

Depressão no bebé

MARGARIDA FORNELOS (*)
EDUARDA RODRIGUES (**)
MARIA JOSÉ GONÇALVES (**)

A depressão na primeira infância está relacionada com frustrações precoces e graves ocorridas no meio familiar e motivadas por roturas qualitativas no investimento maternal, lutos, descompensações depressivas das mães, descontinuidade dos cuidados ou por separações reais da mãe ou do prestador de cuidados.

Antes dos 6 meses não podemos falar propriamente de depressão, mas de respostas depressiva. A depressão anaclítica, que se desenvolve a partir do 2.º semestre, é o quadro mais precoce e mais grave da depressão no bebé pela rotura da relação com o objecto maternal.

Numa perspectiva psicodinâmica, é particularmente valorizada a vulnerabilidade narcísica que leva a criança a proteger-se dos afectos dolorosos pela desvitalização, baixa da actividade pulsional e rotura desorganizante do funcionamento mental anterior.

A depressão nos bebés não é frequentemente um quadro clínico transitório (Kovacks, 1997) e poderá traduzir-se mais tarde por uma excessiva dependência de gratificação narcísica exterior e perda da auto-estima, resultante da necessidade insatisfeita de afecto.

O diagnóstico de depressão infantil é normal-

mente feito a partir de critérios de comportamento, tais como: atonia afectiva, inércia motora, pobreza interactiva/retirada, desorganização psicossomática (Kazdin, 1990).

A importância da depressão infantil é avaliada em função da sua duração e das falhas funcionais que a acompanham. Muitas vezes encontramos sintomas associados, como perturbações do comportamento, défices de atenção e hiperactividade ou mesmo retirada de tipo autista, que mascaram a depressão.

Em 1996, na Unidade da Primeira Infância, fizemos uma revisão das fichas clínicas de todos os casos com diagnóstico de depressão e com seguimento terapêutico, nos dois anos anteriores. Foram encontrados 20 casos, o que corresponde a 23% do total de casos em seguimento nesta Unidade no mesmo período.

Em todos os casos estudados, ressaltavam elementos comuns na observação da criança: falta de vivacidade na expressão dos afectos, falta de apetência para exercer as suas competências relacionais e cognitivas, baixa de interesse pelo exterior, associadas a irritabilidade fácil. Uma certa lentidão motora e a tendência para jogos repetitivos transmitia um carácter monótono às actividades e modalidades interactivas.

Num único caso, que correspondia à criança mais velha do grupo, foi constatado afecto de tristeza. Esta nossa observação coincide com as descrições de depressão na primeira infância

(*) Psicóloga.

(**) Pedopsiquiatra.

QUADRO 1
Motivo do pedido de Consulta (n=20)

	1.º Motivo	Sintoma associado
Berras / Agressividade	5	8
Atraso de Linguagem	5	1
Dificuldades do Sono	5	2
Inibição / Isolamento	5	1

QUADRO 2
Perturbação do Meio/Parentalidade

D. Psiquiátrica (depressão materna/outras)	15
Toxicodependência / Alcoolismo	5
Conflito casa / Separação	8
Antecedentes maternos de maus tratos / Negligência	7
Desemprego	13

feitas por outros autores, que falam de atonia afectiva, para classificar a indiferença, e sentimento de vazio, por oposição ao afecto depressivo dos adultos.

A observação da interacção mãe-criança mostrava poucas iniciativas da parte da criança e da mãe e a utilização de modalidades interactivas pouco variadas. Esta mesma pobreza interactiva repete-se com o observador, o que está de acordo com os estudos de Tiffany Field (1988). Em sete das 20 crianças do grupo, foi realizada uma avaliação do desenvolvimento, tendo revelado uma baixa ligeira do QD global, mais acentuada nas áreas da linguagem e socialização.

Os casos em que fizemos o diagnóstico de depressão apresentavam a mesma unidade sindrómica nuclear também descrita por outros autores, mas associada a uma disparidade e multiplicidade de outros sintomas, evidentes nos motivos de consulta, em que quase sempre são referidos vários sintomas em cada uma das crianças (Quadro 1). As perturbações do comportamento (birras e agressividade) são as mais frequentemente referidas aparecendo em 13 casos, se considerarmos o primeiro motivo e os motivos associados.

A multiplicidade de sintomas presentes e a sua persistência em contextos relacionais dife-

rentes, mostra que estamos perante uma perturbação do afecto que interfere com o comportamento social destas crianças e com toda a sua vida relacional e cognitiva. O tipo de sintomas associados depende da intensidade da perturbação, da sua duração, dos factores etiológicos e da idade da criança.

A idade média das crianças do estudo é de 28 meses. Só 4 crianças vieram à consulta antes dos dois anos. Nestas últimas, os sintomas referidos eram: insónia, isolamento e dificuldades alimentares ligadas ao desmame. Da observação clínica, ressaltava a lentidão, a pobreza interactiva e a retirada, em contraste com os sintomas mais exuberantes das crianças mais velhas. Num dos casos foi feito o diagnóstico diferencial com o autismo.

O sofrimento psíquico do bebé é poucas vezes reconhecido como tal e consequentemente não é admitida a necessidade de intervenção especializada. Talvez seja esta uma das razões da idade tardia do pedido de consulta, que aparece quando os sintomas são mais exuberantes e interferem com o comportamento social.

Quando analisámos as condições referentes à parentalidade e qualidade dos cuidados, verificamos que apenas em 2 casos não havia perturbação significativa do meio. Em todos os outros,

QUADRO 3
Grupo I

- Início agudo dos sintomas
- Desencadeados por acontecimentos de vida que introduzem roturas relacionais
- Ausência de patologia grave materna / Paterna
- Remissão rápida dos, associada à recuperação da relação

- Quadro clínico semelhante às Reacções de Luto (DC: 0-3)

a história familiar revelava múltiplos problemas, que se sucediam ao longo do tempo, alguns através das gerações, provocando uma perturbação familiar de carácter crónico (Quadro 2).

Em 15 casos, é referida depressão materna ou outra perturbação psiquiátrica dos pais, que implicou tratamento psiquiátrico. Num destes casos é referido suicídio do pai. Em 5 casos, existia toxicodependência ou alcoolismo, em um ou nos dois progenitores. Em 8 casos, foram encontradas separações e conflitos conjugais com recurso à violência física. A história infantil das mães revela situações familiares gravemente perturbadas, com maus-tratos, negligência ou abandono em 7 casos. O peso da patologia familiar impede as crianças de construírem relações estáveis fora da família, que poderiam funcionar com factores protectores.

A partir dos parâmetros analisados nestas crianças, podem desenhar-se dois grupos com características diferentes.

O primeiro grupo, mais reduzido, em que não existe patologia familiar anterior e em que a depressão infantil aparece como consequência de acontecimentos de vida que introduzem roturas relacionais bruscas.

O segundo grupo, mais numeroso, em que a perturbação do meio é de carácter crónico.

No primeiro grupo, a depressão tem início mais precoce, aparecendo associada a acontecimentos que vieram modificar o meio, quebrando relações anteriormente estáveis. Nos nossos casos, essa perturbação do meio foi, por exemplo, a entrada para a creche ou situações de conflito no casal, o que condicionou um desinvestimento transitório da criança. Neste grupo de crianças, que nos chegam mais cedo, os sintomas de retirada e de isolamento são mais evidentes. Seriam situações mais próximas da descrição clássica de

depressão anaclítica, embora nos nossos casos, a rotura da relação não seja tão dramática. Seriam situações próximas do diagnóstico da reacção de luto prolongado (DC: 0-3, 1994). Nestes casos há uma remissão rápida dos sintomas, associada à recuperação da relação (Quadro 3).

No segundo grupo, o quadro depressivo aparece associado a uma carência crónica dos cuidados e as crianças são referenciadas mais tarde ao serviço. Os sintomas tiveram quase sempre um início insidioso, tomando diversas formas ligadas à fase do desenvolvimento (birras, atraso de linguagem, etc.). Neste segundo grupo, há uma insuficiência crónica do aporte afectivo, sem haver contudo situações de rotura tão evidentes. Existe uma negligência psicológica persistente e às vezes física, geralmente intermitente, mas com carácter crónico. O investimento afectivo é flutuante e existem mudanças frequentes de prestadores de cuidados. Esta situação afecta o sentimento de segurança e não permite uma vinculação estável. Em termos diagnósticos, estes casos estariam mais perto da Perturbação Reactiva da Vinculação (DC: 0-3, 1994). No entanto, na nossa amostra, as crianças estão mais referenciadas às mães, não aparece a indiscriminação social e a ambivalência que caracterizam mais frequentemente a criança sujeita a negligência e maus-tratos.

Nesta situação de falta de alimento afectivo e relacional crónico, os bebés sofrem talvez não tanto daquilo a que se chama depressão, no sentido de depressão anaclítica de Spitz (1946), mas de uma falha global do desenvolvimento do Eu, com repercussões na organização global da sua personalidade, tendo em conta as alterações já existentes na organização do pensamento e na capacidade simbólica (Quadro 4)

Citando o Dr. Coimbra de Matos (1996), a

- Início insidioso e precoce dos sintomas
- Carência crónica dos cuidados
- Psicopatologia familiar grave
- Com ou sem remissão dos sintomas
- Falha crónica do desenvolvimento do Eu

- **Quadro clínico semelhante à Perturbação Reactiva da Vinculação (DC: 0-3)**

propósito da personalidade depressiva, nós diríamos que a personalidade destas crianças se organiza num contexto de frequentes perdas cumulativas e se fundou numa relação patogénica de tipo depressivante.

A diferente evolução terapêutica destes dois grupos reforça a nossa ideia da existência de etiologia e prognósticos diferentes.

Os casos clínicos seguidamente apresentados ilustram estas diferentes situações.

1. CASOS CLÍNICOS

Sara – 19 meses

A Sara foi observada pela primeira vez aos 19 meses, por insónia agitada grave.

O pai descreve-a como sempre insatisfeita, com choro incontrolável e permanente, que nada conforta ou satisfaz. O seu choro violento já o levou a recorrer algumas vezes ao Serviço de Urgência do Hospital.

A Sara é uma menina de aspecto frágil, pouco expressiva. O contacto pelo olhar é evitante e balança-se frequentemente.

Faz muito poucas vocalizações, sempre com tonalidade de lamúria, sendo a sua actividade espontânea muito limitada.

Transmite um sentimento de grande desconforto, parecendo pouco organizada, ao nível da expressão dos desejos e afectos.

Parecia haver um importante atraso de desenvolvimento, que não foi possível avaliar por não se interessar por nenhuma actividade, nem dar continuidade a qualquer tentativa de contacto mais próximo.

Apresenta sinais evidentes de depressão e re-

tirada, depressão que parecia ser consequência da sua carência relacional.

A mãe que não esteve presente na primeira consulta por motivos profissionais, tinha entretanto perdido o emprego e passava grande parte do dia com a filha. Esta situação era extremamente penosa para ela. Tinha ambições profissionais, não queria «ser mãe a tempo inteiro».

Não percebe a Sara, que passa o dia atrás dela. Não é capaz de estar sozinha, só quer estar junto da mãe. «Só quer o que não pode ter».

Parece muito pouco envolvida com o problema da filha, sente-se revoltada e isolada. A sua atitude é reivindicativa e pouco empática.

Refere que as dificuldades de sono começaram por volta dos 6/7 meses. Até essa altura e apesar de ter nascido prematura, dormia em cama e quarto próprio desde que veio da maternidade, o que reflecte a pouca sensibilidade da mãe, às necessidades de protecção da filha.

O pai aparece como mais disponível. É um homem exuberante e afirmativo, controlador da relação entre a mãe e a criança, com uma atitude permanente de desvalorização da mulher.

No decorrer da psicoterapia em que inicialmente o pai estava também presente, aparece como conflito central a dificuldade de entendimento do casal, desde o nascimento da Sara.

A relação entre os pais era violenta e conflituosa, mutuamente acusatória.

Durante as sessões, a Sara não parecia referenciar-se a nenhum deles. Por vezes adormecia ao colo da terapeuta, durante as discussões acasas do casal, numa manifesta reacção de retirada.

Nas primeiras sessões foi possível, apesar deste clima de conflito, dar mais espaço à mãe para se aproximar da filha, servir-lhe de modelo.

O pai foi deixando progressivamente de ter

necessidade de controlar permanentemente a relação entre as duas.

Numa segunda fase, apenas com a Sara e com a mãe, foi feito um trabalho de apoio à interação, com um envolvimento progressivo entre elas, numa maior intimidade na relação e uma adequada leitura dos sinais.

Ao fim de seis meses, a Sara estava muito mais expressiva, mais bonita, mais interessada no ambiente e nas pessoas, desenvolvendo uma interação rica e variada.

A relação com a Sara desencadeava um forte sentimento de prazer e já não de desconforto.

O seu desenvolvimento estava dentro da média da idade, tendo desaparecido completamente os balanceamentos e a insónia.

A mãe aparece envolvida na relação e o casal está reconciliado e gratificado com a filha, tendo a resolução do conflito conjugal, permitido uma melhor qualidade na prestação de cuidados e no equilíbrio dos papéis parentais.

A evolução confirma o diagnóstico da depressão, tendo sido possível graças ao diagnóstico e intervenção precoce, promover a retomada do desenvolvimento da criança, que de outra forma poderia ficar gravemente comprometido.

Pedro – 24 meses

O Pedro vem à consulta com dois anos, por atraso global do desenvolvimento.

Os pais descrevem regressão importante do comportamento a partir dos 18 meses, altura em que houve duas separações importantes: da empregada com quem estava habitualmente e da irmã de 14 anos, filha de um primeiro casamento da mãe.

A mãe apresenta um quadro depressivo ligado com a morte do próprio pai, quando o Pedro tinha seis meses de idade. Investe muito a profissão e faz-se substituir junto do filho, pela empregada e filha mais velha.

Descreve o filho como estando sempre «ausente e retirado».

Dizia já algumas palavras, fazia gracinhas. Antes da regressão, que se instalou alguns meses antes.

O Pedro, sempre gostou de estar sozinho «é independente, não chora nem chama por ninguém. Nunca gostou de colo mesmo em bebé».

O seu desenvolvimento psicomotor foi normal, mas são referidas dificuldades alimentares

desde os 18 meses e sucção compulsiva dos dedos.

O Pedro é uma criança muito bonita e harmoniosa, que oscila entre um comportamento hiperactivo e a retirada relacional.

Não organiza, nem colabora em qualquer actividade e apresenta importantes estereotipais e rituais, havendo um evitamento maciço do contacto físico e do olhar.

Na avaliação do desenvolvimento inicial, tem um Quociente de Desenvolvimento Global de 75, num perfil muito desarmónico.

O Pedro tinha sido enviado à nossa consulta com um diagnóstico de Autismo.

A nossa hipótese foi de retirada autista num quadro de Depressão Infantil precoce.

Ao fim de um ano de seguimento psicoterapêutico individual, o Pedro apresentou uma evolução importante, que se manifesta pelo estabelecimento de modalidades ricas de contacto, re aquisição rápida da linguagem e do jogo simbólico.

A hiperactividade, rituais e estereotipais desapareceram completamente e o seu perfil de desenvolvimento é mais harmonioso.

Mantém no entanto alguns episódios de retirada, embora menos frequentes e intensos, atraso ligeiro do desenvolvimento e uma vulnerabilidade importante ao stress e à mudança.

Nesta situação, não foi possível associar a mãe ao tratamento do filho, o que quanto a nós, torna o prognóstico mais reservado.

2. CONCLUSÕES

Como referimos inicialmente, a depressão infantil aparece quase sempre associada a outros sintomas, que tornam difícil a sua identificação e o diagnóstico diferencial. Nos casos apresentados os sintomas associados são no primeiro, insónia grave e no segundo retirada de tipo autista. Só no quadro psicoterapêutico e em função do follow-up foi possível estabelecer o diagnóstico diferencial e avaliar o domínio do quadro depressivo.

A depressão infantil aparece com sintomas que revelam no segundo grupo mais perturbações do Eu, mas em nenhum caso a perturbação do humor é referida como motivo da consulta. Isto leva a que muitas vezes as depressões infan-

tis não sejam referidas nem tratadas. Mesmo no primeiro grupo, do prognóstico mais favorável, e em que a evolução depende da retomada da relação com o dador de cuidados é muitas vezes necessária uma intervenção terapêutica. A modificação da situação desencadeante e o apoio à relação mãe-criança dela dependem.

No segundo grupo, o tratamento da criança é indispensável, por não ser muitas vezes possível conseguir em tempo útil as alterações familiares necessárias.

A depressão no bebé existe e é bem mais frequente do que é geralmente reconhecido, merecendo uma atenção especializada por parte dos técnicos de saúde mental infantil.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Coimbra de Matos, A. (1996). *Conferência de abertura*. Trabalho não publicado. 7.º Encontro Nacional de Pedopsiquiatria – A Depressão na Infância e Adolescência, Beja.
- Field, T., Healy, B., Goldstein, S., Perry, B., Bendel, D., Shanberg, S., Zimmerman, E., & Kuhn, C. (1988). Infants of depressed mothers show «depressed» behavior even with non-depressed adults. *Child Development*, 59, 1569-1579.
- Kazdin, A. (1990). Childhood depression. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 31 (1), 121-160.
- Kovacks, M. (1997). Depressive disorders in childhood: An impressionistic landscape. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38 (3), 287-298.
- Spitz, R. (1946). Anaclitic depression. In *Psychoanalytical study of the child* (Vol. 2, pp. 113-117). New York: International University Press.
- Zero to Three / National Center for Clinical Infant Programs (1994). *Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood*. Arlington, VA.

RESUMO

Os autores apresentam uma revisão crítica do conceito de depressão na primeira infância com referência a sintomatologia, etiopatogenia e prognóstico.

O estudo baseia-se na análise de 20 casos com o diagnóstico de depressão, que tiveram seguimento terapêutico na UPI nos anos de 1994 e 1995.

Em todos os casos foram estudados os seguintes parâmetros: Motivo da consulta, Idade da criança, Início do sintoma, Perturbação do meio/parentalidade, Origem do pedido da consulta.

Identificaram-se dois subgrupos que diferiam entre si pelo carácter agudo ou crónico da perturbação do meio, pelo tipo de associação de sintomas e pela idade da criança na altura do pedido de consulta.

A diferente evolução terapêutica nestes dois subgrupos é ilustrada com a apresentação de dois casos clínicos.

Palavras-chave: Depressão do bebé, intervenção terapêutica, psicopatologia.

ABSTRACT

The authors present a review of the concept of infancy depression, with reference to symptoms, etiology and prognosis.

The paper is based on the analysis of 20 cases with the diagnosis of infant depression who received therapeutic intervention in UPI.

In all cases the following items were collected: Motive of consultation, Age, Symptom onset, Environment/parenting problems, Source of referral.

Two sub-groups were identified that differed by the presence or absence of chronicity in environment perturbation, symptom constellation and age of child at first consultation.

Different therapeutic evolution in these two subgroups is illustrated with presentation of two clinical vignettes.

Key words: Infant depression, therapeutic intervention, psychopathology.