



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
CENTRO DE HUMANIDADES
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

MANUELLA BACHÁ JOCA BAYMA

**CONSIDERAÇÕES PSICANALÍTICAS SOBRE A ETIOLOGIA DO SOFRIMENTO
DEPRESSIVO EM CRIANÇAS**

FORTALEZA
2016

MANUELLA BACHÁ JOCA BAYMA

CONSIDERAÇÕES PSICANALÍTICAS SOBRE A ETIOLOGIA DO SOFRIMENTO
DEPRESSIVO EM CRIANÇAS

Dissertação submetida ao Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal do Ceará como pré-requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Orientadora: Profa. Dra. Karla Patrícia Holanda Martins.

FORTALEZA
2016

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca Universitária
Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

B347c Bayma, Manuella Bachá Joca.
Considerações psicanalíticas sobre a etiologia do sofrimento depressivo em crianças / Manuella Bachá Joca Bayma. – 2016.
90 f. : il. color.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Centro de Humanidades, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Fortaleza, 2016.
Orientação: Profa. Dra. Karla Patrícia Holanda Martins.

1. Psicanálise. 2. Depressão. 3. Infância. 4. Constituição Psíquica. 5. Latência. I. Título.

CDD 150

A todos aqueles que tornaram esta caminhada mais serena.

Em especial, à minha família, por todo o incentivo diário, mesmo em dias difíceis.

MANUELLA BACHÁ JOCA BAYMA

CONSIDERAÇÕES PSICANALÍTICAS SOBRE A ETIOLOGIA DO SOFRIMENTO
DEPRESSIVO EM CRIANÇAS

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Psicologia.

Aprovada em: ___/___/___

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Karla Patrícia Holanda Martins (Orientadora)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Profa. Dra Maria Celina Peixoto Lima
Universidade de Fortaleza - UNIFOR

Profa. Dra. Perla Klautau
Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro

Prof^a. Dra. Caciana Linhares Pereira
Universidade Federal do Ceará (UFC)

AGRADECIMENTOS

À Deus, primeiramente, pois sem ele nada disso seria possível. Por sempre iluminar meus desafios e conquistas, permitindo com que eu aprenda cada vez mais.

Aos meus pais, Eduardo e Eliana, e ao meu irmão Eduardo Filho, por toda a presença em forma de motivação, amor e dedicação. A vocês dedico todas as mais felizes escolhas que fiz em minha vida.

Ao meu marido, Julien, por todo amor, paciência e incentivo, sempre me acalmando com palavras de força.

À querida parceira de caminhada, professora Karla Patrícia, por toda paciência, compreensão, dedicação e apoio que ultrapassaram as orientações.

Ao amigo e professor Daniel Franco, por ter sido aquele a me apresentar a psicanálise e a influenciar a maioria de minhas escolhas acadêmicas, mostrando-se sempre disponível.

Aos amigos que conquistei no mestrado, em especial Clarissa, Henrique e Raquel, pela companhia e conselhos neste percurso repleto de angústias, mas também de trocas e vitórias.

Às amigas e irmãs que a vida me deu, Vivian, Vanessa e Luyza, por toda a paciência em suportar minha ausência nestes dois anos e meio, e por toda motivação nos momentos difíceis.

À professora Caciana Linhares, por todas as contribuições à minha formação, desde os tempos do NAMI até a construção desta pesquisa, sempre com sugestões norteadoras, e também ao artigo elaborado durante o mestrado.

À professora Celina Lima, também desde os tempos de graduação, por toda contribuição à minha formação e também ao percurso traçado nesta pesquisa, com suas valiosas orientações nas bancas de qualificação.

À professora Perla Klautau, pelas enriquecedoras sugestões e orientações para uma melhor condução teórica desta pesquisa.

Ao Helder, por ser um excelente funcionário, ágil e prestativo em tudo que solicitamos.

À Universidade Federal do Ceará e ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia pelo incentivo à pesquisa.

RESUMO

O presente estudo tem como tema central discutir acerca das possíveis incidências da depressão em crianças. Mediante as manifestações de sofrimento psíquico na infância, nos questionamos sobre o que realmente está em jogo, quando escutamos que uma criança tem depressão, principalmente por considerarmos que essa se encontra no processo de estruturação psíquica, sendo este um momento refletor de mudanças heterogêneas e significativas para o infante. Diante disso, a pesquisa objetivou empreender uma reflexão, dentro do viés psicanalítico, sobre a depressão infantil, correlacionando-a aos diferentes tempos da constituição psíquica. A metodologia utilizada para atingir o objetivo proposto centrou-se em uma pesquisa bibliográfica. Em um primeiro momento, realizou-se uma investigação das produções psicanalíticas sobre a infância, seguindo autores que localizaram a problemática da depressão no contexto inicial da constituição do sujeito psíquico, com o intuito de traçar linhas de tensão e concordância entre eles. Foram retomados autores como Melanie Klein, René Spitz, John Bowlby, Donald Winnicott, André Green, dentre outros. Em seguida, exploraram-se os diferentes tempos dos processos de constituição e as suas possíveis correlações com a depressão infantil. Dentre as obras utilizadas neste momento estão as produções de Sigmund Freud e Jacques Lacan, assim como as de psicanalistas contemporâneos, como Mauro Mendes Dias e Maria Rita Kehl. Por fim, problematizou-se o tema da depressão em crianças com a teoria freudiana do período de latência e do conceito de inibição. Para isso foi feito um diálogo com autores contemporâneos, que também contemplaram o assunto. Os resultados da pesquisa apontaram para a heterogeneidade com que as manifestações de sofrimento psíquico na infância, especificamente a depressão, podem ser compreendidas: ora enquanto um dado estrutural, que concerne ao desenvolvimento, ora enquanto afecção embasada nas relações primordiais do infante. Esses diferentes entendimentos têm muito a contribuir com os profissionais que se atêm ao cuidado à infância, uma vez que serve como uma alerta acerca da pressa em diagnosticar e também em medicar. Acreditamos, portanto, que a psicanálise, avessa às generalizações psicopatológicas, tem muito a contribuir na compreensão e discussão sobre a infância e na clínica voltada para esse tempo.

Palavras-chaves: Psicanálise. Depressão. Infância. Constituição Psíquica. Latência.

ABSTRACT

This research has as central theme a discussion about the possible impact of depression in children. Through the manifestations of psychological distress in childhood, we wonder about what is really at stake when we hear that a child has depression, mainly because we believe that this is in the psychic structuring process, which is a moment that reflects heterogeneous and significant changes to infant. Therefore, the research aimed to undertake a reflection, in the psychoanalytic bias on childhood depression, correlating it to different times of the psychic constitution. The methodology used to achieve the proposed objective focused on a literature research. At first, there was an investigation of psychoanalytic studies on children following authors pinpointed the problem of depression in the initial context of the constitution of the psychic subject, in order to disagreements lines and agreement between them. It was researched scholars as Melanie Klein, René Spitz, John Bowlby, Donald Winnicott, Andrew Green, among others. Then we explored the different times of the constitution process and its possible correlation with childhood depression. Among the works used at this time are the productions of Sigmund Freud and Jacques Lacan, as well as the contemporary psychoanalysts as Mauro Mendes Dias and Maria Rita Kehl. Finally, it was problematized the depression in children related to Freud's theory of the latency period and the concept of inhibition, for it was made a dialogue with contemporary authors who beheld the same subject. The survey results point to the heterogeneity that the manifestations of psychological distress in childhood, specifically depression, can be understood: sometimes as a given structural, concerning the development and sometimes as grounded disease in infant's relations with the environment and the characters that surround it. These different understandings have much to contribute to the professionals who sticks care to children, as it serves as a warning about the rush to diagnose and medicate also. We therefore believe that psychoanalysis, averse to psychopathological generalizations has much to contribute to the understanding and discussion of childhood and clinical toward that time.

Keywords: Psychoanalysis. Depression. Childhood. Psychic Constitution. Latency.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
1.1 Breves considerações sobre a psicanálise e o conceito de depressão.....	9
1.2 A psicanálise e o diagnóstico na infância: dimensões lógicas e cronológicas	11
1.3 A família e o sintoma da criança	14
1.4 Metodologia de pesquisa	15
2 A PSICANÁLISE E UM POSSÍVEL ESTATUTO DA DEPRESSÃO EM CRIANÇAS.....	17
2.1 Os primeiros estudos sobre a depressão na psicanálise e seus desdobramentos	17
2.2 Melanie Klein e a <i>posição depressiva</i> no desenvolvimento da criança	22
2.3 As crianças e as falhas ambientais: carências e ansiedades primárias nos estudos de Spitz e Bowlby sobre a depressão infantil	27
2.4 A depressão no trabalho de Donald Winnicott	32
2.5 O debate contemporâneo em Green e Golsse: considerações sobre a criança triste ...	35
3 OS DIFERENTES TEMPOS DO COMPLEXO DE ÉDIPO E A DEPRESSÃO EM CRIANÇAS	41
3.1 O estágio do espelho e a constituição do Eu	43
3.2 Sobre o primeiro tempo do complexo de Édipo e o agente materno	49
3.3 O segundo tempo do Édipo e a “posição depressiva”	56
4 DEPRESSÃO INFANTIL, LATÊNCIA E INIBIÇÃO.....	62
4.1 Considerações sobre a latência	67
4.2 Latência e fantasia: problematizando a depressão em crianças	70
4.3 O avesso diagnóstico: estaríamos diante de uma criança depressiva ou inibida?	74
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	79
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	83

1 INTRODUÇÃO

O presente estudo se constituiu a partir do desejo de pesquisa pelas possíveis incidências da depressão em crianças e de como o olhar psicanalítico poderia nos ajudar a compreender melhor o tema em questão. Sabe-se que a pesquisa e a produção de saber, em psicanálise, são constituídas a partir da sua indissociabilidade com a experiência clínica, conforme nos lembra Dunker (2008, p. 64): “essa relação entre psicanálise e pesquisa é uma relação inclusiva, ou seja, trata-se de pesquisa, ali onde se trata de psicanálise”. Assim, situa-se a proposta investigativa aqui delineada, a qual teve origem a partir da minha prática clínica em enfermagem pediátrica de um hospital universitário. Quando, por ocasião do início de minha atuação junto a crianças que se encontravam em situação de internação por motivos diversos, produziram-se uma série de questionamentos acerca do sofrimento psíquico ali observado. Muitas vezes, éramos convocados a pensar em quadros ditos depressivos, mas convinha indagar se eram sintomas pontuais, reativos à própria hospitalização, ou se possuíam relações com nuances mais intrínsecas da história da criança.

Alguns destes questionamentos ainda persistem, pois, enquanto clínica - além de mestranda - vou me permitindo indagar a origem dos problemas das crianças que chegam para tratamento no consultório, algumas destas trazidas pelos pais como possíveis pessoas depressivas. Afinal, mediante o saber psicanalítico, o que significa chamar uma criança de depressiva? Há espaço para tal nomeação? Existem sinais ou sintomas específicos de depressão? Sabemos que o campo médico formulou seus critérios diagnósticos para a afecção, mas a psicanálise não segue a mesma perspectiva, uma vez que indaga o sentido do sintoma do sujeito psíquico, priorizando as suas formações fantasmáticas.

Mediante os questionamentos realizados, destacamos a relevância deste estudo, pois, conforme evidencia Kehl (2011b), nas últimas décadas do século XX, o crescimento dos “distúrbios depressivos”, também na infância e na adolescência, passou a demandar uma maior compreensão acerca do tema. Dentro disso, a autora pontua que o importante no estudo das depressões, é compreender o ponto nodal que sustenta a gama de sintomas que se manifestam, principalmente pela via da palavra, uma vez que tais incidências também ressoam no funcionamento do corpo libidinal. Considera ainda que a depressão é uma modalidade contemporânea de sofrimento relacionada à perda de um lugar subjetivo junto à versão imaginária do Outro, questão de importância fundamental para situarmos o lugar da criança na cultura contemporânea e suas respectivas modalidades de sofrimento.

Neste sentido, levando-se em consideração o significante “depressão”, enquanto

um dos pilares de nossa pesquisa, e tendo em vista que a “depressão em crianças”, esta será abordada nos capítulos posteriores. Acreditamos ser válido trazer, em nível breve e introdutório, o que alguns psicanalistas consideram sobre o tema. Vejamos em seguida.

1.1 Breves considerações sobre a psicanálise e o conceito de depressão

No que diz respeito às elaborações de Freud, Coser (2003) destaca que este se utilizou do termo “depressão” em duas acepções: uma no *Projeto* de 1895, que considera depressão enquanto queda, redução de uma função psíquica relacionada a uma baixa no “fator Qn”; e a outra relacionada a um estado de sofrimento do psiquismo, parecido com o uso feito hoje, tema sobre o qual ele não se estendeu enquanto vivo.

No que tange aos escritos lacanianos (1973/2003), estes, por sua vez, abordam a depressão relacionando-a às paixões da alma, tendo como base a referência de antigos filósofos, como Platão e Aristóteles. Lacan (Ibidem) versa que a depressão é uma covardia moral, quando o sujeito recua frente ao seu desejo, sendo uma decisão sobre a perda de gozo fálico. As observações clínicas do autor demonstraram que os sintomas depressivos acompanham a maioria das estruturas psíquicas, manifestando-se, não apenas em neuróticos, como também em psicóticos. O sentimento depressivo, contudo, se apresenta de forma específica e diferenciada, em sua natureza e expressão, de acordo com a estruturação psíquica do sujeito.

Chemama (2007) também discorre sobre o uso do termo depressão e seus possíveis significados, cujos seriam bastante imprecisos, uma vez que conjuntem uma ampla gama de perturbações que não, necessariamente, possuem pontos em comum. O autor coloca que “esse diagnóstico é evocado tanto nos momentos de ansiedade quanto nos momentos de profundo sofrimento moral. Ele pode designar tanto um estado que dura há muito tempo, quanto uma reação às dificuldades da vida” (CHEMAMA, 2007, p. 22). Fleig (2007), no prefácio à obra de Chemama, caracteriza a depressão como a doença do desejo, constituída em torno de uma perda narcísica significativa, não sendo, contudo, de ordem estrutural - psicótica - como é a melancolia, mas sim sintomática, situando-a dentro do campo das neuroses.

Fédida (2009) coloca ainda que a experiência do deprimido diz respeito a uma sensação, até mesmo física, de aniquilamento. “O Pensamento, a ação e a linguagem parecem ter sido totalmente dominados por uma violência do vazio” (Ibidem, p. 9). Interesses e gostos se dão como desaparecidos, e a sensação é de incapacidade, quando se pensa em realizar

qualquer ação. O autor afirma se embasar na teoria de Freud, quando elabora suas considerações teóricas acerca do tema, e também faz um contraponto entre o olhar médico e o psicanalítico, para afirmar que o último corrobora com a compreensão do psiquismo, a partir da tentativa de manter no centro da experiência humana a função de uma negatividade – com a pulsão de morte, por exemplo – podendo, assim, prover um olhar diferenciado sobre a afecção. Esclarece ainda que a via clínica seria a única capaz de “esclarecer o que representa, para a vida psíquica, o aparecimento do estado depressivo” (Ibidem, p. 15).

Diante do exposto, devemos considerar, portanto, que a psicanálise não se utiliza da nosografia médica que diagnostica e circunscreve o quadro de depressão. Segundo esse referencial, a depressão é pensada, em articulação com as várias formas clínicas de sofrimento psíquico, o qual é compreendido, na sua relação intrínseca e fundamental com o sujeito, enquanto uma de suas formações inconscientes (LEITE, 2000).

Especificamente no caso da criança, em suas manifestações precoces de adoecimento, a psicanálise aborda a produção de sofrimento psíquico se atendo ao que lhe é mais fundamental: a sua relação com o Outro. O *O* maiúsculo designa não o aspecto físico de alguém, mas um conjunto de elementos constituintes da teia simbólica, na qual o humano se encontra imerso e que o determina antes mesmo de seu nascimento, pois a criança está presa “no universo simbólico de seus pais, tanto no âmbito individual deles, quanto a título da sociedade e da cultura a que pertencem” (CRESPIN, 2004, p. 22).

Neste contexto, Vorcaro (1999) anuncia que o objeto criança não pode ser pensado sem a estruturação operada pelo agente materno, pois a mãe, enquanto referência ao Outro primordial, outorga um lugar e uma significação ao bebê, o qual não tem outra saída, a não ser se alienar na sua condição de objeto. Nessa perspectiva, retomemos ainda as considerações de Flesler (2012), a qual aborda o *infans* nomeado por Lacan como *parlêtre*, expressão traduzida em português por “fala-a-ser”, a qual muito utilizaremos aqui, e que nomeia o que se perde no ser, quando este se encontra com o simbólico, com a palavra; encontro este que será responsável por inúmeras consequências que afetarão para sempre a sua vida e que farão parte, também, de suas incidências sintomatológicas.

Segundo Kehl (2009), quando pensamos a origem da depressão, vislumbramos um Outro materno que se porta de forma ansiosa e bastante solícita a todas às demandas do bebê, muitas vezes se precipitando a estas. Assim, o trabalho psíquico do *infans* – o qual tem qualquer desprazer rapidamente atendido – fica comprometido, principalmente no que se refere à representação da falta do objeto, resultando em uma rede imaginária pouco consistente.

Sendo assim, de posse dessas considerações preliminares e no intuito de produzir novos saberes sobre as possíveis incidências da depressão em crianças, podemos então nos interrogar: como a abordagem psicanalítica da constituição do sujeito psíquico pode nos ajudar a compreender melhor o assunto? Quais contribuições a psicanálise poderia oferecer para a prática clínica nestes casos? Tais considerações são fundamentais por dizerem respeito ao direcionamento clínico a ser assumido, sobretudo quando se trata de crianças, as quais correm o risco de entrar precocemente no mundo dos psicotrópicos, algumas vezes desnecessariamente. Pretendemos, portanto, contribuir para as clínicas pediátrica e pedopsiquiátrica e os seus respectivos cuidados com a infância.

Assim, para iniciar nossa discussão, consideramos que refletir acerca da depressão infantil implica ressaltar uma série de fatores que abrangem, não apenas a criança e as dimensões do seu processo constitutivo, mas toda a sua rede familiar e a cadeia simbólica em que está inserida. Faz-se necessário ainda, situar o lugar epistemológico do qual nos referimos, qual seja, a psicanálise e as considerações que esta faz sobre as definições diagnósticas, principalmente no que se refere ao tempo ímpar da infância.

1.2 A psicanálise e o diagnóstico na infância: dimensões lógicas e cronológicas

A psicanálise não restringe seu diagnóstico às especificidades sintomáticas, nem obedece a uma nosografia classificatória, pois pretende realizar um deslocamento em relação à noção de normalidade, preservando a singularidade de cada sujeito na compreensão do seu sintoma. Assim, o analista se atém à posição do sujeito frente ao dito, e na fantasia que o determina (LEITE, 2000). No caso dos infantes, a querela diagnóstica demanda ainda maior atenção, uma vez que a “incidência da morbidade sobre o desejo que a criança condensa constitui uma lesão que pode atingir a rede de significações nas quais a criança se estrutura em sujeito” (VORCARO, 2011, p. 227).

Dentro disso, situar o diagnóstico em psicanálise significa retomar uma série de questões epistemológicas, principalmente porque, diante desta teoria, a definição de um quadro clínico vem para nortear o tratamento e não para nomear o sujeito, tendo em vista que o preponderante é a verdade deste, e não um saber de origem externa a ele. Na infância, conforme situamos, o diagnóstico é mais ainda alvo de discussões, devido ao fato da constituição psíquica estar em andamento e, concomitantemente a esta, o próprio desenvolvimento em sua dimensão cronológica.

No que se refere à abordagem psicanalítica do tema do desenvolvimento infantil, ressalta-se o encontro do organismo com a linguagem como estruturante, facilitado através de um Outro primordial para a criança. A ideia prevalente de desenvolvimento correspondente à maturação biológica vai de encontro à conceituação psicanalítica acerca da constituição do sujeito. As concepções freudianas são contrárias ao evolucionismo naturalista, uma vez que a concepção maturacional do desenvolvimento é inadequada para nomear o que advém da psicanálise (BERNARDINO, 2006; FERREIRA, 2000).

O que Freud postula em sua teoria é um aparelho constituído de fraturas e incoerências, na dimensão da falta e da ruptura, e não um aparelho capaz de se fazer acabado com o passar do tempo. Diante disto, no tocante ao desenvolvimento do infante, o que se opera não é um simples automatismo biológico, mas sim um corpo que se organiza pelas marcas simbólicas que o bordejia e o afeta. Assim, reafirma-se que o que marca o ritmo do desenvolvimento é o desejo do Outro que opera sobre a criança através de seu discurso (JERUSALINSKY, 2007).

No tocante às considerações entre os diferentes tempos da constituição e do desenvolvimento, pensemos então as nuances diagnósticas no caso de crianças. Freud (1914/1969) determina que o diagnóstico se dá mediante a transferência, pois “a partir das reações exibidas na transferência, somos levados ao longo dos caminhos familiares até o despertar das lembranças, que aparecem sem dificuldade, por assim dizer, após a resistência ter sido superada” (Ibidem, p. 201). No que tange à psicanálise com crianças, nas quais o complexo edipiano está sendo vivido *in loco*, o estabelecimento da transferência sofre algumas consequências, conforme veremos adiante.

Mannoni (1987) afirma que, na análise infantil, existem diferentes transferências: a da analista, dos pais e do infante, pois “a criança doente faz parte de um mal-estar coletivo, sua doença é transporte de uma angústia dos pais” (Ibidem, p. 73). O que se tem, contudo, é um sujeito em constituição e completamente dependente do Outro, fenômeno que coloca o analista diante da necessidade de saber lidar, primeiramente, com a transferência advinda do casal parental, os quais serão preponderantes na direção do tratamento. Nessa perspectiva, o analista atua mediante transferências que se entrecruzam, pois ele se torna sujeito suposto saber para a criança, na medida em os pais dessa o outorgam esse lugar.

Petri (2008) destaca que, no tratamento de uma criança em vigência edipiana, a transferência, como mola mestra da conduta clínica, “impõe ao analista ocupar esse lugar de Outro para a criança, assumindo inicialmente o semblante de diferentes figuras de alteridade conforme cada um dos tempos da constituição” (Ibidem, p. 118).

A autora também exalta que, pelo fato da infância corresponder ao tempo da estruturação psíquica, todo o processo de estabelecimento de quadros diagnósticos passa por uma grande problematização. Sabe-se que o sujeito se constitui a partir da linguagem, conforme ressaltamos e, portanto, o discurso direcionado à criança passará a lhe constituir e lhe determinar. Desse modo, a convicção diagnóstica pode trazer muito mais limites do que possibilidades, correndo o risco de congelar o sujeito em uma determinada ordenação psíquica. Portanto, nenhuma descrição psicopatológica pode ocupar o lugar da experiência analítica, principalmente na clínica com crianças, em que o analista dispõe de algo além da transferência para configurar sua hipótese diagnóstica, ou seja, na relação da criança com o Outro e no discurso familiar que sinaliza o lugar que ocupa o infante na fantasia parental (PETRI, 2008).

Nessa perspectiva, Dunker (2008, p. 122-3) propõe ainda uma relevante discussão, a qual tem por base a seguinte linha de pensamento:

Fechar a noção de estrutura clínica na teoria da constituição do sujeito é esquecer que a clínica é uma experiência aberta e que, como tal, deveria estar em condições de criticar e fazer objeção à teoria de onde procede. [...] Entendo que é preciso retomar o sentido mais amplo, e quiçá mais estrutural, da noção de clínica. Trata-se de reintroduzir o problema diagnóstico para além da decisão da estrutura, desdobrar o campo semiológico para além da oposição entre significante e gozo e, finalmente, incluir os efeitos terapêuticos – principalmente seus fracassos – na mesma escala de ponderação do raciocínio etiológico baseado na teoria da constituição do sujeito.

Desta forma, o autor destaca que a estrutura não funciona como um *a priori* transcendental, uma vez que a experiência clínica nos mostra que, além dos modos de negatividade, devemos levar em consideração as divisões, alienações e separações do sujeito na sua relação com a linguagem, pois nem tudo consegue ser, desde o início, irreduzível à teoria da constituição do sujeito. É, sobretudo, mediante um pensar clínico diferenciado, que buscaremos refletir durante todo este estudo acerca do que vem sendo nomeado de depressão na infância. Isto porque, ao longo da definição de nosso objeto de pesquisa, nos deparamos com muitas dificuldades para nomear o que poderia ser assim chamado de depressão em crianças. Porém, motivadas pela questão, decidimos retomar diferentes perspectivas e modelos teóricos dentro do movimento psicanalítico, principalmente no que se refere às primeiras experiências do *infans* no complexo familiar, em prol de compreender as formas de sofrimento psíquico na infância, em particular aquelas possivelmente relacionadas à depressão.

1.3 A família e o sintoma da criança

A abordagem psicanalítica, estruturada por Freud, coloca os representantes das figuras materna e paterna em um dos pontos nodais na etiologia das neuroses; fato bastante retomado e expandido por Lacan, o qual exalta as funções materna e paterna nas suas respectivas incidências na constituição da estrutura do sujeito psíquico. Uma vez que nesta pesquisa abordaremos a criança e as suas formações patológicas, faz-se crucial demarcar o lugar outorgado por Freud e Lacan à dimensão do familiar.

Nos “Três ensaios”, em 1905, Freud já explicava como a infância se configurava em um tempo diferenciado para a retenção de impressões psíquicas:

Por outro lado, devemos supor, ou podemos nos convencer mediante um exame psicológico de outras pessoas, de que as mesmas impressões que esquecemos deixaram, não obstante, os mais profundos traços em nossas mentes e tiveram um efeito determinante sobre a totalidade de nosso desenvolvimento subsequente. Portanto, não há que se falar de qualquer abolição real das impressões da infância, mas antes de uma amnésia semelhante àquela que os neuróticos exibem e relação a eventos ulteriores, e cuja essência consiste em simplesmente afastar essas impressões da consciência, ou seja, em reprimi-las. Mas quais são as forças que provocam esta repressão das impressões da infância? (FREUD, 1905/1972, 178-9).

Tais traços determinantes a que Freud (1905/1972) se refere dizem respeito às marcas provenientes das relações inaugurais do bebê com o mundo exterior, o qual lhe é apresentado por meio de um semelhante, que dele detém todos os cuidados. A partir daí, se inicia o seu processo de constituição, sendo estas experiências iniciais preponderantes para o desenvolvimento posterior.

Lacan (1969/2003) discorre sobre o sintoma da criança e de como este vem para responder ao sintoma da família. Também tece articulações deste com a subjetividade materna, afirmando que, sem uma interdição, função assegurada pelo agente paterno, a criança pode ficar presa a todas as capturas fantasmáticas da mãe, respondendo a isso de forma adoecida. Assim, tomada como objeto da mãe, a criança não tem destino outro que não anunciar a verdade desse objeto. Então, acaba por satisfazer o modo de falta específico do desejo materno, alienando em si o acesso da mãe a sua própria verdade.

Mannoni (1982) versa que, por trás do sintoma de uma criança, é comum que percebamos uma certa “desordem familiar” (Ibidem, p. 70). Para a autora, o que se torna danoso ao sujeito é quando os pais se negam a visualizar o que não está indo bem e, portanto, não falam sobre isso:

Não é tanto o confronto da criança com uma verdade penosa que é traumatizante, mas o seu confronto com a ‘mentira’ do adulto (vale dizer, o seu fantasma). No seu

sintoma, é exatamente essa mentira que ele presentifica. O que lhe faz mal não é tanto a situação real quanto aquilo que, nessa situação, não foi claramente verbalizado. É o *não-dito* que assume aqui um certo relevo (MANNONI, 1982, p. 70).

Diante disso, Mannoni (Ibidem) destaca que, ao buscar compreender o sintoma da criança, ela detém a atenção no discurso parental, principalmente no que se refere à mãe, pois compreende que a posição do pai dependerá da forma como esta o apresentará para a criança. Tais fatores são preponderantes, no que diz respeito à forma como a criança vai encerrar o seu Édipo, chegando ou não em processos bem sucedidos de sublimação.

Aubry (1970-71/2004), a respeito do lugar da criança na família, coloca também que cada sujeito ocupa uma função no interior das teias familiares, seja para sua manutenção, continuidade e/ou estabilidade. A autora retoma Lacan (1957-58/1999) para falar que o casal parental valoriza uma transmissão que diz respeito à constituição subjetiva, na qual há uma relação com um desejo que não é anônimo:

Da mãe, uma vez que seus cuidados trazem a marca de um interesse particular, ainda que o fosse pela via de suas próprias falhas.
Do pai, uma vez que seu nome é o vetor de uma encarnação da lei no desejo.
O termo lei não deve ser tomado no sentido de preceito, comando imposto do exterior, mas no sentido de esquema organizador de uma ordem que é a ordem simbólica, estruturada pela linguagem, na qual todo ser humano está primeiramente preso em seu ser. (AUBRY, 1970-71/2004, p. 274).

Assim, preso nesta ordem simbólica que o precede, o inconsciente do filho será sempre estruturado a partir do discurso da mãe, e também do pai, os quais transmitem a fala de um coletivo cultural. Tramita-se aí o complexo edipiano, cujo será peça nodal para os desdobramentos psíquicos do sujeito.

1.4 Metodologia de pesquisa

A guisa do exposto, a presente dissertação, amparada no referencial psicanalítico, teve como principais objetos de estudo a infância e as suas possíveis incidências psicopatológicas, especificamente na modalidade depressiva. Formulamos nossa hipótese a partir do seguinte questionamento: quais contribuições a psicanálise poderia oferecer para uma melhor compreensão acerca da depressão em crianças? Diante disso, o trabalho objetiva empreender uma reflexão sobre a depressão infantil, correlacionando-a aos diferentes tempos da constituição psíquica. Quanto aos objetivos específicos, estes visam investigar, primeiramente, as produções psicanalíticas que abordaram o tema da depressão em crianças;

compreender o processo de constituição do sujeito psíquico, a partir do estágio do espelho e do primeiro tempo do complexo do Édipo, focando a relação do agente materno com o *infans*; analisar e discutir o segundo tempo do complexo de Édipo nas suas correlações com o desencadeamento da depressão infantil, assim como, tecer possíveis associações do último com a fase da latência e o conceito de inibição; contribuir para as considerações, no âmbito psicanalítico, acerca do diagnóstico e da direção do tratamento nos casos em que se observa a possibilidade da incidência da depressão em crianças.

Com base nos objetivos propostos acima, esta pesquisa foi organizada em três capítulos. No primeiro, investigaram-se autores com produções psicanalíticas na área da infância e que localizaram a problemática da depressão no contexto inicial da constituição do sujeito psíquico, na tentativa de traçar correlações e contrapontos entre os mesmos. Neste momento, fizemos um retorno aos primeiros estudos psicanalíticos acerca da depressão e os seus respectivos desdobramentos. Na sequência retomamos alguns dos grandes expoentes psicanalíticos no estudo sobre a infância e suas incidências psicopatológicas: Melanie Klein, John Bowlby, René Spitz, Donald Winnicott, Andre Green, dentre outros.

No segundo capítulo, nos dedicamos à análise dos diferentes tempos da constituição do sujeito psíquico, trabalhando as operações do estágio do espelho, alienação e separação, e complexo de Édipo. As considerações deste capítulo se embasaram, principalmente, na teoria lacaniana, a qual foi pensada em associação com uma diferente abordagem da depressão formulada por Mauro Mendes e Maria Rita Kehl.

No terceiro e último capítulo, o tema da depressão em crianças foi problematizado a partir da teoria freudiana sobre o período de latência e do conceito de inibição, em diálogo com autores contemporâneos. Nesta parte tecemos considerações acerca da relação da depressão infantil com o complexo de castração, tema que envolveu a retomada de conceitos angulares como os de angústia e fantasia. Em um momento final deste capítulo, refletimos acerca da clínica psicanalítica com crianças, levando em consideração as implicações da contemporaneidade nas suas formações inconscientes.

2 A PSICANÁLISE E UM POSSÍVEL ESTATUTO DA DEPRESSÃO EM CRIANÇAS

Definir o estatuto da depressão em crianças, sob a ótica da psicanálise, faz parte de uma empreitada que demanda a passagem por autores com diferentes perspectivas dentro deste campo teórico. A literatura sobre o tema não possui uma unidade conceitual e, por isso, requer do pesquisador um cuidado especial, objetivando traçar um fio condutor para uma melhor compreensão da temática.

Os psicanalistas retomados neste capítulo foram escolhidos por localizarem a problemática da depressão no contexto inicial da constituição do sujeito psíquico. Trata-se aqui, portanto, de uma breve retomada de autores de diferentes perspectivas no campo psicanalítico e da tentativa de traçar linhas de tensão e concordâncias entre os mesmos, cujo foco é compreender melhor a criança em constituição e sua modalidade depressiva de sofrimento psíquico.

Percebe-se no século XX um significativo aumento do interesse pelo tema da “depressão”, o que também implicou em uma maior complexidade na sua abordagem. Kuperwajs (2010) destaca que, nesse período, a presença da psicanálise nas considerações sobre o tema está mais relacionada à utilização do texto *Luto e Melancolia* (1915[1917]/2006) e às construções kleinianas sobre a posição esquizo-paranóide e a posição depressiva. A autora aponta ainda que o campo psicanalítico, em sua abordagem teórica e clínica, teria relegado a depressão da criança a um segundo plano, considerando que as etapas da sua personalidade ainda estavam em desenvolvimento. Deste modo, o presente trabalho, como anteriormente anunciado, visa pensar, seguindo as indicações psicanalíticas, possíveis especificidades do fenômeno da depressão na infância, revisando inicialmente a literatura psicanalítica sobre o tema da depressão.

2.1 Os primeiros estudos sobre a depressão na psicanálise e seus desdobramentos

Seguindo as indicações de Coser (2003), pode-se afirmar que o pai da psicanálise não alocou a depressão em uma categoria específica e nem destinou um lugar na sua obra à “depressão em crianças”. No entanto, fez menção a uma “depressão periódica”, no Rascunho B de 1893, quando examinava os diferentes tipos de *neuroses de angústia*. Para Freud (1893/1987), tais neuroses surgiriam de duas maneiras: em estado crônico e em ataque de angústia, formas estas que podem se combinar facilmente, estando a última sempre associada a sintomas crônicos. Por sintomas crônicos, o psicanalista refere: hipocondria, angústia em

relação ao funcionamento corporal e, por fim, a relaciona com as decisões e a memória. Alguns parágrafos após iniciar sua análise, Freud afirma que deve “examinar a *depressão periódica*, um ataque de angústia com duração de semanas ou meses, como uma terceira forma de neurose de angústia” (FREUD, 1893/1987, p. 205). Freud (1893/1987) contrasta tal depressão com a melancolia, destacando que a primeira tem preponderantemente uma ligação racional com um trauma psíquico, cujo seria a sua causa precipitante. A depressão periódica, por sua vez, se diferenciaria da melancolia na medida em que não é acompanhada por uma “anestesia sexual psíquica” (FREUD, 1893/1987, p. 205).

Coser (2003) versa que, na totalidade da obra freudiana, a depressão aparece com duas conotações: uma que se refere à noção de queda, insuficiência da libidinização, que demarcaria uma baixa no “Fator Qn”, mencionado no *Projeto* de 1895; e a outra, mostrada acima, está relacionada ao sofrimento psíquico, viés o qual não se aprofundou naquele momento.

Em *Luto e Melancolia*, Freud (1915[1917]/2006) cita o termo “depressão” poucas vezes e em referência a esta como uma das características do melancólico, comparando, inclusive, a descarga energética da mania em seu “total contraste com a depressão e a inibição da melancolia” (FREUD, 1917/2006, p. 113). Sabemos que esta obra foi elaborada em uma tentativa de trazer, para a enseada psicanalítica, a investigação da psicose batizada por Kraepelin em 1883 de “maníaco-depressiva” (KEHL, 2011a). No entanto, Freud (1915[1917]/2006) abandona tal terminologia e designa suas investigações sobre o conceito de “melancolia”. Nesta obra, acompanhamos a formulação de que o trabalho do luto está vinculado a uma perda o objeto de amor enquanto a melancolia estaria vinculada a uma identificação com o objeto perdido.

Nesse contexto, é imprescindível nos atentarmos ao que Freud indica em *Luto e Melancolia* (1915[1917]/2006) acerca dos destinos das perdas, pois estas fazem parte da compreensão acerca da depressão, e mais ainda especificamente, da depressão infantil. Gostaríamos de destacar, portanto, que o sujeito enlutado está diante de uma dupla tarefa: reconhecer ter perdido alguém que amava e reconhecer que, nesta perda, ele perde também algo (relativo a um ideal) que estava neste alguém. A melancolia, por sua vez, representaria um trabalho do luto que não avança (FREUD, 1915[1917]/2006).

Na melancolia, o eu é que se vê ameaçado pela perda, o que não ocorre no luto. Haveria, então, um vínculo objetal peculiar e contraditório: uma forte fixação ao objeto libidinal e uma fraca ligação ao objeto, enquanto oposto ao sujeito. O laço entre sujeito e objeto é de natureza narcísica. Freud (1915[1917]/2006) formula, nessa direção, três

condições determinantes da melancolia: a perda do objeto, a ambivalência e a regressão libidinal da escolha objetual para o narcisismo original.

Para melhor compreendermos o *pólo depressivo* do melancólico, faz-se necessário situar as ideias elaboradas na obra freudiana: *Introdução ao Narcisismo* (1914). Dentre estas, a afirmação de que o autoerotismo precede o narcisismo. Kehl (2011a) conduz uma rica análise sobre as considerações feitas em ambos os textos e exalta que o autoerotismo faz parte dos modos de satisfação da libido do eu. A criança, por sua vez, não se desenvolve sozinha e “a mãe ou um substituto seu representam para a criança esse Outro superpoderoso que também haverá de comparecer, *de forma negativa*, na origem das melancolias” (KEHL, 2011a, p. 16). Principalmente, levamos em consideração que é esta mãe quem erotiza, com seus cuidados, o corpo do bebê, conduzindo-o no estabelecimento dos caminhos de satisfação pulsional que ele irá, posteriormente, trilhar por conta própria.

É na diferenciação entre autoerotismo e narcisismo do eu, quando o *infans* se identifica ao objeto privilegiado que ele representa frente ao amor narcísico dos seus pais, que será estabelecida a base para a unificação do ego freudiano, fonte de investimento pulsional. Têm-se aí, portanto, um ponto da constituição psíquica a qual Freud, em 1915, se utilizará para encontrar a relação narcísica com um objeto que frustra e marca a estrutura do melancólico (KEHL, 2011a):

Na obra freudiana, a retomada da ênfase sobre a questão do narcisismo amadurece exatamente em *Luto e Melancolia*. A falha na constituição do narcisismo primário estabelece uma distinção entre a “neurose narcísica” da melancolia e o sofrimento que caracteriza o trabalho de luto. O trabalho psíquico empreendido pelo enlutado, embora empobreça o ego e torne o sujeito inapetente para quaisquer outros investimentos libidinais, pode ser considerado um trabalho da ordem da saúde psíquica. É um trabalho de paulatino *desligamento* da libido em relação ao objeto de prazer e satisfação narcísica que o ego perdeu, por morte ou abandono (KEHL, 2011a, p. 18).

Compreendemos, desse modo, que o que distingue luto e melancolia seria, então, a perturbação do sentimento de si no último, pois haveria uma perda concernente ao eu, o que remete ao narcisismo. Especificamente no que tange à melancolia, Freud (1915[1917]/2006) ainda versa que esta possui uma contrapartida à excessiva dor: a mania. O estado maníaco não, necessariamente, determina o fim da melancolia, mas faz parte de um outro “polo dessa ‘loucura cíclica’ a que hoje a psiquiatria chama de depressão *bipolar*” (KEHL, 2011a, p. 21).

Embora o significante “depressão” não apareça com certa frequência no complexo das obras freudianas, não podemos deixar de absorver as consistentes contribuições de Freud, no que diz respeito aos destinos da dor e da perda. É importante, também, destacar outro autor

contemporâneo a Freud: Karl Abraham (1887-1925), o qual estava em constantes diálogos com o pai da psicanálise e que produziu textos extremamente ricos, alguns dos quais até antecederam a produção freudiana. Dentre eles está o material sobre a afecção *maníaco-depressiva*.

Alguns anos antes da publicação de “Luto e Melancolia” (1915[1917]), Abraham escrevera um texto chamado “Notas sobre a investigação e o tratamento psicanalíticos da psicose maníaco-depressiva e estados afins” (1911/1970), o qual demonstra a relação entre as discussões teórico-clínicas que os autores possuíam. Abraham (1911/1970) inicia seu escrito, constatando a ausência de uma atenção psicanalítica pormenorizada acerca dos estados depressivos, em contrapartida aos estados de ansiedade mórbida, os quais muito havia detido a atenção dos estudiosos, e ainda ressalta: “Sem embargo, o sentimento de depressão se acha tão amplamente difundido entre todas as formas de neuroses e psicoses quanto o da ansiedade” (Ibidem, p. 32).

O autor se refere aos primeiros resultados das pesquisas freudianas, quando o pai da psicanálise elaborara que a ansiedade neurótica advinha da repressão sexual e que isto a diferenciava do medo comum. Isto para exemplificar que, da mesma maneira, se distinguia também o sentimento de tristeza e a depressão neurótica, uma vez que a última teria uma motivação inconsciente e em consequência da repressão. Nas palavras de Abraham (1911/1970, p. 32-3):

A ansiedade e a depressão acham-se relacionadas entre si da mesma maneira que o estão o medo e o pesar. Tememos um mal que se aproxima; contrastamo-nos por um outro que já ocorreu. Um neurótico entrará em ansiedade quando seu instinto se esforça por obter uma satisfação que a repressão o impede de atingir; a depressão se estabelece quando ele tem de abandonar o seu objetivo sexual sem haver obtido satisfação. Sente-se amado e incapaz de amar e, dessa maneira, desespera-se quanto à vida e ao futuro. Este sentimento perdura até que sua causa deixe de operar, seja através de alteração real na situação, seja através de modificação psicológica das ideias desagradáveis com as quais se defronta. Todo estado neurótico de depressão, tal como todo estado de ansiedade, com o qual se acha estritamente relacionado, contém uma tendência a negar a vida.

O autor encerra estas observações afirmando não haver muita novidade no que fora dito para aqueles que já acompanhariam os escritos freudianos acerca das neuroses. No entanto, ressalta que o sentimento de depressão nas psicoses ainda precisa de investigações mais consistentes. Trata-se de uma tarefa bastante complexa, uma vez que haveria um curso cíclico, onde se alternariam os estados maníacos e melancólicos.

Em suas observações clínicas, Abraham (1911/1970) elenca as semelhanças estruturais entre a psicose depressiva e a neurose obsessiva. Nos casos mais graves da última,

a libido estaria impedida de se desenvolver normalmente, pois as duas tendências de amor e ódio ficariam interferindo, continuamente, uma na outra. Tal fato resultaria em uma atitude hostil para com o mundo externo, reduzindo a capacidade de amar do indivíduo. A sua energia também ficaria enfraquecida pela depressão de seu ódio, ou seja, depressão do componente sádico da sua libido, cujo seria muito forte.

Segundo Martins (2002), ao retomar o tema da depressão em 1924, desde então diferenciando as formas de depressão na psicose e na neurose, Abraham colocará em destaque as questões relativas à problemática identificatória e às relações precoces da criança com a mãe. Se no texto de 1911, a psicose maníaco-depressiva ou a melancolia fora pensada como consequência do sadismo ou do ódio reprimido. Neste texto de 1924, o psicanalista detalha a sua hipótese e “distingue os desapontamentos na relação com a mãe, no período inicial da vida psíquica daqueles que ocorrem durante ou depois do Édipo” (Ibidem, p. 54). Aqui, como também afirma Martins (2002), Abraham estava preocupado “em traçar o quadro de depressão primária da infância, precursora tanto da mania quanto da melancolia” (Ibidem, p. 54).

Abraham já considerava, em 1911, que o aspecto principal da depressão é a inibição mental, que dificulta a relação do paciente com o mundo exterior; haveria também uma forte inibição, com uma tendência de “negação da vida” (Ibidem, p. 42). Tais aspectos, principalmente referentes à inibição, serão retomados em capítulos posteriores, tendo em vista que foram também abordados por outros autores, como Kuperwajs (2010), e relacionados à depressão infantil.

As produções teórico-clínicas de Abraham introduziram a clínica freudiana no campo da psiquiatria, transformando o tratamento das psicoses, esquizofrenia e psicose maníaco-depressiva (ROUDINESCO; PLON, 1998). As suas investigações, pioneiras e extremamente minuciosas, enfatizaram os pontos de fixação e da regressão temporal da libido no estudo das psicopatologias, assim como procuravam sempre relacionar os estágios do desenvolvimento psicosexual às explicações clínicas, destacando, já em 1911, uma diferença entre as perdas reais (terreno do pesar e do medo) e as pulsionais, antecipando, deste modo, algumas das considerações que serão sistematizadas por Freud em 1915 [1916] (COSER, 2003; MARTINS, 2002). Nesse contexto, ressaltamos que Abraham também produziu uma teoria dos estádios da organização sexual, destacando o lugar das perdas para as formas de identificações arcaicas, as quais serviram de inspiração para a produção teórica de Melanie Klein, cujas contribuições serão analisadas adiante.

No que tange, especificamente, ao nosso objeto de estudo (depressão em crianças) há uma relativa escassez literária no sentido de uma possível definição do tema. Kuperwajs (2010) versa que Freud se referiu à angústia da criança frente à ameaça de perder o amor de seus pais, especificamente o da mãe, situando um luto a ser realizado frente à separação do Outro materno. A autora retoma a obra de 1926, “Inibição, sintoma e angústia”, para situar que a depressão não está ao lado do sintoma enquanto formação inconsciente, mas sim que estaria relacionada a uma desaparecimento do desejo, uma inibição: “Cuando el sujeto no logra desinvertir el objeto, subjetivar esa perdida, sufre efectos depresivos y desinterés por el mundo, al modo de una inhibición” (KUPERWAJS, 2010, p. 127).

A autora recorda também, que em “O mal estar na civilização” (1930) há uma referência em relação à queda da repressão paterna e um respectivo aumento nas exigências sociais, conduzindo assim uma sensação de esgotamento dos sujeitos. Em síntese, ela finaliza afirmando que Freud localiza a experiência depressiva, porém, não a eleva enquanto um conceito de um tipo clínico particular. Assim, em virtude do que fora exposto e nos remetendo à depressão em crianças, iremos retomar alguns autores pós-freudianos, que se detiveram a infância, e que abordaram a perspectiva da “depressão” dentro de diferentes óticas.

Marcelli e Cohen (2010) afirmam que a possibilidade de um episódio depressivo na infância “não deixa mais nenhuma dúvida” (Ibidem, p. 333), porém, questionam o estatuto da “doença depressiva” (Ibidem, p. 333) em crianças, tal como apresentada no adulto. Destacam a existência de diferenças teóricas referentes à “posição depressiva”, tal como apresentada por Melanie Klein, e o reconhecimento e a descrição de uma “depressão” em uma criança específica. Os autores versam que o conceito “depressivo” assumiu um lugar no próprio processo de desenvolvimento da criança, e que este lugar vem sendo tomado por uma noção clínica que envolve uma concepção patológica. Deter-nos-emos, inicialmente, no conceito de depressão e nas suas correlações com o processo de constituição da criança para, posteriormente, analisarmos o seu viés, enquanto psicopatologia.

2.2 Melanie Klein e a *posição depressiva* no desenvolvimento da criança

Em meados dos anos 60, a depressão na infância precoce fez surgir grandes debates. Como afirma Kuperwajs (2010), Melanie Klein fez da depressão um conceito concernente às *posições* essenciais da relação do sujeito com o outro materno, apoiando grande parte de sua teoria nesta prerrogativa.

O conceito de *posições*, inicialmente elaborado em 1934, modificou significativamente o ponto de vista de Melanie Klein. Klein introduziu o conceito já no contexto de uma discussão sobre o tema da depressão, durante sua conferência intitulada “Uma contribuição à psicogênese dos estados depressivos”. Sobre tal conceito, Roudinesco e Plon (1998) afirmam que, desde os trabalhos iniciais de Klein, a autora optou por não utilizar a palavra inglesa *phase*, que indica estágio ou fase, preferindo o termo “posição”. Os autores destacam que a palavra *phase* faz referência a uma temporalidade definida em começo e fim, enquanto “posição” indica um estado que se inicia em um determinado momento de vida do sujeito e que pode vir a se repetir posteriormente, em certas etapas da vida. Mencionam ainda que tal termo exprime a ideia de que a criança muda de atitude ou modifica sua posição na relação de objeto.

Segundo Roudinesco e Plon (1998, p. 594), ideia de posição depressiva foi introduzida para:

Designar uma modalidade da relação de objeto consecutiva a uma posição persecutória (ou paranoide). Esta intervém durante o quarto mês de vida e vai sendo superada ao longo da infância, sendo depois reativada, durante a vida adulta, no luto ou, de maneira mais grave, nos estados depressivos.

Em outras palavras, a posição depressiva ilustra as relações entre as formas de funcionamento dos quadros psicopatológicos com os processos de desenvolvimento da criança. Todavia, antes de considerarmos mais detalhadamente a definição kleiniana de posição depressiva, serão retomados alguns aspectos do seu sistema de pensamento.

Klein (1975) versa sobre o desenvolvimento e a situação emocional do bebê, considerando o seu primeiro objeto de amor e ódio: a mãe. O amor à mãe se inicia desde o momento em que esta satisfaz suas necessidades básicas e iniciais, aliviando sua sensação de fome e olhe oferecendo “o prazer sensual que experimenta quando sua boca é estimulada pelo sugar do seio” (Ibidem, p. 83). Por outro lado, quando o bebê sente fome e suas vontades não são gratificadas, ou quando sente desconforto físico, então todo o seu sentimento de amor se modifica e são despertados ódio e sentimentos agressivos em relação ao objeto. Sendo assim, os sentimentos de ódio e agressão acabam por originar, no bebê, estados excessivamente penosos, tais como sufocação e falta de ar, experimentados por ele como sendo destrutivos ao seu corpo, fato que faz a sensação de infelicidade ser intensificada. Conforme a autora:

O bebê, para quem a mãe é antes de tudo apenas um objeto que satisfaz a todos os seus desejos – um seio bom, por assim dizer – começa em pouco a corresponder a essas gratificações e aos seus cuidados através de crescentes sentimentos de amor

para com ela como pessoa. Mas este primeiro amor já está perturbado em suas raízes por impulsos destrutivos. Amor e ódio lutam entre si na mente do bebê; e essa luta persiste, até certo ponto, durante toda a vida, podendo tornar-se uma fonte de perigo nos relacionamentos humanos (KLEIN, 1975, p. 85).

Klein (1975) destaca com isso que os sentimentos e impulsos do bebê são acompanhados por atividades mentais de ordem bastante primitiva. Assim, precocemente, são tecidas fantasias e imaginações. Estas primeiras formas de fantasiar fazem com que o bebê imagine uma gratificação que lhe falta, assim como, também existem fantasias destrutivas que acompanham a frustração e os sentimentos de ódio.

Nessa perspectiva, Klein propõe que, desde o nascimento, já existe ego suficientemente capaz de sentir ansiedade, usar mecanismos de defesa e tecer relações primitivas de objeto, tanto na fantasia, quanto na realidade. Para a autora, este ego primitivo ainda se configura de forma bastante desorganizada, embora possua, desde os primórdios, uma tendência a se integrar (SEGAL, 1975).

Desde o nascimento, já são sentidas as ansiedades provocadas pela polaridade inata dos instintos – de vida e de morte. Há também um forte sadismo contra o peito, objeto parcial através do qual se estabelecem as primeiras relações do bebê. Baseado nisto, destaca-se um desenvolvimento regulado basicamente por mecanismos de projeção e introjeção. Assim, o ego tenderia a introjetar objetos bons e maus, sendo o peito materno o seu protótipo (SIMON, 1986).

O peito ‘mau’ não o é apenas por ser frustrador, mas porque também a criança projeta nele sua própria agressividade. Essas figuras distorcidas dos objetos reais estão no exterior, e, por incorporação, também dentro do ego. O bebê vive angústias relacionadas aos maus objetos sentidos como perseguidores internos e externos. O ‘mau’ é sempre sentido como uma multidão de inimigos. [...] Desse relacionamento persecutório emerge, como *angústia básica* da posição paranoide, o medo de ser destruído (SIMON, 1986, p. 71).

As angústias preponderantes das primeiras experiências do bebê, acima exemplificadas, configuram o que Melanie Klein nomeia por posição “esquizo-paranoide”. A nomenclatura se deve ao fato da ansiedade predominante ser a paranoide, e também devido ao estado característico de divisão do ego e o de seus objetos. O bebê se encontra em uma constante ansiedade de aniquilação, para isso, desenvolve uma série de mecanismos de defesa, tal como mencionados, as projeções e introjeções (SEGAL, 1975).

Klein (1997), por sua vez, afirma que existe um número variado de doenças psiconeuróticas, que podem ser vislumbradas como tentativas mal sucedidas de controlar a ansiedade. A autora retoma uma passagem freudiana que menciona a fragilidade do ego

diante das instâncias as quais tem que servir, para ressaltar a sua veracidade, principalmente, no que concerne “ao ego fraco e imaturo da criança pequena, cuja principal tarefa é dominar a pressão da ansiedade sob a qual se encontra” (KLEIN, 1997, p. 196).

No que tange ao desenvolvimento normal, Klein versa que a posição esquizo-paranóide é caracterizada na divisão entre os objetos bons e maus, e entre o ego que ama e o que odeia, divisão na qual as experiências boas predominam sobre as más. Sendo assim, a partir do momento em que as experiências boas são preponderantes, se estabelece uma condição necessária para que haja integração dos estádios posteriores do desenvolvimento. Deste modo, dentro das condições favoráveis, o bebê acabará sentindo que, cada vez mais, o seu objeto ideal e os seus impulsos libidinais são mais fortes do que objetos e impulsos maus. A partir disso, e em virtude do seu desenvolvimento fisiológico e do seu ego, o bebê se sentirá cada vez mais forte e capaz de defender a si e ao seu objeto ideal (SEGAL, 1975).

Tais considerações sobre a posição esquizo-paranóide são importantes para que se compreenda o estágio que a sucede, chamado de “posição depressiva”, que se dá a partir de um aumento da capacidade de síntese do ego. Klein (1969) versa que, no segundo trimestre do primeiro ano de vida, há uma redução da ansiedade persecutória, e o advento de uma ansiedade de cunho depressivo, tendo em vista a maior capacidade egóica para integrar os seus objetos. Tristeza e culpa passam a ser sentimentos preponderantes, uma vez que existem danos causados nas fantasias do bebê quando ele começa a sintetizar amor e ódio em um mesmo objeto.

O mais interessante, entretanto, é que, embora dotadas de sentimentos persecutórios, ansiogênicos e depressivos, ambas as *posições* descritas por Klein constituem fases do desenvolvimento dito normal e são importantes para a constituição da criança. Outro destaque que podemos dar às considerações kleinianas, diz respeito ao curso e resultado do desenvolvimento, por serem expressos a partir das relações de objeto internas do infante. A autora centraliza e evidencia a posição depressiva no desenvolvimento da criança, pois é a partir da internalização do objeto bom, que dependem tanto a sua saúde mental, quando a sua capacidade de amar (KLEIN, 1935/1996).

Neste período, portanto, a mãe perde aos olhos do infante a sua capacidade absoluta de proteção e autoridade, e o sentimento depressivo vem justamente do movimento dúbio da relativa decepção com o objeto materno e também da melhor percepção de sua individualidade, sinônimo também de uma maior fraqueza. Contudo, ao se desenvolver de forma positiva, a criança tende a enfrentar o sofrimento decorrente da posição depressiva e, mediante processos de reparação – ligados ao deslocamento e à sublimação – tenta restaurar e

cuidar do objeto bom para que este não sofra com seus ataques sádicos. “Reconhecer a mãe como uma pessoa total significa também reconhecê-la como um indivíduo que leva vida própria e que tem relações com outras pessoas. O bebê descobre seu desamparo, sua completa dependência e seu ciúme de outras pessoas” (SEGAL, 1975, p. 81).

Cintra e Figueiredo (2010) destacam ainda que, em 1935, Melanie Klein considerava a existência não apenas da posição depressiva, mas também de uma maníaca e outra obsessiva. Posteriormente, sugerem os autores, Klein agrupou as três posições em uma só: na posição depressiva, afirmando que, nas três, a angústia era a mesma: a de perder o objeto bom introjetado, e que as defesas maníacas e obsessivas eram formas de lidar com a mesma angústia, enquanto a capacidade de uma reparação autêntica não estivesse devidamente instalada. Nas palavras dos autores:

O aprofundamento da ideia de uma posição depressiva que abrangia os principais conflitos da vida psíquica infantil levou Melanie Klein a estabelecer relação entre essa posição e os processos de luto normal e anormal e os estados maníaco-depressivos [...]. A elaboração bem-sucedida da posição depressiva envolve, como vimos, a unificação do amor e do ódio que a criança sente em relação aos pais e às outras pessoas significativas de sua infância, vale dizer, a capacidade de conviver com e – de uma certa forma – ‘superar a ambivalência’ (sem nunca, porém, eliminá-la de todo) (CINTRA; FIGUEIREDO, 2010, p. 91).

É a partir da posição depressiva, portanto, que o bebê vai aprender a lidar com a ambivalência, pois nesta fase ele já é capaz de lembrar e reter o amor pelo objeto bom, mesmo quando o está odiando. Segal (1975) versa que, na linguagem kleiniana, a criança lembra que amou e ainda ama sua mãe, ao mesmo tempo em que sente que a devorou ou a destruiu, acreditando que ela não está mais disponível no mundo externo. No seu pensamento, acredita também tê-la destruído, enquanto objeto interno. A partir de então, este objeto é sentido como estando em pedaços. O sofrimento do bebê, portanto, não se direciona apenas a si mesmo, mas também em relação à mãe, devido o forte amor que tem pela mesma, e pelas constantes introjeções e identificações com ela. O conflito depressivo se dá, acima de tudo, pela luta constante entre a destrutividade do bebê e o seu amor com impulsos reparadores.

Segundo propõem Elisa Cintra e L. C. Figueiredo (2010), para Klein, a primeira emergência de uma posição depressiva se dá na experiência do desmame, momento em que o bebê sente estar perdendo o seio e o leite devido às suas inúmeras fantasias e impulsos destrutivos. A criança se sente perdida e distante do amor e da segurança, acreditando que isto jamais poderá ser recuperado. Diante disso, Klein afirmaria que estabelecer objetos bons internos é uma condição necessária para atravessar os primeiros processos de luto que fazem parte da posição depressiva. Este aprendizado se dá dentro de casa, mediante uma

internalização harmoniosa dos pais. Deste modo, sobre as experiências infantis e a amplitude dos sentimentos vividos na posição depressiva de Klein, os autores concluem:

O constante trabalho de perlaboração do ressentimento e das mágoas vividas na infância, e depois dela, permite que o paciente vá resgatando as boas experiências que ficaram soterradas pelo pesar, o sofrimento, a culpa e a desconfiança oriundas da posição paranoide e da posição depressiva. Com frequência, é somente depois da revisitação repetida às inúmeras mágoas e aos ressentimentos que são conquistados novos *insights* e assumidas novas *posições* com relação às catástrofes infantis (Ibidem, p. 101).

É com esta citação que buscamos dar um desfecho ao conteúdo exposto neste tópico acerca da posição depressiva na obra de Melanie Klein. Aqui buscamos explicitar como o sentimento depressivo pode ser compreendido enquanto parte estrutural do desenvolvimento do bebê, sendo necessário para a sua saúde psíquica posterior, não designando, necessariamente, um traço psicopatológico. Sobre este último pensamento existem, contudo, autores como Spitz (2004) e Bowlby (1973), os quais, baseados em suas experiências clínicas e institucionais com crianças em agudo sofrimento, redigiram outra forma de pensar a modalidade depressiva em bebês. As suas contribuições diferem no sentido de que estes conceberam a depressão, enquanto consequência de um acontecimento externo, uma falha ambiental, e não como parte do processo maturacional em que dominam conflitos fantasmáticos (MARCELLI; COHEN, 2010).

Se com Klein o peso recaía, sobretudo, na realidade interna e nos seus conflitos, delineia-se, aqui, a retomada de uma tradição onde as falhas ambientais são consideradas como causas primárias em relação aos danos ou traumas psíquicos. Por falhas ambientais serão consideradas, aqui, falhas relacionadas a dois aspectos: 1. Os aspectos econômicos, relacionados ao excesso ou à carência de investimento libidinal; 2. Os aspectos dinâmicos, estes relativos ao estado emocional do cuidador ou à sua personalidade.

2.3 As crianças e as falhas ambientais: carências e ansiedades primárias nos estudos de Spitz e Bowlby sobre a depressão infantil

René Spitz (1887-1974), em uma tentativa de integrar a psicanálise à psicologia genética, privilegiou, em seus estudos da infância, as primeiras relações de objeto, principalmente no tocante à carência afetiva e suas consequências. Dedicou-se, particularmente, a pensar as consequências psíquicas da permanência das crianças pequenas em instituições hospitalares. O psicanalista austríaco teve como inspiração para as suas

pesquisas os trabalhos de Anna Freud e Maria Montessori, e fora diante de tais referenciais que se opôs às considerações de Otto Rank, acerca do trauma do nascimento e também ao conceito kleiniano de “posição depressiva” (ROUDINESCO; PLON, 1998).

No contexto da II Guerra Mundial, Spitz trabalhou com crianças que foram separadas ou abandonadas por seus pais devido à guerra. Em virtude de sua experiência, no ano de 1945, criou o termo “hospitalistamo” para designar um estado de profunda alteração, tanto física quanto psicológica, que tais crianças apresentavam em decorrência da separação sofrida (ROUDINESCO; PLON, 1998). Em suas observações, o desenvolvimento normal tenderia a ocorrer mediante uma boa relação objetal com o objeto primário de amor: a mãe. Sendo assim, o autor se ateve, especificamente, aos fenômenos psicopatológicos da primeira infância, associando-os à relação entre o agente materno e o bebê:

Na relação mãe-filho, a mãe é o parceiro ativo e dominante. A criança, pelo menos no início, é a receptora passiva. Isso nos leva à nossa primeira afirmação: *distúrbios da personalidade materna se refletirão nas perturbações da criança*. Se limitarmos as influências psicológicas, que se tornam efetivas durante a primeira infância à relação mãe-filho, obteremos nossa segunda hipótese: *na primeira infância, as influências psicológicas prejudiciais são a consequência de relações insatisfatórias entre mãe e filho* (SPITZ, 1965/2004, p. 209, destaque nosso).

O autor ainda se estende sobre as duas categorias das relações insatisfatórias e patogênicas, classificando-as em relações inadequadas entre mãe e filho, de fator qualitativo; e relações insuficientes entre mãe e filho, de cunho quantitativo. Observa-se, assim, que Spitz (1965/2004) redige uma relação de, basicamente, causa e efeito, entre as patologias da criança e suas relações objetais com a mãe, ou a ausência destas.

Nessa perspectiva, conduziu seu estudo sobre as “doenças de carência afetiva do bebê”, afirmando que, especificamente nestas, a personalidade da mãe desempenharia um menor papel, uma vez que estas patologias são causadas devido à ausência física da mãe, e que o seu substituto fora inadequado ou mesmo inexistente. A maior consequência disso seria, portanto, a privação do afeto e das trocas maternas (SPITZ, 1965/2004).

Sendo assim, o autor descreve a “depressão anaclítica”, também chamada de “privação afetiva parcial”, a partir de um estudo sobre o comportamento infantil, realizado em uma creche com 123 crianças, o qual detectou a presença da afecção em 19 delas. Cada criança fora observada no período de doze a dezoito meses (SPITZ, 1965/2004, p. 272-3):

No geral, essas crianças da Creche tiveram relações boas e normais com suas mães durante os primeiros seis meses de vida, e apresentavam bom desenvolvimento. Entretanto, na segunda metade do primeiro ano, algumas delas apresentaram

comportamento de choro, que estava em contraste marcante com o comportamento anterior, feliz e sociável.

Dentro disso, o autor descreve o que seria a afecção se desenvolvendo, ou seja, o choro que se transforma em retraimento e um comportamento de esconder o rosto no berço. As pessoas que se aproximavam de tais crianças eram, na maioria das vezes, ignoradas por elas e, se a aproximação fosse insistente, os bebês respondiam com choro e gritaria. Assim, passados alguns meses, eles passavam a perder peso, sofriam de insônia e eram, constantemente, acometidos por resfriados. Esta “síndrome do comportamento” (Ibidem, p. 273) tinha duração aproximada de três meses, seguida por uma leve calmaria no choro, que era substituído por uma rígida expressão facial. Tais crianças persistiam deitadas com olhos abertos e sem expressão, rosto imóvel e olhar distante, como que em estupor.

A constatação do autor fora de que a etiologia da depressão anaclítica seria devido à separação da criança de seu objeto libidinal. Para ele, a sintomatologia de uma separação desta ordem seria bastante similar aos sintomas de adultos com depressão. Por outro lado, sob uma ótica estrutural e dinâmica, a depressão no adulto e na criança não seriam comparáveis, por constituírem entidades psiquiátricas diferentes. “A dinâmica da depressão no adulto é atribuída à presença de um superego sadicamente cruel, sob cuja perseguição implacável o ego se fragmenta” (SPITZ, 1965/2004, p. 280). Vale destacar tal colocação do autor, ainda que o mesmo adote como consequência manter a diferenciação, ao relacionar a depressão no adulto com a ação de um “superego sadicamente cruel”, efeito do complexo edipiano.

Enquanto na depressão anaclítica, a recuperação seria rápida, se o objeto de amor retornasse à criança em um espaço de tempo de três a cinco meses. Na privação afetiva total, ou hospitalismo, os problemas já seriam de outra ordem. No último caso, as crianças também passariam por estágios de deterioração progressiva levando a uma suspensão do desenvolvimento de todos os setores da personalidade. É, portanto, diante desses aspectos, que Spitz (1965/2004) defenderia, veementemente, o papel primordial das relações objetais no desenvolvimento da criança.

Spitz mantivera constantes diálogos teóricos com John Bowlby (1907-1990) (GOMES; MELCHIORI, 2012). Bowlby (1984) estudou o cuidado inadequado na primeira infância e a ansiedade de crianças pequenas que sofriam com a separação de seus cuidadores. Para ele, havia inúmeros efeitos adversos atribuídos ao rompimento com o agente materno na primeira infância e tal premissa embasou a formulação da sua Teoria do Apego.

Jonh Bowlby e Mary Ainsworth elaboraram, na segunda metade do século XX, a Teoria do Apego, a qual se baseia no fato de que os seres humanos, e também os outros

animais, possuem uma inclinação inata para construir vínculos afetivos. Tal fato se dá, principalmente, devido à insuficiência biológica do bebê ao nascer, o que o torna dependente de alguém que lhe conceda cuidados essenciais à sua sobrevivência. Sendo assim, a relação estabelecida com o primeiro cuidador se tornará a matriz que embasará todos os vínculos posteriores (BOWLBY, 1984). A teoria em questão tem, por sua vez, profunda relação com os problemas gerados pela Segunda Guerra Mundial (1939 a 1945), época em que a comunidade de psicanalistas pôde verificar as consequências subjetivas em virtude da perda e separação precoce de crianças de seu grupo de origem (GOMES; MELCHIORI, 2012).

Bowlby (1984) se atém à forma como o comportamento de apego se desenvolve no ser humano e designa para isso algumas condições: sensibilidade do cuidador para responder aos sinais do bebê; a qualidade e a natureza da interação deste laço. O apego seria, entretanto, apenas uma das partes de um sistema mais complexo que compreende várias dimensões envolvidas nas interações entre a mãe e o seu bebê. Dentre estas dimensões estão, além do comportamento de apego da criança, o seu comportamento exploratório e de atividade lúdica, o comportamento da mãe de dispensar cuidados e outro de negligenciar cuidados. Tais classes de comportamentos variam de intensidade em diferentes momentos:

Assim, quando a mãe se afasta, o comportamento de apego de uma criança pode ser ativado e o seu comportamento exploratório inibido; do mesmo modo, quando uma criança se afasta demais em suas explorações, é provável que seja eliciado o zelo materno e inibido tudo o mais que ela possa estar fazendo no momento. Num par feliz, essas quatro classes de comportamento ocorrem e progridem em harmonia. Mas o risco de conflito está sempre presente (BOWLBY, 1984, p. 253-4).

Bowlby (1973) se atém às reações da criança à separação materna, e destaca que a idade mais sensível seria de 5 meses a 3 anos de idade. Os comportamentos apresentados após a separação seriam: fase de protesto (quando a criança chora e tenta ir atrás dos pais, mostrando-se inconsolável por um período de 2 a 3 dias); em seguida, a fase de desespero (a criança se recusa a comer, vestir-se, fica inativa e fechada) e; por último, a fase de desapego (não recusa mais a presença do enfermeiro e aceita cuidados e alimentação). Assim, respectivamente, a fase de protesto destaca o problema da angústia de separação; a do desespero remete ao desgosto e ao luto; e o desapego se relaciona à defesa.

Embora a segunda fase – de desespero – possua semelhanças com as manifestações depressivas do adulto, Bowlby (1973) ressalta que separação e depressão não devem se confundir, uma vez que a angústia consequente da separação, e os processos de luta contra essa angústia, não são equivalentes aos de um processo depressivo.

No que tange especificamente à teoria do apego, Bowlby (1993) versa sobre as modulações da angústia concernentes as separações. Segundo o autor, quanto mais estável a relação de apego com a mãe, a criança tende a desenvolver uma sensação de apego mais segura. Por outro lado, quanto mais descontínua for essa relação, a criança ficará mais angustiada e poderá também entrar em um estado de desespero, ou mesmo poderá se desapegar mais facilmente de seus laços, tendendo a confiar menos nas pessoas. Bowlby (1993, p. 246) constata que:

O fato de as separações e discontinuidades da atenção maternal levarem a resposta de tipos opostos – apego com angústia e desapego agressivo – e, por vezes, a uma combinação delas, é algo perturbador. [...] Investigações feitas após terem as crianças atingido os onze e os quinze anos revelam que o padrão de comportamento de apego firmado durante os primeiros cinco anos de vida tendia a permanecer – fosse um apego seguro, um apego com angústia, ou um certo grau de desapego.

As constatações de Bowlby (1993) foram feitas com base em um estudo encomendado pela Organização Mundial de Saúde, após amplo debate no pós-guerra em 1951. O autor pesquisou mais de duzentas crianças londrinas, que passaram períodos variados distantes de seus pais, sendo cuidadas por estranhos (FERREIRA, 1984). As constatações de ambos os autores vão ao encontro com as proposições teóricas apresentadas até aqui, que relatam a intrínseca relação do sofrimento da criança com a ruptura, de diversas ordens, com o laço materno. Se tal separação pode designar ou não uma depressão, os estudos precisariam ir mais afundo avaliando outras dimensões da relação mãe-bebê.

O retorno aos autores citados anteriormente, ao situar os tempos relativos às perdas e lutos simbólicos, diferenciando-os em suas respectivas relações de objeto, nos conduzirá a uma compreensão das formas de depressão na infância, distinguindo aspectos estruturais ao desenvolvimento da criança e seus aspectos relacionados às falhas ambientais. Como consequência ética, devemos ter com esta distinção, uma maior cautela ao diagnosticar e medicar a depressão de uma criança. No primeiro tópico, percebemos com Melanie Klein que o sentimento depressivo faz parte do desenvolvimento do infante, a partir do momento em que este condensa amor e ódio no mesmo objeto, ou seja, na mãe. Passa a existir um movimento dúbio de decepção com o agente materno e também de uma percepção mais precisa da sua individualidade, que corresponde a uma maior fraqueza. Tais sentimentos e sensações irão conduzir a criança no seu desenvolvimento e facilitarão, portanto, o seu processo de constituição psíquica.

Já com Spitz e Bowlby, o conceito de depressão em crianças ganha outra concepção, e passa a ser considerado enquanto patologia. Estes autores mostram a

importância da dimensão clínica, uma vez que as suas considerações teóricas partem de observações diretas de seus contextos de trabalho. Com eles, também visualizamos a preponderância do agente materno e as consequências de sua ausência para o infante, resultando em inúmeros sintomas que consistiriam em um quadro de depressão infantil. Tal desordem seria, portanto, anunciada pelos choros excessivos, gritos, ausência de expressão fácil, inatividade, recusa de cuidados e alimentação, perturbações no sono, dentre outros sintomas estes que seriam levados em consideração para diagnosticar sinais de sofrimento na criança, na modalidade depressiva.

Analisando agora os dois pontos de vista, poderíamos considerar que eles se opõem ou dialogam? Sabemos que existe sim uma dor referente ao processo de desenvolvimento, mediante todas as nuances das relações objetivas vivenciadas pelas crianças, mas quando isso passaria a ser uma desordem? Autores como Donald Winnicott (1896-1971) realizam uma síntese sobre estas duas visões, considerando não apenas a criança e o seu complexo familiar, mas também sua referência sociocultural.

2.4 A depressão no trabalho de Donald Winnicott

Segundo Abram (2000), Winnicott conduz em sua obra considerações acerca da depressão, que vão desde o entendimento desta como parte do desenvolvimento emocional normal até a sua consideração psicopatológica, enquanto desordem que interrompe o desenvolvimento emocional. A depressão, equivalente a um estado de ânimo, seria encarada por cada indivíduo como resultado dos ocorridos entre a mãe e o seu bebê, especificamente no período do desmame.

No seu texto “A posição depressiva no desenvolvimento emocional normal” (1954-5), Winnicott tece importantes considerações acerca do conceito kleiniano e, dentre estas, destaca que se trata de uma terminologia ruim para designar um processo normal. “A expressão ‘posição depressiva’ parece indicar implicitamente que as crianças saudáveis atravessam uma fase de depressão ou de uma doença do humor. Mas não é isso que essa expressão significa” (WINNICOTT, 1954-5/2000, p. 358). Para se alcançar a posição depressiva, o bebê deve conseguir se estabelecer como uma pessoa inteira, e se relacionar com pessoas que ele concebe como inteiras. Assim, tal posição representa uma forte evidência de crescimento pessoal, crescimento este que depende de uma provisão ambiental sensível e continuada.

Winnicott (1954-5/2000) destaca, entretanto, que existem sim impasses que podem ocorrer durante o desenvolvimento da criança, e refere uma possível depressão quando os fenômenos internos criam problemas, exigindo, então, que a criança abafe o seu mundo interior, passando assim a funcionar num baixo nível de vitalidade. Para ele:

As depressões encontradas clinicamente na psiquiatria pouco têm a ver com a posição depressiva. Referem-se mais à despersonalização, ou à desesperança quanto aos relacionamentos objetivos. Ou dizem respeito à sensação de inutilidade que deriva do desenvolvimento de um falso eu. Esses fenômenos pertencem ao estágio anterior à posição depressiva no desenvolvimento individual (Ibidem, p. 367).

O autor versa ainda que existem tentativas individuais para tentar lidar com este estado deprimido, o qual se associa à ansiedade da posição depressiva, que seria a “defesa maníaca”. Esta defesa consiste em uma formação reativa relativa à depressão e tenta negá-la. É um fenômeno clínico que, muitas vezes, passa despercebido em crianças, uma vez que se esconde facilmente por trás da vivacidade e da agitação que concernem à infância.

Ao examinar o mundo interno, Winnicott (1954-5/2000) relata alguns tipos de defesa quanto à ansiedade depressiva e uma dessas é a inibição dos instintos em si mesmos, resultando em uma diminuição quantitativa das experiências instintivas. Outros mecanismos de defesa também são empregados no mundo interno, tais como: controle generalizado, compartimentação, negação, encapsulação, introjeção, isolamento, eliminação, dentre outros. Sobre estes, porém, o autor não se alongou. Winnicott (Ibidem) preferiu, neste texto, destacar os aspectos da posição depressiva referentes ao desenvolvimento normal, mas revelou que se ocorre alguma falha nesta posição, a consequência da perda é a depressão:

A depressão é um mecanismo de cura: o campo de batalha é como que coberto por um nevoeiro, permitindo uma triagem num ritmo mais lento, dando tempo para que todas as defesas possíveis possam acontecer e possibilitando a elaboração, de modo que em algum momento posterior ocorra o restabelecimento espontâneo. Clinicamente, a depressão (desse tipo) tende a desaparecer, um fenômeno bem conhecido pelos psiquiatras (Ibidem, p. 371).

Em “O valor da depressão”, Winnicott (1963/2011) versa que a depressão traz consigo os frutos da sua própria recuperação, e vincula a mesma ao sentimento de culpa – sinal de desenvolvimento saudável – e ao luto, o qual também tende a terminar seu trabalho. “A tendência que trazem embutida para a recuperação vincula a depressão igualmente ao processo maturacional da infância de cada indivíduo, um processo que (em ambientes facilitadores) conduz à maturidade pessoal, que significa saúde” (Ibidem, p. 60).

Sendo assim, no desenvolvimento emocional, quando o bebê passa a ser uma unidade, a ter um interior, iniciam-se trocas complexas entre aquilo que está dentro e fora, movimento que constitui a sua relação com o mundo. Neste momento, em que a criança consegue conter os estresses gerados na realidade psíquica, ela também se torna capaz de deprimir. Winnicott (1963/2011) constata, portanto, que a depressão é uma capacidade do crescimento individual:

Nossa visão da depressão está intimamente ligada ao nosso conceito de força do ego, de estabelecimento do *self* e de descoberta de uma identidade pessoal; é por essa razão que podemos discutir a ideia de que a depressão tem valor. Em psiquiatria clínica, a depressão tem muitas características que a tornam, obviamente, uma descrição de doença, mas sempre, mesmo em distúrbios afetivos severos, a presença do humor depressivo dá alguma base para a crença de que o ego individual não está rompido e pode ser capaz de manter a fortaleza, mesmo que na realidade não chegue a nenhum tipo de resolução da guerra interna (WINNICOTT, 1963/2011, p. 62).

Deste modo, seguindo as elaborações de Winnicott, Abram (2000) indica que a depressão fica compreendida como uma capacidade do desenvolvimento normal, indicando que a passagem pelo desmame foi bem sucedida e de que os sentimentos de perda e de culpa ultrapassaram a desilusão. O bebê passa por uma transição de estar fundido com a mãe e, depois de perceber ela como não fazendo parte do seu eu, conduz sua relação de objeto ao uso do objeto, indicando que este pôde sobreviver. A depressão, portanto, se aproximando ou diminuindo, indica que o ego e sua estrutura suportaram um momento frágil, triunfando a integração.

Winnicott (1963/2011) estuda a natureza da crise depressiva e afirma ser sua causa principal uma nova experiência de destrutividade, a qual tenderia a desaparecer com o amor. Para toda nova experiência, demanda-se uma reavaliação interna, que causaria a depressão. O autor afirma que, uma forma de ajudar um deprimido seria tolerar sua dor, até que ela cesse espontaneamente, pois a recuperação espontânea seria a única satisfatória ao indivíduo.

O psicanalista ainda analisa o humor depressivo e suas impurezas, referindo-se ao extremo patológico da depressão. Relata sete categorias, apontando as diversas falhas na organização do ego, as quais levariam o paciente a uma forma bem primitiva da doença: a esquizofrenia. Também aborda as defesas do indivíduo para evitar o humor depressivo e se atém a uma delas, especificamente, no texto “A reparação relativa à defesa organizada da mãe contra a depressão” (1948/2000), momento em que também desenvolve o tema da depressão infantil.

Winnicott (1948/2000) se refere à “reparação falsa”, que apareceria através da identificação do paciente com a mãe. Deste modo, a depressão da criança, em alguns casos, seria um reflexo da depressão materna: “isto faz com que surjam restituições e reparações falsas em relação à mãe, o que prejudica o desenvolvimento da capacidade pessoal de restituir, pois nesse caso a restituição não se relaciona com os sentimentos de culpa pessoais da criança” (WINNICOTT, 1948/2000, p. 158). O autor ainda aprofunda a discussão, ao afirmar que, nos casos da depressão em crianças, é comum encontrar pais e mães com personalidade dominantes e patológicas, que acabam inserindo a criança dentro de um círculo.

Winnicott (1949/2000) ressalta ainda que existem certas falhas maternas, principalmente as de comportamento errático, que levam a uma hiperatividade do funcionamento mental da criança, resultando, assim, em uma oposição entre a mente e o psicossoma. Como uma reação a um ambiente anormal, o pensamento do indivíduo vê a necessidade dele mesmo cuidar do psicossoma, enquanto que, na saúde, o próprio ambiente o faz. “Na saúde a mente não usurpa as funções do ambiente. Ela permite que ocorra a compreensão e por vezes até mesmo a utilização de suas falhas relativas” (Ibidem, p. 336).

Para Winnicott (1948), o indivíduo que é saudável irá elaborar naturalmente a depressão, assim como se faz em um processo de luto. Desse modo, haveria também na depressão um elemento de saúde, sendo o “ato de aguardar” a melhor profilaxia para estes casos, sem haver a necessidade de uma urgência de curar.

A perspectiva winnicotiana vem para agregar as considerações feitas pelos autores citados anteriormente neste capítulo, tais como Spitz e Bowlby. Há um ponto em comum entre todos, o qual relaciona o sofrimento da criança, na sua modalidade depressiva, com danos existentes nas falhas ambientais primárias representadas pelos cuidados maternos. Destacamos, entretanto, que na obra winnicotiana, a mãe é parte fundamental do paradigma da economia e dinâmica psíquica, e que o autor aponta para a relação entre a depressão e as formas primárias de identificação, ponto este que não havia ainda sido indicado em Spitz e Bowlby. Esta perspectiva será desenvolvida por André Green, conforme veremos adiante.

2.5 O debate contemporâneo em Green e Golse: considerações sobre a criança triste

A partir do que fora trabalhado até o momento, conseguimos conjumar, em boa parte, as elaborações teóricas de autores que não apenas partem dos pressupostos psicanalíticos, mas que também abordam os processos iniciais de constituição do sujeito psíquico. Dentro disso, reunimos teorias que pensam a depressão basicamente dentro de duas

perspectivas: uma enquanto efeito da estruturação psíquica e emocional; e outra, enquanto consequente sofrimento patológico na criança em virtude das possíveis rupturas e descontinuidades com o laço materno. Nestes casos, entretanto, há uma ênfase dos autores Spitz, Bolwby e Winnicott, acerca de uma aposta na qual este bebê, que se vê separado de sua mãe, tentará lutar contra a desistência materna, e sucumbirá à depressão, apenas após o fracasso dessa investida. Deprimir seria, portanto, desistir de lutar.

Corcos (2010) destaca que unificar a teoria da depressão seria uma tarefa verdadeiramente complicada, tendo em vista que, para pensar tal afecção, precisaríamos considerar noções genéticas e desenvolvimentistas, as psicopatologias parentais e as interações concernentes à infância tenra. Todavia, na teoria psicanalítica, aponta a obra do psicanalista André Green (1927-2012) como um elemento de coesão das várias perspectivas até então consagradas.

Em “Narcisismo de vida, narcisismo de morte”, Green (1988) versa sobre o complexo da mãe morta, remetendo-se a pacientes que chegam ao consultório, não necessariamente em virtude de uma queixa depressiva, mas com sintomas que demonstram um fracasso na vida afetiva ou profissional, caracterizando conflitos agudos com os objetos os quais mantêm proximidade:

O analista tem a sensação de uma discordância entre a depressão de transferência – expressão que forjo nesta oportunidade para opô-la à neurose de transferência – e um comportamento exterior onde a depressão não eclode, pois nada indica que o meio a perceba completamente, o que aliás não impede que as pessoas próximas sofram com as relações objetais que o analisando estabelece com elas. O que indica esta depressão de transferência é a repetição de uma depressão infantil da qual creio ser útil descrever as características (GREEN, 1988, p. 247).

Green (1988) destaca que a característica essencial desta depressão é que ela se dá mediante a presença de um objeto, que por sua vez está imerso em um luto, ou seja, uma mãe que deprimiu. A depressão da mãe pode ter sido desencadeada por inúmeros fatores, ou devido à perda de um objeto intensamente investido por ela, ou mesmo uma depressão irrompida por uma ferida narcísica. Assim, o que fica em relevo é o sofrimento da mãe e a desinvestida do seu interesse pela criança.

Existem, portanto, dois tempos deste desencadeamento depressivo. Em um primeiro momento, essa criança é amada e está em uma reação feliz com uma mãe amorosa e presente. Porém, em um segundo tempo, há uma brusca mudança na qual esta mãe se insere em um luto repentino e o seu amor se perde abruptamente, resultando em uma vivência catastrófica para o bebê. Tal trauma, de núcleo narcisista, constitui o que Green (1988, p. 284)

chama de uma “desilusão antecipada e que provoca, além da perda de amor, uma perda de *sentido*, pois o bebê não dispõe de nenhuma explicação para dar conta do que aconteceu”. A gravidade do complexo da mãe morta é designada, conforme o autor propõe, sobretudo se o trauma ocorre no momento em que a criança descobre a existência do terceiro elemento, o pai. Assim, o novo membro será interpretado como a causa do desinvestimento materno. Existe, contudo, uma triangulação, mas ela se configura de forma defeituosa (GREEN, 1988).

Green (1988) destaca que o pai envolvido nesta triangulação, muitas vezes, não responde à aflição do bebê, o qual fica preso entre uma mãe morta e um pai o qual ele não consegue atingir, principalmente pelo fato de este último estar possivelmente preocupado com a situação em que a mãe se encontra.

Um dos pontos mais significativos trazidos por Green, que vai se unir as hipóteses que trabalhadas neste capítulo, está bem delineada na seguinte passagem:

Depois da criança ter tentado uma vã reparação da mãe absorta por seu luto, que lhe fez sentir a medida de sua impotência, depois de ter vivido a perda do amor da mãe e a ameaça da perda da própria mãe e que lutou contra a angústia através de diversas maneiras ativas, entre elas a agitação, a insônia e os terrores noturnos, o Eu vai pôr em ação uma série de defesas de outra natureza. A primeira e a mais importante será um movimento único com duas vertentes: *o desinvestimento do objeto materno e a identificação inconsciente com a mãe morta* (GREEN, 1988, p. 248-9, destaque nosso).

O autor versa que, em tal desinvestimento, o bebê promove uma espécie de assassinato do objeto, sem haver, contudo, um sentimento de ódio, nem uma destrutividade pulsional. O que de fato se procede é a constituição de um buraco alocado nas relações objetais da criança com a mãe, fato que não impede a existência de investimentos periféricos. Por fim, o bebê ainda promove uma identificação primitiva e inconsciente ao objeto.

Para Green (1988), mediante estas primeiras experiências traumáticas, a criança irá embasar as suas formas de relação com o objeto, e, enclausurado na compulsão à repetição, irá colocar em ação o “desinvestimento de um objeto passível de decepcionar, repetindo a defesa antiga, mas estará totalmente inconsciente da identificação com a mãe morta, a quem ele se junta no revestimento das marcas do trauma” (Ibidem, p. 249). A identificação, entretanto, não é com o objeto, mas sim com o buraco deixado pelo seu desinvestimento. Deste modo, concebemos uma criança que se constitui já com um processo de defesas grandemente desencadeado, mediante sentimentos de ódio secundário, regressão e já precocemente em busca de sentido que foi perdido durante a sua constituição e que marcou as capacidades intelectuais e fantasmáticas do Eu.

A teorização de Green nos conduz a uma reflexão que engloba a participação das figuras materna e paterna no desencadeamento da depressão. Tanto este autor, como os demais apresentados em tópicos anteriores, situam a marca indelével das primeiras relações objetais e da forma como estas irão marcar toda a forma posterior de se relacionar do sujeito. Diante de tais concordâncias, nos questionamos: a depressão possuiria uma etiologia definida?

Mais recentemente, o psicanalista francês Bernard Golse (2003; 2010) também teceu considerações acerca da depressão na infância, inclusive organizou um livro com Alain Braconier intitulado *Dépression du bébé, dépression de l'adolescent*. Golse (2003) estabelece uma relação entre o comportamento ausente da mãe e a depressão do bebê e se refere às primeiras experiências de frustração que, a nível do desejo, implicam apenas em uma decepção, mas no nível das necessidades psíquicas resultaria em um sério prejuízo para a criança.

Para o autor, haveria uma dificuldade em precisar se a questão da depressão se trataria de um estado ou um afeto, organização ou estruturação. Diante disso, ele prefere se remeter a uma “emoção depressiva”, a qual englobaria um fenômeno que se construiu a partir da perda do prazer de desejar (GOLSE, 2010).

Golse (2003) ainda retoma Freud (1905) para destacar que é com a mãe que a criança firma sua primeira relação de objeto. Esta ligação precoce é decorrente das necessidades de cuidado do bebê e se pauta na existência de uma necessidade primária de ligação. A depressão do bebê é, portanto, vista sob a ótica de um entrave do desejo e/ou da privação de uma necessidade e suas consequências psíquicas.

O autor retorna as classificações de carência materna de Ainsworth (1982), que se diferenciariam entre quantitativas, onde a mãe está ausente e o bebê tem que enfrentar a ausência psíquica do seu objeto materno; e as qualitativas, quando a mãe está presente fisicamente, mas psiquicamente ausente, em razão de seu estado psíquico pessoal (angústia ou depressão, por exemplo). Diferenciação esta já sinalizada acima.

A depressão branca, caracterizada pelo autor e embasada nas elaborações teóricas de Green, apresenta-se como um quadro clínico que se observa em crianças subitamente confrontadas a uma ruptura ou a uma falência de aconchego e cuidado materno. Se a mãe, por algum motivo, seja por depressão ou por outros problemas de caráter pessoal, quebrar abruptamente a díade que funcionava normalmente até então, as suas interrelações com a criança se modificam e se desvitalizam. A mãe pode até continuar cuidando das necessidades orgânicas do bebê, mas estes cuidados são apenas materiais. A ligação psíquica necessária ao

desenvolvimento da criança não se faz, e ela sofrerá, cedo ou tarde, com esta falta de investimento materno.

Para Golse (2003), o bebê, ao sentir essa modificação radical e incompreensiva em seu sistema interativo, vai, inicialmente, tentar lutar contra a fuga materna, tentando reconduzi-la a uma interrelação afetiva. Nessa fase ativa, de busca do bebê pela mãe, ele se utilizará fundamentalmente dos mecanismos que está à sua disposição: desse modo o corpo representará o principal fator relacional entre o infante e o meio, a partir de perturbações no sono, gritos, hiperexcitabilidade, entre outros sintomas. Em decorrência dessa luta, o bebê pode ter sucesso ou fracassar. Se esta última possibilidade acontecer, é muito provável que entre, ele próprio, em uma fase depressiva. Desse modo, a apresentação por parte da criança da sintomatologia depressiva, parece fazer eco com a ausência e ruptura depressiva materna, uma vez que esta se identifica com o próprio funcionamento da mãe.

Embora tais teorizações tentem compreender a origem do sofrimento depressivo, de como este se estrutura e se embasa no sujeito, não há, contudo, uma definição precisa do que, de fato, seria a depressão infantil: um sintoma? Uma posição? Uma inibição?

Tentamos dar neste capítulo um estatuto para a depressão em crianças, e a certeza que conseguimos elaborar diz respeito à complexidade e à dificuldade de circunscrever a questão. Percebemos aqui, com Winnicott, que existe um limiar entre o sofrimento que faz parte do desenvolvimento e o sentimento patológico que configura o processo depressivo. Com Klein verificamos a *posição depressiva* e a sua essencialidade para que o bebê vislumbre o objeto e a si próprio enquanto uma totalidade, sendo a dor resultante desta constatação, absolutamente necessária para a integração do sujeito. Já com Spitz, Bowlby, Green e Golse concebemos os danos que a ausência e o desinvestimento do laço materno podem causar na criança e na sua formação narcísica e fantasmática, culminando em toda uma posterioridade de comprometimento nas relações objetais. Interessante ainda destacar os significantes que vão se apresentando nas construções de cada um desses autores, tais como: o “desamparo” e a “reparação” de Klein, a “separação” e a “privação” de Spitz, o “apego” e a “angústia” de Bowlby, assim como, o “materno” e “ambiente” de Winnicott, Green e a “mãe morta” e Golse com a “frustração”, o “desejo” e a “necessidade”. Tais autores passeiam por caminhos similares, no sentido de que retomam as relações primárias de objeto, o agente materno e o bebê e as possíveis rupturas nesse laço.

Á guisa do exposto, consideramos uma primordial questão que permanece em aberto e que será precursora das considerações tecidas nos capítulos posteriores, a qual se fundamenta na dúvida sobre o limiar que define quando esta depressão se torna patológica e

quando ela faz parte dos processos de estruturação do sujeito. A partir das demandas que chegam ao consultório, nomeadas de depressão infantil, poderíamos situar todas dentro de um espectro psicopatológico? Ou se trataria de um sofrimento que faz parte de algumas perdas que a criança sofre ao se constituir? Daremos sequência a esses pontos no capítulo adiante.

3 OS DIFERENTES TEMPOS DO COMPLEXO DE ÉDIPO E A DEPRESSÃO EM CRIANÇAS

Neste capítulo, iremos adentrar especificamente nos escritos lacanianos, os quais nos conduzirão a um retorno das elaborações de Freud acerca do Édipo, embasando nossa discussão sobre a noção de estruturação psíquica, no intuito de apresentar os efeitos e a importância dos primeiros laços afetivos, assim como, situar a problemática da depressão na criança nos termos de uma “posição”. A decisão de seguir este caminho foi inspirada no percurso já realizado pelo psicanalista Mauro Mendes Dias (2003a; 2003b) que situa a depressão no segundo tempo do Édipo, indicação igualmente retomada no trabalho de Maria Rita Kehl (2009) sobre as depressões na contemporaneidade. Sendo assim, agora serão privilegiadas as noções de “falta”, “frustração” e “castração”.

Abordaremos adiante o estádio do espelho e os diferentes tempos do complexo de Édipo em sua relação com a depressão, em prol de fomentar o entendimento sobre esta “posição” na sua relação, agora, com a falta de objeto, assim como abrir outra discussão que visa refletir acerca das relações entre depressão, sintoma e inibição. Deste modo, nos deslocaremos das considerações sobre as falhas ambientais, anteriormente apresentadas, para situar a questão da depressão considerando, agora, a noção de falta de objeto.

Lacan (1957-58/1999) configura o complexo de Édipo a partir de três tempos, os quais conjuntem algumas das operações que as crianças vivenciam no seu processo de constituição psíquica. É diante destas experiências iniciais e primordiais, vividas na infância tenra, que o psiquismo começa a se estruturar. Assim, ao despendermos atenção sobre elas, estaremos percorrendo um caminho que permite uma compreensão mais complexa sobre a criança em sofrimento. Principalmente porque, ao pensarmos o *infans*, estamos também nos referindo ao semelhante que dele se ocupa, em particular aquele que exerce a função materna em sua referência ao Outro primordial.

Os tempos do complexo de Édipo serão abordados neste capítulo, porém, nos deteremos, prioritariamente, ao primeiro e ao segundo tempo, para pensar as suas relações com o outro cuidador: o materno. Conforme destacado anteriormente, tal enfoque se designa pelo fato da literatura psicanalítica apontar para as relações essenciais e constitutivas que se inscrevem desde e na relação mãe-bebê. Isto porque, como acentua Queiroz (2006) “cada um porta no seu íntimo a marca do Outro Primordial, marca indelével que institui, na unidade mãe-bebê, a alteridade” (p. 599).

Nesse contexto, pretendemos, primeiramente, compreender melhor o processo de

constituição psíquica que se inicia com o estágio do espelho e o primeiro tempo do complexo de Édipo, que tem como pilar o materno, buscando reunir o que a obra freudiana e a de seus sucessores têm a nos oferecer sobre o tema em questão. Assim, iniciaremos nossa pesquisa com a abordagem lacaniana e suas referências freudianas acerca do estágio do espelho como formador do eu, para, em seguida, adentrar no primeiro e segundo tempo do complexo de Édipo e, posteriormente, retomar reflexões acerca das relações primordiais mãe-bebê. Todavia, apresentaremos brevemente nesta introdução, as formulações lacanianas acerca dos três tempos, as quais serão retomadas ao longo de toda nossa pesquisa, por serem parte essencial da reflexão acerca da depressão na infância.

Ao pensarmos o primeiro tempo do Édipo, devemos compreender que aí, o que a criança procura “como desejo de desejo, é poder satisfazer o desejo da mãe, isto é, *to be or not to be* o objeto do desejo da mãe [...]. Também a mãe, por sua vez, está em busca de seu próprio desejo, e em algum lugar por aí situam-se os componentes deste” (LACAN, 1957-58/1999, p. 197/198). Dessa forma, neste primeiro momento, o que se configura é um sujeito que se identifica especularmente com o objeto do desejo materno. Trata-se de uma etapa fálica primitiva, em que a metáfora paterna age, uma vez que a primazia fálica supostamente já se encontraria instituída devido à existência do símbolo e da Lei. Ao bebê, entretanto, apenas lhe cabe agradar a mãe e, para isso, tem de ser o falo. Lacan (Ibidem) situa ainda que, nesta etapa, muitas coisas se fixam e se detêm no psiquismo infantil.

No que diz respeito ao segundo tempo, especificamente no plano imaginário, o pai entra em cena como aquele que priva a mãe. É um estágio em que há um aspecto nodal, o qual indica que aquilo que desvincula o sujeito de sua identificação, tem, concomitantemente, o poder de ligá-lo às primeiras incidências da lei. “A mãe é dependente de um objeto, que já não é simplesmente o objeto de seu desejo, mas um objeto que o Outro tem ou não tem” (LACAN, 1957-58/1999, p. 199). O fato de a mãe se submeter a uma lei que não é dela, mas do Outro, assinala, portanto, a mola mestra da relação do Édipo.

Sobre o terceiro tempo, este corresponde à saída do complexo de Édipo. O pai soberano aparece como real e potente, e a mãe, em sua posição imaginária, é concebida a partir de sua dependência. Assim “é por intervir como aquele que tem o falo que o pai é internalizado no sujeito como Ideal do eu, e que, a partir daí, não nos esqueçamos, o complexo de Édipo declina” (Ibidem, p. 201).

Os tempos constitutivos, supracitados, carregam, cada um, nas suas especificidades, marcas indelévels, impossíveis de não serem mencionadas quando o objeto

de estudo é a criança em sofrimento e as suas relações, não apenas com a função materna, mas também com a função paterna e o seu papel de interdito.

3.1 O estágio do espelho e a constituição do Eu

Lacan conjectura que o estágio do espelho é o momento inaugural de constituição do eu, momento em que o *infans*, enquanto fala-a-ser, prefigura um todo corporal através da percepção da imagem própria no espelho. Tal fato, entretanto, só pode ocorrer com o assentimento do outro, que o legitima. A unidade vivenciada pelo bebê o concederá uma passagem de um corpo despedaçado, indiferenciado do outro materno, para a de um corpo próprio (JORGE, 2011). Nas palavras de Lacan (1953-54/2009, p. 169) “o outro tem para o homem valor cativante, pela antecipação que representa a imagem unitária tal como é percebida, seja no espelho, seja em toda realidade do semelhante”.

Para melhor compreendermos o estágio do espelho, precisamos adentrar na teoria lacaniana dos complexos, os quais exercem uma função no humano em decorrência da sua expressiva imaturidade biológica ao nascer. Assim, tais complexos vão, aos poucos, conduzindo essa insuficiência maturacional para uma regulação da função social, fato que se dá, principalmente, pelos efeitos da *imago* no sujeito em constituição, conforme abordaremos aqui com o estágio do espelho (LACAN, 1990).

Nesse contexto, no intuito de promover um maior entendimento acerca dos complexos, que são cruciais para o desenvolvimento infantil, analisaremos as próprias formulações lacanianas:

O complexo, com efeito, liga sob uma forma fixada um conjunto de reações que pode interessar todas as funções orgânicas desde a emoção até à conduta adaptada ao objeto. O que define o complexo é que ele reproduz uma certa realidade do meio ambiente, e duplamente:

1º - Sua forma representa essa realidade no que ela tem de objetivamente distinto numa certa etapa do desenvolvimento psíquico; essa etapa especifica sua gênese.

2º - Sua atividade repete na vivência a realidade assim fixada, cada vez que se reproduzem certas experiências que exigiram uma objetivação superior dessa realidade; essas experiências especificam o condicionamento do complexo (LACAN, 1990, p. 19-20).

O complexo então é dominado por fatores de ordem cultural, fato que não exclui a sua relação com o instinto, uma vez que o fala-a-ser é completamente dependente do apelo ao outro; devido, justamente, a sua condição primordial de imaturidade fisiológica. Dentre os complexos conceituados pelo psicanalista estão: o complexo do desmame, o complexo de intrusão e o complexo de Édipo. O complexo de desmame será aqui abordado, uma vez que o

estádio do espelho corresponde ao declínio deste. Posteriormente, também o retomaremos devido a sua influência nos possíveis impasses da constituição psíquica, pois, conforme Lacan (1990, p. 22) “ele funda os sentimentos mais arcaicos e mais estáveis que unem o indivíduo à família”.

O reconhecimento que o sujeito faz de si mesmo é um acontecimento com dois significados importantes: tal fenômeno ocorre após os seis meses de vida, e isso afetará essencialmente a realidade psíquica do sujeito; e a imagem especular fornece esse símbolo de realidade, no que se refere à sua quota afetiva e a sua estrutura que é o reflexo da forma humana. Nesse contexto, perceber o semelhante em uma unidade mental, significa um certo nível de inteligência e sociabilidade já desencadeados (LACAN, 1990).

Tanto para Freud, quanto para Lacan, a ideia de unidade corporal não é concebida desde os primórdios da vida e, para o último, a experiência que conduziria a essa aquisição é o estágio do espelho. “Através da proposição deste momento constitutivo, Lacan concebe a imagem especular como a unidade própria ao eu a ser constituída na relação com o Outro, este sendo tomado, neste processo, como espelho” (FERNANDES, 2000, p. 93). Nesse contexto, o autor formula sua teoria do “eu” se pautando nas formulações freudianas acerca da imagem do corpo e da teoria das identificações. Assim, o eu constituído como a sede da percepção e da consciência é retomado por Lacan como algo próprio ao fala-a-ser, e que possui articulações com o significante (LEITE, 2000).

Lacan realiza a primeira elaboração sobre o estágio do espelho em 1936, com publicação em 1949, nos “Escritos”, sob o título de “O estágio do espelho como formador da função do [eu] tal como é revelada pela experiência psicanalítica”. A apresentação do esquema óptico, por sua vez, que embasa o estágio do espelho, aparece em O Seminário, livro 1, intitulado de “Os escritos técnicos de Freud”, dos anos de 1953 e 1954. Tal estágio, a que se refere o autor, propicia um estreitamento do sujeito com a sua imagem, ascendendo ao emaranhado dos três sistemas de referência que compreendem o real, o simbólico e o imaginário. Há, entretanto, ao longo de sua obra, uma mudança na ênfase dada ao imaginário no estágio do espelho, pois após alguns anos dos seminários, este perde destaque para o universo simbólico, cujo possuiria um lugar ímpar no acesso à imagem especular.

Para embasar as elaborações teóricas acerca do estágio do espelho, Lacan (1953-54/2009) se utilizou de uma experiência física chamada de “experimento do buquê invertido” (Figura 01) de H. Bouasse. Trata-se, então, de um experimento no qual uma caixa oca esteja colocada sobre um pé, no centro da semiesfera. Em cima da caixa é colocado um vaso e, embaixo, um buquê de flores. Tal buquê, por sua vez, irá se refletir na superfície esférica para

alcançar o ponto luminoso simétrico. Todos os raios emanados de um lado se conjuminarão em um mesmo ponto simétrico, devido a uma propriedade da superfície esférica. Para o olho humano, então, esses raios são convergentes e resultam em uma imagem real. Porém, se chegarem ao olho em um sentido contrário, formam uma imagem virtual. Lacan (Ibidem) coloca que, ao olharmos uma imagem no espelho, a vemos lá onde não está, porém, no experimento ocorre o oposto, a imagem é vista aonde está, mas para isso é necessário que o olho se localize no campo dos raios que se cruzaram no ponto correspondente.

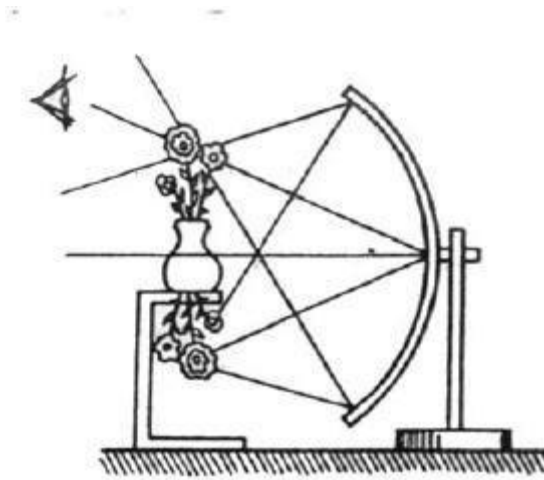


Figura 01 – Experimento do buquê invertido.
Fonte: Google Imagens

Lacan (1953-54/2009, p. 108) versa que:

Nesse momento, enquanto vocês não vêem o buquê real, que está escondido, verão aparecer, se estiverem no bom campo, um buquê imaginário muito curioso, que se forma bem no gargalo do vaso. Como os seus olhos devem se colocar linearmente no mesmo plano, vocês terão uma impressão de realidade, sem deixarem de sentir que alguma coisa é estranha, borrada, porque os raios não se cruzam muito bem. Quanto mais longe vocês estiverem, mais a paralaxe agirá, e mais a ilusão será completa.

Nessa perspectiva, para o autor, o experimento do buquê invertido consegue demonstrar o resultado do entrelace do mundo imaginário com o real na economia do sujeito psíquico. É uma metáfora que, pensada correlativamente ao estádio do espelho, mostra como o *infans*, antes de possuir maturidade biológica para tal, consegue ascender a uma imagem de totalidade corporal através da visão de um outro diferente dele mesmo. “O sujeito antecipa-se ao acabamento do domínio psicológico, e essa antecipação dará seu estilo a todo exercício posterior do domínio motor efetivo” (Ibidem, p. 109).

Lacan (1953-54/2009) retoma ainda a teorização freudiana sobre a *Die*

Verneinung, que diz respeito aos julgamentos existenciais, sendo aí que a imagem corporal concebe ao sujeito uma forma primordial, na qual ele poderá conjecturar o que consiste ou não ao seu eu. Situa-se, neste ponto, uma representação do sujeito antes do nascimento do eu, e o momento em que este surge.

Dor (2003) reitera que o estágio do espelho se configura a partir de uma experiência primordial de identificação, em que a criança irá promover a estruturação de seu eu. A dialética do espelho, por sua vez, reduz a “experiência fantasmática do corpo esfacelado”, como falava Lacan, e neutraliza a angústia proveniente de seu despedaçamento inicial. O autor destaca a existência de três tempos primordiais, que configuram o alcance progressivo da imagem do corpo próprio. Primeiramente, a criança perceberia a imagem do seu corpo como a de um ser real, o qual ela procura alcançar e apreender. Conforme versa Lacan (1948/1998):

O que chamei de *estádio do espelho* tem o interesse de manifestar o dinamismo afetivo pelo qual o sujeito se identifica primordialmente com a *Gestalt* visual de seu próprio corpo: ela é, em relação a descoordenação ainda muito profunda de sua própria motricidade, uma unidade, uma *imago salutar*; é valorizada por todo o desamparo inicial, ligada à discordância intra-orgânica e relacional do filhote do homem durante os primeiros seis meses de vida, nos quais ele traz os sinais, neurológicos e humorais, de uma prematuração natal fisiológica. [...] Durante todo esse período, registram-se as reações emocionais e os testemunhos articulados de um transitivismo normal. A criança que bate diz que bateram nela, a que vê cair, chora (p. 115-6, destaque nosso).

Assim, nesse primeiro tempo do espelho há uma primazia do assujeitamento da criança ao registro imaginário, momento este preponderante e precedente de uma segunda etapa, na qual se circunscreve o processo identificatório. Dor (2003) destaca que, a partir de então, a criança é conduzida a descobrir que esse outro, do espelho, não é alguém real, mas uma imagem. Deste momento em diante, o bebê não tenta mais se apoderar da imagem, pois “no geral seu comportamento indica que ela sabe, de agora em diante, distinguir a *imagem* do outro da *realidade* do outro” (p. 80).

Em um terceiro momento, entretanto, o autor destaca uma dialética entre os dois momentos supracitados, pois a criança estaria segura de que o reflexo do espelho é apenas uma imagem, e que é uma imagem dela. Ao se reconhecer nessa imagem, a criança conjectura o que outrora se encontrava esfacelado, ou seja, o seu corpo. Assim consegue apreender uma totalidade unificada. Dentro disso, a imagem unificada do corpo próprio estrutura a identidade primordial do sujeito.

Nesse contexto, retomaremos as próprias formulações lacanianas acerca do estágio do espelho:

A assunção jubilatória de sua imagem especular por esse ser ainda mergulhado na impotência motora e na dependência da amamentação que é o filhote do homem nesse estágio de *infans*, parecer-nos-á pois manifestar, numa situação exemplar, a matriz simbólica em que o [eu] se precipita numa forma primordial, antes de objetivar na dialética da identificação com o outro e antes que a linguagem lhe restitua, no universal, sua função de sujeito (LACAN, 1949/1998, p. 97).

Segundo Lacan (1949/1998), a função do estágio do espelho diz respeito a uma relação do organismo com sua realidade. Muito embora se trate de uma relação alterada, devido à imaturidade do organismo em que o impulso interno do *infans* se precipita da insuficiência para a antecipação da *imago*. Ao se concluir, o estágio do espelho abre a dialética que amarra o eu a situações socialmente elaboradas, momento terminante que faz com que o saber humano seja mediatizado pelo desejo do Outro.

A concepção lacaniana sobre o estágio do espelho, conjectura que a criança consegue se encontrar em uma relação paradoxal, pois, ao mesmo tempo em que se trata de uma vivência que constitui seu eu, é também um fato que o aliena. Sendo assim, o efeito inaugural que resulta da *imago* no ser humano é a alienação.

Ao falarmos de alienação, faz-se necessário versar sobre as relações simbólicas e estruturais entre o bebê e o agente materno. Lacan (1957-58/1999) destaca a relação da criança com a mãe nos seus primeiros meses de vida, principalmente no que diz respeito à dependência de seu desejo e da primeira simbolização da mãe enquanto tal. Uma vez simbolizada esta mãe, o laço dela com a criança se complexifica, no que concerne à dependência afetiva da última ao desejo materno. O que é preponderante, entretanto, para a criança, é a apetência do desejo da mãe além das atenções, do contato ou de sua própria presença. Assim, “a partir dessa primeira simbolização em que se afirma o desejo da criança esboçam-se todas as complicações posteriores da simbolização, na medida em que seu desejo é o desejo do desejo da mãe” (Ibidem, p. 188).

O desejo do Outro, por sua vez, compreende um para-além, atingido através de uma mediação concebida pela posição do pai na ordem simbólica. Lacan (1957-58/1999) faz menção à *lei da mãe*, legitimada por esta ser um ser falante, assim:

Não obstante, essa lei é, por assim dizer, uma lei não controlada. Reside simplesmente, ao menos para o sujeito, no fato de que alguma coisa em seu desejo é completamente dependente de alguma outra coisa, que sem dúvida já se articula como tal, e que é realmente de ordem da lei, só que essa lei está, toda ela, no sujeito que a sustenta, isto é, no bem-querer ou malquerer da mãe, na mãe boa ou má (Ibidem, p. 195).

Diante disso, o autor desenvolve a relação estrutural do sujeito com o significante que o funda, uma vez que as simbolizações iniciais provenientes do par significante do *fort-da*

designam que o primeiro sujeito é a mãe. Assim, ao fazer referência à criança, Lacan (1957-58/1999) a situa como um *assujeito*, completamente dependente dos caprichos de seu semelhante, fato que situamos com a alienação e que será delineada adiante.

Fink (1998) destaca que a alienação do sujeito na e pela linguagem antecede o seu próprio nascimento, e o circunda desde a infância, bordejando seus desejos e fantasias. “Sem a linguagem não haveria desejo da forma como o conhecemos – estimulante e, ao mesmo tempo, contorcido, contraditório e insaciável – nem haveria qualquer sujeito como tal” (p. 71).

Lacan (1964/1998) já afirmara que o inconsciente é estruturado como uma linguagem, e que é o Outro que situa a cadeia do significante que possibilita tudo aquilo que irá conseguir se presentificar para o sujeito. Sendo assim, o sujeito depende do significante que, por sua vez, está primeiro no campo do Outro. Dentro disso, o autor demarca duas operações que ocorrem com o sujeito em decorrência da sua dependência significante ao lugar do Outro, quais sejam: alienação e separação. Aqui procuraremos nos deter apenas na primeira operação, levando em consideração que ela diz respeito ao primeiro tempo do Édipo.

Conforme Lacan (1964/1988), a operação de alienação é constituída por um *vel*:

O *vel* da alienação se define por uma escolha cujas propriedades dependem do seguinte: que há, na reunião, um elemento que comporta que, qualquer que seja a escolha que se opere, há por consequência um *nem um, nem outro*. A escolha aí é apenas a de saber se a gente pretende guardar uma das partes, a outra desaparecendo em cada caso. (Ibidem, p. 200)

Há, portanto, uma escolha exclusiva entre duas partes, pois o *vel* só admite a existência de uma delas. Ao mencionarmos dois lados, estamos nos referindo ao sujeito e o Outro, relação completamente assimétrica, na qual o Outro sempre será preponderante, como acentua Fink (1998): “enquanto a alienação é o “primeiro passo” imprescindível para ascender à subjetividade, esse passo envolve escolher “o próprio” desaparecimento” (p. 74). Para o autor, a alienação, vislumbrada por Lacan, engendra um lugar onde ainda não há nenhum sujeito, pois este existe na medida em que a palavra o bordejou, e é por, inicialmente, ascender de um lugar em que perceptivelmente falta algo, que o primeiro vislumbre do sujeito será exatamente essa falta.

Nessa perspectiva, Vorcaro (2004) salienta que as manifestações vitais funcionam como signos, os quais representam um sujeito para alguém e esta “posição de sujeito antecipado pelo agente materno aloca este ser ao nome próprio introduzido pela atividade linguageira que o fisga a estrutura da linguagem que antecede sua existência real” (Ibidem, p. 72). É, portanto, nos cuidados da mãe que a condição simbolizadora acontece, pois a autora

versa que a condição desejante do agente materno consegue substituir a falta pelo filho, sobrepondo à falta da criança o estatuto de desejo.

O bebê, nesta relação inaugural com a mãe, apazigua suas tensões na medida em que recebe desta os elementos para a satisfação de suas necessidades. Tal acontecimento o aloja em uma situação de completa alienação, onde a única coisa a funcionar são os estados de alternância da presença ou não da mãe e a sua conseqüente satisfação. Nas palavras de Vorcaro (Ibidem, p. 75):

A maternagem, que agencia a experiência de satisfação, é suporte desse tempo de estatuto mítico, só posicionável retroativamente, quando uma falta é pressentida. É entre o vivo (a que se reduz o sujeito do gozo) e o Outro (a cadeira significante que comanda tudo, tomando, na resposta, a retroação do grito como apelo passível de apaziguamento) que se presentificará uma condição de assujeitamento do ser, na qual aquilo que teria satisfeito a necessidade sustentará sua condição de não-simbolizável, inassimilável, estranho.

Para a autora, os valores que o Outro atribui às manifestações do *infans* vão ficando cada vez mais profundos sendo, portanto, a relação da presença e da ausência da mãe que funcionarão como suporte da função simbólica. O ritmo dessas alternâncias, por sua vez, fará incidir uma hiância, a nível real, que acabará por conjuminar em uma separação, complexificando esta relação inaugural do bebê com o Outro.

A relação entre a mãe e a criança permite, portanto, que se institua uma fase identificatória, conforme vimos com o estádio do espelho e a alienação. A saída deste momento primordial não retira o bebê desta ligação de ainda quase indistinção com o agente materno. A guisa do que fora exposto, circunscreve-se a necessidade de abordarmos, aqui, nuances outras, implicadas nos desdobramentos dos processos de constituição do sujeito psíquico e que incluem, mais especificamente, o complexo de Édipo, discutido em seu primeiro tempo no próximo tópico de nossa pesquisa.

3.2 Sobre o primeiro tempo do complexo de Édipo e o agente materno

O complexo de Édipo se configura como um dos pontos mais fundamentais da teoria freudiana, representando a mola mestra da constituição do sujeito psíquico. Moreira (2004) ressalta que a concepção de conceito fundador do complexo de Édipo é resultado de uma conjuntura de esboços teóricos ao longo de toda a obra de Freud. Em uma carta direcionada à Fliess, em 1987, o pai da psicanálise já remetera a importância da cena edípica. No entanto, é somente após a formulação da pulsão de morte e de suas articulações com o

conceito de castração, que a ideia assume proporções basais. É importante salientar, também, que, ao complexo de Édipo, Freud dedicou apenas um texto, intitulado de “A dissolução do complexo de Édipo”, em 1924.

Na carta 64, citada acima, Freud (1897/1987, p. 274) colocou que “um outro pressentimento também me diz, como eu já sabia – embora eu de fato não saiba absolutamente nada – que muito em breve descobrirei a origem da moralidade”. Então, começava a esboçar as primeiras nuances da problemática edípica, que terá novos desdobramentos com o Rascunho N (1897/1987), que sucede a carta em questão e no qual relata que os impulsos hostis com as figuras parentais também constituem um elemento estrutural das neuroses.

Leite (2000) demarca que, em Freud, existem três momentos em relação ao Édipo, os quais seriam: primeiro este fora pensado em sua relação com a sexualidade, conforme a carta 64 aponta; segundo, a perspectiva edípica é de que não haveria, necessariamente, um trauma real, mas que as histéricas fantasiavam o que foi traumático para elas e; por fim, o Édipo é pensado nas suas correlações com o falo e a castração. Nessa perspectiva, considera-se que a problemática edípica introduz a questão do outro, em sua referência ao Outro primordial, através da situação triangular, tanto enquanto figura que precede o “eu”, como também na sua condição de possibilidade estruturante. Sobre isso, destaca-se a entonação lacaniana acerca dos escritos de Freud e de como o conceito de “falo” ressignificou toda sua obra, tornando-se o ponto nodal de toda a releitura feita pelo psicanalista francês.

Lacan (1957-58/1999) retomou o complexo de Édipo e o conjecturou em três tempos, os quais foram abordados, resumidamente, na introdução deste capítulo. Agora, entretanto, iremos no deter ao primeiro tempo do Édipo, considerando toda a complexidade da relação existente no laço mãe-bebê, devido à posição peculiar que a criança ocupa, na qual busca se identificar com aquilo que pressupõe ser o objeto de todo desejo da mãe.

A proximidade que se circunscreve a partir das primeiras trocas entre a mãe e a criança, coloca a última em uma posição de se fazer objeto do que poderia, supostamente, faltar à mãe. O falo, conforme viemos mencionando, é o objeto suscetível de tamponar esta falta e, então, conforme salienta Dor (2003, p. 81), “a criança depara-se, assim, com a problemática fálica em sua relação com a mãe, ao querer constituir-se ela mesma como falo materno”.

Para Dias (2003a), o primeiro tempo do Édipo propõe a condição de constituição do ser falante, e se caracteriza pelas frustrações que a mãe realiza sobre as demandas da criança. Quanto ao pai, conforme citado acima, este ainda não está em evidência. A mãe, por

sua vez, é simbólica, pois está em uma alternância de presença e ausência para a criança. O objeto, o seio, é real e se realiza através da amamentação. O falo é o objeto do desejo da mãe, que se situa mais além da criança, e é apreendido por esta como falo imaginário.

O pai, desde o início da vida do bebê, irá revelar a dimensão do falo, enquanto portador do objeto do desejo materno, produzindo para a criança, e também para a mãe, um efeito de privação, pois a sua existência estabelece uma impossibilidade de que a mãe se satisfaça somente com a criança. Dessa forma, situar o pai, no primeiro tempo do Édipo, implica supor uma metáfora, uma vez que indica uma operação de substituição do desejo da mãe por outra coisa, dentre as mais diversas, como o seu trabalho, atividades, encontros com amigos, dentre outros.

Diante do exposto, a frustração pode ser considerada como uma das operações fundamentais do início do complexo de Édipo. Sobre isso, Lacan (1956-57/1995, p. 62) versa que:

A noção de frustração, quando posta em primeiro plano da teoria analítica, se refere à primeira idade da vida. Ela está ligada à investigação dos traumas, fixações, impressões, provenientes de experiências pré-edípicas. Isso não implica que seja exterior ao Édipo – ela lhe dá, de certa forma, o terreno preparatório, a base e o fundamento. Ela modela a experiência do sujeito e prepara nele certas inflexões que darão a vertente segundo a qual o conflito edípico será levado a se inflamar, de maneira mais ou menos intensa, num sentido que poderá ser atípico ou heterotípico.

Para o autor, as incidências da frustração ressoam nas experiências do bebê, diante de um objeto real, que seria o seio materno, e mediante a qual ele terá que se posicionar. Assim, a frustração corresponde a algo que fora desejado e não obtido, porém se trata de um desejo que não possui referência a qualquer possibilidade de satisfação. Nessa perspectiva e retomando a obra lacaniana, Klautau (2014, p. 83) afirma que ele “aproxima a noção de frustração do modo de reivindicação imaginário que pode ser concebido como um prejuízo, um dano ou uma lesão”.

Trata-se, portanto, de uma dialética, indicada por Lacan, que implica em como a criança é capaz de simbolizar o real a partir de duas direções: uma onde está o objeto real: o seio e na outra, onde se situa o agente, representado pela mãe. Nas palavras de Klautau (2014, p. 83-4):

O objeto, antes de ser percebido como tal, pode ser colocado em cena na dialética que envolve o bebê e a sua mãe, que é apreendida, neste momento, através do seio que o alimenta. É a partir da falta da mãe, ou do seio, decorrente de um certo ritmo marcado entre ausências e presenças, que o bebê vai estabelecendo um certo modo de relação com o mundo, mesmo que ainda não exista a inscrição psíquica de uma diferença estabelecida entre eu e não-eu. Portanto, é somente a partir da falta da

mãe, ou do seio na realidade, que a criança tem a possibilidade de conceber a presença da mesma. Nesta relação, Lacan introduz a mãe como agente da frustração: é a mãe que em seu movimento de ir e vir instala a dimensão da falta do objeto no imaginário infantil.

Nesse sentido, a mãe, ao responder ou não aos apelos da criança e nas alternâncias de presença e ausência, fornece a possibilidade de seu filho articular uma relação entre o real e o simbólico. Klautau (2014) propõe ainda que, quando a mãe, em função de agente simbólico, introduz a falta de objeto, ela é também concebida como um objeto real, e assim se configura uma potência que, mediante o jogo de presença/ausência, pode gerar os mais diversos sentimentos nas relações da criança. Ao poucos, portanto, o objeto materno de real se tornará simbólico.

Na dialética da frustração, situamos que o seio se configura como o objeto de desejo da criança, mas quanto ao objeto do desejo materno, Lacan (1956-57/1995) ressalta que o preponderante na relação da mulher com a criança é a dimensão imaginária do falo. O psicanalista propõe, portanto, que:

É na relação com a mãe que a criança experimenta o falo como o centro do desejo dela. E ela própria se situa ali em diferentes posições pelas quais é levada a manter, isto é, muito exatamente, a tapear este desejo da mãe. [...]. A criança se apresenta à mãe como lhe oferecendo o falo nela mesma, em graus e posições diversos. Ela pode se identificar com a mãe, se identificar com o falo, ou apresentar-se como portadora de falo (LACAN, 1956-57/1995, p. 230).

Nesse contexto, o falo, enquanto elemento central na relação da mãe e da criança, só tem acesso possível, uma vez que esta mãe se circunscreve enquanto faltosa na sua dimensão desejante. Para Lacan (Ibidem), nesta relação, entretanto, não há uma completa justaposição de desejos, mas uma falta que é intrinsecamente constituinte do nascimento da condição desejante. Assim, a falta, enquanto ponto nodal das relações iniciais mãe-bebê, se circunscreve como o fio condutor da constituição do sujeito psíquico, a partir de sua concepção.

A frustração, conforme falamos, é uma experiência primeira que prepara o terreno para as relações edípicas, e que introduz uma relação de objeto o qual está envolto, manifestamente, da questão do real. Lacan (1956-57/1995) denomina que existem duas vertentes coexistentes na frustração, conforme afirmado anteriormente. Há, por um lado, o objeto real em uma relação direta, pois “é unicamente em função de uma periodicidade em que podem aparecer furos e carências que vai se estabelecer um certo modo de relação do sujeito que não necessita em absoluto admitir que haja mesmo para ele distinção entre um eu e um não eu” (Ibidem, p. 67). De outro lado, Lacan situa o agente, ou seja, a mãe, e, por mais

que haja objeto, este não entra em função, senão com relação à falta. Esta relação em que falta o objeto é que facilita a intromissão da noção de agente.

O psicanalista ainda observa que tal relação, entre a mãe e a criança, está distante da harmonia, pois há sempre algo para a primeira que permanece irreduzível no que está em questão. “Mais precisamente – a criança, como real, assume para a mãe a função simbólica de sua necessidade imaginária – os três termos estão aí” (LACAN, 1956-57/1995, p. 71).

No que diz respeito aos cuidados maternos, Lacan (1969/2003) aponta que estes trazem a marca de algo particular, embasado nas próprias faltas da mãe, havendo a necessidade de intercessão por um terceiro:

A distância entre a identificação com o ideal do eu e o papel assumido pelo desejo da mãe, quando não tem mediação (aquela que é normalmente assegurada pela função do pai), deixa a criança exposta a todas as capturas fantasmáticas. Ela se torna o ‘objeto’ da mãe e não mais tem outra função se não a de revelar a verdade desse objeto (LACAN, 1969/2003, p. 369).

A mãe, portanto, além de comparecer com o real de seu corpo, apoderada imaginariamente através do arranjo do qual faz parte, é também dirigente da inserção da criança no mundo simbólico. A mãe, enquanto Outro, precede o sujeito, e o concede um espaço, apenas dela, no qual ele poderá vir a se constituir enquanto sujeito do desejo.

Para pensar o materno, enquanto Outro primordial, deve-se considerar, portanto, o próprio narcisismo da mãe, pois a suposição freudiana é de que, ao nascer, a criança é dotada de todas as perfeições, conforme pregam os seus pais. A ela, não deve caber nenhum infortúnio, sejam doenças, morte ou restrição às suas vontades: “as leis da natureza, assim como as da sociedade, devem se deter diante dela, e ela deve realmente tornar-se de novo o centro e a essência da criação do mundo. *His Majesty the Baby*, tal como nós mesmos nos imaginamos um dia” (FREUD, 1914/2004, p. 110). Nesse contexto, Freud afirma que a criança deve satisfazer tudo o que os pais não o fizeram, e o amor que os últimos direcionam a ela não seria outra coisa senão os seus próprios narcisismos renascidos. O narcisismo original da criança, por sua vez, está exposto a possíveis perturbações, às quais deve reagir e se defender, forçadamente, durante o seu processo de constituição psíquica.

Diante disso, o lugar do Outro primordial é justamente aquele que afeta a criança. É um personagem humano encarnado que irá se ater aos cuidados do bebê, cuidados estes não livres de influências, mas determinados por uma cadeia geracional que, segundo Dias (2003a), diz respeito à relação da mãe com aqueles que cuidaram dela e que a marcaram

simbolicamente, marcas que permearão suas relações de maternagem para com seus próprios filhos.

Segundo Fernandes (2000), imerso no desespero inicial, o bebê demanda um Outro que não apenas satisfaça suas necessidades, mas que atribua sentido aos seus balbucios, gritos e gestos. Assim, Lacan introduziu, segundo a autora, a distinção entre a necessidade e a demanda, que permite dimensionar e especificar a função do Outro primordial:

Tal função, não deixa de ser exorbitante – tendo em vista que um Outro vai decretar a um ser o que ele sente, do que ele precisa – função esta que cabe ao Outro primordial. Trata-se, portanto, no Outro primordial, de um Outro que demanda, que projeta no pequeno ser a sua frente – em seus gritos e esperneios – suas próprias demandas. Todavia, para que o Outro venha a formular demandas, dando sentido à produção gestual e sonora da criança – introduzindo-a, desta forma, no universo do sentido – este deve, como diz Freud, poder “atentar” ao estado do bebê, dirigindo-se a ele de forma especial (Ibidem, p. 65).

Para tanto, a criança deve estar imersa no universo desse outro, em um lugar especial e privilegiado na economia de seu desejo. Nesse contexto, Bernardino, Laznik e Araújo (2011) versam sobre a concepção de mãe, a partir de diferentes registros, para demonstrar a importância do narcisismo materno para constituição da hipótese narcísica da criança – eu ideal: a mãe real, aquela que se introduz na relação corpo-a-corpo com o bebê e se apresenta na gestação e no parto; a mãe imaginária, ainda não castrada, da criança no pré-édipo; e a mãe enquanto significante, irredutível, presente mesmo na ausência. As autoras retomam, ainda, as proposições teóricas de Kristeva (1986), para enfatizar a complexidade e força do amor materno, em que o laço da mãe com o bebê implica um retorno ao seu próprio narcisismo, ao mesmo tempo em que há uma demanda para se sair dele. Nesse contexto, como citado anteriormente, Freud (1914/2004) conjectura a compreensão de que, ao mesmo tempo em que um filho enriquece o narcisismo dos pais, é importante, também, que as condições narcísicas da mãe permitam que ela obtenha prazer nos atos direcionados aos cuidados com o bebê.

Sobre as tais condições narcísicas da mãe, Winnicott (1964) também propõe que esta, em um estado de não adoecimento psíquico, se prepara para os cuidados maternos no período final da gestação, e volta ao seu estado normal nas semanas que se seguem ao processo do nascimento. O autor intitula tal momento por “preocupação materna primária” (Ibidem, p. 30), estado em que as mães estão dispostas a se colocar no lugar do bebê, adquirindo uma capacidade de identificação com estes, a partir da qual se habilita aos cuidados das necessidades primárias da criança. Para o autor, no que diz respeito às nuances do processo de amadurecimento emocional do indivíduo, o que se torna preponderante é um

ambiente propiciador. “Este ambiente de facilitação torna-se rapidamente muito complexo” (Ibidem, p. 32).

Por função ambiental, Winnicott (1975) compreende o segurar, o manejar e a apresentação de objetos:

Um bebê é segurado, satisfatoriamente manejado e, isso aceito, é-lhe apresentado um objeto de tal modo, que sua experiência legítima de onipotência não seja violada. O resultado pode ser que o bebê seja capaz de usar o objeto e sentir-se como se esse objeto fosse um objeto subjetivo, criado por ele (WINNICOTT, 1975, p. 154).

Tais aspectos, que constituem o início da vida da criança, são capazes de prover as maiores complexidades que incidem no desenvolvimento emocional e psíquico do bebê. Assim, quando uma criança, por longo período, não recebe de volta um olhar, ou quando olham e não veem a si mesmos, inúmeras são as consequências que podem ocorrer, as quais acometem sua capacidade criativa e os fazem buscar, em outros meios, obter algo de si mesmos de volta.

Winnicott (1975) evidencia a própria atividade do bebê, afirmando que alguns deles “não abandonam inteiramente a esperança e estudam o objeto e fazem tudo o que é possível para ver nele algum significado que ali deveria estar, se apenas pudesse ser sentido” (Ibidem, p. 155). Outros bebês, provocados pelo relativo fracasso da mãe, estudam as feições desta em uma tentativa de predizer o seu humor, e assim aprendem a fazer uma rápida previsão, que indica a possibilidade de ele afastar, ou não, as suas necessidades pessoais em prol de proteger o seu eu.

Em um sentido patológico, em consonância com o que fora dito acima, o autor constata que a predizibilidade força o bebê ao seu limite de permitir eventualidades, inserindo-o em uma ameaça de caos que o fará se retirar ou mesmo não mais olhar, exceto como uma forma de defesa. Winnicott (1975, p. 155) reforça: “um bebê tratado assim crescerá sentindo dificuldades em relação a espelhos e sobre o que o espelho tem a oferecer. Se o rosto da mãe não reage, então o espelho constitui algo a ser olhado, não a ser examinado”.

No que seria, para o autor, um percurso normal de acontecimentos, a criança investigaria seu rosto ao espelho e iria absorvendo a tranquilidade que a imagem da mãe, ali observada, a concede, uma mãe que pode vê-la e que se encontra *em rapport* com ela. Desse modo, em um momento posterior, que se definiria pelos desdobramentos do narcisismo secundário, tanto na menina quanto no menino, insinuar-se-iam as consequências de tamanho cuidado que fora direcionado, primeiramente, pela assistência materna na infância tenra.

Segundo Perla Klautau (2014), embora Winnicott e Lacan evidenciem as relações entre a mãe e o seu bebê, o último enfatiza a falta constituída neste espaço e não a experiência de continuidade. A falta como centro da relação mãe-bebê é conceituada, por Lacan, a partir o objeto *a*, que tem seu engendramento delineado desde a concepção do estágio do espelho, conforme trouxemos aqui.

Nessa perspectiva, é embasado no conceito de falta e nas suas incidências nos demais tempos do complexo de Édipo, que seguiremos com nosso estudo, no intuito de promover uma maior compreensão acerca da depressão na infância. Para isso, pretendemos pensar, mais especificamente, as funções materna e paterna dentro da experiência edipiana, pois, conforme versa Kehl (2009, p. 262) “tanto a mãe como o pai do futuro depressivo são cúmplices, cada uma à sua maneira, do recuo da criança”. Esta é, portanto, a prerrogativa que tentaremos elucidar adiante.

3.3 O segundo tempo do Édipo e a “posição depressiva”

O segundo tempo do Édipo é caracterizado pela privação, pois, especificamente no plano imaginário, o pai entra em cena como aquele que priva a mãe. É um estágio em que há um aspecto nodal, o qual indica que aquilo que desvincula o sujeito de sua identificação, tem, concomitantemente, o poder de ligá-lo às primeiras incidências da lei: “A mãe é dependente de um objeto, que já não é simplesmente o objeto de seu desejo, mas um objeto que o Outro tem ou não tem” (LACAN, 1957-58/1991, p. 199). O fato da mãe se submeter a uma lei que não é dela, mas do Outro, assinala, portanto, a mola mestra da relação do Édipo. Assim, Lacan (1957-58/1991) versa que o personagem paterno ganha evidência neste tempo, o que resulta em efeitos na criança, como a agressividade e a rivalidade dirigida ao pai, o qual é fonte de tensionamento e também de sentimento do amor. Tal dialética tem função estruturante e inconsciente. Em suas palavras:

A experiência analítica nos prova que o pai, como aquele que priva a mãe do objeto de seu desejo, a saber, o objeto fálico, desempenha um papel absolutamente essencial, não direi nas perversões, mas em qualquer neurose e em todo o desenrolar, por mais fácil e mais normal que seja, do complexo de Édipo. Vocês sempre constatarão, na experiência, que o sujeito posicionou-se de uma certa maneira, num momento de sua infância, quanto ao papel desempenhado pelo pai no fato de a mãe não ter falado. Esse momento nunca é elidido (LACAN, 1957-58/1991, p. 190-91).

O autor se refere a um posicionamento tomado pelo sujeito em determinado tempo de sua subjetivação, frisando, momento este “nunca elidido” relativo ao papel

desempenhado pelo pai frente à ausência de falo na mãe. Este ponto é utilizado como argumento fundamental pelos psicanalistas Dias (2003a; 2003b) e Kehl (2009), para estruturar o conceito de “posição depressiva”, conforme veremos adiante.

Na passagem acima, verificamos que a presença de um terceiro levará ao desfecho do complexo de Édipo, resultando em possibilidades favoráveis ou desfavoráveis, em torno dos planos da frustração, da privação e da castração. Deter-nos-emos na privação, característica do segundo tempo do Édipo.

Lacan (1957-58/1991) destaca que o pai priva a mãe de algo que ele não possui, e que só existe na medida em que se situa no plano simbólico. Deste modo, é na esfera da privação materna que, em um momento específico do Édipo, o sujeito é colocado diante da questão de aceitar (ou recusar), de registrar e de dar um valor de significação a esta privação em que a mãe se revela objeto. “Esse ponto é essencial. Vocês o encontrarão em todas as encruzilhadas, a cada vez que sua experiência os levar a um certo ponto que agora tentamos definir como nodal no Édipo” (LACAN, 1957-58/1991, p. 191). O autor coloca ainda que a experiência analítica prova que, quando a criança não ultrapassa esse ponto nodal, ou seja, não aceita a privação do falo produzida na mãe pelo pai, ela mantém em pauta uma forma específica de se identificar com o objeto da mãe, esse objeto apresentado deste os primórdios como rival.

Lacan (1957-58/1991) se detém sobre o papel do pai, o qual, embora em um primeiro momento fique em segundo plano, assume posteriormente uma condição fundamental. No complexo edípico, o pai entra, enquanto detentor da lei, um verdadeiro obstáculo situado entre a criança e a mãe, momento crucial em que se situa a chave para o desfecho do Édipo e seus diferentes possíveis desdobramentos. O autor se utiliza do caso do Pequeno Hans, para exemplificar um problema que ocorre a partir do momento em que a posição do pai é posta em dúvida pelo fato de não ser sua palavra que serve de lei para a mãe, culminando em um desfecho problemático do Édipo. Para ele, o que constitui a chave de todo o processo é a “relação não com o pai, mas com a palavra do pai” (LACAN, 1957-58/1991, p. 199).

A privação fálica, ocasionada pela entrada do pai na cena edípica, preponderantemente no segundo tempo, pressupõe uma intervenção primordial na relação do sujeito com a lei:

Mas essa é uma etapa cujas duas vertentes, como vocês estão vendo, são sempre suscetíveis de reverter uma na outra. Há algo de abstrato, e, contudo, de dialético, na relação dos dois tempos de que acabo de lhes falar, aquele em que o pai intervém

como proibidor e privador, e aquele em que intervém como permissivo e doador – doador no nível da mãe (LACAN, 1957-58/1991, p. 199).

Assim, o autor salienta que, para melhor compreender os desdobramentos deste ponto nodal do Édipo, faz-se necessário situar as nuances da mãe e sua relação com o objeto fálico. O falo poderá intervir nesta relação, enquanto falta, privação, mas também como um objeto que é dado a mãe, e o qual ela passará a possuir.

É a partir de tais elaborações lacanianas sobre o segundo tempo do complexo de Édipo, que passaremos a apresentar as considerações de Dias (2003a; 2003b) e Kehl (2009) acerca de uma forma diferenciada de compreender a depressão enquanto uma posição específica, qual seja: a depressão enquanto sinônimo de uma *demissão* subjetiva.

Quando Dias (2003a) discorre sobre o seu conceito de “posição”, especificamente “posição depressiva”, ele conjectura sob esta nomenclatura uma ideia que retoma a dialética entre o sujeito e o Outro:

Vou partir do princípio de que a posição depressiva é uma construção que se efetiva no momento de lidar com a perda que o desejo do Outro imprime para o sujeito. Tal posição, deve-se notar, é uma construção pelo fantasma, ou seja, é eminentemente simbólica. Ela não dá origem a uma estrutura depressiva, mas sim, a um sintoma. A depressão é, portanto, um sintoma estruturado pelo fantasma. De forma a condensar o característico desta posição, vou dar a ela uma definição breve: a posição depressiva é aquela segundo a qual o sujeito cai antes da queda. Significa admitir que o sujeito, em posição depressiva, não entra em rivalidade com o Falo. Ele se demite por antecipação (DIAS, 2003a, p. 83).

Desta forma, o autor coloca que, embora exista sujeito do desejo na depressão, este se apresenta em forma de uma demissão, que representa uma posição no fantasma. Dias (2003a; 2003b) defende sua hipótese de que a escolha da posição depressiva está situada entre o primeiro e o segundo tempo do complexo de Édipo, pois é exatamente no segundo tempo que se apresentam as escolhas das estruturas clínicas: neurose, psicose e perversão. Assim, a problemática da questão poderia ser melhor compreendida nesse momento em que o sujeito tem que se haver com o obstáculo que faz barra ao desejo da mãe e que o descentra da posição em que ele se coloca enquanto objeto do desejo materno. O autor retoma o tempo em que já não se constitui a mãe como simbólica, mas sim como real.

Compreender o agente materno como real significa afirmar que a mãe, nesse momento, refere o seu desejo para um além da criança. Dessa forma, enquanto no primeiro momento há uma estreita aproximação entre o desejo da mãe e o da criança, neste segundo tempo há uma maior incidência do desejo da primeira. Há aí, por sua vez, uma movimentação por parte da criança, no intuito de poder se realocar como o objeto do desejo materno. A

depressão seria uma possibilidade, para o sujeito, de conservar sua trincheira narcísica junto ao desejo da mãe, sem enfrentar a instância paterna. O sujeito, simultaneamente, considera a presença do pai e realiza uma demissão subjetiva, que seria uma simples desistência ao confronto com os representantes que a instância paterna determina.

Kehl (2009), na mesma perspectiva de Dias, discorre acerca dos pais da criança depressiva, e fala que a mãe “não toma o filho como seu objeto, mas como um dependente que não pode suportar a ausência dela” (KEHL, 2009, p. 262). Trata-se de um amor que compromete a criança, uma vez que, para a mãe, é insuportável o sentimento de ser dispensável. Assim, o lugar conferido à criança é de dependente e, desta forma, a mãe goza de sua própria potência. A autora também se reporta a uma ordem onde há um pai abatido, fato que deixa o infante vulnerável à onipotência materna:

No segundo tempo do Édipo, a mãe supereficiente tenderia a poupar sua criança da rivalidade edípica. Não porque não exista, para ela, espaço para desejar nada ou ninguém além da criança, e sim porque, ocupada em poupar seu filho da dor de viver, tenta uma solução de compromisso entre seu investimento em um terceiro – o pai ou qualquer substituto – e sua necessidade de continuar protegendo o(a) filho(a) (KEHL, 2009, p. 263).

O pai, então, nesta relação, aparece como desinteressado, abatido e impotente, acabando por até mesmo desencorajar a rivalidade da criança, fato que pode resvalar para a autoagressividade e destrutividade. A depressão pode aparecer aí, como afluente de uma posição em que o sujeito passa a ocupar no fantasma, pois este se demite antes mesmo de entrar na rivalidade fálica (KEHL, 2009).

Os possíveis impasses existentes na relação entre o sujeito e o Outro, ao nível do processo de constituição, produzem também efeitos no corpo, na medida em que é a partir desta relação que o corpo será bordejado com desejo. Para explicar melhor a afetação do corpo do sujeito na posição depressiva, Dias (2003b) retoma a proposição lacaniana de que, no segundo tempo, no momento da passagem da frustração para a privação, diferentes possibilidades de saída podem suceder, dentre estas: identificar-se com o objeto de desejo materno ou fazer-se o objeto do desejo materno. Dias (2003b) adiciona, entretanto, mais uma possibilidade de saída, citada anteriormente: demissão, desistência e abandono da posição desejante. “O sujeito cai na depressão antes da queda que seria vivida através da dialética com o desejo da mãe, em que ele seria levado a ter que perder exclusividade junto ao Outro” (Ibidem, p. 63).

Nos momentos em que o sujeito é obrigado a ceder algo de valor, precioso, algo que preferia reter, e que a ameaça de perda lhe causa uma sensação de queda e

desmoronamento, vemos surgir a angústia. Esta advém nos momentos de ruptura e separação, situação em que a primeira perda situada no Outro é relembrada (SOUZA, 2005). Em 1932, Klein propôs uma diferença entre as angústias ligadas ao medo e as angústias associadas à culpa, esta última relacionada posteriormente à posição depressiva (CINTRA; FIGUEIREDO, 2010).

Lacan (1962-63/2005) denomina a angústia como um afeto, cuja emergência faz o sujeito se confrontar com a pergunta do desejo do Outro. Em “Seminário 10” (1962-63) propôs um avanço essencial em relação à estrutura da angústia, a qual seria a mesma da fantasia, ambas concernindo à relação do sujeito frente ao objeto de desejo do Outro. Na fantasia, entretanto, esse objeto se encontra velado, enquanto que, na angústia, está desnudo. Desse modo, ambas (a fantasia e a angústia) funcionam como respostas ao enigma do desejo do Outro, porém, a primeira se revela enquanto uma significação e a segunda se produz em forma de uma sensação (SOUZA, 2005).

O conceito de angústia começa a ser mais explorado neste estudo, na medida em que Lacan (1962-63/2005) situa o diálogo acerca da função e da estrutura da angústia, nas suas relações com a constituição do sujeito e do objeto. Identifica a peculiaridade e os riscos que se apresentam nos momentos primordiais da constituição do sujeito, uma vez que o desejo que emerge daí retornará em várias experiências da vida. Sobre o afeto angústia, o autor lhe qualifica como “aquilo que não engana, o que está fora de dúvida” (Ibidem, p. 88).

Dias (2003b) se questiona: o que se pode depreender desta condição em que a angústia se instala? “Que quando há falta da falta não há lugar para o sujeito. Se não há lugar para o sujeito, então a angústia pode ser disparada, pode ser vivida quando um sujeito é invadido pelo Outro” (Ibidem, p. 65). A particularidade do sujeito não entra em cena, mas sim, o caráter avassalador do desejo do Outro.

Deste modo, diante de tudo o que fora exposto e nos atendo a angústia enquanto “fundamento através do qual se elabora o fantasma e o fantasma é aquilo que dá uma posição do sujeito diante do Outro” (Dias, 2003b, p. 64), e ainda levando em consideração que a fantasia tem a mesma estrutura da angústia, e que a posição é uma construção pelo fantasma, proeminentemente simbólica, poderíamos classificar a depressão como um sintoma?

Para esta pergunta, Coser (2003, p. 137) responde: “Psiquiatricamente sim, entendendo sintoma como o sofrimento de que um indivíduo se queixa. Mas, psicanaliticamente, não, posto que um sintoma pressupõe um trabalho de metaforização que não se encontra na depressão”. O autor, por fim, propõe pensar o que se apresenta na depressão, enquanto algo da ordem da inibição, e se questiona se as depressões que se

apresentam nas estruturas neuróticas seriam uma forma paradigmática do que Freud formula como inibição. “Essa é uma ideia interessante que deve ser tomada não para realçar a hesitação, o empobrecimento, a contenção, o não ir à luta, mas sim para grifar a ideia de que se há algo a ser contido é precisamente porque existe um excesso” (COSER, 2003, p. 137). Guardaremos esta ideia e nos deteremos a ela no capítulo seguinte.

Com base no exposto, consideramos que, diante das teorias aqui apresentadas, poderíamos vislumbrar um estatuto para a depressão. Seria esta uma “posição”, conforme versam Dias (2003a; 2003b) e Kehl (2009)? Desde o início de nosso estudo encontramos uma dificuldade em traçar um lugar diagnóstico, dentro da psicanálise, para esta afecção e os autores supracitados defendem que o acometimento depressivo se situa no segundo tempo do complexo de Édipo, marcando o sujeito de forma estrutural, a ponto de fazer parte das suas experiências posteriores – durante sua infância, adolescência e vida adulta. Esta configuração teórica seria suficiente para abarcar o conceito de depressão dentro da psicanálise? Percebemos nos desdobramentos deste capítulo que há um tema pendente, o qual veio aparecendo em diferentes momentos de nosso estudo, muitas dessas vezes associado ao sofrimento psíquico e que, portanto, ainda precisa ser abordado e pensado nas suas relações com a depressão em crianças: a inibição.

4 DEPRESSÃO INFANTIL, LATÊNCIA E INIBIÇÃO

O conceito de inibição se insere em nosso estudo articulado ao conceito de latência, com o objetivo preliminar de conduzir um novo pensamento teórico e clínico acerca do que chamamos de depressão em crianças. O caminho de articulação com o tempo da latência e a sua relação com a inibição, fora indicado por autores que traremos, na sequência, para compor este diálogo.

Em “Inibições, Sintoma e Angústia” (1926[1925]/1976), Freud versa que a importância de distinguir inibições de sintomas se dá pelo fato de que algumas afecções se caracterizam pela presença apenas do primeiro e não do segundo:

Os dois conceitos não se encontram no mesmo plano. A inibição tem uma relação espacial com a função, não tendo necessariamente uma implicação patológica. Podemos muito bem denominar de inibição a uma restrição normal de uma função. Um sintoma, por outro lado, realmente denota a presença de algum processo psicopatológico. Assim, uma inibição pode ser também um sintoma [...] inibição quando há uma simples redução de função, e sintoma quando uma função passou por alguma modificação inusitada ou quando uma nova manifestação surgiu desta (Ibidem, p. 107).

Na sequência, anunciando a relação entre inibição e função, Freud (1926[1925]/1976) examina as funções do ego em prol de descobrir as possíveis perturbações destas nas afecções neuróticas. Conclui, entretanto, a relação entre inibição e angústia, uma vez que a inibição representaria o abandono de uma função que causaria angústia, tentando, assim, evitá-la. Retomaremos este ponto mais adiante.

Para Freud (Ibidem) existem inibições de caráter específico, nas quais um órgão é excessivamente erotizado, fato que intervém e altera a sua função. Um exemplo disto é quando o ato de tocar piano, escrever, ou mesmo andar ficam sujeitos a inibições, porque os órgãos físicos que executam essas funções se tornaram excessivamente erotizados. “O ego renuncia a essas funções que se acham dentro de sua esfera, a fim de não ter de adotar novas medidas de repressão – *a fim de evitar um conflito com o id*” (FREUD, 1926[1925]/1976, p. 110). Por outro lado, também existem as inibições autopunitivas, como as de atividades profissionais, quando o ego não conseguiria levar adiante atividades que trazem êxito e lucro, tendo em vista as proibições do superego e, assim, evita entrar em conflito com o mesmo.

As inibições de caráter generalizado obedeceriam a um mecanismo diferente. Ocorrem quando o ego se vê diante de uma árdua tarefa, como, por exemplo, no luto, e ele perde muita energia, necessitando, assim, reduzir o dispêndio da mesma em diversos pontos e ao mesmo tempo. “Temos aqui um ponto a partir do qual deve ser possível chegar a uma

compreensão da condição da inibição geral que caracteriza estados de depressão, inclusive a mais grave de suas formas, a melancolia”, destaca Freud (1926[1925]/1976, p. 110-1). Tomaremos esta citação do psicanalista como um argumento investigativo, o qual irá guiar o nosso estudo acerca da depressão, especificamente em crianças.

De acordo com Lima e Martins (2010), ao passearmos pelas construções freudianas percebemos que há uma abrangência, assim como uma certa imprecisão acerca do termo inibição. As autoras percorreram diferentes obras, dentre as quais: o “Projeto, Três Ensaio e Pulsão e seus destinos” para ressaltar que, nestes textos, os leitores são levados a aproximar a inibição de conceitos como o recalque e a sublimação. No entanto, elas afirmam que em “Inibição, Sintoma e Angústia”, com o privilégio dado à angústia, “ressalta-nos a dificuldade que Freud tem de sustentar clinicamente a sua diferenciação entre inibição e sintoma referenciada na tópica do aparelho psíquico, acabando ele por considerar a existência de inibições sintomáticas, ou de sintomas inibitórios” (LIMA; MARTINS, 2010, p. 1). As autoras pretendem, com isto, não exaltar uma ambiguidade, mas apenas resgatar que em alguns casos a inibição tem seu valor de sintoma, merecendo uma escuta.

No que diz respeito à clínica com pacientes inibidos, Besset (2000) destaca que o que está em jogo é a ausência de uma implicação enquanto sujeito desejante. “Atualmente, não é raro nos chegarem sujeitos se dizendo deprimidos ou com dificuldades importantes ligadas à escola ou ao trabalho. Estas dificuldades referem-se a entraves que atingem atividades específicas, muitas vezes intelectuais” (Ibidem, p. 4-5). A autora se refere a situações que se apresentam enquanto obstáculos para o sujeito, porém, estes não se questionam sobre o que os ocorrem e nem se reconhecem naquilo. Haveria, portanto, uma diferença entre ter uma dificuldade de conseguir ou não obter o que almeja e o sofrimento específico de um sintoma:

Talvez esteja aí o ponto de distinção: na inibição, o sofrimento do sujeito pode ficar, diferentemente do sintoma, escamoteado, por assim dizer. Na inibição, grosso modo, o sujeito não diz sofrer, mas: “algo me aborrece”. Este sofrimento escamoteado na roupagem da inibição nos remete ao fora de circulação do sintoma posto no museu, tal como sugere Lacan. Mas, se ao Outro, na cena analítica, o sujeito apresenta sua demanda pela via de um sintoma, como responder àquele que nos exhibe somente sua inibição? (BESSET, 2000, p. 5)

A autora sugere refletir acerca das relações entre inibição e angústia, indicando que, se há uma parada em determinado funcionamento, isso, por sua vez, é um indicador de sofrimento. Entretanto, Besset (2000) propõe que o papel do analista é contribuir para retirar a

inibição do museu, promovendo o desconforto que pode levar o sujeito a se questionar por seu desejo, fato unicamente possível a partir do respeito à realidade e ao tempo do sujeito.

No que concerne à infância, Kuperwajs (2010) afirma que a depressão não estaria ao lado do sintoma, mas sim da inibição, relacionada à desaparecimento do desejo. Pontua que “en la clínica nos manejamos con alguns términos que evocan los diferentes aspectos que reflejan las depreßiones: duelo, angustia, inhibición, pasaje al acto, tristeza, dolor de existir, aburrimiento, etc” (Ibidem, p. 130). A autora defende, portanto, que a clínica da depressão se articula à clínica do desejo, em relação ao humor e a inibição. Critica ainda a sociedade atual na qual haveria um “empuje al ‘no saber’” (Ibidem, p. 130), em que os sujeitos não mais se interrogam a causa dos sintomas. As crianças, por sua vez, seriam convidadas a entrar no mesmo *modus operandi*, empurradas forçosamente à felicidade e aos gozos sem limites. Em suas palavras:

A veces nos encontramos con niños en un estado de mucha ansiedad que es en definitiva un intento de la salida de la tristeza o de la angustia misma. Sabemos que la intolerancia a la tristeza es una de las formas en las que se manifiesta el rechazo a convivir con la falta o a transitar un duelo. Es un dato de nuestra clínica que cuando el sujeto cede en su goce en el duelo, ante la perdida del objeto, se deprime. Podemos agregar también algo que comprobamos, cuando hay cierta caída de la imagen narcisística del yo ideal, del brillo fálico, en cuadro de neurosis, los niños se deprimen (KUPERWAJS, 2010, p. 130).

Ao falar, então, que as crianças se deprimem, o que seria, no entanto, esta depressão? Kuperwajs (2010) indica a obra de Lacan e as considerações dele sobre o afeto depressivo para problematizar a questão. Em “Televisão” (1973/2003), Lacan versa sobre o afeto depressivo, enquanto um afeto normal, diferenciando-o de um estado de espírito e caracterizando-o enquanto uma falha, uma “covardia moral” (Ibidem, p. 524). O psicanalista francês se refere à tristeza em sua dimensão ética, ao sujeito que cede seu desejo frente ao gozo, renúncia esta que o afeta de forma depressiva.

A criança, por sua vez, em determinado momento de sua constituição, se depara com a ameaça de castração, que possui relevantes consequências e que demanda um posicionamento do sujeito em estruturação. Castração e depressão relacionam-se na medida em que a experiência neurótica reafirma a necessidade de conviver com a perda. Guardemos este pensamento para melhor explorá-lo adiante.

Retomando ao conceito de inibição, Lacan (1962-1963/2005) em “Seminário 10: a angústia”, afirma que esta se trata de uma paralisação do movimento e sugere a associação de tal palavra com o termo “impedir”: “Estar impedido é um sintoma. Ser inibido é um sintoma posto no museu” (Ibidem, p. 19). Sobre estas considerações lacanianas, Kuperwajs

(2010) destaca que ausência de ação do sujeito depressivo é uma marca do achatamento do desejo frente à mobilização intensa da defesa imaginária na inibição. A autora afirma ainda que o sujeito deprimido fracassa ao tentar se defender contra a angústia. Deste modo, a paralização causada pela inibição tem como um dos seus maiores objetivos evitar o surgimento da angústia e os perigos que daí advém.

Para Hanna (2005), a afirmação de Lacan acerca da inibição, enquanto um “sintoma no museu”, serve para auxiliar na compreensão de que a inibição é consequência de um recalque antigo, que não chama a um novo recalque, uma vez que prefere restringir a função erotizada do eu. Assim, por pertencer aos registros do eu, do imaginário, a inibição se encontra fora do campo do deciframento. Por fim, a autora atenta que “as elaborações freudianas indicam que o ponto central da problemática da inibição é a angústia” (Ibidem, p. 71).

A relação entre inibição e angústia é elucidada por Lacan (1962-1963/2005), a partir de suas correlações entre o desejo do sujeito e o desejo do Outro, associado às incidências da castração. Lacan (Ibidem) versa que, no lugar do Outro, se configura a imagem refletida do sujeito, imagem esta caracterizada por uma falta, uma vez que o que é convocado aí não pode comparecer. Neste ponto, o psicanalista constata uma orientação e polarização do desejo, o qual está essencialmente relacionado a uma ausência:

Essa ausência é também a possibilidade de uma aparição, ordenada por uma presença que está em outro lugar. Tal presença comanda isso muito de perto, mas o faz de onde é inapreensível para o sujeito. Como lhes indiquei, a presença em questão é a do *a*, o objeto na função que ele exerce na fantasia (LACAN, 1962-1963/2005, p. 55).

Para Lacan (Ibidem), este lugar da falta é onde algo pode aparecer. Delineia-se aí uma relação com aquilo que é irreduzível, com o que não se projeta, uma vez que está muito arraigado ao nível do corpo e do narcisismo primário. Sobre este lugar da falta, Lacan o assina-la conjuntamente à angústia, especificamente a angústia de castração que remete à relação do sujeito com o Outro. “Aquilo diante de que o neurótico recua não é a castração, é fazer de sua castração o que falta ao Outro” (LACAN, 1962-1963/2005, p. 56). O neurótico se detém, portanto, a dedicar sua castração à garantia do Outro.

Assim, no intuito de articular as noções de inibição, angústia e castração, Hanna (2005) retoma a teoria lacaniana para relatar que o surgimento da angústia faz com que o sujeito se questione acerca do desejo do Outro. “‘O que o Outro quer de mim?’ revela a falha radical da estrutura que suscita a construção de uma defesa para respondê-la, já que é

impossível fazê-la sem rodeios. O sintoma é uma forma de resposta, forma de velar a falha que a pergunta do desejo comporta” (HANNA, 2005, p. 73). A autora propõe que a inibição é uma operação que se antecipa à pergunta, produzindo, a nível imaginário, uma captura narcísica para obstruir a falha do Outro, o que origina a angústia. Com isso, a inibição suscita a estagnação do desejo.

Hanna (2005, p. 73) nos conduz em seu estudo aos dados clínicos de pacientes inibidos, e pontua que os seus discursos são permeadas de autocríticas, tais como: “sou burro”, “sou incapaz”, “sou oco”, “sou um morto vivo”. Deflagra-se aí um desejo que se encontra inativo, onde o sujeito se reduz a objeto *a* capturado por uma significação isolada. A identificação com o lugar de vazio se dá pelo registro imaginário, ocupado por uma significação que gera um ser ficcional, e a consequência disto é a produção de um gozo que se desliga do desejo do Outro.

Pensemos agora, a aplicação das noções acima estabelecidas, na que concerne à infância. Situemos a angústia de castração e as suas implicações na relação do sujeito com o Outro. Para Flesler (2012), a castração do Outro primordial resulta na perda do paraíso da infância, devido ao encontro com a falta que a linguagem imprime. A angústia realça uma vertente temporal que designa, não apenas um tempo de descoberta, mas também de corte. “Até esse momento, a criança brincava de enganar o desejo do Outro e, a partir de certo instante, ela descobre o jogo” (FLESLER, 2012, p. 81). A consequência dessa descoberta, permeada de angústia, insere o sujeito em um tempo estrutural que o marca definitivamente.

A angústia é inerente à dialética do desejo, sinaliza que o sujeito existe apenas na exterioridade do Outro, embora em um primeiro momento estivesse a ele alienado. No entanto, apesar de ser parte essencial, para Flesler (2012), existem diferentes angústias, algumas das quais podem levar à inibição dos deslocamentos, de movimentos e funções, que poderiam suscitá-la. Também pode ocasionar sintomas como a fobia, principalmente nos primeiros tempos da infância, onde os recursos simbólicos estão em construção. Assim, os picos de angústia advêm a cada vez que o sujeito é impulsionado a redimensionar o seu lugar em decorrência de uma redistribuição do gozo:

O destino da solução para tamanha crise muda radicalmente se, no trânsito de uma posição a outra, o sujeito encontra no Outro um apoio para a mudança [...] Desencadeadores trágicos mostram como a ânsia de abrir passagem para o novo traz o risco de desintegrar o sujeito no esforço e mostram também como o destino da angústia difere se ele conta ou não com a presença do pai, aquela versão do pai [...] ao tomar a mãe como não-toda mãe, ao desejá-la e reclamá-la como mulher (FLESLER, 2012, p. 84).

A função paterna na sua posição de interdito, introduzindo o complexo de castração, irá outorgar à criança uma possibilidade de gozo futuro, retirando-a, assim, do engodo que permeia o laço desta com a mãe. Consideramos que o posicionamento de ambos os pais, da figura paterna, enquanto interdito, e da figura materna, enquanto não-toda, serão determinantes para o caminhar do processo de constituição psíquica.

Flesler (2012) retoma ainda a teorização de Lacan, no “Seminário R.S.I.”, para falar que, na busca de encontrar um lugar no campo do Outro, o sujeito pode obter três respostas possíveis: um saber enlaçado à castração do gozo, onde se encontrará com a falta no saber, constatando que não é o falo, fato que beneficiará a articulação da sua fantasia; pode encontrar também a censura ou um saber pleno de sentido absoluto, o que resultará em uma inibição do saber, fato que faz com que o sujeito se empobreça e; por fim, se o sujeito se depara com a renegação, a sua saída será a angústia. Conforme a autora, as duas últimas possibilidades comprometerão a trama fantasmática. Assim, o sujeito fica impossibilitado de estruturar uma resposta ao enigma do Outro, distanciando-se de elaborar uma teoria sobre o seu sofrimento e também de formular novas perguntas.

Observa-se, diante do exposto, o quanto as experiências infantis podem ser desencadeadoras de dor, sofrimento e angústia. No entanto, em alguns casos, conforme vislumbramos acima, tais afetos designam que a constituição psíquica está em andamento, deixando as suas devidas marcas, muitas das quais são partes constituintes do movimento de enlace e imersão simbólica, necessárias ao processo de constituição. No entanto, não podemos deixar de acentuar que a descoberta de castração do Outro tanto produz ressonâncias significativas, como faz com que o sujeito demande um tempo para se organizar.

4.1 Considerações sobre a latência

Na teoria freudiana percebemos a composição da sexualidade, prioritariamente, em dois tempos diferentes e separados: um concerne à infância, através do autoerotismo e do complexo de Édipo; o segundo se dá na puberdade, marcado pelo despertar das pulsões sexuais no adolescente. Entre esses dois tempos há um espaço chamado “latência”.

Freud (1905/1972) no artigo “Três ensaios sobre a teoria da sexualidade”, especificamente na parte 2: “A sexualidade infantil”, abordará pela primeira vez, detalhadamente, as noções teóricas acerca do período de latência. O autor esboça, primeiramente que, desde a mais tenra infância, já é possível situar a presença dos impulsos sexuais e que estes se desenvolvem por um certo período, até que se deparam com uma

progressiva supressão, a qual pode ser interrompida por avanços no desenvolvimento sexual ou pode se sustentar em virtude de peculiaridades individuais. “É durante esse período de latência total ou apenas parcial que se constroem as forças psíquicas que irão mais tarde impedir o curso do instinto sexual e, como barreiras, restringir seu fluxo” (Ibidem, p. 181). Dentre as consequências da latência, encontramos os sentimentos de vergonha, as exigências estéticas e morais e a repugnância.

Para Freud (1905/1972), a construção de tais barreiras no desenvolvimento sexual infantil serão ocasionadas, tanto pela educação, quanto pelo caráter genético, hereditário. Contudo, exalta que já existe uma determinação orgânica para que a latência ocorra, não sendo a educação um aspecto estritamente necessário. O autor também considera a importância da cultura, ao abordar que é através das inibições das pulsões sexuais que o homem terá sua energia desviada para outros propósitos – “processo que merece o nome de ‘sublimação’” (Ibidem, p. 182).

Freud (1905/1972) explica o mecanismo de sublimação a partir da impossibilidade dos impulsos sexuais serem utilizados na infância, uma vez que a criança ainda está desenvolvendo as suas funções reprodutoras. Surge então, daí, uma série de sentimentos desagradáveis que culminam por evocar forças psíquicas de supressão para evitar o desprazer.

Mais adiante, ao teorizar sobre a problemática da dissolução do Édipo, Freud (1924/1976) sugere que a entrada no período de latência se dá a partir do encerramento do complexo edípico, o qual finda devido à ameaça de castração. A fase fálica, contemporânea da experiência edípica, é permeada por um conflito que marca a criança entre seu interesse narcísico pelo falo e o investimento nos seus objetos de amor: os pais. A ameaça de castração faz com que a criança escolha resguardar o falo e, assim, o Édipo declina. Com isso, a autoridade dos pais é introjetada no ego constituindo a base do superego e perpetuando a proibição do incesto:

As tendências libidinais pertencentes ao complexo de Édipo são em parte dessexualizadas e sublimadas (coisa que provavelmente acontece com toda transformação em uma identificação) e em parte são inibidas em seu objetivo e transformadas em impulsos de afeição. Todo o processo, por um lado, preservou o órgão genital – afastou o perigo de sua perda – e, por outro, paralisou-o – removeu sua função. Esse processo introduz o período de latência, que agora interrompe o desenvolvimento sexual da criança (FREUD, 1924/1976, p. 221).

As interrupções provenientes do período de latência atestam, segundo o psicanalista, que o desenvolvimento da sexualidade vai enfrentar, via de regra, alguns desvios.

Ocasionalmente, “uma manifestação fragmentária de sexualidade que escapou à sublimação pode libertar-se; ou alguma atividade sexual pode persistir por toda a duração do período de latência até que o instinto sexual surja com maior intensidade na puberdade” (FREUD, 1905/1972, p. 183). Confirma, assim, que as moções sexuais voltam com toda força durante a juventude.

Freud (1926/1976) versa que com a dissolução do complexo de Édipo significa, não apenas a consolidação do superego, mas também a edificação de barreiras éticas e morais no ego. “Nas neuroses obsessivas esses processos são levados mais longe do que é normal. Além da destruição do complexo de Édipo verifica-se uma degradação regressiva da libido” (Ibidem, p. 138). Devido ao aumento de severidade do superego, o ego, nesta fase, produz fortes formações reativas, as quais o psicanalista reconhece enquanto defesas.

A latência e o seu papel de desviar as atividades sexuais infantis acabam ressoando na criança de diferentes formas, e o que ela fará com este período de suspensão é relativo à cada experiência. Freud (1926/1976) destaca que esta fase é deflagradora de uma série de sintomas e que, por serem os primeiros produtos da neurose, poderiam lançar luz sobre os próprios mecanismos empregados na formação de sintomas. Configura-se, assim, uma importante fonte de estudo para aos psicanalistas.

Segundo Viola e Vorcaro (2013), a contemporaneidade e suas conseqüentes modificações na trama simbólica referente à estrutura familiar e a figura de autoridade do pai, têm como conseqüência um aumento na complexidade da transição da infância para a puberdade. O irrestrito acesso à informação, o crescimento do uso cibernético e a erotização precoce destinada às crianças através da mídia, nos obrigam, segundo as autoras, a relativizar a noção de latência. No período de latência está sendo solidificada a relação do sujeito com o saber, este que se apreende, não apenas com a educação, mas também provém do trabalho de elaboração psíquica, relativo ao saber inconsciente. Há duas formas de saber que se entrelaçam na latência: “pulsão de saber e pulsão sexual são as duas faces do mesmo movimento pulsional, que resulta tanto nos produtos sublimatórios – o conhecimento científico, a arte, o trabalho – como na fantasia” (VIOLA; VORCARO, 2013, p. 462).

As autoras destacam que, embora, muitas vezes, a latência seja associada a um período de calma, na verdade, existem profundas tormentas vivenciadas pelo sujeito neste momento. A angústia de castração fundaria a latência e também sinalizaria o objeto em cena na fantasia. Temos, portanto, um período ímpar que possui relação estreita com o objeto protagonista da fantasia e que, se melhor analisado, pode nos fornecer maiores informações acerca daquilo que vem sendo diagnosticado como depressão infantil. Sobre isso, que efeitos

subjetivos poderíamos pensar como respostas dos sujeitos à urgência e à pressa em atravessar a infância? Em contexto distinto ao da infância, mas igualmente articulando a depressão às mudanças nos regimes de temporalidade no contemporâneo, a psicanalista Maria Rita Kehl (2009) propusera a depressão como um desses efeitos.

4.2 Latência e fantasia: problematizando a depressão em crianças

Conforme sugerem Steibel *et al* (2011), a latência é o período do desenvolvimento menos abordado nas produções literárias de psicanalistas. Por consequência, também é o menos compreendido, embora corresponda à idade na qual existe a maior busca por tratamentos. A inserção cultural que ocorre na infância demanda do infante uma adaptação às normas, valores e relações sociais. Embora existam tensões características de cada período do desenvolvimento, estas podem ser deflagradoras de sofrimento psíquico e sintomas de diferentes ordens - psíquica e/ou somática e tanto podem ser breves, quanto de caráter mais duradouro e comprometedor para vida do sujeito.

Para Enck (2007), a latência vem sendo muito mais caracterizada pelo que deixa de acontecer, do que por toda gama de ocorrências e complexizações em que está inserida. O autor afirma que este período vai bem além de ser apenas o desfecho do complexo edípico, e exalta que, ao mesmo tempo em que algo é aí cortado, renunciado e afastado, também existe em paralelo um movimento de construção de novas possibilidades, novos destinos e prazeres para o sujeito em constituição. O autor constata, ainda, a latência como um momento de desfecho de significativas mudanças psicológicas e sociais, em que há um intenso desgaste de energia para a criança.

Alguns sintomas seriam bastante comuns neste período, dentre estes, a agressividade, ansiedade, tristeza, inibição, dentre outros. Segundo Steibel *et al*. (2011), o aumento de procura por atendimentos nessa fase pode estar relacionado ao início da vida escolar, momento em que as dificuldades da criança, até então retidas no ambiente familiar, evidenciam-se devido à mudança de ambiente e também pela separação de um objeto cuidador mais presente. Os autores ainda ressaltam que a forma como a criança vivencia a latência terá influência em como ela vai enfrentar e processar as nuances da puberdade.

Steibel *et al* (2011) ainda discorrem sobre as manifestações da latência nas sociedades ocidentais contemporâneas, onde se percebe um encurtamento da mesma e também da infância, assim como um prolongamento da adolescência. As brincadeiras infantis estão sendo substituídas por maquiagem, roupas e festas, configurando uma excessiva

precocidade. Os autores citam Guignard (2005) para destacar que um momento que era caracterizado pela estruturação do recalque sexual e dos processos sublimatórios, hoje é observado como um período tomado por uma espécie de síndrome da hiperatividade, em que tudo pode e deve ser alcançado de forma rápida e a qualquer custo.

Pretendendo problematizar o conteúdo acima exposto, pensemos também as importantes críticas de Souza (2014), acerca da clínica psicanalítica com crianças na atualidade:

Observo que, se antes atendíamos, mais frequentemente, crianças próximas do modelo do pequeno Hans (Freud, 1909/1980b), com queixas de dificuldades na escola – quer fossem de aprendizagem, quer de comportamento –, ruidosas, briguentas e abertamente competitivas, nas quais a rivalidade edípica parecia evidente e que deixavam a sala e o terapeuta aos frangalhos após atendê-las, hoje recebemos, com regularidade, meninos e meninas mais velhos, entre 8 e 10 anos, bons alunos, altamente críticos consigo mesmo e sem problemas de aprendizagem; não dão trabalho na escola – apenas sofrem nas viagens com a escola, temem ficar longe de seus pais ou têm poucos amigos. Quanto aos sintomas, predominam traços obsessivos e queixas de somatizações. Atendê-los também nos deixa exaustos, não tanto pela bagunça, mas pela falta dela; às vezes, nos percebemos mais infantis durante as brincadeiras do que os pequenos pacientes – é o analista quem vibra com a vitória, reclama da derrota ou tem vontade de trapacear, uma forma encontrada para sobreviver à aridez destes encontros; surpreendentemente, estes pacientes parecem beneficiar-se muito desta situação – pequenos adultos atendidos por um psicanalista criança (SOUZA, 2014, p. 156).

A autora cita ainda Sandler e Mattos (2000) para destacar que o que se encontra latente nestes sujeitos é a turbulência emocional, como uma maneira de se prepararem em silêncio, através de um acréscimo do elemento racional e da ênfase na objetividade. A sexualidade seria reprimida aí enquanto uma demanda do enquadramento do indivíduo na psicologia do grupo, momento em que a criança sai da pequena esfera familiar. Propõe, portanto, pensar o latente a partir do que nele se opera poderosamente em silêncio, ao invés de considerá-lo a partir daquilo que ele parece não ter, como a imaginação e o *insight*.

Dentro disso, a dimensão constitutiva da latência é melhor compreendida, quando nos recordamos da sua relação angular com a fantasia. Para Freud (1919/1976), as fantasias de espancamento, comuns à infância, nos dão indícios sobre as agitações vividas pela criança que está inserida em seu complexo parental. Assim, a cena de fantasia se configura mediante um caráter perverso devido à prematuridade da sexualidade humana e também à interrupção da latência, a qual distancia o componente sexual, especificamente infantil, do restante da vida sexual, que é sequenciado pela puberdade. Nesse ínterim, em virtude do recalque, da construção de diques, um conteúdo se fixa sob a forma de uma cena. Assim, a latência não tem como característica basal apenas a sublimação, mas também o fortalecimento da fantasia,

a qual pode ser concebida como um saber latente a respeito do objeto (VIOLA; VORCARO, 2013).

Viola e Vorcaro (2013) sinalizam a relação afunilada entre a pulsão sexual e a fantasia, pois, enquanto na latência o objeto não entrou em cena ainda para o sujeito, na fantasia, ele é protagonista. “E é a fantasia, a encenação do objeto, que fomenta toda a riqueza sublimatória que acompanha e caracteriza a latência” (Ibidem, p. 464).

Conforme Jorge (2004), Freud trabalha a concepção de fantasia, enquanto uma articulação entre o inconsciente e a pulsão, fruto do recalque originário agenciado pelo interdito paterno. Em termos lacanianos, a fantasia se configuraria como uma articulação entre o simbólico e o real. A fantasia é, portanto, uma matriz simbólico-imaginária que tem função mediadora do encontro do sujeito com o real.

Kehl (2009) problematizando o texto freudiano “Bate-se em uma criança” de 1919, e afirma que a fantasia consciente de uma criança sendo espancada por um adulto, escutada por Freud, a partir de seus analisandos, conduziu o pai da psicanálise até a construção de uma fantasia inconsciente e de caráter masoquista, resumida em uma frase de seu texto que diz: “Meu pai me bate porque me ama”. De acordo com Kehl (2009), essa frase dimensiona a posição, a partir da qual o sujeito se oferece enquanto objeto de gozo do Outro. A autora ressalta que a origem da fantasia está no complexo paterno, que agrega a rivalidade e a culpa encontrada nos impulsos sádicos e eróticos em relação a ele. Será o pai, portanto, enquanto “senhor da lei do desejo da mãe” (Ibidem, p. 254), o alvo das demandas de reconhecimento da criança.

A sequência de pensamentos formulada por Kehl (2009), articulada a partir do texto freudiano, nos ajuda a compreender e dimensionar um ponto nodal para a compreensão da depressão:

Ora, se o depressivo recua ante as consequências do complexo paterno (no qual já está, bem ou mal, mergulhado), o lugar do Outro na constituição do fantasma fica periclitante. Consequentemente, a posição do sujeito também se fragiliza. Vale considerá-la como uma posição de *borda*? Sim, no sentido da peculiaridade da constituição ineficiente do fantasma para o depressivo (KEHL, 2009, p. 254).

Retomaremos aqui um assunto já contemplado no segundo capítulo, acerca do recuo do depressivo ante a rivalidade com o dono do falo. Então, no momento em que o neurótico é impelido à rivalidade, o depressivo desiste de lutar e acaba por estabelecer uma relação ambígua com os ideais de eu. Demarca-se aí, contudo, uma relação de desistência, não indicando que o Ideal não tenha se constituído. Porém, uma vez que abandona a possibilidade

de confronto com o Ideal, o depressivo acaba por se manter aquém dos ideais. Este artifício do depressivo é uma forma de se manter indiferente ao falo e não só a ele, mas também às ofertas tentadoras que encontrará na vida (KEHL, 2009).

A autora complementa que, no que tange à demanda do Outro materno, o depressivo se oferece enquanto castrado. “Ele se faz indiferente ao falo para não perder a proteção materna. Por isso mesmo o falo é uma questão central na depressão” (Ibidem, p. 255). Neste ponto, se embasa, então, toda a escassez de mecanismo de defesa do depressivo, pois, uma vez que fantasia pouco, também acaba por se defender mal.

É importante situar aqui, que a enorme maioria de textos psicanalíticos que abordam o tema da depressão, o faz a caracterizando a partir do adulto. Porém, quando vislumbramos as hipóteses teóricas de Kehl, a qual também foi trabalhada conjuntamente com a de Mauro Mendes, no segundo capítulo desta pesquisa, vislumbramos a depressão enquanto um efeito de algo que ocorre em um nível muito tenro da infância. Sendo assim, se estamos falando da depressão, enquanto ressonância de algo que ocorre durante o processo de constituição, nos questionamos: quais seriam os sinais destes impasses nas ações, afetos e pensamentos da criança? Já haveria desde cedo indícios patológicos? Ou esses danos só seriam percebidos *a posteriori*, no adulto?

Na infância se circunscreve a estruturação psíquica, a qual é composta por diferentes fases e etapas, conforme viemos teorizando ao longo de todo este trabalho até o momento atual em que abordamos o período de latência. Este fator heterogêneo a respeito da infância acaba por complexificar qualquer compreensão (e conclusões) mais coesa e assertiva sobre a mesma. Assim, diante dela, o que nos resta é fazer suposições.

Sobre o exposto, nos questionamos: quais seriam as especificidades da depressão em crianças? Se, sequer, podemos falar de depressão na infância? Kehl (2009) nomeia um de seus tópicos de trabalho da seguinte forma: “Os pais da criança depressiva” (Ibidem, p. 261), fato que nos dá margem para iniciar uma discussão. Segundo a autora, o pai da criança depressiva desencoraja a sua rivalidade, enquanto a mãe ocuparia uma posição de superproteção. Uma vez que se demite da dialética do desejo, a criança tenderia a inventar diferentes modalidades de rivalidade com o pai, em prol de recuperar sua identificação fálica. “A depressão seria, portanto, tributária de uma posição particular do sujeito no fantasma” (KHEL, 2009, p. 263).

A criança, movida pela necessidade de responder ao enigma da relação do desejo da mãe com a lei do pai, pode buscar diferentes formas de solucionar tal equação. A saída pela depressão é uma solução fantasmática, através da qual o sujeito tenta conservar sua

posição próxima ao desejo da mãe, sem ter que enfrentar a instância paterna. Estaríamos, portanto, diante de crianças indefesas, que preferem recuar, crianças silenciosas, pouco criativas, que não fazem questão de lutar pelo que desejam: crianças angustiadas.

Fernandes (2012) se utiliza da trilogia freudiana: “Inibição, sintoma e angústia” para sinalizar que o sofrimento infantil aparece em todas essas vertentes. A autora exalta, contudo, que a clínica com crianças será bastante marcada pela angústia na vertente de inibição. Situa aí as recusas alimentares, as dificuldades de dormir, de interagir, o retraimento, os quais não se tornaram ainda signo para o Outro, como no caso do sintoma. Associado à inibição, está o impedimento, expresso na infância a partir das situações de atraso na fala e nas dificuldades de brincar com o outro. A autora enfatiza a angústia enquanto um farol indubitável, sinalizador de sofrimento e dificuldades vividas pela criança. Diante disso, podemos considerar que a vivência depressiva se constitui quando a estratégia o sujeito em relação ao Outro fracassa, quando o sintoma já não se sustenta como uma resposta à angústia.

4.3 O avesso diagnóstico: estaríamos diante de uma criança depressiva ou inibida?

Até o presente momento, viemos conduzindo nossa escrita priorizando as nuances psicopatológicas do que vêm sendo nomeado de depressão infantil. Gostaríamos, nesta etapa final, de introduzir, entretanto, uma forma diferente de pensar a temática em questão. Esta nova condução de pensamento tem como objetivo questionar, sobretudo, se o que muitas vezes vem sendo diagnosticado de depressão infantil, não poderia estar relacionado a uma fase do processo de constituição, não necessariamente configurando um perfil patogênico. Assim, nos questionamos se a inibição proveniente do período de latência não poderia estar sendo confundida com uma afecção depressiva. Vejamos.

Freud (1926[1925]/1976) já nos dá indícios das relações entre inibição e depressão, conforme situamos no início deste capítulo. Ao falar de ambas, o psicanalista configura a inibição, enquanto uma possível expressão da depressão. Assim, constatamos que a inibição também é, por vezes, patológica. Porém, ao situarmos a infância e a latência, assim como a inibição decorrente deste período, não podemos deixar de mencionar e problematizar possíveis confusões diagnósticas. Sobre a latência, Souza (2014, p. 159) atenta:

A história da constituição psíquica é importante, pois há tanto o perigo de um sacrifício excessivo do individualismo como o de, por exemplo, uma inibição excessiva da vida de fantasia ou, ainda, excessiva dependência da autoridade, o que interferiria no aprendizado do socialismo.

A autora se refere a um processo de humanização, que diz respeito à inserção no grupo e a adaptação a ele, assim como a aquisição cultural e de conhecimentos, os quais encontram na repressão, tão característica da latência, o seu porto seguro. Sendo assim, o sujeito em constituição necessita passar por esta espécie de “afastamento”, para organizar suas novas nuances psíquicas. Souza (Ibidem) versa, contudo, que, nesta fase, se faz necessário um equilíbrio entre o indivíduo e o social para evitar a perda do contato com a realidade psíquica.

A criança na latência é taciturna, de poucas palavras, por vezes mal-humorada, carrancuda. Trata-se de uma criança que busca estabelecer comparações, observar as diferenças, que tenta conhecer o outro e a si mesma de forma muito peculiar, estabelecendo as primeiras percepções acerca das diferenças econômicas, estéticas e sociais. “É uma fase para ser vivenciada – não muito cedo, para não se perder a infância, mas que não pode deixar de ser vivida” (SOUZA, 2014, p. 159).

Não estamos com esta nova hipótese afirmando não haver sofrimento psíquico na infância em sua modalidade depressiva, visto que em outros momentos desta pesquisa salientamos o quanto alguns impasses, tanto no processo constitutivo, quanto no contexto em que a criança está inserida, podem acabar afetando-a de forma negativa, culminando em sofrimento para a mesma. Contudo, neste tópico pretendemos conceber um novo olhar, problematizando a forma como a depressão infantil vem sendo pensada, muitas das vezes enquanto uma patologia com nosografia definida. Não poderiam alguns desses sintomas e inibições ser parte de um processo necessário e anterior a uma consequente organização psíquica? Acreditamos que, em alguns casos, sim.

Nas palavras de Freud (1927/1996, p. 57):

Sabemos que a criança humana não pode completar com sucesso seu desenvolvimento para o estágio civilizado sem passar por uma fase de neurose, às vezes mais distinta, outras, menos. Isso se dá porque muitas exigências instituídas que posteriormente serão inaproveitáveis não podem ser reprimidas pelo funcionamento racional do intelecto da criança, mas têm de ser domadas através de atos de repressão, por trás dos quais, via de regra, se acha o motivo da ansiedade. A maioria dessas neuroses infantis é superada espontaneamente no decurso do crescimento, sendo isso especialmente verdadeiro quanto às neuroses obsessivas da infância. O remanescente pode ser eliminado mais tarde ainda, através do tratamento psicanalítico.

Pensamos estas considerações feitas no texto “O futuro de uma ilusão”, em 1927, período em que a teoria freudiana já havia passado por uma série de reformulações e já se encontrava bastante sedimentada, em prol da concepção que estamos defendendo aqui, acerca de um novo entendimento para a depressão em crianças. Levemos também em consideração que estes escritos foram produzidos anos após a publicação do caso Hans, em 1909, quando o

pai da psicanálise escolheu uma criança para abordar a fobia. Sendo assim, verificamos que Freud considera a espontaneidade resolutiva em grande parte das neuroses infantis, uma vez que o caminho para o desenvolvimento e a constituição seria naturalmente construído em cima de alguns percalços, os quais afetariam a criança de diversas maneiras, mas que seriam, portanto, necessários e ultrapassáveis. Para o que remanesce, portanto, teríamos o tratamento psicanalítico.

Dentro do exposto, apresentamos as relevantes ideias que a autora Gama e Silva (2005) produz acerca da demasiada frequência com que o significante “depressão” vem aparecendo na clínica psicanalítica. Ela se questiona sobre essa ratificação diagnóstica, afirmando que as muitas formas de manifestações que carregam esse significante, poderiam, na verdade, ser pensadas de outras maneiras não, necessariamente, dentro de uma dimensão patológica. A autora procura ultrapassar esta discussão chamando atenção para o aparecimento de “estados depressivos”, os quais vislumbrou no percurso analítico de alguns analisandos, e que devem ser considerados “mais como sinalizadores de momentos de passagem, a exigir novos investimentos da parte de nossos pacientes do que simplesmente ouvirmos como ratificadores da entidade depressão” (GAMA E SILVA, 2005, p. 94).

Sendo assim, a autora destaca que tais “estados depressivos” tratam-se, na verdade, de um tempo de recolhimento necessário, porém, não significando uma renúncia de trabalho psíquico. Gama e Silva (2005) se utiliza do conceito de inibição para articular esse caráter defensivo do eu, e seus respectivos trabalhos para evitar o ascender da angústia; “e essa situação de defesa parece reforçar o caráter provisório e não-crônico desse tempo de depressão: um tempo de espera para reabertura do trabalho analítico” (Ibidem, p. 95). Deste modo, um dos maiores desafios do analista consistiria em possibilitar ao sujeito retomar o curso de suas associações, a ponto deste se atrair a novos investimentos.

Retomemos essas considerações para o tempo infância, especificamente no período de latência, a partir de algumas teorizações de Winnicott (1958/1983), que possui um texto intitulado “A análise da criança no período de latência”. Para ele, nesta fase, a associação livre é experimentada de forma dolorosa para a criança, uma vez que ela ameaça a organização almejada pelo seu ego em construção. “A criança na latência é uma especialista em manifestar fenômenos internos sem se tornar diretamente envolvida na vida real” (Ibidem, p. 112), por isso, defende que a interpretação pode ser uma grande aliada na análise desses pacientes, não propriamente pelas palavras que o analista irá manifestar, mas principalmente pela percepção do desejo do analista em auxiliar.

Sobre o mesmo tema, Souza (2014, p.158) complementa: “não raro, a latência é referida como uma espécie de buraco negro, e por vezes, como analistas, nos perguntamos onde foi parar a vida mental ou, ainda, onde vão parar as interpretações que formulamos”. Por ser um período de reorganização psíquica, existe uma demanda intensa de trabalho interno, embora este não esteja tão aparente. A autora complementa que, ao analista, contudo, cabe estar disponível para infindáveis sessões de jogos, permeados de excessivas regras, as quais traduzem a rigidez desta fase da estruturação. Percebemos, diante do exposto, o quão delicado é, não apenas o período de latência, mas também os seus possíveis processos inibitórios, demandando do analista uma cautela na condução do tratamento e, principalmente, nas nomeações diagnósticas.

Dentro do exposto, pensemos também no que Henckel (2002) ressalta acerca da clínica com crianças inibidas. Ela se questiona sobre a posição a ser tomada em tais casos. Afirma que, de um lado, estes pacientes requerem uma espécie de amparo, assim como uma provocação, no sentido de “provocar a ação”, enquanto uma tentativa de oferecer elementos com o objetivo de estes se tornarem condição de possibilidade para uma mobilidade das funções do Eu.

No que concerne, especificamente, à inibição intelectual, Lima e Lima (2011) realizaram uma relevante pesquisa a partir de diversas obras freudianas, nas quais Freud aborda a temática da educação e as suas consequências para o sujeito em constituição. Segundo as autoras, em alguns de seus textos, Freud faz uma referência linear e causal sobre a repressão sexual, advinda da educação, e o surgimento das neuroses, dentre estas, a inibição do pensamento. Em publicações posteriores, o psicanalista retoma o assunto afirmando que a problemática da neurose não pode ser explicada de forma tão simplista. Lima e Lima (2011) ainda tecem reflexões acerca das contribuições freudianas sobre a relação entre psicanálise e educação. Consideramos que um dos importantes pontos trazidos pelas autoras, está no fato de que Freud “considera que a educação pode se articular à psicanálise, lançando a educação psicanaliticamente esclarecida, sendo esta uma educação que lê os fenômenos da sexualidade infantil e os conduz a fins adequados” (LIMA; LIMA, 2011, p. 216).

Associa-se esta perspectiva às afirmações de Lacan (1945/1998) faz menção ao tempo para compreender, uma etapa lógica que conduz todo processo de assimilação do sujeito. A inibição neurótica pode ser pensada, por exemplo, enquanto um sintoma de paralização das operações relativas à elaboração, porém, também pode ser igualmente compreendida enquanto um dado de estrutura, no sentido de uma vivência constituinte em relação aos processos de aprendizagem, os quais antecedem e amparam para que se prossiga o

ato conclusivo do aprender, não se configurando, necessariamente, em um processo psicopatológico. Encontramos aqui duas possibilidades para pensar a inibição, cabendo, portanto, considerá-la também enquanto parte do processo de estruturação, devido à renúncia necessária que o infante enfrenta no período de latência. Esta compreensão pode contribuir para a prática escolar, uma vez que advoga pela singularidade dos processos de estruturação e aprendizagem de cada sujeito, assim como aponta os possíveis percalços desta caminhada em direção ao conhecimento.

Toda a discussão que buscamos empreender ao longo desta pesquisa parte de uma preocupação acerca da forma como a criança vem sendo tratada em nossa cultura, idealizada e incentivada a atingir ideais inalcançáveis, não sendo aceitável qualquer fuga às normas e ao padrão. Assim, buscamos promover um olhar ampliado que compreenda a criança, enquanto sujeito em constituição, inserida em uma teia discursiva que a, todo momento, a afeta e a influencia. Dentro disso, retomamos o que Kuperwajs (2010, p. 134) nos diz acerca de ética do analista perante o sofrimento infantil:

La apuesta ética de los analistas frente a la depresión contemporánea es que los niños puedan sintomatizar el goce y bien decir su sintoma bajo transferencia. No se trata de medicar la tristeza sino que puedan dar cuenta que hay otro modo de gozar más compatible con la vida. Tampoco se tratará de desangustiar al niño que se angustia sino más bien de resguardar el vacío y permitir que esa angustia, que aparece frente a un real inasimilable, distinta que la tristeza depresiva, se enlace al analista como *partenaire* para hacer más vivible esa experiencia de pérdida, de dolor, de vacío, que hace la existencia.

Esta passagem vem para reforçar a ideia da particularidade com que cada sujeito irá vivenciar sua dor e angústia. Sendo a direção de cada tratamento uma verdadeira apologia à substituição do sujeito universal da depressão pela singularidade erigida a partir das produções inconscientes. Aos profissionais da área infantil, pretendemos influenciá-los de modo a fazê-los compreender que a busca excessiva pelo preenchimento de critérios em quadros nosográficos têm excluído de seu campo a criança e o seu discurso. Assim, o estabelecimento de uma reflexão genuína, como a que aqui apresentamos, sobre os diferentes tempos que perpassam a infância, cada um com suas especificidades e ressonâncias, pretende favorecer e praticar a conduta freudiana de subversão do patológico.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo deste trabalho realizamos um percurso para discutir o estatuto psicopatológico da depressão infantil, na ótica psicanalítica. Os primeiros estudos nos conduziram a uma série de dúvidas, uma vez que não encontrávamos uma linearidade sobre o tema, de tal modo que não nos sentíamos habilitadas a explicar o que era “depressão em crianças”. Hoje, contudo, percebemos que não existe apenas uma forma de compreender e, assim como propõe a ética da psicanálise, é necessário partir da história de cada sujeito para alcançar aquilo que o afeta. Isto sem nomeações apriorísticas, mas considerando os significantes apresentados por cada paciente.

Sendo assim, destacamos que a depressão em crianças não possui um estatuto fechado e consolidado dentro da psicanálise. Este fato reafirma a necessidade de maiores estudos sobre a questão, tendo em vista que muitas das crianças nomeadas depressivas estão adentrando precocemente na medicalização.

Dentro do exposto, iniciamos o nosso percurso de pesquisa investigando as primeiras produções psicanalíticas que vinculavam ambos os significantes: “depressão” e “infância”. Assim sendo, recorreremos aos expoentes psicanalíticos da área infantil e deles abstraímos muito mais possibilidades do que vislumbrávamos; dentre estas, as diferentes compreensões acerca da depressão em crianças enquanto uma nuance do processo constitutivo, como fora defendido por Melanie Klein e, parcialmente, por Donald Winnicott. Esses autores destacam que a heterogeneidade de situações vivenciadas pela criança nos seus primeiros anos de vida, a afetam de uma maneira muito intensa, resultando em sentimentos os quais ela ainda não compreende, mas que ocasionam uma verdadeira ambivalência emocional. O sofrimento advindo daí se configura como necessário e predecessor de uma organização psíquica.

Também encontramos autores como René Spitz, John Bowlby, Andre Green, Bernard Golse, também Winnicott, dentre outros, que se detiveram a defender que as possíveis falhas no ambiente e nos laços em que a criança está inserida podem resultar em depressão, considerando, assim, a depressão de forma patológica. Muitos desses impasses disparadores de significativo sofrimento para a criança advêm da ausência, ruptura ou descontinuidade de cuidado materno, assim como de agentes cuidadores que estão passando por questões próprias de adoecimento psíquico, de tal modo que ficam impossibilitados de se ater às demandas infantis. A depressão da criança, nestes casos, seria uma resposta a emergir

depois desta lutar contra a desistência materna. Assim, o fracasso da investida agenciada pela criança, poderia ter como consequência um desmoronamento depressivo.

A partir destas discussões preliminares, percebemos a necessidade de adentrar no conhecimento produzido acerca do processo de constituição psíquica, uma vez que a relação do agente materno com o *infans* apareceu no discurso de todos os psicanalistas que estudaram a infância. Neste percurso, nos deparamos com outra maneira de pensar as incidências depressivas, desta vez relacionada aos tempos do complexo de Édipo e as respostas do sujeito perante a falta e a rivalidade fálica. Entendemos aí, que o segundo tempo do complexo edipiano se configura como um momento ímpar para a estruturação do sujeito, ideia esta defendida por Lacan e trabalhada nas suas correlações com a depressão por Mauro Mendes e Maria Rita Kehl. O recuo do sujeito, diante dos efeitos do interdito paterno, o marcaria por toda sua vida, refletindo em suas escolhas e na forma como ele enfrenta as suas experiências cotidianas. Assim, acreditamos que as nuances da posição depressiva, conceituada por Dias e Kehl, também estariam presentes nas manifestações infantis, principalmente no que se relacionaria à dificuldade em efetuar escolhas e se implicar nas mesmas.

Gostaríamos, também, de demarcar, aqui, como um exemplo das diferenças de pensamento acerca da depressão, a utilização feita da nomenclatura: “posição depressiva”, tanto por Melanie Klein, quanto por Mauro Mendes. O conceito kleiniano de “posição depressiva” se caracteriza como um verdadeiro clássico dentro da psicanálise, assim como um marco diferenciado sobre a forma de pensar a infância e os seus sentimentos mais tenros. Vemos com Klein a “posição depressiva” ser parte essencial de um desenvolvimento dito “normal”, não se caracterizando enquanto patologia. O psicanalista contemporâneo Mauro Mendes, por sua vez, configura uma abordagem para pensar a depressão fazendo uso dos mesmos significantes: “posição depressiva”, porém, como situado em capítulos anteriores, enfatizando esta posição, tomada no segundo tempo do Édipo, enquanto um impasse que culmina em sofrimento para o sujeito, afetando-o durante toda sua vida. Quanto às convergências de tais teorias, ambas se referem a algo que ocorre ainda muito cedo no processo de estruturação psíquica. Acreditamos que as sobressaltadas divergências teóricas acabam por ser extremamente enriquecedoras no estudo da depressão em crianças, tendo em vista que ambas não se anulam, mas agregam um maior entendimento acerca da infância, alertando para a singularidade de cada caso.

Em um momento final de nossa pesquisa, após termos estudado as operações constitutivas e suas ressonâncias para o sujeito, conduzimos nosso olhar a analisar e tecer possíveis associações da depressão infantil com a fase de latência e o conceito de inibição,

assim como problematizar as noções diagnósticas e a direção do tratamento. Nesta etapa, tentamos transcender as noções nosográficas, ao relacionar o que vem sendo diagnosticado de depressão infantil, enquanto uma consequência do período de latência, momento em que a criança, aparentemente, faz um recuo diante das pulsões sexuais. Porém, na verdade, estaria ela dentro de um grande dispêndio de energia psíquica. Aqui, buscamos pensar o que vem sendo nomeado de depressão infantil de forma não patológica, e objetivamos alertar os profissionais que atuam com a infância para estas possíveis confusões, cabendo-lhes muito cuidado ao nomear ou diagnosticar a depressão.

Gostaríamos de enfatizar que as pesquisas realizadas, no que tange à conjunção dos significantes “depressão” e “infância”, não se trataram de um caminho fácil a ser percorrido, principalmente porque, algumas vezes, nos víamos diante de uma dificuldade de encontrar produções psicanalíticas que abordavam, especificamente, a depressão em crianças. Atualmente, após vislumbrar todo o percurso traçado, compreendemos que tal dificuldade investigativa pode ter ocorrido devido ao fato de haver diferentes entendimentos acerca do sofrimento psíquico infantil, muitos deles não considerando a depressão no tempo da infância. Este fato, entretanto, nos faz constatar a necessidade de maiores pesquisas e produções na área, uma vez que muitos dos pontos aqui trabalhados, como, por exemplo, a depressão enquanto uma posição e as correlações entre latência, inibição e depressão infantil, podem e devem avançar mais em sua compreensão.

É sobre os pressupostos aqui apresentados que situamos a problemática acerca da definição de um estatuto para a depressão infantil dentro da psicanálise, posto que nos questionamos se ela realmente é apenas a designação sintomática que encontramos nos manuais psiquiátricos ou se não existem noções além da nosografia descritiva. Noções que incluem a dialética da linguagem na sua mediação primordial com o Outro, e pensam esta enquanto alteridade e campo simbólico que afetam o sujeito. Sendo assim, ao nos depararmos com a criança que sofre e que possui um diagnóstico de depressão, possuímos uma oportunidade de separar a história da doença da história do doente, ou seja, o lugar onde a afecção se encontra com a subjetividade daquele que a porta e ultrapassa o paradigma fenomênico descritivo. Desta forma, a psicanálise oferece uma forma diferenciada de compreender a história do paciente e sua doença – se é que esta de fato é uma doença para ele, uma vez que, em sua investigação diagnóstica, ela pretende explorar a construção da fantasia do sujeito.

Os psicanalistas, por sua vez, não devem recuar diante do estudo da depressão, principalmente da depressão em crianças, pois, como nos lembra Khel (2009, p. 14) “a

inconsistência do conceito de depressão não deve nos desencorajar a pensar psicanaliticamente os fenômenos depressivos que chegam a nossa clínica”. A autora ainda atenta ao importante fato de que analisar o crescimento dos diagnósticos de depressão, enquanto sintoma social, não significa o mesmo que escutar o depressivo, na clínica, como um caso social e finaliza: “O sentido do sintoma social não dispensa a singularidade do sujeito” (Ibidem, p. 273).

Todas as considerações feitas até aqui pretendem, sobretudo, contribuir para a clínica pediátrica, uma vez que alertam sobre os possíveis erros que podem ser cometidos quando há pressa em diagnosticar e em medicar. Sabemos que uma nomeação diagnóstica precoce pode muito mais paralisar do que contribuir para a estrutura familiar. Devemos, contudo, ter como prerrogativa a heterogeneidade de fases e momentos que circunscrevem a infância, para, com este olhar, não patologizar precocemente manifestações que podem fazer parte do processo de constituição, e que tendem a se resolver por si só. A psicanálise entra nesse contexto nos oferecendo toda uma nova forma de pensar a infância, os processos de constituição e a etiologia de possíveis quadros psicopatológicos, entendendo a unicidade de cada caso e os seus possíveis desdobramentos clínicos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRAHAM, K. Notas sobre a investigação e o tratamento psicanalíticos da psicose maníaco-depressiva e estados afins (1911). In: ABRAHAM, K. **Teoria psicanalítica da libido: sobre o caráter e o desenvolvimento da libido**. Rio de Janeiro, Imago, 1970.

_____. Breve estudo do desenvolvimento da libido, visto à luz das perturbações mentais (1924). In: ABRAHAM, K. **Teoria psicanalítica da libido: sobre o caráter e o desenvolvimento da libido**. Rio de Janeiro, Imago, 1970.

ABRAM, J. **A linguagem de Winnicott: Dicionário das palavras e expressões utilizadas por Donald W. Winnicott**. Rio de Janeiro: Revinter, 2000.

AINSWORTH, M. D. S. Attachment: retrospect and prospect. In: PARKES, C. M.; STEVENSON-HINDE, J. **The place of attachment in human behavior**. New York: Basic Books, 1982.

AUBRY, J. A criança na família (1970-71). In: AUBRY, J. **Psicanálise de crianças separadas: estudos clínicos**. Rio de Janeiro: Campo Matêmico, 2004.

BERNARDINO, L. M. F. (Org.). **O que a psicanálise pode ensinar sobre a criança, sujeito em constituição**. São Paulo: Escuta, 2006.

BERNARDINO, L. M. F.; LAZNIK, M. C.; ARAUJO, G. X. de. As vicissitudes do encontro mãe/bebê: um caso de depressão. **Estud. psicanal.**, Belo Horizonte, n. 35, jul. 2011. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-34372011000200005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 09 ago. 2015.

BESSET, V. L. Inibição e sintoma: a angústia na clínica hoje. **Psychê**. Revista de Psicanálise, Ano IV. n. 5, 2000. Disponível em: <http://ebp.org.br/wp-content/uploads/2012/08/Vera_Besset_Inibicao_e_sintoma1.pdf>. Acesso em: 10 maio 2016.

BOWLBY, J. **Separation: Anxiety and anger**. USA: Basic Books, 1973.

_____. **Apego**. São Paulo: Martins Fontes, 1984. 1 vol.

_____. **Tristeza e depressão: volume 3 da trilogia Apego e Perda**. São Paulo, Martins Fontes, 1993.

CHEMAMA, R. **Depressão, a grande neurose contemporânea**. Porto Alegre: CMC, 2007.

CINTRA, E. M. de U.; FIGUEIREDO, L. C. **Melanie Klein: estilo e pensamento**. São Paulo: Escuta, 2010.

CORCOS, M. Rencontre avec André Green. IN: GOLSE, B.; BRACONNIER, A. **Dépression du bébé, dépression de l'adolescent**. Érès: Toulouse, 2010.

COSER, O. **Depressão: clínica, crítica e ética** [online]. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003, 170 p. Coleção Loucura & Civilização. ISBN: 85-7541-030-X. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.

CRESPIN, G. **A clínica precoce: o nascimento do humano**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

DIAS, M. M. **Caderno do Seminário: neuroses e depressão lições I à V**. São Paulo: Instituto de Psiquiatria de Campinas, 2003a.

_____. **Caderno do Seminário: neuroses e depressão lições VI à XIII**. São Paulo: Instituto de Psiquiatria de Campinas, 2003b.

DOR, J. **Introdução à leitura de Lacan**. São Paulo: Artmed, 2003.

DUNKER, C. I. L. Metodologia de pesquisa em psicanálise. In: LERNER, R.; KUPFER M. C. M., **Psicanálise com crianças: clínica e pesquisa**. São Paulo: Escuta, 2008.

ENCK, E. M. N. O encurtamento da latência e a puberdade precoce. **Anais do Congresso Brasileiro de Psicanálise**, Porto Alegre: 2007.

FÉDIDA, P. **Dos benefícios da depressão: elogio da psicoterapia**. São Paulo: Escuta, 2009.

FERNANDES, C. M. O sofrimento na infância e a psicanálise. In: **Revista diálogos possíveis**, 2012. Disponível em: <<http://revistas.faculdadesocial.edu.br/index.php/dialogos-possiveis/article/view/12>> . Acesso em: 27 jul. 2015.

FERNANDES, L. R. **O olhar do engano: Autismo e o Outro primordial**. São Paulo: Escuta, 2000.

FERREIRA, M. C. R. O apego e as reações da criança à separação da mãe: uma revisão bibliográfica. **Cad. De Pesquisa**, São Paulo: 1984. Disponível em: <<http://publicacoes.fcc.org.br/ojs/index.php/cp/article/view/1408/1517>>. Acesso em: 05 maio 2016.

FERREIRA, T. **A escrita da clínica**. Belo Horizonte: Autêntica, 2000.

FINK, B. **O sujeito lacaniano: entre a linguagem e o gozo**. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.

FLEIG, M. Prefácio. In: CHEMAMA, R. **Depressão, a grande neurose contemporânea**. Porto Alegre: CMC, 2007.

FLESLER, A. **A psicanálise de crianças e o lugar dos pais**. Rio de Janeiro: Zahar, 2012.

FREUD, S. Projeto para uma psicologia científica (1895[1950]). In: **Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1987. 1 vol.

_____. Rascunho B (1893). In: **Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1987.

_____. Carta 64 (1897). In: **Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1987. 1 vol.

_____. Rascunho N (1897). In: **Edição standard brasileira das obras completas de**

Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1987. 1 vol.

_____. Três ensaios sobre a teoria da sexualidade (1905). In: **Edição Standard Brasileira das obras completas de Sigmund Freud**, Rio de Janeiro: Imago, 1972. 2 vol.

_____. Recordar, repetir e elaborar (1914). In: **Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1969. XII vol.

_____. Bate-se em uma criança (1919). In: **Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1976. XVII vol.

_____. A dissolução do complexo de Édipo (1924). In: **Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1976. 19 vol.

_____. Inibições, sintomas e ansiedade (1926[1925]). In: **Edição Standard Brasileira**, vol. XX. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. O futuro de uma ilusão (1927). In: **Edição Standard Brasileira**, Rio de Janeiro: Imago, 1996. XXI vol.

_____. O mal-estar na civilização (1930). In: **Edição Standard Brasileira**, Rio de Janeiro: Imago, 1996. XXI vol.

_____. À guisa de introdução ao narcisismo. (1914). In: **Escritos sobre a psicologia do inconsciente**. Rio de Janeiro: Imago, 2004.

_____. Luto e Melancolia. (1915[1917]). In: **Escritos sobre a psicologia do inconsciente**. Rio de Janeiro: Imago, 2006.

GAMA E SILVA, A. da. Perder ou não perder: eis a questão. IN: HANNA, M. S. G. F.; SOUZA, N. S. **O objeto da angústia**. Rio de Janeiro: 7Letras, 2005.

GOLSE, B. Será que existe para a criança uma ligação entre depressão e hospitalização? In: LEITGEL-GILLE, M. **Boi da cara preta: crianças no hospital**. Salvador: Álgama, 2003.

GOLSE, B.; BRACONNIER, A. **Dépression du bébé, dépression de l'adolescent**. Èrès: Toulouse, 2010.

GOMES, A. A.; MELCHIORI, L. E. **A teoria do apego no contexto da produção científica contemporânea**. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2012.

GREEN, A. **Narcisismo de vida, narcisismo de morte**. São Paulo: Editora Escuta, 1988.

GUIGNARD, F. Psicanálise e sexualidade hoje. (237-246). **Revista da SSPA**, 2005. 12 vol.

HANNA, M. S. G. F. As inibições revistas à luz do cotidiano da clínica psicanalítica. In: HANNA, M. S. G. F.; SOUZA, N. S. **O objeto da angústia**. Rio de Janeiro: 7Letras, 2005.

HENCKEL, M. **Quando o sofrimento na infância é atravessado pela inibição: contribuições para uma Psicopatologia Fundamental**. 2002. 147 p. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) - Pontifícia Universidade Católica. São Paulo 2002. Versão on-line.

Disponível em: <http://www.psicopatologiafundamental.org/uploads/files/dissertacoes_e_teses/disserta_marciela_henckel.pdf>. Acesso em: 10 maio 2016.

HUTTEL, J.; KISXINER, K. A.; BONETTI, R. A.; ROSA M. I. P. D. A depressão infantil e suas formas de manifestação. **Psicologia Argumento**, v. 29, n. 64, 2011. Disponível em: <<http://www2.pucpr.br/reol/pb/index.php/pa?dd1=4522&dd99=view&dd98=pb>>. Acesso em: 09 maio 2016.

JERUSALINSKY, A. *et al.* **Psicanálise e desenvolvimento infantil**: um enfoque transdisciplinar. Porto Alegre: Artes e Ofícios, 2007.

JORGE, M. A. C. A travessia da fantasia na neurose e na perversão. IN: **XIII Fórum Internacional de Psicanálise - As Múltiplas Faces da Perversão**. Belo Horizonte, 2004. Disponível em: <<http://www.cbp.org.br/rev2929.htm>>. Acesso em: 09 maio 2016.

JORGE, M. A. C. **Fundamentos da psicanálise de Freud a Lacan**. 6 ed. Rio de Janeiro: Zahar, 2011.

KEHL, M. R. **O tempo e o cão**: a atualidade das depressões. São Paulo: Boitempo, 2009.

_____. Melancolia e criação. In: FREUD, S. **Luto e melancolia**. São Paulo: Cosac Naify, 2011a.

_____. A atualidade das depressões: Como pensar as depressões sem o DSM-IV. In: **O livro negro da psicopatologia contemporânea**. São Paulo: Via Lettera, 2011b.

KLAUTAU, P. **Encontros e desencontros entre Winnicott e Lacan**. 2 ed. São Paulo: Escuta, 2014.

KLEIN, M.. Sobre a identificação. In: KLEIN, M.; HEIMANN, P.; MONEY-KYRLE, R. E. (Orgs). **Temas de psicanálise aplicada**. Rio de Janeiro: Zahar, 1969-1955.

_____. Uma contribuição à psicogênese dos estados maníaco-depressivos (1935). In: KLEIN, M. **Amor, culpa e reparação**: e outros trabalhos (1921-1945). Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. **Amor, ódio e reparação**: as emoções básicas do homem do ponto de vista psicanalítico. 2 ed. São Paulo: Imago, 1975.

_____. **A psicanálise de crianças**. Rio de Janeiro: Imago, 1997.

KRISTEVA, J. L'amour maternel. In: **Maternité en mouvement**. Montréal: St Martin, 1986.

KUPERWAJS, I. **Psicoanálisis com niños 3**: Tramar lo singular. Buenos Aires: Gama Ediciones, 2010.

LACAN, J. **Os complexos familiares**. 2 ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1990.

_____. A agressividade em psicanálise (1948). In: LACAN, J. **Escritos**. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.

_____. O estádio do espelho como formador da função do eu (1949). In: LACAN, J. **Escritos**. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.

_____. De uma questão preliminar a todo tratamento possível da psicose (1957-58). In: LACAN, J. **Escritos**. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.

_____. Nota sobre a criança (1969). In: **Outros escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003.

_____. Televisão (1973). In: **Outros escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003.

_____. **O Seminário, livro 1: os escritos técnicos de Freud (1953-54)**. 2 ed. Rio de Janeiro: Zahar, 2009.

_____. **O Seminário, livro 4: A relação de objeto (1956-57)**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1995.

_____. **O Seminário, livro 5: as formações do inconsciente (1957-58)**. Rio de Janeiro: Zahar, 1999.

_____. **O Seminário, livro 10: a angústia (1962-1963)**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2005.

_____. **O Seminário, livro 11: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise (1964)**. Rio de Janeiro: Zahar, 1988.

LEITE, M. P. S. **Psicanálise lacaniana: cinco seminários para analistas kleinianos**. São Paulo: Iluminuras, 2000.

LIMA, M. S. A.; LIMA, M. C. P. Dos discursos freudianos sobre a educação: considerações acerca da inibição intelectual. **Psico**, v. 42, n. 2, 2011. Disponível em: <<http://revistas.eletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/6641>>. Acesso em: 09 maio 2016.

LIMA, M. C. P.; MARTINS, K. P. H. Inibição, sintoma e ato: sobre os destinos do saber na adolescência.. In: O declínio dos saberes e o mercado do gozo, 8, 2010, São Paulo. **Proceedings online... FE/USP**, Available from: <http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=MSC0000000032010000100042&lng=en&nrm=abn>. Acesso em: 09 maio 2016

MANNONI, M. **A criança, sua “doença” e os outros**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1987.

_____. **A primeira entrevista em psicanálise**. 2. ed. Rio de Janeiro: Campus Ltda, 1982.

MARCELLI, D.; COHEN, D. **Infância e psicopatologia**. 8 ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

MARTINS, K. P. M. **Sertão e melancolia: espaços e fronteiras**. 2002. 213f. Tese (Doutorado em Teoria Psicanalítica) – Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro – RJ.

MOREIRA, Jacqueline de Oliveira. Édipo em Freud: o movimento de uma teoria. **Psicol.**

estud., Maringá , v. 9, n. 2, p. 219-227, agosto, 2004 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722004000200008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 Jun. 2015.

PETRI, R. **Psicanálise e infância**: clínica com crianças. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2008.

QUEIROZ, E. O olhar do Outro primordial. In: **Revista latinoamericana de psicopatologia fundamental**. São Paulo, v. 9, n. 4, p. 598-610, dez. 2006.

ROUDINESCO, E.; PLON, M. **Dicionário de psicanálise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

SANDLER, E. H.; MATTOS, L. T. L.; SANDLER, P. C. Latência? **Psychê**, n. 6, p. 53-73. 2000.

SEGAL, H. **Introdução à obra de Melanie Klein**. Rio de Janeiro: Imago, 1975.

SIMON, R. **Introdução à Psicanálise: Melanie Klein**. São Paulo: EPU, 1986.

SOUZA, A. S. L. de. Re-visitando a latência: reflexões teórico-clínicas sobre os caminhos da sexualidade. **Psicol. USP**, São Paulo , v. 25, n. 2, p. 155-161, Aug. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642014000200155&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27 abr. 2016.

SOUZA, N. S. A angústia na experiência analítica. In: HANNA, M. S. G. F.; SOUZA, N. S. **O objeto da angústia**. Rio de Janeiro: 7Letras, 2005.

SOUZA, O. Prefácio. In: KLAUTAU, P. **Encontros e desencontros entre Winnicott e Lacan**. 2. ed. São Paulo: Escuta, 2014.

SPITZ, R. **O primeiro ano de vida** (1965). 3 ed. São Paulo: Martins Fontes, 2004.

STEIBEL, Denise et al . A latência na atualidade: considerações sobre crianças encaminhadas para psicoterapia. **Aletheia**, Canoas, n. 35-36, p. 51-68, dez. 2011. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942011000200005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 25 abr. 2016.

VIOLA, D. T. D.; VORCARO, A. M. R. Latência, adolescência e saber. **Estilos clin.**, São Paulo , v. 18, n. 3, p. 461-476, dez. 2013 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-71282013000300002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 24 abr. 2016.

VORCARO, A. **Crianças na psicanálise**: clínica, instituição, laço social. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 1999.

_____. **A criança na clínica psicanalítica**. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2004.

_____. O efeito bumerangue da classificação psicopatológica da infância. In: JERUSALINSKY, A.; FENDRIK, S (Orgs.). **O livro negro da psicopatologia contemporânea**. São Paulo: Via Lettera, 2011.

WINNICOTT, D. W. **A criança e o seu mundo** (1964). Rio de Janeiro: LTC, 1982.

_____. Análise da criança no período de latência (1958). In: WINNICOTT, D. W. **O ambiente e os processos de maturação**: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. Porto Alegre: Artmed, 1983.

_____. **O brincar e a realidade**. Rio de Janeiro: Imago, 1975.

_____. A reparação relativa à defesa organizada da mãe contra a depressão (1948). In: WINNICOTT, D. W. **Da pediatria à psicanálise**: obras escolhidas. Rio de Janeiro: Imago, 2000.

_____. A mente e sua relação com o psicossoma (1949). In: WINNICOTT, D. W. **Da pediatria à psicanálise**: obras escolhidas. Rio de Janeiro: Imago, 2000.

_____. A posição depressiva no desenvolvimento emocional normal (1954-5). In: WINNICOTT, D. W. **Da pediatria à psicanálise**: obras escolhidas. Rio de Janeiro: Imago, 2000.

_____. O valor da depressão (1963). In: WINNICOTT, D. W. **Tudo começa em casa**. 5 ed. São Paulo: Martins Fontes, 2011.