia da melancolia”, um panorama completo fazendo uso de quase todo o conhecimento sobre melancolia da época. Obras como “Os sofrimentos do Jovem Werther” (1774), uma das primeiras obras do escritor alemão Goethe, e poemas de escritores brasileiros como Álvares de Azevedo e Augusto dos Anjos também são exemplos do quanto a melancolia ganhou expressão na literatura, bem como em outras formas de arte. Temas como a morte, o absurdo, a perda de uma unidade egóica e o humor negro são traços melancólicos presentes no Romantismo.

Anteriormente aos poetas românticos do século XVIII, as elaborações antigas sobre a

melancolia também tiveram importância na obra de Constantinus Africanus, um autor árabe medieval que viveu entre 1020-1087 em Cártago, na Tunísia. Ele é conhecido por ter traduzido diversas obras médicas do árabe para o latim, contribuindo grandemente para o conhecimento na área. Para este autor, a tristeza era desenvolvida como uma teoria da perda. O melancólico, para ele, era alguém que *“perdeu seus filhos e amigos mais queridos, ou algo precioso que não puderam restaurar”* (Constantino El Africano, [1040-1050] 1992, p. 21). Percebe-se aqui a relação que se estabelece entre melancolia e perda. A partir disso, Constantinus elaborou reflexões de cunho médico para estabelecer relações de causa e efeito entre problemas físicos e emocionais. Este autor concluía que era necessário um modelo de equilíbrio humano, visando que as pessoas fossem capazes de dosar o movimento e a quietude, o sono e a vigília, a comida e a bebida, as paixões da alma.

Nessa concepção, o excesso de algum elemento pode gerar no corpo um efeito nocivo, uma desproporção das medidas humanas. Desta forma, sem conseguir a simetria (suficiência), o melancólico é jogado na ametria (insuficiência) e sente-se impedido por suas limitações, que o tornam resignado e impotente.

O uso do termo depressão sempre esteve relacionado com o termo *melancolia*. Porém, como se pode observar, melancolia é um termo mais antigo para a patologia dos humores tristes, como dito anteriormente, suas origens remontam à Grécia Antiga. Foi Pinel, no século XIX, quem iniciou a era das classificações e dos cuidados asilares, surgindo um interesse em definir o que realmente significava melancolia. Os estados que eram vagamente classificados com este termo receberam uma infinita série de classificações, categorias e subcategorias (TEIXEIRA, 2005). Jean-Étienne Esquirol, discípulo de Pinel, preocupou-se em construir uma nosografia psiquiátrica, e ele considerava o termo melancolia muito desgastado, vindo de uma noção literária e romântica. Segundo ele, *“a palavra melancolia, consagrada na linguagem vulgar para exprimir o estado habitual de tristeza de alguns indivíduos, deve ser deixada aos moralistas e aos poetas que, nas suas expressões, não são obrigados a tanta severidade quanto os médicos”* (ESQUIROL, citado por PIGEAUD, 1998, p.62).

Aos poucos, aconteceu uma substituição progressiva dos termos e, no século XX, o termo “melancolia” cede lugar ao termo científico “depressão” nos manuais e livros didáticos da psiquiatria. Apesar disso, no berço da ciência psiquiátrica, encontra-se uma afirmação do autor que o aproxima da tese aristotélica, dizendo que os melancólicos *“são muito aptos à cultura das artes e das ciências; eles têm pouca memória, mas as suas ideias são fortes, suas concepções vastas; eles são capazes de profundas meditações”* (ESQUIROL, citado por PIGEAUD, p.63).

Assim, percebeu-se aos poucos uma tendência dentro da psiquiatria de utilizar o termo “depressão”, buscando-se descrever sintomas e critérios específicos de enquadramento. Em estudo sobre este tema, Berlinck e Fedida (2000) mostram que as recentes publicações psiquiátricas

tendem a dissolver a melancolia na depressão, e concluem que esta é apenas uma nova roupagem para o que os antigos entendiam como melancolia. O termo depressão passa a ser dominante na psiquiatria, aparecendo no CID (Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde) e no DSM (Manual Diagnóstico Estatístico de Transtornos Mentais), manuais que primam pela observação e descrição dos fenômenos que são diagnosticados de acordo com a manifestação dos sintomas, considerando a duração, frequência e intensidade destes. Entende-se pela visão psiquiátrica que a depressão é uma disfunção neuroquímica e que deve ser corrigida pela ação de psicofármacos, sendo enfatizada a existência de um déficit ou insuficiência orgânica, muitas vezes uma deficiência inata (TEIXEIRA, 2005). A depressão predomina na psiquiatria sob as classes de transtornos afetivos (CID-10) ou transtornos de humor (DSM-IV).

Contudo, a visão psicanalítica do assunto difere do entendimento psiquiátrico. Freud definiu a melancolia como sendo *“um desânimo profundamente doloroso, uma suspensão do interesse pelo mundo externo, perda da capacidade de amar, inibição de toda atividade e um rebaixamento do sentimento de autoestima, que se expressa em auto recriminações e auto insultos, chegando até a expectativa delirante de autopunição”* (p. 103 - FREUD, 1915/2011). Conforme Freud (1915/2011), na antiguidade ela era considerada uma característica de superioridade intelectual. Acreditava-se que ela seria um “estado de exceção” o que levou ao entendimento de que existiria uma ligação entre a postura melancólica e o pensamento contemplativo da atividade filosófica. Por outro lado, para Freud (1915/2011), a melancolia não trazia a marca da genialidade criadora que os antigos atribuíam a ela. Freud recusou-se a patologizar a inclinação de algumas pessoas excepcionais à criação artística: para ele, a psicanálise não teria nada a dizer sobre o talento criador associado a alguma estrutura psicológica específica.

As reflexões modernas da psicanálise sobre a melancolia estão relacionadas com os conhecimentos desenvolvidos ao longo da história. A ligação entre a experiência da perda e a condição melancólica, que era explicada por Constantinus, é também abordada pela psicanálise. Freud (1915/2011) distinguiu a perda na melancolia do luto e disse que, enquanto no luto é o mundo que se tornou pobre e vazio, na melancolia é o próprio ego. O doente descreve seu ego como indigno, incapaz e moralmente desprezível, ele se recrimina, se insulta e espera ser rejeitado e castigado. O quadro deste delírio de inferioridade se completa com insônia, recusa de alimento e uma superação da pulsão que compele todo ser vivo a se apegar à vida (FREUD, 1915/2011). O autor supracitado ainda diz que o melancólico não se comporta inteiramente como alguém que faz contrição de remorso e auto-recriminação em condições normais, pois falta ao melancólico o sentimento de vergonha comum nos arrependidos. O melancólico parece sentir necessidade de comunicar suas baixezas e sua indignidade, diferente de alguém que tenta fazer calar sua culpa e seu crime.

A partir do texto de Freud “Luto e Melancolia” (1915/2011), pode-se ter uma primeira ideia do que é a melancolia para a psicanálise. De acordo com Ourique (2005), a semelhança que existe entre a melancolia e o luto é que ambos procedem da perda do objeto. No entanto, a melancolia relaciona-se com uma perda de objeto que foi retirada da consciência, enquanto no luto nada do que diz respeito à perda é inconsciente. Em outras palavras, no luto o objeto é algo que realmente morreu ou se perdeu, enquanto na melancolia ele se perdeu como objeto de amor. Neste caso, muitas vezes não podemos discernir com clareza o que se perdeu. A perda do objeto de amor é uma oportunidade para que entre em vigor a ambivalência das relações amorosas. No entendimento de Freud, a ambivalência em relação ao objeto perdido é um aspecto importante na melancolia, porém observa-se que, nesta ambivalência, o pólo de ódio é negado e o amor é enfatizado. Em outras palavras, a mãe perdida é mais idealizada do que propriamente amada. O sujeito que possui uma potencialidade melancólica nega o ódio ao objeto perdido, porém, vivencia isso como auto-ódio, pelo fato de culpar a si próprio diante da perda do amor do objeto.

Assim, o objeto idealizado torna-se exigente e, portanto, persecutório (VIOLANTE, 2004). Podemos concluir com isso que na melancolia a relação com o objeto não é nada simples, tornando-se mais complexa pelo conflito de ambivalência. Para Freud (1915/2011), a ambivalência ou é constitucional, inerente a cada uma das ligações amorosas deste ego, ou então surge através das experiências acarretadas pela ameaça de perda do objeto. Por este motivo a melancolia pode ir muito mais longe do que o luto, que via de regra só é desencadeado pela perda do real.

Após essa breve revisão dos conceitos de melancolia e depressão ao longo dos séculos, é importante perceber a importância que Freud deu para a infância na constituição psíquica. Cenas e lembranças referentes aos primeiros anos de vida dos pacientes estão presentes nos escritos de Freud desde os seus primórdios (ZAVARANI; VIANA; CELES, 2007), de forma que podemos considerar isso muito importante para a psicologia. De forma geral, podemos afirmar que a principal característica da compreensão psicanalítica em relação à infância consiste no interesse de resgatar, na fala dos pacientes, não um fato fielmente reproduzido, mas o modo como este fato ficou marcado em seu psiquismo determinando tanto sua própria constituição como, também, seu modo de lembrar o passado. A criança é para a psicanálise, ou ao menos foi para Freud, o ponto a partir do qual ele conseguiu iniciar o processo de desmontagem de nossas pretensões de autonomia e de individualismo, que eram vigentes antes dele e ainda nos dias de hoje estão presentes. Podemos observar no texto “Projeto para uma psicologia científica” (1895/1969), que Freud atribuía às experiências infantis valor determinante e fundante do psiquismo, enfatizando a intersubjetividade inerente à constituição psíquica.

Freud estabelece o desamparo infantil e a busca de satisfação como elementos que formam a nossa subjetividade. Será por meio da compreensão do psiquismo em seus momentos iniciais, que Freud começara a estabelecer o paradigma que sustentará suas elaborações. Segundo ele, o corpo

do bebê impõe necessidades que, por sua vez, ele próprio não tem como solucionar. Essas necessidades exigem uma ação específica, de alguém particularmente interessado nesse bebê, para que sejam satisfeitas. Impossibilitado de findar tal ação, a única descarga possível será o choro que se torna seu modo de comunicação, pois irá trazer até ele a proximidade do outro que providencia sua satisfação. De acordo com Zavarani, Viana e Celes (2007), é nas vicissitudes dessas experiências que Freud situa a inscrição da pulsão na constituição do psiquismo e aponta para um resvalamento que muda o rumo das necessidades puramente fisiológicas. Nas suas cartas, que constam nos “Extratos de documentos dirigidos a Fliess”, Freud (1892/1969) discute o processo de transcrição das inscrições deixadas no psiquismo pelas experiências infantis, em referência não simplesmente ao que foi vivido, mas às *marcas* deixadas pelas experiências de prazer e desprazer que a criança vivenciou.

Percebe-se que a psicanálise de Freud inovou ao problematizar e teorizar a importância do infantil presente nos sintomas do adulto, o que inaugurou uma clínica preocupada em entender as bases constitutivas das estruturas psíquicas que seriam a chave para o autoconhecimento do sujeito, reencenadas na cena analítica, e para a construção de significações que diminuíssem o sofrimento. Assim, grande parte da obra freudiana e dos seus seguidores debruçou-se no resgate da infância dos sintomas em seu estatuto simbólico e imaginário, sendo que a clínica psicanalítica com crianças floresceu como um campo de práticas em constantes intersecções teóricas com a clínica do adulto. Como se verá na próxima seção, é nesse cenário que a melancolia/depressão, ainda indistintas, passam a ser também pensadas entre as crianças, surgindo como fenômeno social contemporâneo ao qual a psicanálise também é convocada a compreender e atuar. Isso nos leva a refletir criticamente em relação a apropriação do termo pelo discurso psiquiátrico, a partir do qual a melancolia e outras características passam a ser compreendidas como falhas individuais que devem ser tratadas e curadas.

## **2. DEPRESSÃO EM CRIANÇAS: UM FENÔMENO CONTEMPORÂNEO**

Para começar a falar sobre a depressão na infância, é necessário primeiro entender como surgiu a preocupação com a infância e como ela passou a ser entendida como uma categoria social distinta do mundo adulto. De acordo com o historiador francês Philippe Ariès (1975), a infância foi uma invenção da modernidade, constituindo-se muito recentemente na história da humanidade. Para ele, a emergência do sentimento de infância, como uma consciência da particularidade infantil, é decorrente de um longo processo histórico, não sendo uma herança natural. Ariès argumenta que, durante parte da Idade Média, as crianças eram consideradas como meros seres



biológicos, sem estatuto social e nem autonomia. Somente a partir do século XVIII, que foi um período de consagração da ideia de indivíduo e de subjetividade, a infância passou a configurar a redenção da pureza, da alegria e do desenvolvimento. Podemos concluir através de Philippe Ariès que a concepção contemporânea de infância, como categoria social, emerge com a modernidade e tem como principal berço a instituição da escola e da família nuclear como base da organização social.

Assim, o surgimento de um discurso sobre a infância está vinculado à emergência da percepção da especificidade do infantil na modernidade e, desta forma, o espaço da infância passou a ser demarcado e discussões a respeito da infância tornaram-se mais constantes, buscando a melhor maneira de lidar com as crianças (ARIÈS, 1975). Desde o século XII, a sociedade vem criando teorias e instituições sociais que valorizam e colocam a criança como ser em crescimento, objeto de intervenção e normalização, particularmente a infância das camadas mais ricas da população. A sociedade industrializada caracteriza-se não mais pela convivência entre gerações das sociedades agrárias, mas pela família nuclear, constituída do casal e cada vez menos filhos, sendo que a intensa urbanização, o individualismo e a preservação da família como algo privado são características típicas da modernidade.

Atualmente, vivemos em um mundo que, ao mesmo tempo em que se preocupa com o desenvolvimento saudável da criança, situa este período da infância em função de ideais e expectativas com os quais a sobrecarregamos. Ideais que colocam a infância como uma espécie de paraíso da juventude e da inocência a ser desfrutado plenamente, sem esforço, sem perda, sem nenhum sofrimento ou trabalho por parte do sujeito.

Sem dúvidas houve uma crescente preocupação com a preservação da saúde dos pequenos, enquanto médicos e pensadores elaboravam conselhos e lições sobre os cuidados que devem ser tomados para garantir a boa condição física e psíquica das crianças. Nossa sociedade, com seus costumes e organização característicos, com seu ideal prevalente de uma estrutura familiar conjugal, fez da criança um foco central de cuidados, de expectativas e investimentos de diversos tipos (MOURA, 2014). Nem sempre foi assim, pois se percebe através da história que é principalmente hoje que vemos as coisas através deste prisma que coloca a criança como alguém de quem devemos primeiramente cuidar, a quem se deve proteger acima de tudo. A compreensão de construções sociais estabelecidas na sociedade possibilita-nos um olhar crítico sobre o contexto no qual a depressão infantil começa a ser alvo da nossa atenção.

Por sua vez, é no contexto da modernidade que surge o interesse científico pela depressão em crianças, o qual também é relativamente recente, pois as primeiras investigações mais detalhadas no meio científico surgiram a partir da década de 1970, como observa Brasil e Curatolo (2005). Conforme as autoras, o fim dos anos 70 marcou uma forte tendência na literatura psiquiátrica da época em buscar na sintomatologia depressiva da criança o que ela teria de comum com a do adulto.

Essa tendência se concretizou com o advento da terceira edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos mentais (DSM-III) e suas sucessivas edições. Porém, a dificuldade do diagnóstico nessa fase da vida é identificar o que realmente faz parte do comportamento normal da criança do que seria patológico, pois muitas vezes os comportamentos que são vistos como problemáticos pelos adultos são na verdade saudáveis ou aceitáveis no contexto de desenvolvimento da criança (MARCELLI, 1998). É importante considerar também como o diagnóstico é recebido pela criança e pelas pessoas de seu entorno, visto que o diagnóstico pode gerar “marcas” que constituirão a subjetividade deste sujeito ao longo de sua vida.

Nessa perspectiva, Von Düring, citado por Polaino (1988), descrevia as crianças deprimidas como sendo crianças que *“não riem, não podem brincar e nem brigar, são crianças enfermas (...) são tímidas, fogem da companhia dos demais, não brincam, não jogam, não têm confiança em si mesmos, o que pode levá-las até mesmo ao suicídio”* (p. 31). Esta descrição acabou abrindo espaço para inúmeros estudos psicopatológicos, chamando a atenção para crianças com sintomas afetivos, embora, atualmente, o diagnóstico do transtorno depressivo continue sendo um desafio tanto para os clínicos quanto para os pesquisadores que buscam a forma mais adequada para essa classificação. Consequentemente, hoje em dia, há um número muito grande de informações sobre a depressão infantil e seus efeitos individuais e coletivos.

De acordo com Bahls (2002), o primeiro episódio depressivo na infância pode ter duração de cinco a nove meses e os sintomas podem ser recorrentes e se estenderem até a fase adulta. A depressão infantil é identificada pelo discurso médico-científico dominante como doença grave, especialmente devido a incapacidade social com a qual está associada (CURATOLO & BRASIL, 2005). As condutas de oposição, a hostilidade, a instabilidade de humor, as crises de raiva são consideradas comuns e muitas vezes são as manifestações centrais do quadro clínico. Esses afetos negativos podem ser desencadeados por motivos fúteis. A lentificação tanto psíquica quanto motora está presente, mas nem sempre é muito evidente. A ação e a expressão estão alteradas, inibidas, e suas repercussões são notadas na indiferença, no desinteresse tanto por atividades habituais de rotina, como atividades escolares e brincadeiras (CURATOLO & BRASIL, 2005).

Sobre a definição do termo *depressão infantil*, Curatolo e Brasil (2005) observam que a depressão em crianças assumiu particularidades nas descrições nosográficas, não sendo exatamente o mesmo transtorno depressivo do adulto. As autoras acreditam que a depressão em crianças está associada a privações afetivas, circunstâncias familiares adversas e estressores psicossociais. Na tentativa de definir as diferenças dos quadros depressivos dos adultos através das fases do desenvolvimento, Toolan (1962) cita os sintomas pelos quais o transtorno pode se apresentar ao longo da infância. De acordo com ele, na criança muito pequena, a ênfase estaria nos distúrbios de sono e alimentação, cólica, choro, balanço da cabeça, manifestações somáticas. Nas crianças pequenas é muito importante observar as formas de comunicação pré-verbal, como a expressão

facial, as produções gráficas, as mudanças de comportamento e postura corporal, entre outros aspectos (BAPTISTA & GOLFETO, 2000). Na criança um pouco mais crescida, o isolamento, a apatia e o comportamento regressivo estariam mais presentes. Já nas crianças mais velhas os problemas relacionados ao comportamento substituiriam os sentimentos depressivos, como a desobediência, fuga de casa, agressividade, comportamento provocativo e autopunitivo. Assim, a criança pode apresentar humor irritável ao invés de tristeza; ou ainda revelar uma queda no rendimento acadêmico em função do prejuízo no pensamento e na concentração.

Desta forma, parece haver uma transformação progressiva da sintomatologia depressiva na criança à medida que aumenta a capacidade de verbalização. Quanto mais o quadro depressivo se aproxima da adolescência, mais se assemelharia a depressão nos adultos, que é caracterizada por humor deprimido na maior parte do dia, falta de interesse nas atividades diárias, sentimento de inutilidade, pensamentos ou tentativas de suicídio (CRUVINEL & BORUCHOVITCH, 2003).

Segundo Rotondaro (2002), para que a criança tenha um desenvolvimento emocional saudável, é necessário um ambiente familiar favorável, capaz de suprir adequadamente suas necessidades básicas, entre as quais as de proteção e acolhimento. Nesta visão, se isto não acontece, existe a possibilidade de que a criança utilize mecanismos de defesa específicos para lidar com as dificuldades, o que coloca em perigo o desenvolvimento das estruturas de personalidade que estão se formando na infância. Porém, é preciso atentar que a ideia de adequação ou não do ambiente familiar pode levar a concepções moralizantes e descoladas de alguns contextos sociais e culturais em que as crianças vivem. É importante manter uma perspectiva mais aprofundada e compreensiva sobre os significados singulares que se produzem e sobre a posição subjetiva destinada a uma criança na trama familiar, sendo que o sintoma da criança frequentemente revela os bastidores de uma conflitiva mais complexa.

Como se verá a seguir, psicanalistas ingleses trouxeram desenvolvimentos que foram importantes para a compreensão da psicopatologia na infância e particularmente para os estados depressivos. Sobre isso, não parece ser por acaso que as principais formulações sobre a psicopatologia na infância tenham se originado durante e após a Segunda Guerra Mundial, refletindo o grande impacto que a ida de Freud para a Inglaterra teve no desenvolvimento e popularização da psicanálise em nomes como Melanie Klein, Donald Winnicott, René Spitz, John Bowlby, dentre outros. A aproximação da Inglaterra com os Estados Unidos no contexto do pós-guerra também influenciou os desenvolvimentos teóricos da psicologia e da psicanálise com crianças, sendo que muitos dos conceitos e estudos foram incorporados e modificados na florescente Psicologia do Ego norte-americana.

René Spitz foi o autor que realizou um dos primeiros estudos sobre a depressão na infância. Ele salientava, com seus estudos da década de 1930 que, para as crianças, a privação das relações objetais no primeiro ano de vida era um fator muito prejudicial, que levava a sérios distúrbios

emocionais (SPITZ, 2004). Quando isso ocorria, as crianças apresentavam um quadro clínico no qual pareciam ter sido privadas de algum elemento vital à sobrevivência. Durante a Segunda Guerra Mundial, ele se exilou nos EUA e passou a acompanhar bebês entre 6 e 18 meses, que haviam sido separados dos pais com os quais haviam 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 acolhimento afetivo, devido ao grande número de crianças que ali se encontravam. Spitz observou que estas crianças apresentavam inicialmente um período de choro, seguido de um estado de retraimento e indiferença, acompanhado de uma regressão no desenvolvimento e inúmeros sintomas somáticos. Este estado foi nomeado como depressão anaclítica, expressão que significa depressão por perda de apoio. Quando a mãe retornava antes do 5º mês de separação, a criança expressava uma melhora significativa e muito rápida. Caso contrário, o agravamento da depressão anaclítica podia levar ao marasmo, caracterizado por um aprofundamento do atraso motor, total falta de resposta a qualquer apelo e movimentos de dedos similares aos dos doentes catatônicos. De acordo com Spitz, a mortalidade em tais casos era de 37%. Um quadro semelhante foi observado 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* (MARCELLI, 1998, p. 250).

Interessante observar que Spitz foi um dos primeiros psicanalistas a utilizar métodos observacionais em pesquisas na área. O uso de vídeos e observações longitudinais dos bebês favoreceu muito a aceitação das teorias psicanalíticas no contexto psiquiátrico norte-americano, fortemente orientado para o pragmatismo e o positivismo científico. Pode-se pensar que essa penetração da psicanálise no meio psiquiátrico também influenciou os desdobramentos posteriores em relação a descrição de quadros psicopatológicos de depressão na infância.

De modo semelhante à Spitz, o psiquiatra inglês John Bowlby desenvolveu uma série de pesquisas de cunho etológico, que resultaram na Teoria do Apego. Este autor descreve as relações do bebê com sua mãe ou com um cuidador desde o nascimento até os seis anos de idade. Ele observou três fases nas reações das crianças hospitalizadas, principalmente entre os cinco meses e três anos, que haviam sofrido uma brusca separação de suas mães. Inicialmente, o pesquisador identificou uma primeira fase de protesto, quando a criança chorava inconsolavelmente procurando e chamando os pais, posteriormente identificou uma segunda fase de desespero, quando se recusava a comer e a ser vestida, fechando-se em si mesma, sem pedir mais nada às pessoas que a cercam; e, finalmente, uma terceira fase de desapego, quando aceitavam os cuidados, alimentação e brincadeiras. Se nesta fase reencontrava a mãe, frequentemente não a reconhecia, chorava e desviava-se dela (DRÜGG, 2014). Nesta perspectiva, o vínculo da criança com a mãe tem uma função biológica que é específica a esta relação, portanto é necessária a existência de uma relação de afeto e de apego como fator primário para um desenvolvimento adequado. A partir disso, a

criança construiria um modelo representacional interno de si mesma, de acordo com o modo como foi cuidada. No decorrer de sua vida, quando o sentimento internalizado é de segurança em relação aos seus cuidadores, a criança constituiu um modelo de apego seguro, o que permitirá a ela acreditar em si própria, tornar-se independente e explorar sua liberdade.

Entre os ingleses, o psicanalista Donald Winnicott também teve um papel muito importante para compreendermos a relação mãe-bebê e a constituição do self. Segundo Winnicott, *“a mãe suficientemente boa é aquela que efetua uma adaptação ativa às necessidades do bebê, uma adaptação que diminui gradativamente, de acordo com a capacidade da criança em tolerar os resultados da frustração”* (WINNICOTT, 1975, p.25). Diante disso, a consciência da alteridade vai se dando aos poucos, na medida em que as condições do bebê para suportar a dor, a angústia, o terror, vão se ampliando e se fortalecendo. A consciência de ser separado da mãe faz com que sejam necessários recursos para lidar com as angústias de aniquilamento e com os sentimentos de perda, como a perda da onipotência e a perda do sentimento de posse. No entanto, se o objeto mãe, por questões subjetivas relacionadas a história familiar dos pais e dessa gestação, em conjunto com a falta de suporte da rede de apoio, não se deixa penetrar e apresenta-se como um objeto não amoroso, essa relação será vivenciada pelo bebê de forma intrusiva e pode provocar mais dor e angústia. Distúrbios graves na relação mãe-bebê podem acarretar em danos importantes no desenvolvimento do bebê, estando relacionado a um crescente desinteresse/desengajamento por parte da criança com o mundo ao seu redor, o que pode ter como consequência dificuldades na aquisição da linguagem verbal. Segundo Winnicott (1975), todas as experiências que afetam o bebê são armazenadas em seu sistema de memória e possibilitam a aquisição de confiança no mundo, ou pelo contrário, a falta de confiança.

Além dessa importância atribuída ao ambiente, Winnicott (1975) não deixa de dar atenção também para a importância da nossa herança, em outras palavras, o potencial que o ser humano traz consigo ao nascer tanto do ponto de vista físico como também do ponto de vista emocional. O bebê ao nascer está dotado de um complexo anatômico e fisiológico, de motilidade, sensibilidade, e um potencial para o desenvolvimento dos aspectos psíquicos da integração psicossomática. Para que este potencial constitutivo tenha a oportunidade de atualizar-se, manifestando-se no indivíduo, é necessário que as condições ambientais sejam adequadas, que aconteça uma *“maternagem suficientemente boa”*. A mãe terá três funções nos primeiros meses de vida de seu bebê: o holding (sustentação), handling (manejo) e a apresentação dos objetos (WINNICOTT, 1975).

O *holding* refere-se à maneira como o bebê é sustentado no colo por sua mãe, é uma experiência física e uma vivência simbólica, que significa a firmeza com que é amado e desejado o bebê. Um holding adequado pode resultar em circunstâncias satisfatórias e acelerar o processo de maturação, tendo como função fornecer apoio egóico, em um momento do desenvolvimento no qual o ego ainda não está bem integrado e está em fase de dependência absoluta. Por outro lado,

um holding deficiente provoca sensação de despedaçamento, de estar “caindo” e de desconfiança na realidade externa. Esta falha no cuidado materno pode resultar em um enfraquecimento do ego.

A etapa seguinte é o *handling*, que é a maneira como o bebê é tratado, manipulado, cuidado. É a experiência de entrar em contato com o corpo através das mãos da mãe, experiência que construirá as noções corporais ainda frágeis do bebê. O *handling* é tomado pelo autor como a parte mais abrangente da série de cuidados que derivam do *holding*. Winnicott entende que as distorções do ego originam-se de distorções da atitude daqueles que cuidam da criança.

Por fim, temos a *apresentação dos objetos*, onde a mãe começa a mostra-se substituível e propicia ao bebê o encontro e a criação de novos objetos que serão mais adequados ao seu estado de desenvolvimento (COUTINHO, 1997). Essa fase também é chamada de *realização* e inclui o início das relações interpessoais e introdução de toda a realidade compartilhada com o bebê. Winnicott dedicou-se principalmente a discorrer sobre o holding, pois é com um bom holding que o bebê torna-se capaz de desenvolver a capacidade de diferenciar-se do que existe fora dele, integrando suas experiências e desenvolvendo um senso de eu. Assim, o conjunto de cuidados necessários para o desenvolvimento da criança são oferecidos pela mãe em seu estado de preocupação materna primária e podem ser entendidos como a base para a capacidade de confiar. É justamente devido à atitude confiável com a qual o outro-ambiente se apresenta à criança que depende o curso inicial do estabelecimento da confiança.

É diante dessa constatação que a clínica em Winnicott começa a ter princípios diferentes dos que regem a clínica psicanalítica tradicional. O interesse que Winnicott dispensou à confiança possui raízes na sua prática clínica. A confiança do paciente e a confiabilidade do analista são temas explorados por ele e entendidos como alternativas para os excessos de interpretação psicanalítica, que passaram a sofrer críticas a partir dos anos 1950. No próximo capítulo, buscaremos abordar mais aprofundadamente as questões da clínica. Por ora, podemos afirmar com base em Winnicott que nada no ser humano se constitui sem a presença do outro. Nas primeiras relações do bebê com o mundo externo, a mãe que não é suficientemente boa não é capaz de complementar a onipotência do bebê e falha repetidamente em satisfazer o gesto dele, ao invés disso, ela substitui pelo seu próprio gesto, que deve ser validado pela submissão do lactente. Essa submissão é o estágio inicial do *false self*, e resulta da incapacidade da mãe de sentir as necessidades de seu bebê. É importante nos determos nessa questão, pois a submissão às exigências do ambiente oculta o *self verdadeiro* e faz com que a criança não desenvolva a espontaneidade, pois esse não é um aspecto das experiências vividas pelo lactente.

Em uma perspectiva da psicanálise lacaniana, para Julieta Jerusalinsky (2009), as inscrições constituintes do psiquismo que se operam nos primórdios da vida só podem ser entendidas a partir do laço do bebê com um Outro encarnado. A mãe, por sua condição desejante em relação ao bebê, é quem primeiramente é colocada diante da situação de ter que encarnar, ocupar realmente o lugar

do Outro. O exercício da função materna implica instaurar um funcionamento corporal subjetivado nos cuidados que se realiza do bebê. Os cuidados maternos, segundo Freud (1974), ultrapassam em muito a questão de higiene e alimentação, pois dizem respeito também a tomar o corpo da criança como falo, revestindo-o de erogeneidade, marcando-o de desejo e fornecendo uma imagem com a qual se identificar. O olhar voltado para a criança, a doação de um tanto de si para um cuidado que pretende mais do que prover comida e asseio, é condição indispensável para a constituição de uma imagem própria, que terá como consequência o sentimento de ser amado e possuir existência, bem como revestir a vida de ficções e ilusões que dão a ela significado (MEES, 2001). É a partir do circuito de desejo e demanda do laço mãe-bebê pelos diferentes registros temporais que o bebê poderá apropriar-se imaginariamente de seu corpo, fazendo-o seu e fazendo das suas experiências de vida algo que poderá ser recapitulado por ele como sua própria história. Desta forma, o exercício da função materna implica uma transmissão pela qual o recém-nascido entra em relação com a alteridade, de forma que a sua satisfação pulsional não ocorre de forma isolada, mas sim endereçada ao Outro (JERUSALINSKY, 2009).

Tomando essa concepção, pode-se fazer uma relação entre a concepção de Freud de que o objeto perdido na melancolia é o próprio eu e aquilo que Lacan entende por *eu*. Para Lacan, a função do eu é antes de tudo imaginária. A constituição psíquica não é um fato biológico. Lacan mostra isto através da teoria do estágio do espelho (LACAN, 1966). A dispersão corporal que caracteriza o recém-nascido, aos poucos vai se unificando 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. MEES (2001) diz que a melancolia requer que nos reportemos ao início da vida de um sujeito, pois o ponto de fixação do melancólico se situa nos primados da relação com o Outro. Para a autora, o sujeito melancólico padece de um excesso de falta nesse tempo da constituição, ou seja, carência da presença do primeiro Outro, aquele/a que exerce a função materna, no que se refere aos cuidados que presta ao bebê.

Nesse sentido, é importante pontuar que a maternidade não é nem da ordem do sabido naturalmente por instinto, nem do que pode ser instruído por meio do intelecto, tampouco do que é imanente de um senso-comum espontâneo. De acordo com Jerusalinsky (2009) trata-se de uma experiência que convoca o saber inconsciente e que depende de uma transmissão e de uma criação única e singular. A autora diz que, ao mesmo tempo em que a maternidade implica uma repetição inconsciente entre gerações, também diz respeito à singularidade da forma como cada mulher irá vivenciar a experiência da maternidade.

Na geração de psicanalistas que vieram depois de Freud, alguns introduziram ampliações na teoria psicanalítica “clássica” sobre a depressão como, por exemplo, o médico húngaro Sándor Radó, que é citado por Eizirik, Aguiar e Schestatsky (2005). Ele enfatiza a predisposição à depressão como uma intensa carência de gratificações narcísicas, ou seja, uma grande necessidade de se sentir aprovado e amado. Além dele, um psicanalista chamado Otto Fenichel, também citado pelos autores Eizirik, Aguiar e Schestatsky (2005), fala sobre a importância crucial da autoestima na depressão, pois segundo o autor ela ocorreria devido à perda da autoestima ou de provisões afetivo-ambientais que a sustentariam. Essa foi a primeira grande modificação teórica na literatura psicanalítica, passando da ênfase primária da perda do objeto para a perda da autoestima. Fenichel dizia que o processo depressivo, de forma geral, seria também uma tentativa de reparar o ego danificado por uma ferida narcísica precoce.

Os autores Eizirik, Aguiar e Schestatsky (2005) também discorrem sobre as contribuições de Edward Bibring, que foi um médico e psicanalista americano nascido em Stanislau, na Galícia. Ele foi o autor da ideia de que o ego tem, normalmente, certas aspirações narcísicas (ideal de ego), entre as quais: sentir-se valorizado e amado; sentir-se forte e superior; sentir-se bom e amoroso. Este autor acaba concluindo que a depressão não é causada por um conflito entre id e ego, ou do id com o superego, mas sim por um conflito intrapsíquico, dentro do próprio ego. Isso estaria relacionado com uma experiência primária de desamparo (na primeira infância) que, por sua vez, seria o principal fator de suscetibilidade à depressão. Este desamparo poderia ser fruto da frustração continuada das necessidades de dependência da criança, causando uma sensação de fracasso e baixa autoestima. No lugar de raiva em relação aos outros, gerando culpa e depois depressão, o desamparo provocaria raiva contra si mesmo.

Outros autores vinculados à psicologia do ego, como Jacobson (1971) também trazem contribuições para o entendimento do fenômeno depressivo. Considera-se a perda da autoestima como o problema central das pessoas depressivas, sendo a dependência exagerada do objeto uma fraqueza do ego. Os determinantes intrapsíquicos de uma autoestima muito fragilizada compreenderiam um superego muito severo, um ideal do ego comprometido e um desenvolvimento patológico das auto-representações (EIZIRIK; AGUIAR; SCHESTATSKY, 2005). Podemos pensar que a falta de aceitação e compreensão parentais diminuem a autoestima da criança, aumentando sua ambivalência e seus sentimentos agressivos contra os pais.

Na análise infantil, Violante (1995) relata que, assim como na análise de pacientes adultos potencialmente melancólicos, ainda que o sujeito possua acesso a uma causalidade inteligível do seu sofrimento, pode-se constatar que neles há representações primitivas que exercem um poder peculiar de atração, levando-os a atribuir seu sofrimento à onipotência do desejo do outro. O sujeito com potencialidade melancólica, por ter sido desqualificado narcisicamente, apresenta-se como sendo desprovido de atributos desejáveis pelos outros, a começar por aqueles que se encarregaram



dos cuidados primários. Dessa forma, o paciente acredita ser ele próprio a causa de seu sofrimento. A autora descreve o caso de três pacientes, com os quais percebia na situação de análise, transferencialmente, que o desejo maior dessas crianças parecia consistir na certeza de estarem em conformidade com o desejo e com o imaginário atribuídos a ela, sendo esta uma consequência direta da demanda primária, que nada mais é do que a demanda de amor. Diante da baixa autoestima e do baixo investimento no objeto, Violante (1995) considera central a questão da *perda* na potencialidade melancólica. O temor da perda conduz o sujeito a antecipá-la e vivê-la como fatal e iminente. Mais do que perda do objeto, refere-se ao medo de perder referências identificatórias, por intermédio da perda do objeto ou de seu amor.

Na realização deste trabalho pude perceber que existe consenso entre os autores consultados no sentido de que a função materna, independentemente de quem a exerça, é de fundamental importância para a formação psíquica saudável da criança. O ser humano vem ao mundo num estado psíquico de desamparo, de dependência e de indiferenciação, não sobrevivendo tanto física quanto psiquicamente sem os cuidados materiais e emocionais de pessoas que exerçam a função materna. Zimerman (2004) cita os conceitos de “continente” e “reverie”, empregados por Bion para qualificar algumas das funções maternas. A função “continente” relaciona-se à condição de acolher as cargas projetivas do sujeito, processando, decodificando as necessidades, angústias e demandas da criança, dando um sentido para elas e, depois, devolvendo-as de forma e em doses apropriadas. Já o conceito de “reverie” se sobrepõe conceitualmente ao de “continente”, caracterizando o estado em que a mãe consegue perceber intuitivamente o que se passa com o filho. Bion (citado por ZIMERMAN, 2004) fala também da capacidade de autocontinência. Assim, uma mãe só será capaz de acolher e ajudar seu filho nas suas angústias depressivas, por exemplo, se for capaz de metabolizar seus próprios sentimentos em relação à maternidade. Nos primeiros meses de vida, a presença acolhedora e afetuosa da figura materna, proporcionada de forma constante e nos momentos adequados, fornece ao bebê a ilusão de que a satisfação das suas necessidades ocorre por sua única e exclusiva vontade. Ele ainda não é capaz de diferenciar a si mesmo do mundo externo. Por esse motivo, a satisfação das suas necessidades lhe proporciona a crença onipotente de que pode controlar o mundo. É essencial que a mãe mantenha essa crença, essa ilusão na criança, para que esta possa gradativamente adquirir a confiança necessária que lhe permitirá estabelecer vínculos com o mundo externo (WINNICOTT, 1975).

Aos poucos a mãe deve ir desiludindo o bebê, mostrando a ele, em pequenas doses, a realidade externa. A desilusão, na medida certa, é que torna o bebê capaz de criar símbolos que farão a transição do mundo interno para o mundo externo. Dessa forma, segundo Winnicott (1975) dá-se início à atividade mental do bebê, considerando que simbolizar é a capacidade de criar substitutos para os objetos. Cassorla (1992) fala que no caso do bebê, simbolizar é a capacidade de adiar as gratificações e suportar a frustração. O autor enfatiza a importância de a criança ter uma

mãe capaz de ser continente e de operar a *reverie*, para que possa suportar a frustração, adiar a gratificação e conquistar aos poucos a capacidade de simbolizar e pensar. Sendo assim, a criança adquire a capacidade de pensar a partir de uma frustração, de uma falta. No entanto, o psiquiatra Cassorla (1992) ressalta a importância de que essa frustração seja suportável para o bebê. É importante pontuar novamente que essa “capacidade” materna não é dada, não é natural, não é transmitida apenas através de informações ou da educação. Entendo que seja papel nosso enquanto profissionais de saúde mental acolher todos os envolvidos nessa trama familiar, para que se possa ajudar os cuidadores a exercerem a função materna, demonstrando empatia ao lidar com uma mãe que também é marcada por uma história de vida singular.

Diante de todas essas contribuições teóricas que foram feitas ao longo da história para o entendimento da depressão infantil, podemos agora pensar em como a depressão têm se apresentado culturalmente no contexto da época em que vivemos, com o desenvolvimento e consolidação do capitalismo. De acordo com Kehl (2009), o uso do tempo pelo depressivo é um tempo vazio com o qual ele recusa a urgência da vida contemporânea e remete a outro modo de viver o tempo, que a modernidade recalçou ou, pelo menos, reprimiu. O tempo para ele é tão lento que não permite viver essa aceleração imposta pela modernidade. No entendimento de Benjamin (1987), temos *“uma desmoralização da experiência na modernidade cujo pano de fundo não declarado são as drásticas mudanças decorrentes da dominância da técnica não apenas sobre outras formas de relação com a natureza, mas principalmente nas relações entre os homens”* (p. 154) e dos homens com a sua cultura, associando-se claramente ao fenômeno depressivo. Ao lado disso, temos também o desenvolvimento das neurociências e da psiquiatria, pois a medicação psiquiátrica (uma tecnologia) tornou-se a principal modalidade de intervenção terapêutica, transformando-se em um referencial fundamental para o tratamento de pacientes depressivos ao mesmo tempo em que alargou o próprio fenômeno pela banalização do diagnóstico.

Birman (2001) aponta que os psicofármacos levaram o mundo ocidental a se relacionar com a dor de uma maneira muito específica, de forma que a utilização indiscriminada desses medicamentos eficazes contra as angústias e a depressão indicam uma mudança importante na maneira que os indivíduos se relacionam com as suas paixões e sofrimentos. O limiar para suportar o sofrimento psíquico tornou-se mais baixo, percebendo-se um evitamento de qualquer sofrimento psíquico. Para Birman, a psicofarmacologia contribuiu para o estabelecimento de uma cultura que é centrada no evitamento da dor e do sofrimento, até mesmo aquelas consideradas “naturais”, como a dor do parto. Evita-se qualquer sentimento que possa nos causar algum desconforto.

Desta forma, a grande popularização dos psicofármacos, reflete um sintoma social contemporâneo que é co-produzido pela própria emergência dos anti-depressivos. A depressão nos é apresentada pela mídia e pelo discurso dominante como uma síndrome que deve ser erradicada, independentemente dos motivos que levaram a ela e da história de vida de cada pessoa. Afinal,

estar deprimido é ruim, sinal de disfunção e de algum fracasso no funcionamento do corpo (TEIXEIRA, 2007).

Essas representações e processos sociais são especialmente impactantes para a infância na atualidade. A partir da década de 80, a utilização de psicofármacos passou a incluir as crianças, sendo que hoje evidenciamos uma medicalização excessiva principalmente dos sintomas relacionados a aprendizagem (DECOTELLI; BOHRE; BICALHO, 2013). Assim, hoje em dia, é bastante comum que os pais interroguem sobre a possibilidade do uso de uma medicação para seus filhos qualquer que seja o problema, perspectiva que é potencializada pela posição de muitos profissionais. Por exemplo, a pesquisa realizada por Nakamura e Santos (2006) analisou os significados socioculturais da depressão infantil e se percebeu que a maior parte dos psiquiatras explicitou em seus discursos uma noção que remetia à ideia de adaptação e de ajuste. O medicamento é, muitas vezes, solicitado pelos pais como se fosse a única forma de eliminar o sofrimento da criança e da família, evitando entrar em contato com os significados e a própria implicação e responsabilidade (diferente de culpa) no trama do sintoma apresentando pelo filho.

Essa visão psiquiátrica que se tornou tão difundida em nossa sociedade é bem diferente do entendimento psicanalítico dos sintomas na clínica contemporânea. Ao contrário dessa cultura que busca esquivar-se do sofrimento, a escuta do psicanalista visa justamente acolher e compreender a dor do outro, a ajudá-lo a elaborar seus sofrimentos e suas angústias. Assim, podemos constatar que a psicanálise é confrontada por certas forças da cultura que impelem o sujeito a negar a própria dor. Desta maneira, o espaço da psicanálise no mundo contemporâneo pode parecer incerto, um lugar a ser reivindicado diariamente, pois sua clínica é a da implicação do sujeito (e no caso das crianças, da sua família) com seus sintomas.

Cabe aqui buscarmos refletirmos sobre como se constituiu uma clínica psicanalítica para crianças que, por sua vez, não é como a clínica psicanalítica para adultos. Uma breve incursão histórica mostra-nos que as primeiras aproximações da psicanálise à primeira infância possuíram como ponto de partida a observação de bebês e crianças. Inicialmente, surge no meio psicanalítico o intuito de construir, com tais observações, elaborações teóricas sobre a constituição psíquica até então estabelecidas a partir das recordações de pacientes adultos (JERUSALINSKY, 2009). Freud acreditava na importância de observar as produções daqueles que ainda não falam, pois assim poderia corrigir uma série de pressupostos equivocados sobre a infância, tal como desconsiderar a importância da sexualidade em bebês e nas crianças pequenas. Porém, ele demonstrava hesitação em considerar que a observação de crianças, por si só, poderia levar a algum entendimento da vida psíquica na infância.

No próximo capítulo, veremos que surgiram novas questões relacionadas ao tratamento das crianças a partir do momento em que a atenção voltada para a criança passou a assumir um viés terapêutico e não mais apenas observacional. Nesse sentido, entendemos que tomar a infância

enquanto material de observação e validação da teoria psicanalítica estabelecida a partir dos achados do infantil no adulto não é equivalente a executar uma intervenção psicanalítica com a criança propriamente dita (JERUSALINSKY, 2009). Como se verá a seguir, a clínica psicanalítica, em grande parte, irá se contrapor ao estabelecimento de diagnósticos estritos principalmente na infância, entendendo-se essa posição como um estratégia de afirmação da singularidade dos sujeitos e das potencialidades da abertura e construção de significados.

### **3. REFLEXÕES SOBRE A CLÍNICA COM CRIANÇAS ÀS VOLTAS COM O FENÔMENO DEPRESSIVO**

De acordo com Julieta Jerusalinsky (2009), é necessário considerar o quanto, ao longo dos primeiros anos de prática clínica, as questões levantadas pela clínica com crianças parecem ter permanecido como um debate à parte, como se não dissessem respeito aos desdobramentos da psicanálise como um todo. Ainda nos dias de hoje, segundo a autora, o desconhecimento de grande parte dos psicanalistas a respeito dos modos de subjetivação do sujeito na infância, muitas vezes, recai em um princípio superficial de similaridade entre a clínica com crianças e com adultos. As primeiras gerações de analistas precisaram dedicar importantes esforços para produzir dispositivos pelos quais as crianças pudessem trazer questões à psicanálise tanto no sentido de trazer à psicanálise avanços acerca do funcionamento psíquico próprio da primeira infância, quanto no sentido de produzir discussões sobre os problemas de método da psicanálise e suas necessárias modificações ao tratar de crianças em situação de sofrimento psíquico.

O saber que interessa para a clínica psicanalítica não é apenas o construído, na observação “sobre” o paciente, e sim aquele que pode ser produzido na transferência, permitindo ao paciente implicar-se, como sujeito, diante de uma formação do inconsciente que, inicialmente, produzia nele estranhamento (PISETTA, 2011). As crianças muito pequenas mostram aos psicanalistas que a dimensão significativa não se reduz apenas à palavra falada. Portanto, não podemos deixar de dar a devida importância ao que está sendo comunicado no gesto, na postura e no tônus corporal, bem como do que ouvimos na entonação da voz, pois todos esses aspectos são também produções pelas quais as formações do inconsciente comparecem no ato da enunciação (JERUSALINSKY, 2009). Muitos dos descobrimentos de Freud abriram caminho em direção a uma técnica que permitisse entender e interpretar a linguagem pré-verbal. A criança, embora ainda de modo limitado se expresse com palavras, é capaz de compreender o que é dito pelo adulto e, principalmente, por meio de uma leitura emocional dos acontecimentos. Dessa forma, compreendendo o significado latente dos seus jogos, desenhos, sonhos, sonhos diurnos e associações, a interpretação pode ser tão eficiente como nos tratamentos de adultos (ABERASTURY, 1982).

Além disso, é importante considerar que a prática psicanalítica com crianças oferece um fator específico que não pode ser deixado de lado: o fato de que uma criança não procura, por si só, um psicanalista ou um psicólogo. Geralmente, são os pais que nos trazem as crianças, portanto, com eles está presente também a queixa do adulto, um quadro sintomático que os perturba, angustia e faz sofrer. Mas sabemos também que, o que se configura na análise como uma questão para a criança pode não coincidir, necessariamente, com a queixa dos pais. Na psicanálise com crianças, o analista trabalha com várias transferências (MANNONI, 1980, p. 97) de vários sujeitos ao mesmo tempo. Os pais estão presentes, suas transferências também. Quando os pais chegam ao consultório para falar de seu filho já existe uma transferência, pois é a indicação de outra pessoa. O psicólogo está no lugar do sujeito dotado de um suposto saber, existe uma demanda a ser desvendada. A demanda, assim como o sintoma, sempre tem um sentido e uma finalidade. Assim, é papel do psicólogo de orientação psicanalítica ser capaz de desvendar o que está encoberto neste pedido e neste sintoma. Como situa Volnovich (1991), o sintoma é um conflito referido a um outro:

“o sintoma é suporte e mensagem na criança da conflitiva individual, familiar e sócio-política-institucional, e constitui a essência de uma possível psicopatologia infantil. A cura psicanalítica consiste em articular o sintoma com o desejo reprimido, o que é denominado desvendar o sentido, articulação através da qual é possível assumir a própria história.” (p.76)

Os pais, e muitas vezes também os avós ou outros cuidadores próximos, estão sempre de alguma maneira implicados no sintoma que está sendo manifestado pela criança. Porém, temos que ter sempre em mente que aquilo que é apresentado como queixa pelas pessoas que convivem com a criança não representa a verdade sobre a história da criança, afinal, temos que pensar o infantil também a partir da história narrada pela própria criança. O dever ético do psicólogo é o da escuta atenta ao que está em questão no tipo de demanda que chega até ele/ela. Questionar se a criança está incomodada com aquilo que as pessoas estão se queixando dela é um primeiro passo para avaliar ou não uma psicanálise. Acolher uma criança na clínica quando ela não tem qualquer implicação com as questões que o Outro traz sobre ela seria mantê-la no lugar de objeto e não de sujeito (COSTA, 2008).

Como vimos ao longo do trabalho, a infância como entendemos hoje é uma construção recente. Trata-se de um período da vida que passou a ser bastante idealizado pelos adultos com o advento da modernidade, entendida como um tempo da vida no qual devemos ser felizes. Nessa direção, a criança triste contraria a vontade dos adultos de vê-la feliz, pois ela é colocada no lugar de representante da felicidade que os adultos perderam, afinal, na medida em que vamos crescendo percebemos as dificuldades que existem na vida. Como nos lembra o psicanalista Calligaris em

seu artigo “O direito à tristeza” (2004): “*um menino ou uma menina tristes nos privam de um espetáculo ao qual achamos que temos direito: o espetáculo da felicidade à qual aspiramos, da qual somos frustrados e que sobra para as crianças como uma tarefa.*” Será que estamos transformando a tristeza das crianças em pecado? As exigências superegóicas das crianças, que cobram uma performance tal que faz com que sempre fique aquém, devem ser levadas em conta na avaliação dessas crianças, e dizem respeito a um fator histórico, a incidência do tempo em que vivemos.

Diante disso, talvez a questão, em muitos casos, seja trabalhar com a família e a criança, em primeiro lugar, que a tristeza é algo aceitável e que faz parte do nosso processo de crescimento enquanto sujeitos. Isso não significa negar que um sofrimento excessivo esteja presente, mas desmistificar a constituição psíquica como um processo sem qualquer tensão e padecimento, desculpabilizando os pais e a própria criança sem, no entanto, deixar de implicá-los. Em meio a uma cultura que transforma toda experiência de sofrimento em uma patologia a ser tratada, temos que dar especial atenção aos efeitos desses discursos ao adentrarem e capturarem o mundo das crianças. Ensinando os pequenos a evitarem o sofrimento, estamos dando passagem para uma vida cada vez mais enfraquecida e incapaz de lidar com conflitos, contradições e reconfigurações necessárias. Em outras palavras, o que está sendo construído socialmente é uma vida de busca irrefreável da felicidade, mas incapaz de olhar de frente a tristeza e a frustração inerentes à condição de estarmos vivos. Sendo assim, a clínica psicanalítica com crianças tem um papel mais atual do que nunca em meio a esse contexto tão marcado pelo ideal de perfeição, dominado pela exigência de felicidade e alegria onde não se tolera movimentos de tristeza, depressão e luto que não necessariamente impedem ou desvirtuam a saúde mental.

Orlando Coser (2003), em um estudo aprofundado sobre a depressão, relata que em sua experiência clínica com adultos, os próprios pacientes se dizem ‘deprimidos’. Isso indica o quanto os adultos já se apropriaram em seus discursos de uma categoria diagnóstica. De acordo com o autor supracitado, o pedido do paciente que apresenta uma queixa depressiva gira em torno de um trabalho do luto por fazer: eles se dirigem ao analista portando uma queixa e, a partir dela, demandam uma medida que lhes poupe do trabalho do luto que os ameaça. É aí que reside um impasse, pois o que fundamenta a psicanálise como prática clínica é justamente a existência do sujeito como desejante.

Importante aqui frisar que, apesar de aberto para discussões, de acordo com vários autores (PINHEIRO, 2010; COSER, 2003; RODRIGUES, 2000) pode-se afirmar que a psicanálise não concebe a depressão como possuindo um status de diagnóstico, de modo que ela não é considerada uma categoria clínica separada. Entende-se que conferir à depressão um estatuto nosológico na psicanálise seria o mesmo que colocá-la em uma dimensão isolada dos outros afetos, ignorando que se trata de um estado que pode se manifestar em várias organizações psíquicas. No contexto

clínico, qualquer sintoma será entendido como marca do sujeito inconsciente, podendo ser apreendido e lido apenas diante da história de cada sujeito. De acordo com Gomes e Neme (2010) o sintoma, para a psicanálise, não é o simples elemento de uma categoria que representa um transtorno no DSM-IV, não é o simples índice de uma doença, nem um signo cujo médico veio para traduzir. Como já dito ao longo do trabalho, é nisso que consiste a diferença da psicanálise em relação à psiquiatria moderna, que assume o viés de uma clínica do olhar, mais do que da escuta. Sua prática diagnóstica visa apreender o sintoma numa objetividade fenomenológica, puramente descritiva, isolando-o em categorias prévias que visam eliminar a implicação do sujeito em seu próprio sintoma. Portanto, temos que considerar que a clínica psicanalítica, diferentemente da psiquiatria, não irá nos fornecer técnicas específicas para tratar a depressão. Nosso trabalho na clínica consiste em despertar o que há de singular em cada discurso, em cada subjetividade, promovendo a manifestação e interpretação da originalidade de cada sintoma.

Nesse ponto, podemos questionar até que ponto o discurso sobre o fenômeno depressivo tem sido utilizado para explicar os sintomas das crianças, uma vez que o mundo adulto está tão envolvido pelo mesmo. Como os terapeutas tem sido tomados no lugar de também suprir e solucionar essa tristeza e como se colocam frente a essa demanda familiar e social. Para o analista, mais interessante do que aderir a uma explicação diagnóstica, seria buscar entender que sentidos o sintoma da criança adquire em relação a sua trama constitutiva na cena familiar. Ou seja, buscar desvelar e deslocar, por meio da relação transferencial, os significados co-produzidos pela criança, sujeito em constituição, e sua família.

Como vimos anteriormente, o que fundamenta a psicanálise enquanto clínica é a existência do sujeito desejante. Essa perspectiva nos permite construir algumas reflexões sobre a clínica da melancolia. Quando qualquer angústia frente a uma situação, qualquer desconforto, é entendido como uma doença que precisa ser rapidamente tratada, não permitimos espaço para o desejo que se instaura como falta. É uma forma de suprimir, de abolir o sujeito do inconsciente. Para Milner (1995) isso resulta em um sujeito sem substância, sem consistência, esvaziado de toda e qualquer subjetividade. Nisso pode-se perceber na clínica uma fragilidade do registro simbólico, uma realidade fragmentada e bastante precária. É para este sujeito que a ciência acredita ter encontrado repostas para solucionar todos os seus males. Porém, o sujeito escapa ao alcance da ciência, não deixando de existir, mas expondo-se a uma angústia sem nomeação, tornando presente no corpo aquilo que deveria estar inscrito na linguagem. Por outro lado, quando abrimos espaço para a tristeza e não buscamos negá-la a todo custo, encontramos um mundo de possibilidades a ser explorado. A tristeza é parte de um processo adaptativo que pode promover um raciocínio analítico que facilita a análise de problemas e o ajustamento a situações complexas da vida. Além disso, tem o valor de inspirar a capacidade artística, pois perante as estranhezas e as inquietações do encontro consigo mesmo e com os outros é que adquirimos a capacidade de criar.

Sendo assim, penso que é importante o trabalho com os adultos que convivem com a criança no sentido de estes se permitirem entrar em contato com seus sentimentos de forma espontânea, mostrando para as crianças que elas também podem fazer o mesmo. Diante de uma sociedade que nega a tristeza por considerá-la improdutivo, em uma sociedade na qual “aproveitar bem o tempo” é um dos imperativos da vida contemporânea, torna-se responsabilidade daqueles que convivem com a criança recusarem os aspectos negativos dessa cultura, para que as crianças possam traçar outros modos de vida. Afinal, as crianças aprendem com seus pais, usando-os como alguns dos exemplos de como irão lidar com suas próprias emoções. Assim, é importante o diálogo com os pais no processo terapêutico, pois a especificidade da psicanálise com crianças consiste essencialmente na presença física dos pais na vida do analisando. O modo como o sujeito, em plena etapa de estruturação, é tomado no circuito de desejo e demanda dos pais é decisivo para sua constituição como sujeito e para seu acesso a diferentes realizações instrumentais (JERUSALINSKY, 2002).

No que refere a teoria e a técnica da psicanálise com crianças, Aberastury (1982) cita a entrevista inicial com os pais como uma importante fase para analisar as vivências na trama familiar e estabelecer um vínculo terapêutico positivo. Devemos buscar informações sobre as primeiras relações e cuidados do bebê com seus pais, visto que incorpora-as como êxito do ego ou passa a fazer parte de um superego censurador, que poderá barrar o seu desenvolvimento afetivo, fazendo com que a criança não se permita expressar suas emoções amplamente (ABERASTURY, 1982). Durante a primeira entrevista com os pais, é interessante também abordar sobre os hábitos de brincadeira da criança, para sabermos melhor como acessar a criança permitindo sua comunicação através do lúdico. O brincar revela-se como uma possibilidade relevante de compreender o universo das crianças, tanto no processo de avaliação psicológica como também na intervenção clínica (CARVALHO & RAMIRES, 2013). Desta forma, a impossibilidade ou a dificuldade no brincar pode ser considerada um sintoma de sofrimento psíquico na criança ao qual devemos estar atentos.

No capítulo anterior deste trabalho, citamos os atendimentos clínicos descritos por Violante (1995). Em sintonia com a ideia do brincar enquanto recurso para acesso ao mundo simbólico da criança, a autora explica que cada paciente teve sua caixa de brinquedos enquanto esteve em análise, cujo conteúdo variou de acordo com a faixa etária. O brinquedo é considerado por ela mais do que um recurso técnico, pois é um instrumento revelador de muitos aspectos do desenvolvimento infantil. Winnicott (1975) considera que o analista infantil deve sim saber brincar com a criança, o que não significa submeter-se a seus caprichos e demandas indiscriminadamente. Nesses momentos, a verbalização é imprescindível, para que sejam nomeados os desejos, os conflitos, as ansiedades, as defesas e as fantasias carregadas de afeto, transformando o material em representações e sentimentos dizíveis.



Em meio às descrições dos atendimentos, um aspecto que chamou a atenção na análise era que as crianças atendidas por Violante (1995), apesar do excesso de frustração por elas sofrida, apresentavam-se muito educadas, dóceis e meigas. Na situação de análise, transferencialmente, o desejo maior dessas crianças parecia consistir na certeza de estar em conformidade com o desejo e com o imaginário atribuídos a ela, sendo essa atitude interpretada pela autora como uma demanda de amor e de identificação. Nas palavras da autora, “*a referência identificatória de si, a fim de ser investida, é buscada através da submissão ao desejo do outro, o qual é sempre idealizado e de cujas provisões narcísicas o sujeito com potencialidade melancólica depende*” (p. 36). Ao longo de sua obra, podemos ver as complicações que uma criança pode vivenciar em decorrência de ter sido narcisicamente desqualificada, ou melhor, mal investida pelo desejo dos pais (VIOLANTE, 1995).

De acordo com Costa (2009), no momento em que o analista é incluído no universo significativo da criança, quando a ele lhe endereça algo, desprovido de significantes próprios, se coloca em um lugar no qual o analisando depositará suas demandas. O vazio que o analista introduz (com seu silêncio, sua não-demanda, sua espera) vai confrontar a criança com um adulto que não é imperativo, que não ocupa a posição de mestre, que não lhe dá orientações, não ensina e não lhe pede nada. Isso pode ter um efeito de tranquilidade para a criança. O sujeito se depara com um Outro que não o julga, apenas oferece o espaço para que siga suas próprias questões a fim de desvelar o desejo. A partir disso, se produz algo novo e a criança se pergunta: “*o que essa pessoa quer de mim?*”. Bernardino (2004, p. 63) afirma que “*esse novo abre a possibilidade, para a criança, de localizar seu desejo como podendo ser diferente do que interpretou como desejo do Outro, destacado deste*”. A criança fica aliviada do peso do gozo do Outro e pode esquecer seu sintoma e agir criativamente. É importante salientar que, quando a criança está sofrendo por uma perda real, concreta, por morte ou abandono, ela precisa mais de acolhimento do que de interpretações. Devemos evitar interpretar quando a criança tenta entender o que ocorre com ela. Nesses momentos, o mais adequado seria deixar que ela mesma chegasse ao *insight* no seu ritmo.

Nesse sentido, Winnicott (1975) traz algumas contribuições importantes para pensarmos a clínica com crianças. Em sua prática, ele identificou as estratégias que as crianças empreendiam para defender-se da imprevisibilidade e recuperar a familiaridade na relação com o ambiente. Esse esforço de certas crianças visava a recuperação de uma relação de *confiabilidade com o ambiente*. Entre os principais efeitos clínicos da confiança, encontram-se as contribuições para o manejo de casos e situações clínicas em que a técnica interpretativa encontra um limite. Assim, podemos constatar a importância do estabelecimento de um ambiente de *holding* ao longo do processo analítico. Proporcionando para a criança um meio que seja previsível e protegendo a criança de um excesso de excitação pulsional (possibilitando as condições que faltaram nos momentos das falhas ambientais e que impediram o desenvolvimento saudável), estaremos possibilitando o seu agir

criativo na interação com mundo, de modo que a criança sinta-se segura para agir espontaneamente, e a emergência de um modo de ser singular inclusive na relação conosco. Com isso, estamos diante de um *verdadeiro self* que possibilitará a experiência de que a vida faz sentido.

Diante disso, aqui cabe citarmos a concepção de Winnicott sobre a felicidade (WINNICOTT, 1958). Para esse autor, a felicidade está relacionada com sentir-se existindo de forma criativa e não como mero espectador do mundo. Dessa forma, o que está em jogo é uma felicidade que contempla o imprevisto, o desprazer, a ansiedade, todas essas experiências como contingências necessárias para existirmos, e não como elementos que devemos negar e extirpar de dentro de nós. Winnicott entendia que o estado depressivo, quando não assume um aspecto grave, trata-se de um estado comum que não deve ser abruptamente retirado da pessoa que está sofrendo. Este autor chega a citar a depressão como sendo própria das pessoas que realmente têm valor, deixando explícito que prefere este estado a uma vida sem dúvida ou sem desalento (WINNICOTT, 1958).

Para finalizar essas reflexões, cabe considerarmos que, ao trabalhar com crianças, há todo um caráter pulsional associado à fragilidade, sentimentos que podem despertar em nós afetos recalçados ligados a nossa própria infância. Ao descrever o *infantil* na psicanálise, Pinho (2011) compreende que o termo circunscreve o momento da constituição do aparelho psíquico e de um sujeito do inconsciente, delimitado pelo período de construção do recalque. É para esse período que todos nós podemos ser remetidos ao nos depararmos com nossos pequenos pacientes. Sendo assim, acredito que seja importante lembrarmos que a clínica psicanalítica com crianças é uma clínica que exige bastante do profissional. É necessário compreender as modalidades de comunicação não verbal e ser criativo para criar e buscar recursos que propiciem o acesso ao mundo interno do paciente. Mas, além disso, Dolto (1985) afirmava que, para um psicanalista de crianças, se faz necessário “uma grande familiaridade com o inconsciente”, ou seja, uma análise pessoal aprofundada. Considera-se também que a formação teórica precisa ser bastante valorizada, assim como a supervisão é de extrema importância, porque possibilita um distanciamento e uma visão mais ampla da singularidade de cada caso.

Desse modo, podemos entender que a aparente escassez de trabalhos na perspectiva psicanalítica sobre a depressão/melancolia na infância não necessariamente significa descaso ou lacunas que precisam ser preenchidas. Pode-se entender esta postura teórica da psicanálise como a reivindicação e sustentação do caráter de abertura e de imanência da criança como sujeito psíquico. Essa "deseestrutura" ou aparente falta de definições estritas e específicas do fenômeno depressivo entre crianças pode, inclusive, nos auxiliar a desconstruir alguns lugares fixos e comuns da clínica com adultos.

## CONCLUSÕES

Na construção desse trabalho, tive como desafio traçar um entendimento da depressão e da melancolia pelo viés psicanalítico e refletir sobre as possibilidades e limites da prática clínica psicanalítica com crianças. Pude perceber que o tema da depressão na infância aparece na literatura psicanalítica relacionado a situações de luto ou de perdas importantes, isto é, aquelas perdas que tem implicações ou efeitos sobre a imagem narcísica. Quando se fala em crianças, é preciso ter em vista que elas ainda estão se constituindo em todos os aspectos, e as consequências e as possibilidades de elaboração destas perdas, serão diferentes conforme os tempos deste processo se entrelacem à história singular de cada sujeito.

Desse modo, é importante destacar que a proposta de pensar a depressão na infância, não deve anular a singularidade da clínica, mas nos estimular a refletir sobre como os discursos da modernidade vem se articulando com a práxis analítica. Com isso, tomar a demanda em torno do objeto perdido ou privado na melancolia entre crianças nos leva a enfocar o lugar do analista no sintoma do paciente. De acordo com Costa (2009), é a partir desse lugar que o analista intervém no sentido de produzir uma mudança da posição subjetiva do sujeito em relação ao sintoma, possibilitando que a criança deixe de ocupar a posição de objeto e tenha acesso ao seu próprio desejo.

Ao pensar a clínica da depressão com crianças, vi-me diante de um território no qual não existem respostas prontas, caminhos já dados, o que para mim foi bastante intrigante. Percebi que a multiplicidade de referenciais teóricos e de técnicas na psicanálise com crianças exige uma formação sólida, e as questões que emergem no que diz respeito à clínica estão constantemente em torno da participação dos pais desde a primeira entrevista. Com as crianças muito pequenas, o diálogo terapêutico se dá principalmente através de recursos lúdicos e não verbais. Neste sentido, as contribuições de Winnicott foram muito importantes para mim na elucidação da clínica com crianças e da tristeza enquanto um estado que está ligado de perto à capacidade de simbolizar e agir construtivamente.

Refletindo sobre minhas leituras e ao tecer minha escrita, ficou claro para mim que o tempo da infância é um período onde as intervenções assumem um caráter de grande importância, visto que em nenhum outro momento da vida o sujeito passa por modificações tão radicais quanto nos três primeiros anos de vida. Não apenas a psicanálise, mas diversas disciplinas, desde a medicina até a assistência social, cumprem relevantes tarefas ao ocuparem-se da primeira infância. Entende-se também como papel do terapeuta envolver os pais, educadores e outros profissionais da área da saúde para que estes fiquem atentos às manifestações das crianças, buscando seus significados

mais profundos. Nesse aspecto, a leitura psicanalítica tem a seu encargo a tarefa de manter aberta as possibilidades de diferentes significados e saídas subjetivas diante do sofrimento psíquico na infância.

Para finalizar essa etapa, lembro-me da minha trajetória enquanto estudante de psicologia e isso me leva a refletir também sobre o quanto nós, enquanto estudantes e futuros profissionais da área, permitimos ou não em nossas relações lidar com aquilo que é considerado negativo, lidar com o que é marginalizado pela sociedade – como a tristeza. O quanto nos permitimos encarar de frente os sentimentos “negativos”? Temos que acolher nossos sentimentos, sejam eles bons ou ruins, se queremos verdadeiramente lidar com isso nos outros. Diante disso, não cabe a nós reafirmar os valores de uma cultura que entende a melancolia como improdutiva e o melancólico como “desocupado”. Há em nossa sociedade um rechaço diante da tristeza e de qualquer tipo de sofrimento que, a meu ver, não pode ser reproduzido por nós enquanto psicólogos. Acolher o que é supostamente negativo em nós, e em todas as nossas relações sociais, é o que nos permitirá acolher os sujeitos integralmente na clínica.

Desta forma, tomando partido de uma perspectiva psicanalítica, optou-se neste trabalho pela utilização do termo *melancolia* no título tendo em vista que a psicanálise se interessa em contribuir para que o sujeito encontre seu próprio caminho no processo de elaborar o luto estagnado e, com isso, permitir que o sujeito acenda ao nível simbólico. Como vimos, o termo melancolia existe muito antes do advento das ciências modernas, possuindo todo um simbolismo por estar presente nos escritos literários trágicos da Grécia e no romantismo, antes de ser capturado pelo discurso médico.

## REFERÊNCIAS

ABERASTURY, Arminda. **Psicanálise da criança: teoria e técnica**. 8ª ed. Porto Alegre: Artmed, 1982.

AZOUVI, François. **A peste, a melancolia e o diabo, ou o imaginário definido**. Diógenes. Brasília: Ed. UNB, 1985.

ARIES, Philippe. **História Social da Criança e da Família**. Tradução de Dora Flaksman. 2. Ed. Rio de Janeiro: LTC, 2006.

BARBOSA, G. LUCENA, A. **Depressão Infantil**. Revista Neuropsiquiatria da Infância e Adolescência. 23-30, 1995. Disponível em: <[http://www.psiquiatriainfantil.com.br/revista/edicoes/Ed\\_03\\_2/in\\_07\\_07.pdf](http://www.psiquiatriainfantil.com.br/revista/edicoes/Ed_03_2/in_07_07.pdf)> Acesso em 09 set. 2014.

BIBRING, Edward. The mechanism of depression. In: GAYLIN, Willard. **Psychodynamic understanding of depression**. (Texto original de 1953) Master Work Series, 1995.

BAHLS, Saint. BAHLS, Flávia. **Psicoterapias da Depressão na infância e na adolescência**. Revista Estudos de Psicologia, PUC-Campinas, v.20, n. 2, p. 25-34, maio/agosto 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v20n2/v20n2a03.pdf>> Acesso em 09 set. 2014.

BALLONE, Geraldo. **Depressão: o que é isso?** Psiqweb, internet, Disponível em: <<http://psiweb.med.br/site/?area=NO/LerNoticia&idNoticia=53>> Acesso em 09 set. 2014.

BERNARDINO, Leda. **Psicanalisar crianças: Que desejo é esse?** Salvador: Ágalma, 2004.

BERLINCK, Manoel. FÉDIDA, Pierre. A clínica da depressão: questões atuais. In: M. T. Berlinck, **Psicopatologia Fundamental**. São Paulo: Editora Escuta, 2000.

BIRMAN, Joel. **Mal-estar na atualidade: a psicanálise e as novas formas de subjetivação**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira. 2001.

BULHÕES, Maria. TOROSSIAN, Sandra. **O Infantil na Psicanálise**. Revista da Associação Psicanalítica de Porto Alegre. n. 40, jan/jun. 2011. Disponível em: <<http://www.apoa.com.br/uploads/arquivos/revistas/revista40-1.pdf>> Acesso em: 05 set. 2014.

BURNETT, Charles. JACQUART, Danielle. **Constantine the African**. Leiden: Brill, 1995.

CARVALHO, Cibele. RAMIRES, Vera Regina. **Repercussões da depressão infantil e materna no brincar de crianças: revisão sistemática**. Revista Psicologia: Teoria e Prática, 15(2), 46-61. São Paulo, SP, 2013. Disponível em: <<http://editorarevistas.mackenzie.br/index.php/ptp/article/view/4035/4451>> Acesso em: 09 set. 2014.

CASTRO, Maria. STÜRMER, Anie. **Crianças e adolescentes em psicoterapia: a abordagem psicanalítica**. Porto Alegre: Artmed. 2009.

CASSORLA, R. M. S. O início do funcionamento mental segundo a psicanálise: reflexões para psicopedagogos. **Revista de Psicopedagogia**, 11(23), 16-23. 1992.

COSTA, Teresinha. O desejo do analista e a clínica psicanalítica com crianças. **Psicanálise & Barroco em revista**. v.7, n.2: 86-102, dez.2009. Disponível em: <[www.psicanalisebarroco.pro.br/revista/revistas/14/P&Brev14Costa.pdf](http://www.psicanalisebarroco.pro.br/revista/revistas/14/P&Brev14Costa.pdf)> Acesso em 09 set.

CRUVINEL, Miriam; BORUCHOVITCH, Evely. Depressão infantil: uma contribuição para a prática educacional. **Psicol. Esc. Educ.** Campinas, v. 7, n. 1, June 2003.

CURATOLO, Eliane. BRASIL, Heloísa. **Depressão na infância: peculiaridades no diagnóstico e tratamento farmacológico**. J Bras Psiquiatr 54(3): 170-176, 2005. Disponível em: <[http://www.fiocruz.br/media/bipolar\\_heloisa\\_brasil.pdf](http://www.fiocruz.br/media/bipolar_heloisa_brasil.pdf)> Acesso em: 09 set. 2014.

COUTINHO, F. O ambiente facilitador: a mãe suficientemente boa. In: **Winnicott - 100 anos de um analista criativo**. Rio de Janeiro: Nau, 1997. p. 97-104.

COSER, Orlando. **Depressão: clínica, crítica e ética**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003, 170 páginas, Coleção Loucura & Civilização. 2003. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/6gsm7>> Acesso em: 20 set. 2014.

DRÜGG, Angela. **A Depressão na Infância**. Disponível em: <<http://www.unijui.edu.br/arquivos/clinicapsicologia/informativos/falandonisso8/artigo>> Acesso em 09 set. 2014.

EIZIRIK, Claudio. AGUIAR, Rogério. SCHESTATSKY, Sidnei. **Psicoterapia de Orientação Analítica: Fundamentos Teóricos e Clínicos**, 2ª edição, Artmed.

FENICHEL, Otto. **Teoria psicanalítica da Neurose**. Rio de Janeiro. Editora Atheneu, 1998 (Texto original publicado em 1945).

FREUD, Sigmund. **Luto e Melancolia**. São Paulo, Cosac Naify, 2011. 144 p.

\_\_\_\_\_. Projeto para uma psicologia científica. In: **Obras Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1969, vol. I.

\_\_\_\_\_. Lembranças encobridoras. In: **Obras Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1969, vol. I.

\_\_\_\_\_. Extratos dos documentos dirigidos a Fliess: Cartas 52 e 67. In: **Obras Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1969, vol. I.

GINZBURG, J. Conceito de melancolia. In: **A Clínica da Melancolia e as Depressões**. Revista da Associação Psicanalítica de Porto Alegre. 20, 102-116. 2001. Disponível em: <<http://www.appoa.com.br/uploads/arquivos/revistas/revista20.pdf>> Acesso em: 09 set. 2014.

JACOBSON, E. **Depression**. New York: International Universities, 1971.

JERUSALINSKY, Julieta. **Enquanto o futuro não vem. A Psicanálise na clínica interdisciplinar com bebês**. Editora Ágalma, 2002.

KLAUTAU, Perla. SALEM, Pedro. **Dependência e construção da confiança: A clínica psicanalítica nos limites da interpretação**. Natureza Humana. 2009

LACAN, Jacques. O estádio do espelho como formador da função do eu. In: **Jacques Lacan: Escritos**. (V. Ribeiro, trad.; pp. 96-103). Rio de Janeiro: Zahar. (Original publicado em 1966). 1998.

LANG, Ana. **Infância e Psicanálise**. Anais da ABRAPSO. Disponível em: <[http://www.abrapso.org.br/siteprincipal/images/Anais\\_XVENABRAPSO/235.%20inf%C2ncia%20e%20psican%C1lise.pdf](http://www.abrapso.org.br/siteprincipal/images/Anais_XVENABRAPSO/235.%20inf%C2ncia%20e%20psican%C1lise.pdf)> Acesso em 09 set. 2014.

MAXWELL. A relação mãe-bebê: uma visão winnicottiana. Repositório institucional da PUC-Rio. Disponível em: <[http://www.maxwell.vrac.puc-rio.br/4350/4350\\_5.PDF](http://www.maxwell.vrac.puc-rio.br/4350/4350_5.PDF)> Acesso em: 09 set. 2014.

MEES, Lúcia. As várias cenas da melancolia e da depressão. In: **A Clínica da Melancolia e as Depressões**. Revista da Associação Psicanalítica de Porto Alegre. Nº 20, Junho, 2001. Disponível em: <<http://www.appoa.com.br/uploads/arquivos/revistas/revista20.pdf>> Acesso em: 09 set. 2014.

MILLER, Jacques. **Tout le monde passe par des états d'humeur dépressifs**. 2007. Disponível em: <[www.forumpsy.org](http://www.forumpsy.org)> Acesso em: 18 jun. 2014.

MILNER, Jean Claude. **L'oeuvre claire: Lacan, la science et la philosophie**. Paris: Seuil, 1995. Disponível em: <[www.forumpsy.org](http://www.forumpsy.org)> Acesso em: 18 jun. 2014.

MOURA, Fernanda. **O tratamento psicanalítico com crianças**. Tempo Freudiano, 2014. Disponível em: <[http://www.psicanaliseefilosofia.com.br/adverbun/vol6\\_1/06\\_01\\_05sujeitosupostosaber.pdf](http://www.psicanaliseefilosofia.com.br/adverbun/vol6_1/06_01_05sujeitosupostosaber.pdf)> Acesso em: 05 set. 2014.

OURIQUE, Luciana. **O entendimento psicanalítico sobre a Melancolia**. Porto Alegre, Dezembro de 2005. Disponível em: <[www.ufrgs.br/psicopatologia/Melancolia\\_luciana.doc](http://www.ufrgs.br/psicopatologia/Melancolia_luciana.doc)> Acesso em: 05 set. 2014.

PIGEAUD, J. Introdução In: ARISTÓTELES. **O problema XXX**, O homem de gênio e a melancolia. Rio de Janeiro: Lacerda, 1998.

PINHEIRO, M. QUINTELLA, R. VERZTMAN, J. Distinção Teórico-Clínica entre Depressão, Luto e Melancolia. **Psic. Clin.**, Rio de Janeiro, vol.22, n.2, p.147 – 168, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pc/v22n2/10.pdf>> Acesso em 05 set. 2014.

POMMIER, Gérard. O conceito psicanalítico de infância. In: **Trata-se uma criança?** I Congresso internacional de psicanálise e suas conexões. Rio de Janeiro, Companhia de Freud, 1999.

RAMIRES, Vera Regina. SCHWAN, Soraia. Depressão em crianças: Uma breve revisão de literatura. **Psicol.Argum.** 2011 out/dez, 456-468. Disponível em: <[www2.pucpr.br/reol/index.php/PA?dd1=5791&dd99=pdf](http://www2.pucpr.br/reol/index.php/PA?dd1=5791&dd99=pdf)> Acesso em: 10 set. 2014.

RADO, Sandor. Psychodynamics of depression from the etiologic point of view. In: GAYLIN, Willard. **Psychodynamic understanding of depression**. Master Work Series, 1995. P. 96-107.

RODRIGUES, J. S. F. **O Diagnóstico da Depressão**. Psicologia, USP. 2000. p. 333-358. Rio de Janeiro: Imago. (Texto original publicado em 1899).

SPITZ, René. **O primeiro ano de vida**. São Paulo: Martins Fontes, 1979.

TEIXEIRA, Marco Antônio. **Melancolia e depressão: um resgate histórico e conceitual na psicanálise e na psiquiatria**. Revista de Psicologia da UNESP, 2005. 41. Disponível em: <<http://www2.assis.unesp.br/revpsico/index.php/revista/article/viewFile/31/57>> Acesso em: 20 jun. 2014.

\_\_\_\_\_. **A concepção freudiana de melancolia: elementos para uma metapsicologia dos estados de mente melancólicos**. Dissertação (mestrado). Faculdade de Ciências e Letras de Assis. UNESP, 2007. Disponível em: <<http://polo3.assis.unesp.br/posgraduacao/teses/psicologia/marcoantonio.pdf>> Acesso em: 09 set. 2014.

VIOLANTE, Maria. **A Criança Mal-Amada. Estudo sobre a potencialidade melancólica**. Editora Vozes. Petrópolis. 1995.

VOLNOVICH, Jorge. **Lições introdutórias à Psicanálise de crianças**. Ed. Relume. Rio de Janeiro, 1991.

WINNICOTT, Donald. **O brincar e a realidade**. Rio de Janeiro: Imago editora LTDA, 1975.