

Maria Clara e Maria Morena - algumas considerações sobre depressão e mania na infância¹

Maria Thereza de Barros França², São Paulo

Resumo: A partir da apresentação de dois casos são tecidas algumas considerações sobre os processos de depressão e mania na infância. Num deles pode-se acompanhar a “desconstrução” da depressão (pelo processo de terapia familiar) e no outro a “construção da mania” (a partir de dados levantados na avaliação clínica), ambos ilustrados por desenhos expressivos realizados no contato com essas crianças.³ Destaca-se o fato de que em crianças dificilmente são observados “quadros típicos” de mania e depressão. Após um breve apanhado da visão psicanalítica sobre depressão e mania, os casos são discutidos. A autora propõe um “espectro da dor” no qual estariam nos dois polos, de um lado a mania e no outro a melancolia (impregnados de aspectos narcísicos); entre eles teríamos graus variáveis de depressão, tristeza, e hipomania. Os processos de depressão e mania seriam resultantes das diferentes possibilidades de lidar com dor psíquica por sentimentos de perda: no primeiro, o ego (do paciente) e a pessoa do analista correm o risco de serem engolfados pela dor e no segundo o de passarem muito distante dela. O trabalho segundo o vértice psicanalítico, promovendo a relação mente-corpo e ativando processos de pensamento, abre um espaço/tempo para a dor.

Palavras-Chaves: psicanálise infantil, depressão, mania, relação mente-corpo.

INTRODUÇÃO

O modelo de claro-escuro presta-se bem para falar da negritude da

1. O presente trabalho é uma modificação dos trabalhos apresentados no Congresso Internacional sobre o corpo em Psicanálise 2008 e Congresso Fepal 2008.

2. Psiquiatra, psicanalista de crianças e adolescentes e membro efetivo da Sociedade Brasileira de Psicanálise de São Paulo.

3. Agradecimento póstumo à colega Áurea Maria Silveira de Carvalho pela preciosa contribuição com a interpretação dos desenhos em seu contexto.

depressão e do ofuscamento da mania. Assim sendo, denominei Maria Clara (com sua palidez e tristeza abissal) e Maria Morena (com sua agitação transbordante) as crianças que apresento. O facho iluminador da análise aguça nossa visão e ativa o pensar claro. Mesmo que não se trate de análise, já que Maria Clara foi atendida em terapia familiar e Maria Morena em tratamento clínico-medicamentoso.

Vou me valer neste trabalho dos seguintes pressupostos: corpo e mente são uma unidade; a passagem do físico ao psíquico se dá com os primeiros registros perceptivos, e nesta transformação é essencial a presença de um “catalisador”, seja mãe ou analista.

MARIA CLARA

Maria Clara tem oito anos. Há cerca de um ano o pai foi assassinado. Está totalmente apática. Tem uma irmã de dezesseis anos do casamento anterior da mãe e um irmão de dois anos. Com a vida tumultuada, a mãe apenas agora procura ajuda. Maria Clara sempre foi quietinha. A gestação e o parto transcorreram bem; mamou no peito até os seis meses; com um ano e meio teve bronquite. É uma menina bonita, pálida, de cabelos escuros e olhos claros. Ela e a mãe são portadoras de Talassemia Minor⁴.

Resolvo atender a família. Acompanhei-os durante seis meses em sessões semanais; foram ao todo vinte sessões às quais a irmã mais velha pouco compareceu. Eu os atendia colocando à disposição uma caixa de brinquedos. A mãe falava comigo, enquanto o irmão brincava e Maria Clara sentava-se à minha mesa, calada e desenhava. Quando eu os ia chamar na sala de espera, o irmão se jogava no meu colo e me abraçava apertado. Apresentava intensa agitação psicomotora, pulava pela sala, subia nos móveis e frequentemente colocava-se em situações de risco.

Maria Clara tem o olhar parado, a mímica congelada. Mal fala comigo; expressa seus sentimentos por meio dos desenhos que faz e que ao longo

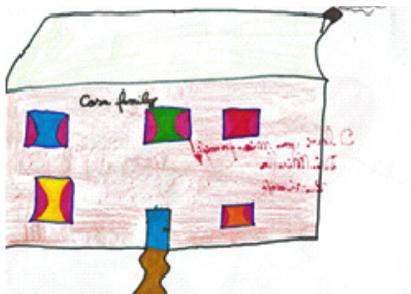
4. “Anemia do Mediterrâneo”, frequentemente associada a asma e ao quadro psiquiátrico denominado Transtorno Bipolar (Brodie, 2005).

de todo o atendimento foram sinalizando as dinâmicas significativas de cada momento.

Assim, no primeiro contato fez (desenho 1) uma declaração de amor à sua família, mas podendo a seta negra que transpassa o coração ser entendida como agressividade reprimida; em seguida vira a folha e faz o desenho 2, uma casa com estrutura frágil (fragilidade egoica), com



Desenho 1



Desenho 2

um rombo no telhado (sugerindo uma perda vivenciada em seu corpo) e sem uma das paredes, (apontando para falhas em sua pele psíquica⁵; Bick, 1987). Entretanto o caminho saindo da casa sinaliza a esperança de que com nossa ajuda, possa encontrar alívio para a dor.



Desenho 3

No desenho 3, feito na quinta sessão, quando já mostrava uma expressão mais viva, demonstra como se sente depois de termos iniciado nosso trabalho: a mesma menina do antes só que mais elegante, ainda com indícios da depressão (o desenho foi feito usando apenas uma parte restrita da

folha de papel). Pena o desenho não ser muito visível, pois o irmão em sua agitação o rabiscou, como que a dizer de sua necessidade de contenção.

5. Modelo segundo o qual, à semelhança da pele que envolve nosso corpo, no contato com a mãe o bebê desenvolve um envoltório para o continente que irá abrigar os conteúdos psíquicos.



Desenho 5

Na sessão em que Maria Clara fez o desenho 5, a mãe se queixou de ter sentido “uma baixa”, no meu modo de ver, o espaço incipiente para a dor. Maria Clara expressa sua necessidade de ajuda para filtrar as toxinas/angústias/elementos beta que tem respirado. O desenho ilustra a ideia de *rêverie*

materna, favorecendo a transformação de elementos beta em alfa. O título, “Ciências” alude a conhecimento, o vínculo +K e à função de continência propiciada pelo nosso trabalho (Bion, 1987).

A elaboração do luto pela morte do pai pode ser acompanhada pelas transformações dos desenhos do sol que progressivamente se torna mais vivo (desenhos 4, 6 e 15), além de ser expressa nos relatos da mãe.



Desenho 4



Desenho 6



Desenho 15

Durante o trabalho tivemos dois períodos de afastamento, um devido às minhas férias e outro à primeira viagem que a família fez após a morte do pai. Na sessão em que estavam se preparando para a viagem, Maria Clara fez o desenho 7 (árvores, flores e céu com nuvens e sol).



Desenho 7

Na volta fez o arco-íris (desenho 8): “depois da tempestade vem a bonança”, mas em seguida o desenho 9, muito semelhante ao desenho 7, o qual, embora tenha seu número de árvores aumentado, está sem as florzinhas coloridas, o sol está encoberto pelas nuvens e há os escritos em preto, que me fazem pensar no incremento de ansiedade nos dias em que se ausentaram.



Desenho 8



Desenho 9

À sessão que antecedeu minhas duas semanas de férias a irmã mais velha veio. Maria Clara desenhou duas borboletas (desenhos 10 e 11): o pai “alçou voo” e não mais retornou, eu vou também alçar voo para minhas férias – será que retorno? A borboleta do desenho 11, com nítido contorno

preto e um estrangulamento em suas asas, sugere fortemente a presença de angústia.



Desenho 10



Desenho 11

Nesta sessão, com Maria Clara e o irmão no colo, a mãe me perguntou o que ele, tão pequeno, entendia da morte do pai. Foi um momento muito tocante, em que tivemos a oportunidade de conversar sobre o assunto.

Ao retornarmos ao trabalho, noto a mãe mais ansiosa, o irmão agitado e Maria Clara mais deprimida. Nesta sessão fez os desenhos 12 (este novamente rabiscado pelo irmão) e o desenho 13. As borboletas de antes das férias se transformam em balões continentais e o arco-íris novamente alude à satisfação com a retomada do trabalho.



Desenho 12



Desenho 13

No final de semana em que seria o aniversário do pai, a mãe me ligou contando que tinham sofrido um assalto na rua, dentro do carro. Na sessão seguinte Maria Clara fez o desenho 14 que me faz lembrar uma bandeira colocada sobre um caixão e – ato falho – escreve país sem acento...



Desenho 14



Desenho 17



Desenho 18

Um dia a mãe me conta em segredo que havia começado um namoro com um antigo colega de escola. Nesta sessão Maria Clara no desenho 17 (ilha, surf, água de coco e carinhosas) sugere a retomada do prazer, porém o irmão se mostra muito agitado; ele de modo geral se mostrava sensível às mudanças no estado emocional da mãe, mas tinha dificuldade de processar o que captava.

Na sessão seguinte a mãe conta que apresentou o novo amigo aos filhos. Achei significativo o fato de o irmão não ter vindo, mas Maria Clara participa animada da conversa sobre novas perspectivas, enquanto faz o desenho 18, o coração e as letras do alfabeto, sugerindo que a vida pode pulsar novamente e também o processo de “alfabetização”, a possibilidade de transformar elementos beta em alfa (Ferro, 1996, p. 173).

Na vigésima sessão, a última em que estive com eles, a mãe conta que assumiu o namoro. Estava quase eufórica. Maria Clara muito feliz, mas o irmão parecia totalmente perdido, andando a esmo pela sala. Maria Clara fez um desenho com muitas características de integração (desenho 19), o que já havia esboçado em desenho anterior (desenho 17). Faz uma casa muito elaborada, em perspectiva, em meio a uma paisagem e de novo,



Desenho 19

MARIA MORENA

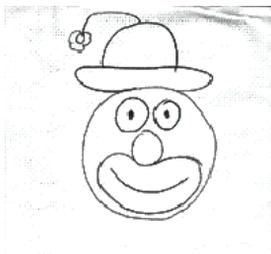
Maria Morena tem dez anos. A queixa é de dificuldade de memória desde os sete. A família procurou neurologista que achou que era “apenas” um atraso de mielinização que se resolveria com o tempo. Foi um bebê calmo; a gravidez foi tranqüila, o parto normal. Balbuciava pouco e só falou depois dos dois anos. O pai é afetivo e frágil, identificado com ela pela mãe (ambos têm tiques), que por sua vez se identifica com o irmão de oito anos. A mãe persegue um ideal de competência, o que resulta num enorme distanciamento afetivo. Controladora, tenta ditar como as “coisas” devem ser: as exigências com relação a Maria Morena e mesmo sobre como devo proceder em meu atendimento; senti na pele, o que imagino que se passasse com Maria Morena: como é não estar à altura das expectativas...

No relatório enviado, a mãe refere a interrupção brusca da amamentação aos seis meses quando ela foi para o berçário, o impacto com um ano e sete meses pelo nascimento do irmão com problemas de saúde (teve pesadelos e começou a agredir outras crianças), três meses depois a mudança para uma escola em período integral e aos sete anos para uma escola bilíngue. Descreve uma criança “irradiante” (sic) que procura desenvolver estratégias para contornar as dificuldades e sair de situações difíceis. Odeia perder e diante de falhas, diz “tanto faz” já que sente que vai continuar sendo uma menina maravilhosa, o que a mãe confunde com uma autoestima bem estabelecida.

o caminho levando para o mundo.

O atendimento foi interrompido bruscamente; pareceu algo adolescente: a mãe sentiu-se “curada” com o novo parceiro que encontrou, parou e pronto! Designou a mim os sentimentos de perda com os quais tinha muita dificuldade de lidar...

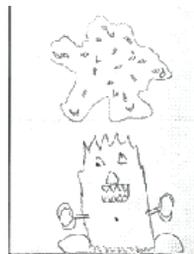
É uma garotinha bonita, excitada, com a teoria de que esquece o que não lhe interessa. Pede diretrizes e como não dou, experimenta várias atividades, pouco se detendo em todas elas. Desiste quando encontra dificuldades. Demonstra apego a cheiros e ao tato, o que sinaliza para aspectos mentais primitivos. Desenha um palhaço (desenho 20), que copia do frasco de cola. O aspecto da “cópia” sugere não haver espaço para o genuíno; o palhaço é alguém incumbido de divertir os outros, não importando seus sentimentos. A seguir propõe que cada uma desenhe um monstro e depois faça perguntas tentando desenhar o desenho da outra (desenhos 21 e 22). Será que posso imaginar as angústias terríficas que vivencia?



Desenho 20

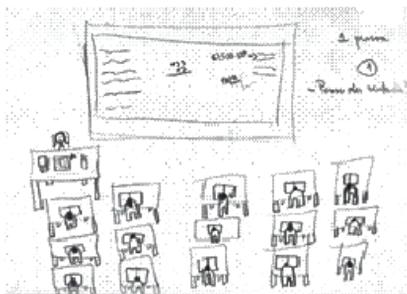


Desenho 21



Desenho 22

Solicitei uma avaliação psicopedagógica. Os testes revelaram que a criança, considerada como pouco dotada pela mãe, na realidade era extremamente inteligente: QI de 144, nenhum sinal sugestivo de prejuízo por questões ligadas à memória, e sim de um potencial maior, prejudicado pela ansiedade; mostrou nível de maturidade adequada e sinais de impulsividade; o nível da aprendizagem é mediano, aquém do seu potencial intelectual.

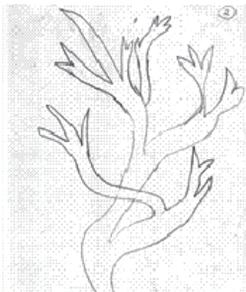


Desenho 23

No teste de desenhos Maria Morena revelou seus aspectos expansivos, de aparência grandiosa, porém pobres afetivamente.

Quando solicitada a desenhar uma pessoa, fez uma sala de aula inteira (desenho 23), com

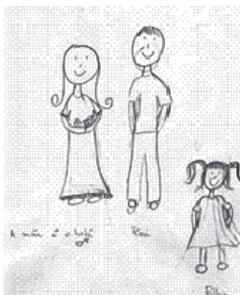
quinze alunos em suas carteiras, a professora e o quadro negro na classe, demonstrando um aspecto expansivo e sinalizando a que se relaciona sua ansiedade: rendimento escolar, produtividade – para agradar a professora?



Desenho 24



Desenho 25



Desenho 26

Quando solicitada a fazer uma árvore (desenho 24), desenhou um galho, sem folhas, que se espalhava pelo papel, como se fosse crescer e tomar todo espaço possível, sugerindo vivências afetivas pobres, ressecadas, mas de aparência grandiosa.

Desenhou também uma menina radiosa (desenho 25), de braços abertos empurrando as folhas de uma janela, ocupando todo o espaço do papel, sugerindo um contato afetivo superficial, “de fachada”, algo maníaco em que “faz de conta” que existe uma grande felicidade e na verdade não se sente segura quanto a poder ser gostada pelo que é – daí a procura de reassseguramento acerca do que se espera dela.

O desenho da família (desenho 26) sugere que não se sente fazendo parte da mesma. Há indícios de se sentir narcisicamente muito ferida.

A partir desta avaliação foi possível relacionar a dificuldade de memória ao funcionamento maníaco de Maria Morena. Encaminhei-a para análise e durante três meses acompanhei-a uma vez por mês para medicá-la na fase inicial do processo. Nos retornos veio com a mãe, que se mostrava narcisicamente ferida pelo uso da medicação, além de demandar de mim uma enorme disponibilidade para ela, sem demonstrar qualquer capacidade de reconhecimento.

Na última vez em que estive com Maria Morena, observei que ela



Desenho 27

estava mais tranquila e concentrada. Desenhou uma sala em perspectiva perfeita, com uma TV com a tela negra; tentou desenhar uma pessoa assistindo, mas só conseguiu fazer a mão com um controle remoto (desenho 27). Lembrando a frase de Winnicott (1993, p. 46), “dentro daquele corpo existe um indivíduo”, coloca-se a questão: que indivíduo é este que se representa por uma mão com um controle remoto? Penso no negro das suas dores estampadas na tela da TV, e sua subjetividade que não pode se constituir adequadamente, já que seus sentimentos têm de ser mantidos sob controle. Entretanto, nesta sala tão fechada, há uma porta, que quem sabe, com sua análise, possa ser aberta...

A impressão da analista era de que a aceleração havia melhorado, mas para a mãe praticamente não havia melhora. Aumentei um pouco a dose da medicação e combinei de revê-la no mês seguinte, o que, no entanto não ocorreu. Recebi um recado da mãe comunicando que haviam procurado outro psiquiatra mais próximo da casa deles – ou do controle dela? E novamente, diante da dificuldade da família de lidar com sentimentos depressivos, eu me deparei com eles...

DISCUSSÃO

Ao examinarmos os processos psíquicos de depressão e mania, podemos considerá-los como as duas faces da mesma moeda; a dificuldade é lidar com dor psíquica por sentimentos de perda: o lado claro resulta da transformação da dificuldade de elaborar luto relacionada aos processos maníacos, e o sombrio, à depressão; neste a afetividade está retraída, com lentificação do ego, naquele está exaltada, com aceleração do ego.

Atualmente o termo “depressão” tornou-se um grande “saco de gatos”

no qual são colocados desde vivências de tristeza, com as quais cada vez mais notamos a dificuldade de conviver, até aquelas mais extremas de melancolia, muitas vezes acompanhada de concomitantes somáticos. É frequente observarmos também esforços de toda ordem para que não nos deparemos com sentimentos de tonalidade mais depressiva, que levam inclusive ao uso indiscriminado de “pílulas da felicidade”.

Um dado interessante é que Freud (1987, p. 286) referindo-se a fatores somáticos que associados a um golpe narcisista contra o ego podem levar à melancolia, chega a sugerir a existência de “toxinas” contribuindo para um empobrecimento da libido do ego. Hoje a bioquímica da depressão é bastante estudada e conhecida e podemos observar na clínica o quanto os antidepressivos, ou outras drogas psicoativas, quando adequadamente prescritas, constituem-se em um valioso recurso auxiliar à análise.

Na interface psiquiatria/psicanálise, percebo que parto de uma “microscopia ótica” com referências que a psiquiatria me oferece, para uma “microscopia eletrônica”, oferecida pela psicanálise. O vértice psicanalítico tem sido um importante referencial para minha prática clínica no sentido de um diagnóstico compreensivo do que se passa com a criança, na indicação de medicação e de como abordar o tratamento tanto com as crianças, como com suas famílias.

Nos dias atuais nossas crianças cada vez mais são submetidas a pesadas demandas de eficiência, agendas lotadas, como se fossem pequenos empresários diante de um rol imenso de atividades e, por outro lado, a vida corrida, também transbordando de compromissos dos pais, estreita o espaço de convívio, em especial aquele do tipo acolhedor, que contemple um olhar atento e compreensivo para as necessidades emocionais dos filhos. É muito comum ouvirmos dizer: “- Eu só quero que eles sejam felizes!”. Isso está de acordo com as propostas narcísicas contemporâneas, de busca do prazer – quase a qualquer custo – e de ideais que valorizam aspectos mais superficiais, tais como beleza, sucesso, grifes, bens materiais, etc., em detrimento de qualidades mais profundas e consistentes voltadas à essência da criança como indivíduo, com características próprias e não apenas

extensão dos desejos parentais.

Na clínica de crianças, para as quais muitas vezes idealizamos o mito da “infância feliz”, dificilmente encontramos “quadros típicos de depressão”, como os que observamos em adultos, ou mesmo em adolescentes; o mais comum é nos depararmos com manifestações de aspectos depressivos, podendo até expressar-se por transtornos físicos, psicossomáticos. Algumas manifestações, muito comumente, são interpretadas como preguiça, má vontade, mau humor e assim por diante. A criança pode ser vista simplesmente como dorminhoca, preguiçosa ou malandrinha que não gosta de estudar. Pode suceder que sendo calada, quietinha, recolhida, na verdade, deprimida, sequer chame a atenção para o fato de algo que não está bem com ela, diferentemente do que se passa com a criança agitada, inquieta.

Mesmo a criança movida por processos maníacos pode ser vista como extrovertida, cheia de energia ou apenas com “manias de grandeza”, sem que se dê a devida atenção ao sofrimento que possa estar vivenciando, até pelo caráter aparente de bem-estar que tais manifestações podem transmitir aos mais desavisados.

Freud (1987) relaciona estes processos à perda (concreta ou simbólica) do objeto de amor e de como lidamos com a dor daí resultante. O quadro clínico depressivo, com desânimo, falta de interesse pelo mundo e diminuição de atividade, deve-se ao ego enlutado, com a sombra do objeto recaindo sobre si, resultando na perda de capacidade – transitória – de adotar um novo objeto de amor. Destaca a identificação com o objeto morto no luto patológico (melancolia). No luto normal, após um primeiro momento em que se perderia o interesse pelo mundo, a identificação com aspectos vivos do objeto perdido contribui para a elaboração do processo de luto e revitalização do ego com novos investimentos libidinais. Na mania, a energia livre desprendida do objeto e mais a regressão da libido ao narcisismo, mobilizam a procura frenética por novos objetos.

Klein (1981) relaciona a possibilidade de elaborar a posição depressiva ao desenvolvimento da capacidade de amar, preservando e/ou reparando

o objeto de amor. A dificuldade de lidar com angústias depressivas, por intenso sentimento de dor pelo luto, pode mobilizar a negação maníaca destes sentimentos, com busca de controle sobre o objeto, e negação da dependência do mesmo; pode haver também sentimentos de triunfo onipotente; e, finalmente, o desprezo pelo objeto. A resultante é a cronificação do luto, uma culpa insolúvel e a impossibilidade de reparação. Para ela o luto é considerado uma “enfermidade normal” e nada mais seria do que uma reativação da maneira como foi superada a posição depressiva da criança (Klein, 1981b).

Meltzer (1963) primeiramente aponta para a diferença e a familiaridade entre formas sintomatológicas, referindo-se ao antigo diagnóstico psiquiátrico de Psicose Maníaco-Depressiva (PMD), hoje Transtorno Bipolar, e formas caracterológicas (caráter ciclotímico). Haveria uma regressão da organização obsessiva do ego para a ciclotímica. Assinala: a estreita relação entre mania e melancolia; a relação de ambos com estados normais de tristeza e euforia; a presença de importante regressão ao narcisismo; a dificuldade na passagem de objeto parcial a objeto total, com inabilidade de preservar internamente o objeto bom, pela tendência a denegri-lo e triunfar sobre ele, e a idealização do pênis. Na base disso estariam os ataques sádicos movidos por inveja primária não integrada, resultando nas alterações do humor, na impossibilidade de esperança e até na dificuldade de diferenciação da bissexualidade (pela forte polaridade que se instala em que forte = ativo = masculino e fraco = passivo = feminino).

Ferrari (1995) propõe que o objeto original seria o Objeto Originário Concreto (OOC)⁶: é o dado presença, que estimula o desenvolvimento das funções mentais, solicitando à mente a tarefa de conter as emanções e vivências corpóreas, buscando representações. Utiliza o modelo do eclipse para esclarecer o processo contínuo por meio do qual a atividade mental coloca sombra nas sensações provenientes do corpo. O desenvolvimento

6. Unidade constituída por um corpo físico, as sensações que dele provêm e um aparelho mental que as registra. É objeto, no sentido que se refere ao corpo do indivíduo; originário, no sentido de sua singularidade, uma vez que cada corpo é original e originário a cada indivíduo, e concreto, pelo caráter físico, qualidade primária do organismo.

seria ativado pela sombra do mental que se projeta sobre o OOC.

No caso de luto para Ferrari não caberia falar em perda do objeto, já que objeto seria o OOC. Propõe pensarmos então em interrupção de um processo em que a consciência da morte levaria a uma revisão em todo o sistema individual: constelação edípica, configuração egoica, etc, voltando-se para a própria pessoa a responsabilidade do que pudesse estar sendo cuidado por outrem.

Quando se trata de crianças, em que a responsabilidade sobre si mesmas é algo bastante relativo, pela enorme importância que o vínculo afetivo com adultos significativos representa para a estruturação de seu psiquismo, experiências de perdas, especialmente se ocorrerem precocemente, podem representar um golpe violento, com grande prejuízo ao desenvolvimento.

Por outro lado, é interessante como Ferrari (1996) destaca a importância de destituirmos de alguns processos o caráter patológico, podendo compreendê-los dentro de uma perspectiva de harmonia/desarmônia. Assim é que propõe que a protodepressão do adolescente pode ter funções de vida, de ajuste a uma nova realidade, o que denomina “o segundo desafio”⁷, ou, pelo contrário, encaminhar-se ao extremo de uma autodestrutividade, até com risco de suicídio. O mesmo vale para os processos maníacos, que tanto podem nos proteger temporariamente de uma desorganização, como pelo contrário: ao se fortalecerem e estruturarem corremos o risco de nos vermos sequestrados em um espaço alienado e alienante.

Di Loreto (2007) distingue a “santa depressão” (com papel organizador na estruturação da nossa subjetividade trazendo ajuste à realidade afetiva) da “moléstia depressão”, na qual os mecanismos protetores foram destruídos, ou voltaram-se contra a mente (p. 65). Aponta os processos maníacos como muito deletérios para o desenvolvimento, pela negação da realidade que eles promovem, principalmente quando associada a processos de cisão. Di Loreto chega a propor uma nova posição, a esquizomania,

7. No sentido de que o primeiro se deu quando, ao nascer, nossa “físicidade” se impõe e é uma árdua tarefa a construção de uma mente simultaneamente ao eclipsar do corpo (relação entre sensações, experiências emocionais e capacidade de representação).

que do meu ponto de vista ilumina os processos *borderline*.

Proponho pensarmos em um “espectro da dor” (figuras 1 e 2), em que teríamos nos dois polos, de um lado a mania, e no outro a melancolia – sendo que aspectos narcísicos importantes estão envolvidos nos dois. Entre eles teríamos os graus variáveis de depressão, tristeza, e hipomania ou euforia. No centro, correspondendo à tristeza, teríamos os funcionamentos psíquicos mais próximos à posição depressiva (Klein, 1981a) e ligados a uma maior capacidade de lidar com as experiências emocionais graças à função alfa (Bion, 1987). Em direção aos dois polos, teríamos funcionamentos nos moldes da posição esquizoparanoide, e um menor gradiente de capacidade elaborativa. Acredito que pensar em modelos deste tipo pode ajudar a organizar o raciocínio clínico.



Figura 1



Figura 2

Escolhi apresentar Maria Clara e Maria Morena, pois o relato do atendimento da primeira ilustra o processo de “desconstrução” da depressão e o histórico da segunda ilustra o processo de “construção” da mania; já a “desconstrução” da mania é algo bem mais complicado, que abordarei adiante.

Podemos pensar que Maria Clara apresentou já ao nascer um problema na sua “fisicidade” (talassemia), com transtornos na área do Uno⁸. Além disso, haveria transtornos também no Bino⁹, pela mãe apresentar-se como

8. Corresponde à “fisicidade”; à relação vertical, que se instaura entre o corpo e a mente potencial (Romano e Facchini, 2000).

9. Uma segunda relação primária (horizontal) tem origem a partir do Bino (que por sua vez foi ativado pelo Uno). A horizontal não deve ser confundida com a relação, embora seja resultante da expressão da relação com o mundo exterior (ibid).

uma pessoa pouco continente. É o estabelecimento do Bino que favorece a relação horizontal dando representabilidade à relação vertical, promovendo os processos simbólicos. Assim sendo, a essa perda simbólica, se acrescentou a perda concreta pela morte traumática do pai, resultando na desarmonia da relação Uno-Bino. Na depressão os limites impostos pela “fisicidade” funcionam como “rédeas” para o Bino (Romano, 2008), prejudicando o diálogo com a “psiquicidade”: prevalecem os registros de linguagem¹⁰ corporais (palidez, mímica congelada, mutismo, movimentação restrita), em detrimento dos processos simbólicos.

As sessões e os desenhos se apresentam como continentes expressivos para que se possa “enterrar os mortos” e abrir espaço para o novo. Maria Clara reabriu-se à vida, ao prazer, porém, acredito que lhe restaram ainda “tarefas” a serem retomadas mais adiante, provavelmente na adolescência.

É interessante observarmos como cada membro da família foi atingido pela traumática morte do pai e como lidou com o sofrimento decorrente: a irmã mais velha é preservada; quanto à mãe poderíamos utilizar um conceito psiquiátrico para expressar como vejo o que se passou com ela, – *stress* pós-traumático; ela demonstrou ter muita dificuldade de processar luto, não tendo, portanto sido capaz também de ajudar os filhos; Maria Clara desenvolveu o quadro depressivo; com relação ao irmão e toda sua agitação há fortes indícios de que ele seja candidato ao mesmo quadro de Maria Morena no futuro.

Quanto a Maria Morena poderíamos dizer que desde muito cedo houve perdas simbólicas (desmame, mudanças de escola, nascimento do irmão), mas, sobretudo a mãe que com seu funcionamento onipotente, narcísico e seguindo o “manual da mãe eficiente”, não oferece boas condições de continência. O prejuízo do diálogo entre a “fisicidade” e “psiquicidade”,

10. Diversas modalidades expressivas, na tentativa de tornar “dizíveis” sensações e emoções. Dizem respeito a vários níveis de funcionamento, desde os mais concretos, até os mais abstratos, sendo que não há níveis melhores, ou piores; o que caracteriza a harmonia é a possibilidade de transitar de modo flexível pelos diversos registros (delirante, onírico, fóbico, psicótico, alucinatório). A confluência para a linguagem verbal seria favorecida pela promoção do diálogo com a própria corporeidade, uma comunicação no nível da verticalidade (Ferrari, 2000).

resulta na liberação de vivências primitivas, marasmáticas¹¹ que se expressam nos registros de linguagem corporal: agitação, inquietação, tiques, apego ao sensorial. O atraso no desenvolvimento da fala também aponta para a desarmonia na relação Uno-Bino, prejudicando o desenvolvimento de processos simbólicos.

Muitas vezes a vivência de perdas significativas promove na criança uma ativação do narcisismo, como forma de prosseguir em seu desenvolvimento; o preço é que os processos se voltam contra a própria mente, promovendo uma distorção da realidade e um falso engrandecimento do ego: o Bino “corre solto”, tendendo a ignorar os limites impostos pelo Uno (Romano, 2008). A verificação do alto QI de Maria Morena permite pensar em outro fator contribuindo para a desarmonia Uno-Bino: é como se a mente dela não desse conta de manejar a sua inteligência.

Os processos de simbolização prejudicados por um lado e a impulsividade, a atuação de outro, promovem o agir em detrimento do pensar. É certo que Ferrari (1996) chama a atenção para o fato de que no adolescente agir é também uma forma de aprender, de pensar. Não creio, entretanto, que seja o caso de Maria Morena. Parece-me aqui que o agir realmente a empobrece, inclusive prejudicando suas capacidades de atenção e memorização. Hoje se sabe que a memória é um processo muito mais complexo do que simplesmente: notar, registrar, armazenar e lembrar. Há uma série de mecanismos neuropsicológicos envolvidos nisso, com uma forte interferência dos fatores emocionais. Neste sentido é interessante a teoria de Maria Morena acerca de que esquece o que não lhe interessa.

Identificada com os pais, os processos maníacos tão fortemente ativos em Maria Morena têm a função de evadi-la da dor. O resultado? Entre os vários prejuízos os que decorrem da memória afetada. O risco? Ser medicalizada, “enquadrada” dentro do diagnóstico psiquiátrico de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) e tomar Ritalina pelo resto da vida (França, 2012).

11. Sensações, emoções e sentimentos muito intensos, em forma bruta, tais como os que são observados no bebê ao nascer. A tradução correta para o termo na verdade seria magmático – referente ao magma em ebulição no centro da Terra (Ferrari, 1995).

FINALIZANDO

Gostaria de destacar a importância do olhar analítico no sentido de detectar o mais cedo possível as manifestações decorrentes dos processos de mania e depressão na infância, as quais, tal como vimos, podem ser sutis ou enganosas, e que ao se voltarem contra a mente, promovem sofrimento. Desta forma, o desenvolvimento prejudicado poderá retomar seu curso.

Uma grande dificuldade que se apresenta para o atendimento dos casos de mania é o fato de que, em que pese o sofrimento que possa haver, há que se ultrapassar a barreira imposta pelos aspectos narcísicos, para os quais necessitar ajuda é uma afronta, contar com o outro uma humilhação, e ainda pode haver a satisfação pelo triunfo sádico, mesmo que seja na destrutividade. Di Loreto (2007) chega a dizer que já que a porção maníaca não é passível de ser atendida, resta ao analista suportar as atuações enquanto se aguarda pela depressão – e então ser continente a ela, contribuindo para que o paciente possa elaborar seus sentimentos enlutados.

É importante, como sempre em análise, estarmos atentos ao campo transferencial, aos nossos sentimentos: no caso do predomínio de defesas maníacas, se não houver um aspecto arrogante e incômodo no paciente, é possível que passemos sessões e sessões num clima leve, agradável, por vezes até divertido – enfim tudo o que nos distancie de uma aproximação à dor. Nos casos em que a aceleração é acentuada, chego a sentir vertigem e exaustão ao final da sessão – são vivências intensas, desconfortáveis e que justificam nosso cuidado para não entrarmos em conluio com a proposta sedutora da alienação, de ficarmos nos entretendo com amenidades.

Já os casos com predomínio de vivências depressivas demandam de nós uma vitalidade, uma energia, que contrabalancem o contato parado, pesado, arrastado. A sonolência na sessão é algo que nos assombra. São inúmeras as vezes em que sinto minhas pálpebras pesarem e já cheguei a cochilar ao entrar em contato com vivências mortíferas. Felizmente, no caso em que isto ocorreu foi possível à dupla incorporar esta experiência de maneira enriquecedora para o trabalho.

De todo modo, é importante enquanto analistas de crianças, contarmos com nossa vivacidade e com a capacidade de vida dos nossos pequenos pacientes, para que nos ajudem a poder ajudá-los. É muito bonito observar como, mesmo uma menina deprimida como Maria Clara contribuiu com desenhos tão ricos e expressivos, ou mesmo como Maria Morena lançou-se ao contato dando a conhecer o seu drama.

Escolhi esses casos para apresentação, pois me parece que sejam bem ilustrativos dos processos em questão. Claro que me lembrei de outros pacientes, estes sim, atendidos em análise, nos quais havia vislumbres do que fica bem estampado em Maria Clara e Maria Morena. Lembrei-me, por exemplo, de um garoto que brincava de vender terrenos na lua, outro que desenhava uma nota de dinheiro, picava em pedacinhos e fazia o milagre da multiplicação do mesmo, uma garotinha que brincava de restaurante e nele, quanto mais se comia menor ficava a conta a ser paga. Lembrei-me também de um garotinho que tomado por sentimentos de perda se recolhia ao divã e dormia; outro que se isolava na sala e se masturbava; ou então a garotinha que presenciou a mãe ateando fogo a si mesma, vindo a falecer em seguida, e que desenvolveu uma encoprese, que nos forçava a conviver na sessão com os seus “malcheirosos sentimentos”, e várias outras crianças que ao longo dos anos muito me têm ensinado acerca de depressão e mania.

Mas, enfim, o trabalho sob o vértice analítico, ou a análise propriamente dita, favorecendo o surgimento do espaço para a expressão e contenção de sentimentos, promove o diálogo mente-corpo. O analista capaz de suportar ser o receptáculo para as intensas angústias e dores muitas vezes sequer nomeadas pelos pacientes, ajuda a dar significado aos registros de percepções sensoriais, corporais e emocionais, ativando os processos de pensamento e colaborando para o desenvolvimento dessa capacidade.

Quer estejamos às voltas com processos depressivos, em que o ego, e o analista, correm o risco de serem “engolfados” pelo luto, quer maníacos, em que o ego, e o analista correm o risco de ficarem a anos luz de distância do sofrimento, é fundamental que se abra um espaço/tempo para a dor.

Para finalizar, reproduzo aqui um trecho bíblico, coincidentemente citado tanto por Ferrari (2004, p. 66) como por Cancrini (2007, p. 13). Ambos abordam a questão do tempo: Ferrari no trabalho com pacientes terminais e Cancrini trata da importância de um tempo interno que nos abre para o amor e conseqüentemente para o sofrimento e para o desespero.

Trata-se de o Qohélet, o Eclesiastes:

*Tudo tem seu momento,
um tempo para cada coisa sob o céu:
tempo de nascer, tempo de morrer,
tempo de plantar, tempo de colher,
tempo de matar, tempo de curar,
tempo de demolir, tempo de construir,
tempo de chorar, tempo de rir
tempo de luto, tempo de alegria...*

MARIA CLARA AND MARIA MORENA - SOME CONSIDERATIONS ON DEPRESSION AND MANIA IN CHILDREN

ABSTRACT: From the presentation of two clinical cases, some considerations about the processes of depression and mania in childhood are presented. In one of them we can accompany the “deconstruction” of depression (through the family therapy process) and in the other one the “construction of mania” (from data collected in clinical evaluation), both are illustrated by expressive drawings made in contact with these children. It is important to note that in children, typical “pictures” of mania and depression are not observed. After a brief survey of the psychoanalytic view on depression and mania, the cases are discussed. The author proposes a “spectrum of pain” in which there would be in the two poles, on one hand mania, and on the other melancholy (both impregnated with narcissistic aspects); in between we would have varying degrees of depression, sadness, and hypomania. The processes of depression and mania would be the result of the different possibilities of dealing with psychic pain by feelings of loss: in the first, the ego (of the patient) and the person of the analyst run the risk of being engulfed by pain, and in the second, of being far away from it. Working according to the psychoanalytic vertex, promoting the mind-body integration and activating thought processes, opens a space / time for pain.
KEYWORDS: Child psychoanalysis, depression, mania, mind-body relationship.

MARIA CLARA Y MARIA MORENA - ALGUNAS CONSIDERACIONES ACERCA DE LA DEPRESIÓN Y LA MANÍA EN LA INFANCIA

RESUMEN: Partiendo de la presentación de dos casos clínicos, son tejidas algunas consideraciones acerca los procesos de depresión y de manía. En uno de ellos podemos acompañar la “deconstrucción” de la depresión (a través de una terapia familiar) y en el otro, la “construcción de la manía” (a partir de los datos obtenidos en la evaluación clínica), ambos ilustrados por expresivos dibujos realizados en el contacto con estas niñas. Es importante tener en cuenta que en los niños es muy difícil que observemos “cuadros típicos” de manía y de depresión. Después de una breve encuesta acerca del punto de vista psicoanalítico acerca la depresión y la manía, los casos son discutidos. La autora propone un espectro del dolor en el que en una de las polos, está en una mano la manía, y en la otra la melancolía (ambos impregnados con aspectos narcisistas); en el medio, habrían variados grados de depresión, tristeza, y hipomanía. Los procesos de depresión y de manía se derivan de las diferentes posibilidades de tratar con el dolor psíquico por sentimientos de pérdida: en el primero, el ego (del paciente) y la persona del analista corren el riesgo de ser engolfados por el dolor, y en el segundo, de estar lejos de él. El trabajo según el vértice psicoanalítico, al promover la integración mente-cuerpo y la activación de los procesos de pensamiento, abre el espacio/tiempo para el dolor.

PALABRAS-CLAVE: Psicoanálisis infantil, depresión, manía, relación mente-cuerpo.

Referências

- Bick, E. (1987). A experiência da pele em relações objetais arcaicas. *J. Psican.* 20(21): 27-31. (trabalho original publicado em 1968).
- Bion, W. R. (1987). Uma teoria sobre o processo de pensar. In *Estudos psicanalíticos revisados*. Rio de Janeiro: Imago. (trabalho original publicado em 1972).
- Brodie, B. B. (2005). Heterozygous β -thalassaemia as a susceptibility factor in mood disorders: excessive prevalence in bipolar patients. *Clin. Pract. Epidemiol. Mental Health* 1: 6. doi: 10.1186/1745-0179-1-6. (encontrado na internet).
- Cancrini, T. (2007). *Um tempo para a dor*. São Paulo: Depto. de Publicações da SBPSP.
- Di Loreto, O. D. M. (2007). *Posições tardias – contribuição ao estudo do segundo ano de vida*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Ferrari, A. B. (1995). *O eclipse do corpo – uma hipótese psicanalítica*. Rio de Janeiro:

Imago.

_____ (1996). *Adolescência o segundo desafio*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

_____ (2000). *A aurora do pensamento*. São Paulo: Editora 34.

Ferrari, A. B. e Stella, A. (2000). *A aurora do pensamento*. São Paulo: Editora 34.

Ferro, A. (1996). *Seminários em São Paulo*. São Paulo: Acervo Psicanalítico da SBPSP.

França, M. T. B. (2012). Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade. *Jornal de Psicanálise*, vol. 15, n. 82, pp. 191-207.

Freud, S. (1987). *Luto e melancolia*. In E. S. B. Rio de Janeiro: Imago. (artigo original publicado em 1915).

Klein, M. (1981a). *Uma contribuição à psicogênese dos estados maniaco-depressivos*. In Contribuições à psicanálise. São Paulo: Mestre Jou. (trabalho original publicado em 1934).

_____ (1981b). *O luto e sua relação com os estados maniaco-depressivos*. In Contribuições à psicanálise. São Paulo: Mestre Jou. (trabalho original publicado em 1940).

Meltzer, D. (1963). A contribution to the metapsychology of cyclothymic states. *Int. J. Psychoanal*, v. 44, n. 1, p. 83-96.

Romano, F. e Facchini, S. (2000). Glossário. In Ferrari, A. B. e Stella, A. *A aurora do pensamento*. São Paulo: Editora 34.

Romano, F. (2008). *A depressão é uma doença?* Congresso Internacional sobre o corpo em Psicanálise. Aracaju, março de 2008.

Winnicott, D. W. (1993). *La naturaleza humana*. Barcelona: Paidós. (original publicado em 1988).