

PSICOPATOLOGIA DA CARÊNCIA AFETIVA DO BEBÊ: A DEPRESSÃO ANACLÍTICA¹

PSYCHOPATHOLOGY OF THE INFANT'S AFFECTIVE LACK: THE ANACLITIC DEPRESSION¹

Rose Daise Melo do NASCIMENTO², Janari da Silva PEDROSO³ e Marco Aurélio Valle de MORAES⁴

RESUMO

Objetivo: elaborar material bibliográfico atualizado acerca da depressão anaclítica. **Método:** pesquisa bibliográfica. **Discussão:** a privação de relações objetais no primeiro ano de vida é um fator prejudicial, que desencadeia sérios transtornos emocionais, a exemplo da depressão anaclítica. Trata-se de uma síndrome depressiva que ocorre em bebês entre o sexto e oitavo mês de vida, cuja etiologia é decorrente de um estado de privação materna, da perda de um laço privilegiado com a mãe – ou com o cuidador que exerça a função materna – e do suporte que esta representava para o bebê. **Considerações finais:** a análise da literatura consultada reforça a relevância da figura materna como fonte vital à saúde física e emocional do bebê. Busca-se com este estudo orientar profissionais e cuidadores a reconhecer a acuidade do sofrimento psíquico em bebês e suas implicações no desenvolvimento.

DESCRITORES: relação, depressão anaclítica, psicopatologia.

INTRODUÇÃO

A depressão na primeira infância está relacionada a frustrações precoces e graves, geralmente ocorridas no meio familiar e motivadas por rupturas qualitativas no investimento maternal, lutos, psicopatologia materna, descontinuidade dos cuidados ou por separações reais da mãe ou do cuidador¹.

Em 1953, no Congresso de Psicanalistas de Línguas Romanas, René Spitz, apresentou um trabalho, onde descrevia uma síndrome denominada por ele de "Depressão Anaclítica". Segundo Spitz², trata-se de uma sintomatologia resultante de privação afetiva.

A depressão anaclítica, que se desenvolve a partir do segundo semestre, é o quadro mais precoce e mais grave da depressão no bebê, cuja etiologia é de caráter relacional, sendo desencadeada pela ruptura da relação com o objeto maternal.

Cabe aqui esclarecer que utilizamos o conceito psicodinâmico de "objeto", segundo René Spitz², para este autor as relações objetais provêm da percepção da criança, que se originam de sua interação repetida com o parceiro humano que se sintoniza com suas necessidades vitais.

¹Trabalho realizado no Projeto de Pesquisa: "Avaliação de Bebês", da Faculdade de Psicologia da Universidade Federal do Pará (UFPA), com a colaboração do programa de extensão "Ambulatório de Ansiedade e Depressão (AMBAD)" do Hospital Universitário Bettina Ferro de Souza (HUBFS/UFPA), Belém-Pa.

²Psicóloga do AMBAD. Aluna Especial do Mestrado em Psicologia Clínica e Social (UFPA);

³Psicólogo, Doutor em Ciências (UFPA). Docente adjunto I da Faculdade de Psicologia da UFPA. Coordenador do projeto de pesquisa "Avaliação de Bebês".

⁴Médico Psiquiatra. Coordenador do programa AMBAD. Docente adjunto IV da Faculdade de Psicologia da UFPA.

Para Spitz¹, as relações objetais se desenvolvem gradativamente durante o primeiro ano de vida e ao seu final estará estabelecida. Sendo assim, o conceito de objeto está intrinsecamente relacionado à mãe ou ao seu substituto.

A perda desse objeto de amor está no cerne das explicações psicodinâmicas sobre a depressão, mas para o bebê essa perda também significa a perda de todo o bem-estar decorrente da relação mãe-bebê, bem-estar esse que implica em sobrevivência física e emocional.

MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica realizada no primeiro semestre do corrente ano, baseada na consulta de materiais relativos ao tema depressão anaclítica e suas implicações. Foram consultados livros clássicos sobre o tema, como a obra de René Spitz², manuais de psicopatologia e ainda consulta a bases de dados eletrônicas (Lilacs, Scielo e Medline), com as palavras-chave em português e inglês, respectivamente, “depressão anaclítica” e “anaclitic depression”.

DISCUSSÃO

Sobre a relação mãe-bebê

A díade mãe-bebê é uma relação que está diretamente implicada com o desenvolvimento da criança. Ao se estudar os fenômenos psicopatológicos na infância torna-se inevitável um olhar sobre tal relação, especialmente quando se trata de estágios precoces do desenvolvimento, pois nota-se que a maioria das expressões sintomáticas verificadas na primeira infância são desencadeadas por perturbações de caráter relacional¹.

Sendo assim, é importante reconhecer o fato da dependência do bebê, que é real. Winnicott³ afirma que a história do desenvolvimento infantil é uma história de dependência absoluta, que avança firmemente através de graus decrescentes de dependência, e vai, Tateando, em direção à independência.

Em termos de necessidades do bebê há as necessidades corporais, tais como a alimentação, que é denunciada por periódicas explosões de fome, aquecimento,

roupas, luminosidade, dores, cólicas, etc. Para Stern⁴, a fome compromete a respiração do bebê, é vivida com desespero, motivando o bebê a buscar modos de alcançar o mundo exterior.

Winnicott⁵ denomina *holding* ao cuidado materno que protege dessas agressões fisiológicas. Para este autor, um *holding* deficiente produz extrema aflição na criança, sendo fonte de sensação de despedaçamento, de que a realidade exterior não pode ser usada para o reconforto interno e outras ansiedades geralmente classificadas como “psicóticas”.

Em segundo lugar, há um tipo de necessidade muito sutil, que só o contato humano pode satisfazer, especialmente o contato com a mãe. O bebê precisa deixar-se envolver pelo ritmo respiratório da mãe ou mesmo ouvir seus batimentos cardíacos, sentir seu cheiro, ouvir sons que transmitam vivacidade, esse envolvimento social proporciona um ambiente seguro^{4,3}.

Para Mahler, Pine e Bergman⁶, durante as primeiras semanas de vida extra-uterina o bebê passa por um estágio marcado pela falta de consciência do agente materno (fase autística normal). O estágio seguinte caracteriza-se pela consciência turva de que a satisfação de necessidade não provém da própria pessoa, mas de algum lugar externo ao eu, dá-se início à fase simbiótica, que se estende dos 2 aos 4 meses, período no qual as trocas entre mãe e bebê excedem as experiências orais. Nessa fase, o bebê percebe, pouco a pouco, que a satisfação de suas necessidades multiformes provém de um objeto exterior, voltando-se para a fonte maternante. Essa fase é essencial para o desenvolvimento psicológico da criança e constituição de objetos internos que implicam em confiança e segurança interna^{1,6}.

(...) por trás dessas necessidades há o fato de que os bebês são sujeitos às mais terríveis ansiedades que se possa imaginar. Se deixados a sós por muito tempo, sem nenhum contato humano ou familiar, passam por experiências que só podem ser descritas através de palavras como: ser feito em pedaços, cair para sempre, morrer e morrer e morrer, perder todos os vestígios de

esperança de renovação de contatos.³
(p.76)

A função materna somada a outras condições ambientais favoráveis, é crucial para o desenvolvimento saudável do bebê, tanto na esfera física quanto psíquica⁷. O acolhimento proporcionado pela figura materna nos primeiros meses de vida, propiciado de forma constante e nos ocasiões adequadas, fornece ao bebê a ilusão de que a satisfação das suas necessidades ocorre por sua única e exclusiva vontade. Nesse período, ele ainda não consegue se diferenciar do mundo externo; sendo assim, a satisfação de suas necessidades lhe faz sentir onipotente, capaz de controlar o mundo. A mãe deve manter essa crença, essa ilusão na criança, para que esta possa gradativamente adquirir a confiança e segurança necessárias que lhe capacitará a estabelecer vínculos com o mundo externo. Paulatinamente a mãe deve ir “desiludindo” o bebê, mostrando a ele, gradativamente, a realidade externa. A desilusão, na medida certa, é que possibilita ao bebê a criação de símbolos que farão a transição do mundo interno para o mundo externo⁷.

Dessa forma, dá-se início à atividade mental do bebê⁷ considerando-se que simbolizar é a capacidade de criar substitutos para os objetos⁸.

Segundo esse autor, no caso do bebê, simbolizar é a capacidade de adiar as gratificações e suportar a frustração. Cassorla⁸ enfatiza a relevância de a criança ter uma mãe continente e com capacidade de reverie, para que possa suportar a frustração, adiar a gratificação e adquirir, assim, aos poucos, a capacidade de simbolizar e pensar. Para o autor, a criança adquire a capacidade de pensar a partir de uma frustração - de uma falta. No entanto, alerta para o fato de que essa frustração deve ser suportável para o bebê, caso contrário ele pode ficar paralisado, inundado em seus terrores não-metabolizados.

Nesse contexto, a mãe deve exercer o que Stern⁹ denomina matriz de apoio, que se refere à necessidade da mãe de criar, permitir, aceitar e regular uma rede de apoio protetora, benigna, para que ela possa realizar plenamente as tarefas de manter o

bebê vivo e promover o seu desenvolvimento psíquico-afetivo.

Privação afetiva parcial – a depressão anaclítica

Foi no decorrer de um estudo sobre o comportamento infantil, realizado em 1946 com 123 crianças de uma creche, que René Spitz² observou um quadro sindrômico que denominou Depressão Anaclítica.

O termo “anaclítico” vem do grego *anaclinein* que significa “apoiar-se em”. Esse termo foi utilizado por Freud¹⁰ em “Sobre o narcisismo: Uma introdução, em que mencionava que a escolha anaclítica do objeto era determinada pela dependência original que a criança tem da pessoa que a alimenta, protege e cuida.

Segundo Spitz², excluindo-se algumas poucas diferenças individuais, essas crianças apresentavam a seguinte sintomatologia:

Primeiro mês: as crianças tornam-se chorosas, exigentes e tendem a apegar-se ao observador quando este consegue estabelecer contato com elas; **segundo mês:** o choro transforma-se em gemido. Começa a perda de peso. Há uma parada no quociente de desenvolvimento; **terceiro mês:** As crianças recusam o contato. Permanecem a maior parte do tempo de bruços na cama, um sintoma patognômico. Começa a insônia, a perda de peso continua. Há a tendência para contrair moléstias; o atraso motor torna-se generalizado. Início da rigidez facial; **após o terceiro mês:** a rigidez facial consolida-se. O choro cessa e é substituído por lamúria. O atraso motor cessa e é substituído por letargia. O quociente de desenvolvimento começa a diminuir.
(p.202)

Observou-se que todas as crianças da amostra de Spitz tinham uma experiência em comum: em dado momento, entre o sexto e o oitavo mês de vida, todas elas ficaram privadas da mãe por um período praticamente ininterrupto de três meses. Trata-se, pois, de um estado de privação materna, de um estado reacional ligado à perda de um laço privilegiado com a mãe e

do suporte que esta representava para ela. Nesse caso, assim como na depressão do adulto, a perda do objeto de amor é o fator determinante^{1,2}.

Uma condição necessária para para o desenvolvimento da depressão anaclítica é que, antes da separação, a criança tenha estado em boas relações com a mãe, pois foi observado que crianças que tinham história de negligências, maltratos, descuido, com suas mães não apresentavam essa síndrome².

Em se tratando do curso desse quadro clínico, vale ressaltar se a mãe ou um substituto aceitável retornar ao bebê, a depressão desaparece rapidamente.

Senão, pode evoluir para um estado de marasmo cada vez mais inquietante, tanto no plano físico (com possível morte, principalmente por infecções) como psíquico (agravamento do atraso psicomotor, da apatia) deixando seqüelas indelévels¹. Esse quadro foi descrito por Spitz² sob o nome *hospitalismo*.

Robertson e Bowlby¹¹ também sistematizaram as reações depressivas do lactente à separação de sua mãe em três fases: uma primeira fase de luta ativa, de protesto, de busca do objeto, da mãe (isto pode durar alguns dias ou algumas horas) onde se misturam cólera, choro, comportamento de busca da mãe; uma segunda fase de desespero, com diminuição do choro; a criança se torna inativa, não procura nada, não pede nada; a tristeza e a aflição manifestadas de início tornam-se pouco a pouco menos evidentes, para dar lugar a uma aparente indiferença; uma terceira fase de desapego: a criança se abandona aos circunstantes, se interessa por eles, torna-se sociável.

Na fase inicial, a criança pequena tem uma necessidade consciente muito forte de sua mãe, com a expectativa baseada em experiências anteriores, de que ela atenda seu choro. Sua ansiedade é aguda, a respeito de tê-la perdido, está confusa e assustada, em um ambiente desconhecido, procura recapturá-la excitando ao máximo seus recursos. Não pode atender a situação e está inundada pelo medo e pelo desejo que somente sua mãe pode lhe proporcionar. Com freqüência chora alto balançando o berço,

joga-se para o lado e busca ansiosamente na direção de qualquer sinal ou som que possa ser de sua mãe desaparecida. (ROBERTSON, 1953 apud NASCIMENTO & RODRIGUES¹², p. 23)

Foi necessário aguardar por trabalhos como os de Spitz e Robertson para que a comunidade científica reconhecesse e aceitasse que o lactente pode experimentar a tristeza, a mágoa ou a aflição.

Psicodinâmica da depressão no lactente

Quais seriam então os mecanismos psicodinâmicos das depressões no lactente? Como se pode compreender a ocorrência de um sofrimento depressivo e de uma depressão autêntica em uma criança tão pequena? A noção de depressão anaclítica representa um modelo teórico útil e pertinente para a compreensão geral da depressão?

Mazet e Stoleru¹ ressaltam que a depressão apresenta inevitavelmente duas questões: a da experiência de perda e a de suas relações com a agressividade.

Freud¹³ em “Luto e Melancolia”, contribui para propor o modelo teórico que aborda a depressão como a experiência da perda de um objeto amado, ele foi levado a notar no estado de luto numerosos traços da melancolia. Em seguida, completou esta descrição por uma abordagem bastante mais original, baseando-se na teoria das pulsões, que permite, segundo ele, perceber todas as formas de apego a um objeto (ser ou situação) em redor de uma energia comum, a libido. Assim, concebeu o trabalho mental do luto como um desapego progressivo do objeto ao qual a libido estava fixada, um desinvestimento das representações deste objeto.

Klein e os pesquisadores da corrente kleiniana puseram mais destaque na agressividade, na ambivalência e no jogo interno das pulsões no vivido depressivo do que na experiência de perda¹. A confluência de ódio e amor na direção do objeto dá origem a uma tristeza particularmente pungente que Klein chamou de “ansiedade depressiva”. Ela expressa a forma de culpa mais arcaica e angustiada, devida a sentimentos ambivalentes para com o objeto¹⁴.

Os aspectos amados e odiados da mãe não são mais sentidos como tão separados, e o resultado é uma intensificação do medo da perda, estados afins ao luto e um forte sentimento de culpa, porque os impulsos agressivos são sentidos como sendo dirigidos contra o objeto amado. A posição depressiva passa a primeiro plano (...). O impulso para a reparação pode ser visto como conseqüência de um maior insight sobre a realidade psíquica e de uma síntese crescente, pois demonstra uma resposta mais realista aos sentimentos de pesar, culpa e medo da perda, resultantes da agressão contra o objeto amado. (KLEIN¹⁵, p. 33)

Assim, o sentimento de ter destruído o objeto e a culpa, o fracasso nas tentativas de reparação deste objeto ocupam o maior lugar na compreensão do fenômeno depressivo, mesmo o precoce, este constituindo um fracasso daquilo que Melanie Klein¹⁵ nomeia “posição depressiva” normal, a qual confronta a criança, a partir do segundo semestre da vida, com uma problemática que ela deve progressivamente assumir, com a ajuda de seus circunstantes, a de sua inevitável mistura de sentimentos de amor e de raiva em relação ao objeto materno.

Nesta perspectiva, pode-se compreender que tudo o que mobiliza esta agressividade e esta ambivalência no lactente em sua relação com a mãe, a partir do fim do primeiro ano, pode gerar uma depressão precoce¹.

A maior parte das correntes do pensamento psicodinâmico são muito dedicadas ao papel da perda na depressão, retomando ao ponto de vista freudiano. A perda e o sentimento de estar sem esperança e sem ajuda são os constituintes universais da experiência humana e sua repetição, sua intensidade explicam grande parte da depressão¹⁶.

As teorias psicodinâmicas subsidiaram muitos dos trabalhos que tratam a depressão como uma resposta emocional desencadeada por experiências de perda, mas também muito se deve a observações diretas, principalmente no lactente com depressão anaclítica¹.

Nos trabalhos de Joffe e Sandler¹⁷ após descreverem uma constelação clínica das condutas da criança, que chamam “reação depressiva”, foram levados a defender a idéia mais geral de uma “resposta depressiva de base” de um estado de impotência, desespero e resignação frente ao sofrimento mental. Estes autores insitem no fato de que quando há a perda de um objeto amado, não significa somente a perda do objeto, mas também a perda do aspecto de si que é complementar ao objeto, e a do estado afetivo de bem-estar que está intimamente relacionado. Sendo assim, o que toda criança pequena sente é que ela perdeu a mãe e todo o bem-estar implicado em sua relação.

Em outra perspectiva, Bowlby¹⁸ aborda a depressão como sendo a ruptura de um laço de apego. Para este autor trata-se de laços de apego privilegiados (constituídos precocemente do quarto ao sétimo mês), que estão associados com uma necessidade inata, primária e de contato social. Nesse caso, a depressão se derivaria de separações ou experiências de perda.

Observamos que muitos trabalhos se dedicaram a responder e explicar o fenômeno da depressão no lactente. Um certo número de dados foram adquiridos, mas muitos outros nada mais são do que hipóteses.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As experiências infantis, mesmo as mais precoces, têm papel importante na formação da personalidade. Essas experiências são frutos da interação de aspectos constitucionais e ambientais. A mãe – seu corpo e sua mente é o primeiro ambiente da criança. Ao longo deste artigo procuramos enfatizar a relevância da relação mãe-bebê como promotora de saúde e também, dialeticamente, como desencadeadora de conflitos precoces.

A Depressão Anaclítica é um quadro clínico que revela o quão é significativa para o bebê a presença da figura materna. A tal ponto que uma quebra nesse laço afetivo – e na ausência de um substituto para a função materna – causa severos prejuízos no desenvolvimento físico e psíquico das crianças.

É comum em artigos que abordam a depressão na infância a referência à este

tipo de estudo como algo relativamente novo, pois há algum tempo era inimaginável considerar que as crianças pudessem ser acometidas por quadros depressivos, conseqüentemente havia mínimo investimento em tratamentos para tais transtornos.

Graças a trabalhos como o de René Spitz, atualmente tem-se investido em

pesquisas relativas à psicopatologia infantil, os quais buscam orientar profissionais e cuidadores a conhecer os sofrimentos psíquicos da infância e a reconhecer que nossas crianças são capazes de experienciar sofrimentos tão caóticos e desorganizantes que comprometem seu desenvolvimento.

SUMMARY

PSYCHOPATHOLOGY OF THE INFANT'S AFFECTIVE LACK: THE ANACLITIC DEPRESSION

Rose Daise Melo do NASCIMENTO, Janari da Silva PEDROSO, Marco Aurélio Valle de MORAES

Objective: to elaborate bibliographical material modernized concerning the anaclitic depression. **Method:** bibliographic research. **Discussion:** the privation of the objects relations in the first year of life is a harmful factor, that can develop serious affective disorders, as anaclitic depression. This is a depressive syndrome that affect infants between the age of six and eight month, its etiology is due to a state of maternal privation, to the loss of a privileged relation with the mother – or a caregiver who exercise the maternal function – and of the support that she represented for the infant. **Final consideration:** the analysis of the consulted literature reinforces the relevance of the maternal figure as a vital source to the infant's physical and emotional health. With this study we looked for guiding professionals and caregivers to recognize the gravity of the psychic suffering in infants and its implication of the development.

KEY WORDS: mother-infant relationship, anaclitic depression, psychopathology.

REFERÊNCIAS

1. - MAZET, P. STOLERU, S. Manual de Psicopatologia do recém-nascido. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.
2. - SPITZ, R. O primeiro ano de vida: um estudo psicanalítico do desenvolvimento normal e anômalo das relações objetais. 6 ed. São Paulo: Martins Fontes, 1991.
3. - WINNICOTT, D. Os bebês e suas mães. 3 ed. São Paulo: Martins Fontes, 2006.
4. - STERN, D. Diário de um bebê. Porto Alegre: Artes Médicas, 1991.
5. - WINNICOTT, D. A família e o desenvolvimento individual. 3 ed. São Paulo: Martins Fontes, 2005.
6. - MAHLER, M. PINE, F. BERGMAN, A. O nascimento psicológico da criança: simbiose e individuação. 2 ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1986.
7. - WINNICOTT, D. A criança e o seu mundo. 6 ed. Rio de Janeiro: LCT, 1982. (original publicado em 1971).
8. - CASSORLA, R. M. S. O início do funcionamento mental segundo a psicanálise: reflexões para psicopedagogos. Revista de Psicopedagogia, 11(23): 16-23, 1992.
9. - STERN, D. A constelação da maternidade: o panorama da psicoterapia pais/bebê. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

10. - FREUD, S. Sobre o Narcisismo: Uma Introdução. Em: Obras Completas de Sigmund Freud. (Vol.14, pp. 85-125). Rio de Janeiro: Imago, 1973. (original publicado em 1914).
 11. - ROBERTSON, J. BOWLBY, J. Responses of young children to separation from their mother. *Courrier du Centre International de l'Enfance*, 2, 131-142, 1952.
 12. - NASCIMENTO, R. D. RODRIGUES, A. Morte e luto infantil: um estudo fenomenológico. *Cadernos Lasinju* 01, 22-25, 2005.
 13. - FREUD, S. Luto e Melancolia. Em: Obras completas de Sigmund Freud. (Vol. 14, pp. 271-291). Rio de Janeiro: Imago, 1974. (original publicado em 1916).
 14. - HINSHELWOOD, R. D. Dicionário do Pensamento Kleiniano. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.
 15. - KLEIN, M. (1946). Notas sobre alguns mecanismos esquizóides. Em: KLEIN, M. (1991) *Inveja e gratidão e outros trabalhos (1946-1963)*. 4 ed. Rio de Janeiro: Imago, 1991.
 16. - ALMANZI, R.J. (1984). Il Senso Della Disperazione. La Problematica Della Depressione Nella Teoria Psicoanalitica: By Andre Haynal. *Journal of the American Psychoanalytic Association* 32, 208-211. Disponível em: <http://www.pep-web.org/document.php>. Acesso em: 10 julho 2007.
 17. - JOFFE, W.G., SANDLER, J. (1965). Notes on Pain, Depression, and Individuation. *The Psychoanalytic Study of the Child* 20, 394-424. Disponível em: <http://www.pep-web.org/document.php>. Acesso em: 08 julho 2007.
- BOWLBY, J. Apego e perda: Perda, tristeza e depressão. São Paulo: Martins Fontes, 1998. (Original publicado em 1973).

Endereço para correspondência

Rose Daise Melo do Nascimento
Av. Duque de Caxias, Edifício Durval Ferreira, nº 1482, apto. 202.
Bairro: Marco. Belém-Pará. CEP: 66.087-000.
E-mail: daisenascimento@hotmail.com
Fone: (0XX91) 3236.2263 / 81866624 / 81165990

Recebido em 21.11.2008 – Aprovado em 20.11.2009

