



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

**A CLÍNICA DA MATERNIDADE:
OS SIGNIFICADOS PSICOLÓGICOS DA
DEPRESSÃO PÓS-PARTO**

DOUTORADO

Maria Helena Cruz de Moraes

**Florianópolis
2010**

MARIA HELENA CRUZ DE MORAES

**A CLÍNICA DA MATERNIDADE:
OS SIGNIFICADOS PSICOLÓGICOS DA
DEPRESSÃO PÓS-PARTO**

Tese de Doutorado apresentada à Banca Examinadora ao Programa de Pós- Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Psicologia.

Orientadora:
Prof^ª. Maria Aparecida Crepaldi, Dr^ª.

Co-orientadora:
Prof^ª. Jadete Rodrigues Gonçalves, Dr^ª.

Área de concentração: Processos Psicossociais, Saúde e
Desenvolvimento Psicológico

**Florianópolis
2010**

Catálogo na fonte pela Biblioteca Universitária
da
Universidade Federal de Santa Catarina

M827c Moraes, Maria Helena Cruz
A clínica da maternidade [tese] : os significados
psicológicos da depressão pós-parto / Maria Helena Cruz de
Moraes ; orientadora, Maria Aparecida Crepaldi. –
Florianópolis, SC, 2010.
176 p.

Tese (doutorado) – Universidade Federal de Santa Catarina,
Centro de Filosofia e Ciências Humanas. Programa de
Pós-Graduação em Psicologia.

Inclui referências

1. Psicologia. 2. Depressão pós-parto. 3. Maternidade. I.
Crepaldi, Maria Aparecida. II. Universidade Federal de Santa
Catarina. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. III.
Título.

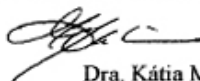
CDU 159.0

Maria Helena Cruz de Moraes

**A Clínica da Maternidade: Os significados psicológicos da
depressão pós-parto.**

Tese aprovada como requisito parcial à obtenção do grau de Doutora em
Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Doutorado,
Centro de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de
Santa Catarina.

Florianópolis, 12 de Dezembro de 2010.



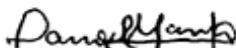
Dra. Kátia Maheirie
(Coordenadora - PPGP/UFSC)



Dra. Maria Aparecida Crepaldi
(PPGP/UFSC - Orientadora)



Dra. Jadete Rodrigues Gonçalves
(PSI/UFSC - Co-Orientadora)



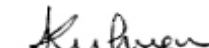
Dr. Manoel Antônio dos Santos
(EFC/LRP/USP - Examinador)



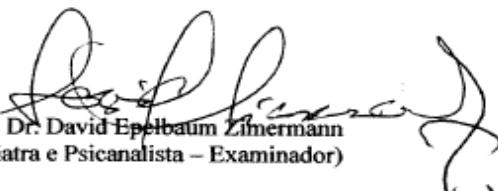
Dra. Gimel Benzaquen Perosa
(UNESP/Botucatu - Examinadora)



Lucienne Martins Borges
(PSI/UFSC - Examinadora)



Dra. Ariane Kuhnen
(PPGP/UFSC - Examinadora)



Dr. David Epelbaum Zimmermann
(Médico Psiquiatra e Psicanalista - Examinador)

Mauro Luís Vieira
(PPGP/UFSC - Suplente)

Dra. Daniela Ribeiro Schneider
(PPGP/UFSC - Suplente)

AGRADECIMENTOS

Num momento como esse em que a conclusão de anos de estudo e dedicação se materializa numa tese, é impossível deixar de pensar nas pessoas que colaboraram de diferentes formas para que eu tenha chegado até aqui. A ordem em que as pessoas são citadas a seguir não tem o caráter ascendente ou descendente de importância. Foram todos imprescindíveis.

Começo, então, agradecendo às minhas filhas Letícia e Clarissa, por me darem, constantemente, a oportunidade de aprender a me tornar mãe, aceitando minhas falhas e me apontando novos caminhos nessa jornada sem fim. Agradeço muito pelos netos Júlia, de onze anos, e Pedro, ainda no útero da mãe, que me mostram que o amor não tem limites. Agradeço ao Valter, meu genro português, que me proporcionou a vivência do amor de uma mãe por adoção. Ao André, agradeço por ser um genro sempre respeitoso e afetuoso.

Ao José Antônio, meu amor, meu companheiro de quase quarenta anos, agradeço o incentivo e apoio em todas as minhas iniciativas profissionais, desde a “datilografia” dos trabalhos na faculdade, o pagamento das despesas no primeiro consultório, o ouvido e os ombros para os momentos de estresse. Nas muitas vezes que pensei em desistir do curso de Doutorado, ele ali estava para me “empurrar”.

A todos os meus pacientes que muito têm me ensinado, em especial, a essas quatro mulheres participantes desta tese que confiaram em mim, compartilharam suas vidas comigo e se dispuseram a colaborar com a pesquisa e com meu aprendizado mais uma vez.

Agradeço a minha dupla de orientadoras que funcionou complementarmente, fazendo com que não me sentisse órfã nesse momento de tantas exigências pessoais e intelectuais. A Dra. Maria Aparecida Crepaldi, meu pai neste processo, agradeço pelos assinalamentos, limites e sugestões sempre claras e pontuais, mas, especialmente pela confiança. A Dra. Jadete Gonçalves, minha co-orientadora, minha mãe nesse processo, pela acolhida nos momentos de ansiedade e pelas preciosas sugestões metodológicas.

Às minhas amigas e colegas Ana Lúcia Cintra e Anne Pflüger que me emprestaram seus olhares clínicos, lendo e discutindo alguns casos comigo. À Ana Lúcia agradeço também pela parceria pessoal e intelectual, pois ela se mostrou, durante todo esse tempo, atenta e disponível na descoberta de novos textos que colaborassem com este trabalho.

À Marli Cardoso, vizinha, colega e amiga agradeço pelo interesse, carinho e disponibilidade em todas as horas.

Aos meus amigos do “Panelaço”, que além de serem ótimos parceiros de viagens, foram fundamentais quando estive doente, me dando força para lutar. A eles agradeço também por não terem me esquecido, mesmo quando disse repetidos “nãos” aos seus queridos convites para poder escrever esta tese.

Agradeço ao meu estimado psicoterapeuta Dr. Francisco Baptista Neto por ser meu “superego auxiliar” e ter me dado permissão para viver, crescer e ter sucesso.

Por fim, mas não menos importante agradeço ao Dr. David Zimmermann, a quem tive a honra de ter como professor e supervisor, por ter sido meu “ego ideal”, mostrando-se um modelo de dignidade e seriedade profissional, mas agradeço, de modo especial, por ter sido meu “ideal de ego generoso”, sempre me incentivando.

“Em torno da maternidade, a ciência
reencontra a poesia”

Monique Bydlowski

PRÓLOGO

Este trabalho, intitulado “A clínica da maternidade: significados psicológicos da depressão pós-parto”, foi desenvolvido como requisito para a obtenção do título de doutor no Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina. Teve a orientação da Dra. Maria Aparecida Crepaldi e a co-orientação da Dra. Jadete Rodrigues Gonçalves, ambas, professoras do referido programa.

A teoria que fundamenta esta tese é a psicanálise através de seus precursores como Freud, Klein, Winnicott e Bion e de outros autores contemporâneos nacionais e internacionais que auxiliaram na compreensão da Depressão Pós-Parto como uma doença, desencadeada pelas dificuldades relativas à maternidade, apresentando significados particulares para cada mulher. Para a coleta e análise de dados foi utilizado o método clínico.

Os capítulos que compõem este trabalho foram organizados da seguinte forma:

“A maternidade do ponto de vista psicanalítico” é o tema do primeiro capítulo, que aborda o significado psicanalítico da maternidade, descrevendo fenômenos conscientes e inconscientes relacionados à feminilidade e maternidade.

O segundo capítulo “Aspectos psicológicos do puerpério” trata do funcionamento psíquico característico em função do momento vivido pelas mulheres nessa fase do ciclo de vida em que se tornam mães.

O capítulo terceiro “A depressão pós-parto” aprofunda a questão da depressão pós-parto em si, como uma expressão do sofrimento da mulher em relação à maternidade ou por ela desencadeada. Inclui um breve histórico das pesquisas sobre essa patologia, apresentando uma descrição clínica da depressão pós-parto através de estudos que constata a presença dos fatores de risco e sintomas característicos, e destaca, ainda, a psicodinâmica da depressão pós-parto em sua complexidade intrapsíquica.

“A relação mãe-bebê” compõe o assunto do quarto capítulo, no qual é descrita a importância desse vínculo, matriz da formação da personalidade humana e levanta as possíveis implicações do vínculo mãe-bebê no nascimento psíquico da criança em casos de mães deprimidas.

O quinto capítulo discorre sobre o relevante tema “A participação do pai na depressão materna pós-parto”, sua função na tríade, seus sentimentos em relação à depressão da companheira e quanto ao

nascimento do filho.

O sexto e último capítulo traz “As redes sociais de apoio”: familiares, amigos, serviços de saúde como suportes essenciais no trato à depressão materna.

Seguem-se os relatos de quatro casos clínicos e a discussão, dando origem às considerações finais.

RESUMO

MORAES, Maria Helena Cruz de (2010). **A clínica da maternidade: os significados psicológicos da depressão pós-parto**. 197 f. Tese (Doutorado em Psicologia) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis.

O presente estudo teve como objetivo compreender os significados psicológicos da depressão pós-parto. Para tanto, buscou-se identificar fatores de risco, diagnosticar os principais conflitos psicológicos envolvidos, interpretar o significado individual da depressão pós-parto subjacente para cada uma das participantes, bem como caracterizar a relação mãe-bebê que se estabelece como consequência desse quadro. Para fundamentar a análise do objeto em estudo dessa pesquisa, apresentou-se algumas das principais escolas da psicanálise, que poderiam abarcar a complexidade do fenômeno estudado. O quadro da depressão pós-parto foi descrito em suas características clínicas e em sua psicodinâmica. Trata-se de uma pesquisa qualitativa que utiliza o método clínico. A coleta de dados foi realizada através de psicoterapia individual com quatro participantes que apresentavam sintomas depressivos, e procuraram o tratamento espontaneamente ou foram encaminhadas por profissionais, dos locais onde a pesquisa foi divulgada. A análise de dados foi realizada através da leitura sistemática de todas as sessões de psicoterapia realizadas com cada participante; da compreensão dinâmica das verbalizações e comunicações não-verbais das participantes; das interpretações surgidas nas sessões pela psicoterapeuta e/ou pela própria participante; da análise da transferência e contratransferência em cada caso e da complementação com o arsenal teórico utilizado. Os resultados mostraram que, apesar de as quatro participantes apresentarem sintomas depressivos e fatores de risco para o quadro em estudo, apenas duas das participantes apresentavam o que a teoria descreve como depressão pós-parto, uma doença relativa à maternidade. As duas outras apresentavam depressões reativas a circunstâncias externas adversas, desencadeadas pelo nascimento dos filhos. As quatro apresentavam estado emocional regressivo, característico do pós-parto, que possibilitou a compreensão dos fenômenos apontados na literatura. A tese de que a depressão pós-parto está atrelada à história de vida das mulheres e de sua relação com seus pais, principalmente com a mãe, foi confirmada, bem como, também foi confirmado o pressuposto de que em cada mulher, a DPP teve

significado particular. A relação com o bebê esteve preservada em dois casos e prejudicada nos outros dois, em que as mães demonstraram rejeição ou indiferença. Como conclusão, salientou-se a necessidade da identificação da maternidade psíquica, com as possíveis dificuldades emocionais, para o desenvolvimento de técnicas preventivas e encaminhamento de gestantes e puérperas para tratamento psicoterápico, sugerindo-se a capacitação das equipes interdisciplinares de saúde, para essa identificação.

Palavras-chave: depressão pós-parto, maternidade, puerpério, relação mãe-bebê, método clínico, psicoterapia.

ABSTRACT

MORAES, Maria Helena Cruz de. (2010). **The clinic of maternity: the psychological meanings of the postpartum depression.** 197 f. Thesis (Ph.D. in Psychology) – Graduate Program in Psychology, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis.

The objective of this study was to understand the psychology in postpartum depression. In order to do this, the risk factors were identified, the main psychological conflicts were diagnosed, and the underlying individual postpartum depression of each participant was interpreted. In addition, the mother-baby relationship which was established as a consequence of the postpartum depression needed to be characterized. To give basis to the object analysis in study, some concepts have been described from leading schools in psychoanalysis which give insight to the subject. The clinical features and psychodynamics of the postpartum clinical profile have been specified and are based on qualitative research that uses a clinical methodology. The data collection was achieved through individual psychotherapy with four participants who presented symptoms of depression and either sought spontaneous treatment or were forwarded by centers where this research was released. The data analysis was conducted through a systematic reading of all sessions of psychotherapy, including dynamic interpretation of the verbal and non-verbal communication of each participant, the suggested interpretations by the psychotherapist or even by the participant herself, through the analysis of the transference and counter-transference in each particular case, in addition to the revised theory. Results showed that despite the fact that the four participants presented symptoms of depression triggered by the postnatal period and risk factors for postpartum depression, only two participants presented symptoms as the theory describes post-partum depression, a sickness related to maternity. The other two showed signs of depression which were related to external adverse circumstances, triggered by the birth of their children. The four subjects presented a regressive emotional state characteristic of postpartum, which allowed the interpretation of the phenomenon stated in literature. The thesis in which postnatal depression is connected throughout the history of women's lives and their parents, mainly their mothers, was confirmed. The assumption that postpartum depression in each woman has personal significance was also confirmed. The relationship with the baby was preserved in two

cases and damaged in the other two where the mothers reacted with rejection and indifference. In conclusion, stress was placed upon many areas including the identification of maternity psychology, in the possible emotional difficulties, on the development of preventative techniques and the forwarding of prenatal and postnatal women to psychological treatment. In order to address these areas, training of the interdisciplinary teams is suggested.

Key words: postpartum depression, maternity, postnatal, mother-baby relationship, clinic approach, psychotherapy.

RESUMÉ

MORAES, Maria Helena Cruz de. (2010). **La clinique de la maternité: les significats psychologiques de la dépression postpartum**. 197 f. Thèse (Doctorat en Psychologie) – Programme de Graduation en Psychologie, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis.

Cette étude a eu comme objectif de comprendre les significations psychologiques de la dépression postpartum. On a essayé d'identifier les facteurs de risques, de diagnostiquer les principaux conflits psychologiques impliqués, d'interpréter la signification individuelle de la dépression postpartum implicite à chacune des participantes, ainsi que de caractériser la relation mère-enfant que s'établit en conséquence de la dépression postpartum. Pour faire l'analyse du sujet en étude, on a détaillé les principales écoles de la psychanalyse qui pourraient tenir compte de la complexité de ce sujet. Le cadre de la dépression postpartum a été décrit dans leurs caractéristiques cliniques et psychodynamiques. Il s'agit d'une recherche qualitative que emploie la méthode clinique. La collecte de données a été effectuée à travers de la psychothérapie individuelle avec quatre femmes qui présentaient des symptômes dépressifs et qui ont cherché le traitement spontanément ou qui été envoyées à l'endroit dont la recherche a été développée. L'analyse des données a été réalisée à travers la lecture systématique de toutes les séances de psychothérapie effectuées avec chaque participante, de la compréhension dynamique des rapports des participantes, des interprétations posées dans les séances par la psychothérapie et / ou par la participante elle-même, l'analyse de transfert et contre-transfert, l'observation de la relation avec l'enfant pendant les séances (en trois cas). Parmi les résultats, nous avons observé que, malgré le fait que les quatre participants présentaient dès symptômes dépressifs et dès facteurs de risque pour la dépression postpartum, seulement deux des participants ont présenté ce que la théorie décrit comme dépression postpartum, une maladie relative à la maternité. Les deux autres ont eu dépression qui découle des circonstances extérieures défavorables, ou déclenchée par la naissance des enfants. Les quatre ont présenté l'état émotionnel régressif caractéristique du postpartum qui a possibilité la compréhension des phénomènes identifiés dans la littérature. La thèse que la dépression postpartum est lié à l'histoire de vie des femmes et de leur relation avec ses parents, principalement avec la mère, a été confirmée. L'hypothèse

que la dépression postpartum était une signification particulière en chaque femme, a été également confirmé. La relation avec l'enfant était préservée en deux cas et défavorable en d'autres deux dont les mères ont démontré du rejet ou l'indifférence. On a conclu qu'il existe un besoin de mieux identifier de la maternité psychique avec les possibles difficultés émotionnelles présentes, ainsi que de développer de techniques de prévention et d'orientation des femmes enceintes et de nouvelles mères au traitement psychothérapeutique. On conseille donc que l'équipe soit mieux formée dans ces aspects.

Mot-Clé: dépression postpartum, maternité, relation mère-enfant, psychothérapie.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	21
2 OBJETIVOS	25
2.1 Geral.....	25
2.2 Específicos.....	25
3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	26
3.1 A Maternidade do Ponto de Vista Psicanalítico.....	28
3.1.1 A teoria freudiana (Escola Vienense de Psicanálise).....	29
3.1.2 A teoria kleiniana (Escola Inglesa de Psicanálise).....	33
3.1.3 Outras contribuições psicanalíticas.....	36
3.1.4 As teorias intersubjetivas.....	37
3.1.5 O ponto de vista transgeracional.....	38
3.1.6 A ambivalência materna.....	41
3.1.7 Os aspectos psicológicos da amamentação.....	45
3.2 Aspectos Psicológicos do Puerpério.....	46
3.3 A Depressão Pós-Parto.....	49
3.3.1 Breve histórico.....	49
3.3.2 Diagnóstico diferencial.....	51
3.3.3 Características da depressão pós-parto.....	52
3.3.4 A psicodinâmica da depressão pós-parto.....	55
3.4 A Relação Mãe-Bebê.....	60
3.4.1 A importância da relação mãe-bebê.....	60
3.4.2 Implicações da depressão pós-parto na relação mãe-bebê.....	65
3.5 A Participação do Pai na Depressão Pós-Parto.....	70
3.6 As Redes Sociais de Apoio.....	76
4 MÉTODO	79
4.1 Procedimento.....	80
4.1.1 Participantes.....	80
4.1.2 Coleta de dados.....	81
4.1.2.1 Entrevista de triagem.....	81
4.1.2.2 Psicoterapia Psicanalítica Breve.....	82
4.1.2.3 Instrumento.....	82
4.1.2.4 Registro.....	86
4.2 Análise de Dados.....	86
4.3 Procedimentos Éticos.....	87

5 RELATO DE CASOS	88
5.1 Postura Clínica Adotada.....	88
5.2 Desenho dos Relatos.....	91
5.3 Júlia, A Imperatriz.....	92
5.3.1 Caracterização.....	93
5.3.2 História familiar.....	93
5.3.3 História do casal.....	95
5.3.4 Relação com o bebê.....	96
5.3.5 A Depressão de Júlia.....	97
5.4 Elsa, A que “Não Deu Certo”.....	110
5.4.1 Caracterização.....	101
5.4.2 História familiar.....	101
5.4.3 História do casal.....	102
5.4.4 Relação com o bebê.....	103
5.4.5 A depressão de Elsa.....	107
5.5 Carla, A Seca.....	111
5.5.1 Características.....	111
5.5.2 História familiar de Carla.....	112
5.5.3 História familiar de Flávio.....	114
5.5.4 História do casal.....	114
5.5.5 Relação com o bebê.....	116
5.5.6 A depressão de Carla.....	118
5.6 Ana, A Pedinte.....	123
5.6.1 Características.....	123
5.6.2 História familiar.....	124
5.6.3 Relação com o bebê e com as outras filhas.....	126
5.6.4 A Depressão de Ana.....	127
6 DISCUSSÃO	131
6.1 Quadro Comparativo entre os Casos.....	131
7 CONSIDERAÇÕES GERAIS	145
8 REFERÊNCIAS	152

9 GLOSSÁRIO	168
10 APÊNDICES	173
A. Cartaz de Divulgação da Pesquisa.....	173
B. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	174
11 ANEXOS	175
A. Parecer Comitê de Ética da UFSC.....	175
B. Certificado do Comitê de Ética nº 173.....	176

1 INTRODUÇÃO

A experiência em clínica psicoterapêutica complementada por constantes estudos em psicopatologia remeteu-me à curiosidade e ao interesse em aprofundar o conhecimento de temas relativos à maternidade como um fenômeno psíquico, considerado em psicologia e psicanálise, a matriz formadora do psiquismo humano.

Muito se pesquisa e se fala sobre a importância da relação mãe-bebê, das consequências benéficas e prejudiciais da qualidade deste vínculo. Juízos de valor e expectativas são colocados nesta relação, mas pouco se sabe sobre o que se passa exatamente no mundo interno de uma mulher que se torna mãe.

Parto da concepção de que nenhuma mulher nasce mãe, ela se torna mãe. E apesar das evidentes idealizações no imaginário coletivo, para algumas delas, a chegada do bebê significa uma carga superior àquela que imaginavam suportar. Na ocasião do nascimento de um filho, a maioria das mulheres experimenta sentimentos contraditórios e inconciliáveis com a imagem idealizada e romanceada de mãe acolhedora, tranquila, compreensiva, capaz de enormes sacrifícios (Azevedo & Arrais, 2006).

Nesses casos o peso se sobrepõe à gratificação, e algumas mulheres desenvolvem quadros de estresse e depressão diante das alterações interpessoais e intrapsíquicas que se estabelecem quando se tornam mães. Diante da crise de identidade instaurada pela maternidade, do novo papel social e da responsabilidade pelos cuidados do bebê, a mulher pode apresentar sintomas, que caracterizam a chamada Depressão Pós-Parto (DPP), a ser detalhada na fundamentação teórica.

A maioria das pesquisas, a serem citadas no decorrer deste trabalho, descrevem os sintomas desse quadro, constatarem comportamentos da mãe em relação ao bebê e apontam consequências nefastas no desenvolvimento bio-psico-social das crianças a curto, médio e longo prazo. Em longo prazo, por exemplo, Toth e Peltz (2009) destacam que as vivências desse período podem influir na forma como as crianças vão lidar com as situações no decorrer de suas vidas e que a depressão materna pode, ainda, ser uma das causas de divórcios, influenciarem no papel parental e acarretarem a perpetuação desse ciclo patológico em gerações futuras.

Apesar de poder ser diagnosticada e tratada adequadamente no âmbito da atenção primária à saúde, apenas 25% das puérperas

acometidas de depressão pós-parto têm acesso a tratamentos, e somente 50% dos casos são diagnosticados na clínica diária (Ruschi et al. 2007). O sofrimento psíquico que acomete as mulheres no pós-parto, passa despercebido.

Segundo pesquisa realizada por Cabral e Oliveira (2008) no âmbito dos serviços de saúde dirigidos a mulheres, esse tema não se mostrou prioridade nas consultas puerperais. As razões para esse fato são encontradas na invisibilidade dessa problemática pelos integrantes das equipes de assistência, os quais demonstram, segundo a referida pesquisa, poucas informações sobre a temática, que subsidiem a identificação precoce de situações de sofrimento psíquico no puerpério.

Os profissionais participantes da pesquisa expressam uma noção generalizada, amplamente difundida no senso comum, de que a DPP se caracteriza por um quadro único, atrelado ao risco de suicídio, à rejeição do bebê e ao infanticídio, sintomas nem sempre presentes nesses quadros. Essa visão pode ter implicações no processo de vulnerabilização das puérperas levando à desqualificação e banalização da DPP como mais um caso típico de cansaço ou tristeza puerperal, decorrente das exigências no cuidado com o bebê e/ou das precárias condições de vida da maioria das mulheres da população brasileira.

Cabral e Oliveira (2008) salientam, ainda, que a maioria dos estudos está embasada numa perspectiva essencialmente biologicista que desconsidera a inter-relação de outros fatores que se agregam em um determinado contexto social, histórico e relacional, que podem levar a processos de não-saúde, produzindo ou potencializando suscetibilidades do ponto de vista da saúde física e mental.

Segundo Cury e Volich (2010), os fatores bioquímicos hormonais podem ter alguma participação, mas não podem ser responsabilizados isoladamente pela depressão pós-parto. A esse cenário devem ser somados e considerados fatores de risco como dificuldades pessoais e familiares. Em sua prática diária, obstetras se deparam com mulheres que sofrem por se sentirem incapazes como mães, apresentando sintomas psicossomáticos, como infecções ou dificuldades no aleitamento, por exemplo. E mesmo em casos onde há a identificação do sofrimento psíquico pelo profissional de saúde, o desconhecimento de como lidar com o fato, faz com que ele seja negado (Videla, 1993).

Delassus (2002) colabora com outros aspectos para essa questão apontando o desconhecimento da maternidade psicológica, evidenciando que essa não tem uma identidade reconhecida, sendo notada apenas em situações patológicas evidentes e de forma fragmentada: ligada à reprodução, a problemas psiquiátricos ou a distúrbios morais (em casos

de maltrato e infanticídio), o que pode colocar a mulher e a criança em perigo. A (in)compreensão e o (não) encaminhamento das dificuldades maternas, sob o júdice da sociedade, podem cobrar das mulheres uma possibilidade que, momentaneamente, elas não têm, agravando suas dificuldades, enlouquecendo-as, portanto, “psiquiatrizando-as”.

Outra forma de não ver a maternidade psíquica é centralizar a atenção somente sobre a saúde do bebê, evitando, sutilmente, a evidência de que uma mãe que apresenta dificuldades maternas coloca seu filho numa situação de sofrimento. “Os bebês são como uma esponja dos sentimentos da mãe (...); o bebê se torna, portanto, o sintoma dos problemas maternos” (Delassus, 2002, p.16). Pediatras lidam com bebês com distúrbios de sono; problemas alimentares, como o refluxo; problemas respiratórios, como a bronquiolite; problemas no desenvolvimento psicomotor e outras manifestações psicossomáticas resultantes dessa relação primordial que não se desenvolve, conforme as expectativas familiares e sociais, de forma natural e espontânea.

Por outro lado, as dificuldades apresentadas pela criança podem agravar a auto-imagem e auto-estima da mulher como mãe, diante de um “imperativo moral maternal” que requer uma maternidade perfeita e que a faz sentir-se “desnaturada” se demonstra sua dor, evidenciando o que Delassus (2002) denomina de o atual paradigma de valorização dos processos psicológicos de normalização.

Ainda, Cury e Volich (2010) destacam que a evolução e a disseminação do conhecimento da psicofarmacologia prometem o fim do sofrimento psíquico, através da suspensão dos sintomas mais dolorosos. Às vezes, para que a mulher não se desorganize como consequência de grandes intensidades de angústia e depressão, o tratamento medicamentoso pode se fazer necessário. Os referidos autores alertam, porém sobre a necessidade da discriminação sobre a pertinência e o momento adequado para recorrer à medicação. Nesse sentido, Roudinesco (2000) aponta para o risco do uso exclusivo ou abusivo dos medicamentos, já que isso pode estimular o silêncio e a evitação da linguagem, reforçando a ideia de que falar sobre isso é fonte de angústia e vergonha.

Diante de todas essas questões verificadas na prática assistencial e na minha experiência clínica de atendimento psicológico a gestantes e puérperas, defini, como problema desta tese, a demonstração de que a maternidade, mais precisamente a depressão pós-parto, tem uma realidade psicológica, na maior parte das vezes invisível, desconhecida, banalizada ou silenciada que vai além de um quadro psiquiátrico.

O objetivo nesta pesquisa, portanto, é a busca dos significados psicológicos da maternidade, dando voz e visibilidade ao sofrimento materno. Procurei compreender por que, para algumas mulheres, tornar-se mãe se mostra uma tarefa difícil, um “pesadelo”, passando mesmo a vivenciarem uma crise na qual se desesperam e se culpam. Neste trabalho, em concordância com Bridon (2003), parto do pressuposto que, apesar de a mulher ter se construído em torno do ser mãe, como algo supostamente natural e instintivo ao longo da história, a função materna se refere a uma posição inconsciente¹, um fenômeno psíquico que vai além da vontade e do querer, que são aspectos característicos da consciência.

Sendo assim, em conformidade com as idéias de Arrais (2005), outro pressuposto se impõe: o de que a vivência da maternidade em cada mulher é única e tem ligação direta com sua história, apesar de, algumas vezes, as manifestações sintomáticas serem semelhantes.

Para tal, recorri à teoria psicanalítica para descrição dos conflitos psíquicos ligados no desenvolvimento da feminilidade e da maternidade, bem como na depressão pós-parto. Para ilustração e discussão das teorias e pressupostos citados, foram utilizados os relatos e a análise de quatro casos de mulheres deprimidas, atendidos por mim em psicoterapia e algumas outras vinhetas clínicas.

Como considerações finais, destaco a importância das redes sociais de apoio familiar e assistencial, incluindo a necessidade de treinamentos específicos das equipes de saúde na identificação, prevenção e tratamento da DPP; bem como, sugiro algumas modalidades possíveis no tratamento da Depressão Pós-Parto.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Compreender os significados psicológicos da Depressão Pós-Parto.

2.2 Específicos

a) Descrever aspectos sociodemográficos das participantes: idade, estado civil, escolaridade, situação socioeconômica, situação familiar, sexo do bebê, condições da gravidez, vivência do parto.

b) Identificar fatores de risco para a depressão pós-parto.

c) Diagnosticar principais conflitos psicológicos apresentados pelas participantes da pesquisa.

d) Caracterizar os significados psicológicos da depressão pós-parto.

e) Caracterizar as principais implicações no relacionamento mãe deprimida-bebê.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A literatura consultada para fundamentar uma tese revela quem a escreve. Nesse sentido, comungo com Marion Minerbo (2004) quando afirma: “A postura teórica diante do objeto já é uma maneira de olhar para ele, já é parte do processo, do caminho que leva ao conhecimento” (p.31).

Desde o início de minha formação como psicoterapeuta, me identifiquei com os conceitos psicanalíticos. Porém, gostaria de ressaltar que, na revisão da literatura realizada para a consecução deste trabalho através de artigos, dissertações, teses e teorias, os quais pudessem contribuir, não tive uma preocupação de “fidelidade teórica” com uma só corrente do pensamento psicanalítico, ou seja, evitei a utilização do “leito de Procusto”, tentando não “enquadrar” a vivência das mulheres participantes desse estudo dentro de determinadas abordagens teóricas, como fazia o citado sanguinário grego que adaptava suas vítimas ao tamanho de seu catre, estirando-as ou decepando as partes que sobravam.

Assim, agi também em concordância com Eizirik (2010) quando afirma: “na medida em que se encontre excessivamente comprometido com uma teoria, uma escola, uma instituição, uma posição de suposto saber, o risco que se corre (...) é de buscar uma certa verdade que siga por estas linhas...” (p.16). Da mesma forma, procurei evitar a confusão teórica, buscando teorias e evoluções que tenham coerência e se interliguem numa espiral enriquecedora de compreensão, levando em conta a complexidade do tema estudado.

Para a compreensão da Depressão Pós-Parto foram revisitadas teorias da psicanálise clássica (Freud, Melanie Klein, Bion, Winnicott e pesquisadores contemporâneos) e alguns autores franceses como Rosfelter, Bydlowsky, Delassus, Roudinesco, Lebovici, entre outros. Minha postura teórica busca enfatizar as primeiras relações significativas e a vivência real das pacientes, numa compreensão de como objetos internos e externos contribuíram na construção de suas personalidades, conflitos, ansiedades e principais mecanismos de defesa e na forma como elas significam a sua vivência de maternidade. A fundamentação teórica é, necessariamente, seletiva: não se propõe a ser exaustiva e busca embasar as ideias principais e relacionadas ao tema da tese.

O que pôde ser observado durante a pesquisa bibliográfica é que os autores clássicos do início do século XX buscam um enfoque compreensivo da feminilidade e maternidade, enfocando a relevância das primeiras relações instigadas pelas contundentes ideias lançadas por Freud.

Depois, predominam pesquisas empíricas que demonstram, comportamental e cientificamente, as relações pais-bebê, seguindo uma tendência positivista para conferir à psicologia um caráter de maior valor científico, com a utilização ampliada de testes, questionários e aplicação de diversos métodos de observação. Nesse sentido, o que é possível observar é o foco de interesse e de preocupação, voltado quase exclusivamente, para o desenvolvimento da criança.

Atualmente, persistem as pesquisas desse tipo e outras. Dentre elas, foram encontrados estudos descritivos sobre as principais características da DDP, as consequências na interação com o bebê (Spitz, 2004; Evans, Cruz, Simões & Faisal, 2005; Frizzo & Piccinini, 2005; Silva Moraes, Pinheiro, Silva, Horta, Sousa & Duarte, 2006; McMahan, Barnett, Kowalenko & Tennant, 2006) e a qualidade de vida nas mulheres com depressão pós-parto em função da diminuição de capacidades de efetivar atividades simples da vida diária, principalmente entre as mães mais pobres (Rojas et al., 2006).

Desde 1960, aproximadamente, surgem novas investigações baseadas na teoria psicanalítica clássica, em novas técnicas de tratamento como a Psicoterapia Pais-Bebê (Cramer & Palacio-Espasa, 1993; Klaus & Klennel, 1993; Klaus, Kennel & Klaus, 2000 e Melgaço, 2006), bem como o atendimento de gestantes, parturientes e puérperas a partir da atenção primária, secundária e terciária, na atenção à saúde (Szejer, 1999; Videla, 1993; Maldonado, 2005).

Também contribuíram para isso, novos métodos de pesquisa, tais como o Método de Observação da Relação Mãe-Bebê Esther Bick, que, inicialmente, complementava a formação de psicanalistas que trabalhavam com crianças e, posteriormente, encontrou várias aplicações clínicas, como pesquisas longitudinais da relação mãe-bebê a partir do ultrassom, em creches, em enfermarias pediátricas, na prática psicoterápica etc. (Caron, 2000).

A busca de literatura que contemplasse o enfoque compreensivo da DPP, compatível com o olhar e a escuta clínica² psicanalíticos, levou à “descoberta” de identificações e afinidades com a literatura francesa. A França é um dos países onde mais se estuda a maternidade de um ponto de vista psicológico, tomando em conta a história pessoal e o

inconsciente maternos. Os pesquisadores franceses apontam diretrizes teóricas e metodológicas que iluminam o caminho dos psicoterapeutas envolvidos na tentativa de entendimento e minimização do sofrimento materno.

Os princípios norteadores da exposição teórica que será apresentada adiante apontam que a depressão pós-parto se inclui no que Delassus (2002) denominou “doenças da maternidade” e que “psicopatologia” se define como o entendimento do sofrimento humano, de suas paixões (Roudinesco, 2000), e não como descrição e classificação pura e simples dos fenômenos psíquicos.

3.1 A Maternidade do Ponto de Vista Psicanalítico

“A maternidade é um caminho para dentro”.

Laura Gutman

Este capítulo propõe uma discussão sobre a questão intrapsíquica da maternidade. Sem negar as influências históricas, culturais e sociais da maternidade, que fazem parte do contexto onde se desenrolam todas as situações que caracterizam o ser humano, o objetivo é abordar a maternidade como um fenômeno psíquico.

Assim, em concordância com os estudos de Bridon (2003), parto, como afirmado anteriormente, da ideia de que a função materna se refere a uma posição inconsciente, fruto da história individual de cada mulher e que condensa aspectos desenvolvimentais e conflituosas psicológicas, que podem divergir da vontade e de desejo conscientes. A intenção, neste trabalho, é compreender melhor a maternidade e não patologizá-la.

Segundo Bydlowski (2000), a tendência a compreender a problemática das mães como patológica se deve à intensidade do ressurgimento de certas fantasias regressivas e do afluxo de memórias infantis expressas sob um modo quase nostálgico. A esse estado emocional, que se caracteriza pelo relaxamento das forças defensivas que garantem a repressão e pela afluência espontânea dos conteúdos até então pré-conscientes ou inconscientes, a referida autora chama de “transparência psíquica”.

É através desse mecanismo intra-subjetivo que se torna possível uma reorganização psíquica para a concretização da maternidade; trata-se de um retorno ao passado como um terreno preparatório para a maternidade atual, mas que necessita ser elaborado e, posteriormente, esquecido. A esse estado emocional da transparência psíquica, outros

autores têm dado denominações diversas como a preocupação materna primária (Winnicott, 1988), *revêrie* (Bion, 1962), *la folie maternelle ordinaire* (a loucura materna comum) (André et al., 2006), geralmente relacionados à interação com o bebê.

Contudo, o que é possível observar através do fenômeno da transparência psíquica? A resposta não é única e se constitui um desafio clínico. Conforme antes já salientado, devido ao estado aumentado de sensibilidade que a mãe vive durante a gravidez e os primeiros anos de vida do bebê, a evocação da própria infância e das relações com a própria mãe provoca uma regressão³ psíquica que a conduz a uma possibilidade complexa de identificações: da mãe com o bebê, do bebê com o bebê que ela própria foi, da mãe com sua própria mãe ou do bebê com a mãe da mãe, dentre outras variações onde entram irmãos, avós e etc.

Respeitando o caráter eminentemente individual da vivência de cada mulher, faz-se necessária, como segue, uma revisão das contribuições teóricas relativas à trajetória psíquica da mulher como filha e como mãe, desde seu nascimento.

3.1.1 A teoria freudiana (*Escola Vienense de Psicanálise*)

Freud, educado e criado numa sociedade patriarcal, na qual a supremacia do sexo masculino era inquestionável, estudou primeiro e, principalmente, o desenvolvimento da sexualidade infantil no menino, o sexo “standard” para ele, caracterizando o chamado falocentrismo atribuído a sua teoria. Ele conferiu à menina o mesmo desenvolvimento da sexualidade, lançando o conceito de bissexualidade psíquica, ou seja, meninos e meninas apresentam simultaneamente atributos masculinos e femininos. Para Freud, meninos e meninas passam por manifestações sexuais semelhantes em sucessão temporal, seguindo determinada ordem, iniciando-se imediatamente após o nascimento (Langer, 1981).

A primeira fase, chamada oral, tem como objeto o seio materno, ou seu substituto, a mamadeira. Divide-se em dois momentos caracterizados por prazeres diferentes. Inicialmente pelo prazer da sucção e depois pelo prazer canibal de morder e mastigar. O segundo traz em si um conflito de ambivalência. Como o bebê trata a mãe ou outras pessoas ligadas a ela como fonte de satisfação, tal qual um alimento, deseja comê-las e destruí-las, quando o frustram ou, ainda, introjeta o objeto amado de forma “canibalística”, o que denota um precoce conflito de ambivalência entre amor e ódio.

Langer (1981) salienta a importância do conhecimento desses aspectos teóricos para poder identificar que, caso a mãe tenha fortes traços orais em sua personalidade, pode apresentar problemas na amamentação e vinculação com seu filho, por dificuldades relacionadas à voracidade ou dependência do bebê, características dessa etapa.

A fase subsequente é a anal, por volta dos três anos de idade, quando a criança vive o ato de excreção como um prazer. Subdivide-se também em duas etapas. Na primeira, predomina o prazer da expulsão e o excremento expulso é equiparado, inconscientemente, a um objeto querido e, ao mesmo tempo, hostilizado. A segunda etapa se caracteriza pela retenção. Surge novamente uma situação ambivalente frente ao objeto, uma vez que a criança quer retê-lo por estimá-lo e sobre ele exercer controle, e expulsá-lo com intenções destrutivas, por odiá-lo e temê-lo ao mesmo tempo.

Segundo Langer (1981) aqui podem estar algumas causas dos abortos espontâneos ou da retenção do parto, em que o bebê é significado, inconscientemente, como um conteúdo intestinal hostilizado ou muito precioso, respectivamente.

Passadas as fases oral e anal, meninos e meninas chegam à fase fálica em que o órgão genital masculino, o pênis, assume o papel principal e “o genital feminino permanece irrevelado” (Freud, 1924, p. 218). Em função disso, iniciam-se as variações no desenvolvimento psíquico feminino e masculino pelas diferentes formas de vivenciar o chamado Complexo de Édipo.

Inspirando-se na história grega de Édipo Rei, Freud denominou de Complexo de Édipo o conjunto de investimentos amorosos e hostis vivenciados pela criança em relação aos pais. Em sua forma positiva consiste no desejo sexual pelo genitor do sexo oposto, bem como na rivalidade e no desejo de desaparecimento do genitor do mesmo sexo. Na forma negativa acontece o contrário. Pelas características de dependência afetiva de ambos os pais, é mais frequente a presença das duas formas, com a predominância de uma delas.

Em resumidas e simples palavras, o menino, “apaixonado” pela mãe, procura seduzi-la, mas quando reconhece a diferença dos sexos, passa a temer a castração⁴ verificada no corpo feminino. O amor e o temor ao pai rival levam o menino a com ele se identificar, introjetando sua autoridade e as normas de proibição do incesto, da diferença de sexos e gerações, formando o superego (Zimerman, 2001).

Embora tenha admitido que seus estudos sobre a feminilidade fossem “incompletos e fragmentários” (1933, p. 165), Freud identificou semelhanças e diferenças na experiência da situação edípica na menina.

A menina também tem a mãe como seu primeiro objeto de amor, mas, quando percebe a diferença dos sexos, fica com ela enraivecida. Para Freud (1924), até os três ou quatro anos, o clitóris da menina comporta-se como um pênis, e quando ela percebe a diferença em relação aos meninos, sente-se injustiçada, inferiorizada e propensa a ter mais ciúmes do que o menino.

Primeiro, a menina cria a teoria de que já possuiu um órgão igualmente grande e que o perdeu pela castração – “complexo de masculinidade”, dando origem à fantasia da “mulher fálica”. E essa é a diferença essencial na vivência da situação edípica dos dois sexos: a menina aceita a castração como um fato consumado, enquanto o menino teme ser castrado ainda. Ou seja, o menino encerra o Complexo de Édipo devido ao complexo de castração, enquanto a menina inaugura sua situação edípica com o mesmo complexo, pois, devido à inveja do pênis, ela se volta para o pai na esperança de receber dele o pênis que lhe falta (Freud, 1924).

Freud, em 1933, aponta, então, três tarefas femininas na situação edipiana: primeiro, mudar de zona erógena, do clitóris para a vagina; segundo, trocar de objeto de amor – substituir a mãe pelo pai; e terceiro, transformar seus fins sexuais ativos em passivos.

A menina recrimina sua mãe quando se dá conta da falta do pênis em ambas, mas se identifica com a mulher que é amada pelo pai, construindo, a partir daí, seu “feminino primário”. Ao ter que postergar os projetos do seu próprio feminino – casar com o pai quando for grande ou a mãe morrer, segundo Guinard (2001), ela vai desenvolver simultaneamente as identificações primárias com o materno da mãe, expressas nas brincadeiras de bonecas ou em cuidados com irmãos. Para a citada autora, “os processos identificatórios do ‘materno primário’ contêm o germe da alteridade e da diferença de gerações, ao passo que os processos identificatórios do ‘feminino primário’ contêm a descoberta inicial da diferença dos sexos” (Guinard, 2001, p.230).

Voltando à situação edípica feminina, devido à equação simbólica inconsciente pênis-bebê, a menina substitui o desejo de um pênis pelo desejo de um filho, como compensação (Freud, 1924). A hostilidade inicial pela mãe, por não lhe ter dado um pênis, agora se intensifica, tornando-a sua rival, pois a mãe recebe do pai tudo o que ela deseja.

Para Freud (1933), enquanto os meninos, com medo de perder o pênis, reprimem e destroem o Complexo de Édipo, tendo instalado como seu herdeiro um severo superego, as meninas, forçadas a

abandonar a ligação com sua mãe pela inveja do pênis, entram na situação edipiana como refúgio, permanecem nele por tempo indeterminado e destroem-no tardiamente e de forma incompleta. Como não temem a castração, Freud (1925) sugere que as meninas desenvolvem superego mais frágil, menos severo, menos ético e dependente de suas origens emocionais. A menina pode, lentamente, abandonar o complexo de Édipo ou seus efeitos podem persistir na vida normal das mulheres.

Para Rosfelter (1994), “tanto para as meninas como para os meninos, na primeira infância a identificação acontece entre ter e ser: ter (os atributos femininos da mãe e os atributos masculinos do pai) e ser (no lugar da mãe e como ela, no lugar do pai e como ele)” (p.158). Essa autora resume, assim, as transformações sucessivas da menina entre o ter e o ser, na sua identificação com a feminilidade e maternidade da própria mãe: o desejo de “ter” passa de algo do pai (pênis) como a mãe tem, para ter um homem como a mãe tem um e, depois para ter algo deste homem como a mãe teve deste homem que é o pai (filho). O desejo de “ser” uma mulher-mãe como a mãe passa ao de ser a mulher do pai como a mãe, depois para ser uma mulher como a mãe é a mulher do pai e, finalmente, para ser uma mulher que se converte em mãe como a mãe se converteu ao ser a mulher do pai.

Para preservar o amor dos pais, é esperado que a menina renuncie à satisfação de seus desejos e aceite seu lugar de criança, aceitando a interdição do incesto, os limites que a cultura lhe impõe e aguardando a vida adulta para ter o seu par e ser mãe. Segundo Freud (1933), espera-se que, no curso normal do desenvolvimento, a menina passe do objeto paterno para sua escolha objetual definitiva. Entretanto, o percurso da menina para alcançar a sexualidade adulta não é simples nem linear. Esses desejos de possuir um pênis e receber um filho, inicialmente do pai em suas fantasias edípicas, permanecerão no inconsciente da mulher e atuarão, posteriormente, quando do nascimento dos filhos.

Exemplo 1: Elisa sofreu abuso sexual por parte do pai por vários anos até sua adolescência; procurou terapia por dificuldades conjugais (por não querer estar “nas mãos” do marido) e de ter filhos; sofreu um aborto espontâneo, tinha certeza de ser menina. Após interromper a psicoterapia teve um filho homem, “o maior presente que podia receber”, com conseqüente separação do marido e dedicação exclusiva ao filho. Repetição da relação incestuosa como conseqüência de sua vivência? Essa é uma possibilidade de compreensão.

Assim, pode-se afirmar que a situação da maternidade, desde a gravidez, suscita revivências e fantasmáticas específicas. Manifestações da sexualidade infantil feminina em qualquer de seus estágios (orais, anais e fálico-genitais) podem surgir quando ela engravida ou tem um filho. Em casos de repressão severa, devido à internalização de um superego punitivo, associada à ideia do bebê fruto da fantasia edípica, por exemplo, há, entre outras, a possibilidade de que a mulher faça dissociação entre a maternidade e a sexualidade feminina, na qual algumas mulheres “optam”, inconscientemente, por uma ou por outra, não conseguindo integrá-las, principalmente após o nascimento do filho (Langer, 1981).

Em *Sobre o Narcisismo: uma introdução* (1914), Freud atribuiu ao amor dos pais em relação aos filhos uma outra característica, a narcisista. Segundo ele, o narcisismo primário⁵ dos pais é revivido e reproduzido em seu amor ao filho. A menina se identifica com uma imagem idealizada dela mesma, de um tempo no qual teria sido objeto de amor total e incondicional de sua mãe. É a ideia de paraíso perdido, “prazer do ego purificado” (Freud, 1925) e do desejo de reencontrar esse estado de prazer como origem do desejo de ter um bebê.

Esse fenômeno é considerado por autores como Lebovici & Solis-Ponton (2004) de seu ponto de vista transgeracional, o berço das futuras capacidades maternas da menina e da mulher que se tornará mãe. Assim, a mãe vai sentir o desejo de amar e cuidar de sua criança como ela teria desejado ser amada. Seu narcisismo é gratificado pela presença do filho, mais ainda se ela é amada e acompanhada pelo pai da criança e pelo grupo familiar.

3.1.2 A teoria kleiniana (*Escola Inglesa de Psicanálise*)

Baseada em seus estudos e atendimentos de crianças muito pequenas e na análise de adultos psicóticos, Melanie Klein criou uma teoria do psiquismo humano que difere, em alguns pontos, da teoria freudiana. Em sua teoria, Freud deu ênfase à sexualidade infantil e aos impulsos libidinosos na construção do psiquismo infantil. Melanie Klein, por sua vez, enfatizou os aspectos agressivos presentes na personalidade da criança desde os primórdios de sua infância e por isso foi criticada por “adultificar” a criança.

Zimmermann, no prefácio do livro de Klein e Rivére (1975), destaca as contribuições da teoria kleiniana para a psicanálise, dentre as quais as principais são:

- a “descoberta” das formas primitivas do Complexo de Édipo já no primeiro ano de vida; do superego arcaico; da importância da divisão (*splitting*) do ego e dos objetos; dos mecanismos projetivos e introjetivos na construção do mundo interno da criança, caracterizando a posição esquizo-paranoide⁶.
- o ponto crucial no desenvolvimento constituído pela posição depressiva⁷ ligada à descoberta, pela criança, de ser sua mãe uma só pessoa, separada dela e não uma “boa” e uma “má”, como a percebe na posição esquizo-paranoide.
- a descoberta da primitiva inveja oral e suas influências nos primeiros estágios do desenvolvimento.

Para Melanie Klein (1974), o primeiro objeto a ser invejado é o seio que amamenta, pois ele contém tudo o que a criança deseja, um fluxo ilimitado de leite e amor. Depois, a inveja passa à recepção do pênis paterno pela mãe, aos bebês dentro dela, à capacidade de dar a luz a eles e amamentá-los. Essa inveja, quando muito intensa, poderá levar a menina a uma identificação defensiva com o pai, passando a querer um pênis, ou a impedir a menina de uma identificação precoce com a mãe, levando-a a significar o interior do próprio corpo, o ventre, como objeto de angústia ou ameaça de destruição por temor à retaliação materna, seguindo a lei bíblica de Talião (olho por olho) típica do inconsciente.

Segundo a escola inglesa, a menina adota, desde o princípio, uma atitude feminina, receptiva diante do pai, percebe a vagina e quer albergar o pênis paterno. Para Klein (1974), a inveja da menina não é de um pênis, mas da capacidade procriativa da mãe. Klein (1974) estudou a relação fantasiosa da menina com o corpo da mãe e sua importância para a relação que ela irá estabelecer com seus bebês imaginários e, mais tarde, com seus bebês reais. A autora faz distinção entre a repetição na atitude da mãe de suas primeiras relações objetais, ressaltando a dissociação entre objetos parciais bons e maus e o papel da inveja que a criança tem em relação ao corpo materno.

A teoria kleiniana atribui angústias intensas à menina por não poder comprovar a integridade de seus genitais e ao ver a conquista da maternidade como algo distante. Em contraposição a Freud, Klein (1974) afirma que as tendências receptivas femininas levam-na a uma maior introjeção de seus pais, isto é, a um superego mais intenso que o do menino. A maior dependência do seu superego e o temor de haver ferido o interior do corpo materno e de haver sido castigada da mesma forma, impulsiona a mulher a ter filhos e alimentá-los, seja em realidade ou em forma de sublimações⁸.

Quando a possibilidade de retaliação se concretiza na realidade ou em fantasia, a angústia e a culpa persecutórias em relação à figura materna internalizada dificultam a vivência da maternidade com gratificação e prazer. Durante o puerpério, as angústias persecutórias relacionadas à presença, no mundo interno da mulher, de uma figura materna hostil e vingativa, fruto das projeções dos aspectos destrutivos da menina, influenciam as experiências emocionais da puérpera, provocando ansiedades em diferentes graus. Por vezes, essa angústia persecutória está relacionada a um sentimento de culpa persecutória provinda de uma figura materna interna acusatória “que ataca a capacidade materna da mulher e nega-lhe a permissão para ser mãe e sentir-se feliz pela conquista” (Felice, 2000).

Exemplo 2: Sônia estava grávida e ansiosa; procura terapia com fortes fantasias paranoides, com medo do parto, medo de ter um filho deformado ou deficiente; medo inconsciente da repetição da história da mãe que teve um bebê quando ela tinha apenas onze meses e que nasceu deficiente por problemas no parto. Temia ser castigada por seus intensos sentimentos de ciúmes e hostilidade em relação à mãe e à irmã. Acabou tendo parto cesáreo, com a “aprovação” da terapeuta e uma segunda filha, um ano depois, para confirmação de que a história não se repetiria.

Por outro lado, a gratificação de ter um bebê ameniza, segundo Klein e Riviere (1975), a dor da frustração experimentada na infância, quando desejava um bebê de seu pai e não podia tê-lo, tornando-a menos agressiva e intensificando sua capacidade de amar o filho. Todas as inclinações amorosas e construtivas da mãe encontram um objetivo no desamparo da criança e na sua capacidade de se colocar no lugar dela. A atitude maternal se associa também a sentimentos de culpa inconsciente e ao impulso da reparação.

A possibilidade de estimular o desenvolvimento da criança há de proporcionar-lhe então plena satisfação- satisfação essa ainda intensificada por fantasias de fazer pela criança o que sua própria mãe fez por ela, ou o que gostaria que a mãe fizesse. Ao atingir esse objetivo, ela retribui o que deve à mãe e repara os danos feitos, em fantasia, aos filhos de sua mãe, o que também vem reduzir os seus sentimentos de culpa (Klein & Riviere, 1975, p. 110).

3.1.3 Outras contribuições psicanalíticas

Depois de Freud e Melanie Klein, outros psicanalistas, na sua maioria mulheres feministas ou não, passaram a estudar, pesquisar e teorizar sobre a feminilidade e maternidade. Dentre elas, Karen Horney (1933) concorda que a menina tem inveja do pênis, mas acrescenta que ela já conhece sua vagina desde a infância precoce, sendo angustiada pela impossibilidade da comprovação da não castração e dos danos causados a ela, já que seus órgãos são internos.

Para Helen Deutch (1947), existe um “trauma genital” na menina, cujo conflito básico provém de sua carência definitiva de um órgão sexual ativo e da falta temporária ou subjetiva do órgão receptivo-passivo, a vagina, desconhecida até a puberdade, na qual centralizará toda a sua sexualidade adulta. A autora também aborda a importância primordial sobre a relação precoce mãe-filha, que torna compreensíveis numerosas manifestações de transtornos psicossomáticos na vida procriativa da mulher.

Bernardino e Rohenkhol (2002), sintetizando o pensamento de psicanalistas francesas contemporâneas, questionam alguns postulados freudianos sobre a maternidade. Dentre eles, a noção de castração, sugerindo que o desejo de maternidade pode ser motivado por questões anteriores à inveja do pênis.

As referidas autoras criticam a noção freudiana de que as mulheres não sofrem pela ameaça da castração, pois isso mostra que Freud se referia ao fantasma da amputação do pênis e não no sentido estrito como elas entendem, ou seja, que “a castração é definida como a operação em que macho e fêmea são privados da capacidade de procriar” (Bernardino & Rohenkhol, 2002, p.42).

As autoras afirmam também que a angústia da castração pode ser considerada como uma ameaça à feminilidade, tomando diversas formas: sentimento de incapacidade de ser sedutora, impossibilidade de engravidar biologicamente ou simbolicamente, inibição ao orgasmo, infertilidade psíquica ou perda das capacidades procriadoras na menopausa.

Bernardino e Rohenkhol (2002) reforçam, ainda, a valorização e atribuição fálica dada ao órgão sexual pelos meninos como saída narcísica e forma de proteção contra o desamparo e a impotência. Já a menina verá no desejo de procriar, de ter um filho na barriga, da maternidade, enfim, a possibilidade de superação da impotência e da condição de desamparo.

Monique Bydlowski (2000) alerta para o fato de que a força do laço imaginário à mãe pré-edípica, ingrediente indispensável à filiação feminina, tem sido frequentemente negligenciada pela psicanálise e salienta que entende ser o desejo da maternidade anterior à inveja do pênis. A questão da fusão/diferenciação entre mãe e filha permanece no inconsciente feminino como forte laço primordial, precisando a menina se identificar com a mãe para não perdê-la, exatamente como no processo de luto explicitado por Freud (1917).

Até mesmo na relação entre pai e filha muitas das características da relação inicial com a mãe se repetem, pois é essa que fundamenta a base das futuras relações de objeto da menina. O risco desse retorno do laço inicial com a mãe permanece como uma sombra no psiquismo feminino infantil, que sobrevive na mulher que terá de lidar sempre com um estado enlutado; é como se o recalçamento não fosse suficiente para conter eficazmente a força desse laço. Isso ocorre porque a ligação com a mãe traz a marca do luto, que deixa sempre aberto o risco de um retorno (Freud, 1924).

Além disso, para Bydlowski (2005), existe uma dívida de vida inconsciente, que liga as pessoas a seus pais, e o dever de gratidão dessa dívida de existência é a motivação maior do desejo de transmitir a vida. Já Langer (1981) e Soifer (1984) defendem a busca de imortalidade pelo desejo de ser mãe, bem como o desejo inconsciente de reencontrar pedaços de si mesma, perdidos em sua trajetória. Antes de toda realização, o filho é imaginário é a criança a quem se supõe tudo completar, tudo reparar, tudo preencher: lutos, solidão, destino, sentimentos de perda.

3.1.4 As teorias intersubjetivas

Até aqui foram descritas as teorias que têm um enfoque predominantemente intrapsíquico, ou seja, estudos de estruturas, processos e construções relacionadas à constituição subjetiva individual. Nesses estudos, a figura materna externa apenas intensifica ou modifica os sentimentos provenientes dos impulsos amorosos ou agressivos da criança. A mãe internalizada é produto da projeção desses impulsos.

A partir de *Psicologia dos Grupos e Análise do Ego* (1921), Freud, em sua capacidade de revisão e modificação de sua teoria, passa a destacar a intersubjetividade na constituição psíquica, já que o indivíduo está sempre envolvido com um modelo, um oponente, um auxiliar desde o princípio das relações mais primitivas. Sendo assim, a

psicologia individual passa a ser também uma psicologia social.

Para Kauffmann (1999), pode-se supor, considerando a díade mãe-bebê, que existem três mães: a mãe como ela é; a mãe imaginada, que se constrói somente a partir do bebê, sobre a qual pouco se pode conhecer; e a mãe que o bebê percebe. Essa última é a mãe intersubjetiva, aquela que se origina do encontro real, no qual a mãe passa informações a respeito de si mesma, ou seja, de sua subjetividade.

Winnicott e Bion foram os principais autores que trouxeram a dimensão intersubjetiva do nascimento psíquico, valorizando a mãe real e a importância da relação que ela estabelece com a criança. Estas teorias serão detalhadas no capítulo “A relação mãe-bebê” desta tese.

Além deles, após a introdução do conceito de apego pelo etólogo Bowlby (1984), como uma ligação primária da criança à mãe, uma propensão dos seres humanos a estabelecerem fortes vínculos afetivos construídos a partir do processo de interação entre o bebê e meio maternante, outros pesquisadores, como Brazelton (1988) e Stern (1981), estudaram a díade mãe-bebê, partindo dos seguintes princípios: (1) a relação inclui a mãe e a criança em contínua comunicação e (2) que o bebê “nunca deixa de se relacionar, obrigando a estudar qualquer manifestação comportamental em seu potencial comunicativo” (Cramer & Palácio-Espasa, 1993).

Nessas teorias “interacionistas” o foco, dos estudos mudou das expressões pulsionais para todas as outras modalidades de trocas interpessoais e de comunicação, que podem denunciar sequências interativas sintomáticas.

3.1.5 O ponto de vista transgeracional

A psicanálise contemporânea tem empregado o termo transgeracionalidade, inicialmente introduzido pela teoria sistêmica, que designa o fato de que os pais reeditam com seus filhos valores, estereótipos e conflitos internalizados com seus respectivos pais. Esse fenômeno envolve, no mínimo, três gerações, num contínuo jogo de identificações projetivas⁹. São transmitidos conflitos neuróticos ou psicóticos, psicopáticos, perversos, somatizadores etc., bem como valores e significados, tanto de natureza pulsional (como exemplo, o estímulo excessivo ou o bloqueio da sexualidade ou da agressão), como os egoicos (através da identificação), os provindos do superego (mandamentos e proibições) e do ideal de ego (ambições e expectativas) (Zimmerman, 2001).

Segundo Kaës (1998), o interesse suscitado pela transmissão da vida psíquica entre gerações testemunha a tentativa de elaborar a complexidade multidimensional que afeta os fundamentos e as modalidades da vida psíquica. A questão do sujeito se define cada vez mais no espaço intersubjetivo, no espaço ou no tempo da geração, do familiar e do grupal, o que facilita o “vir a ser” da criança ou dificulta sua constituição.

O inconsciente de cada indivíduo leva a marca de um outro ou de mais de um outro na sua estrutura e nos seus conteúdos do inconsciente. Segundo Gomes e Zanetti (2009), o que é transmitido, geralmente, tem a ver com a falta, a doença, a vergonha, o recalçamento, os objetos perdidos e ainda enlutados, sem possibilidade de elaboração. Nesse sentido, a transmissão psíquica intergeracional, impossibilita as transformações criativas ao longo do processo de subjetivação individual e geracional. Ela se dá através do que é comunicado verbalmente, do que é dito, mas também do não dito e dos silêncios e omissões. Em situações extremas, conflitos podem se manter inalterados em sucessivas gerações.

A essas identificações projetivas Fraiberg, Adelson e Shapiro (1994) denominaram “fantasmas presentes no quarto do bebê”. Salientam que eles são uma repetição do passado, porém também são as representações de afetos reprimidos. Em condições favoráveis esses fantasmas não ameaçam em sua breve intrusão. Outras famílias se sentem angustiadas e pedem ajuda quando o filho apresenta perturbações no sono, alimentação e outros sintomas, geralmente relacionados a pontos sensíveis da história dos pais. Outras, ainda, são possuídas por fantasmas que reivindicam tradição e direitos de propriedade há duas ou mais gerações, repetindo ou exacerbando a novela familiar. Nesses casos, o bebê está em perigo, apresentando sinais precoces de carência afetiva, sintomas graves ou lacunas no desenvolvimento. Esses pais parecem “condenados” a repetir os dramas de sua infância em seus detalhes mais horrorosos e incômodos.

De acordo com Cramer e Palacio-Espasa (1993) três modalidades de identificação projetiva dos pais sobre seus filhos podem ser identificadas:

- a) Funcionamento parental normal: identificações projetivas “externalizantes”, que visam recuperar vínculos com objetos libidinais do passado. Os pais projetam sobre os filhos a imagem do filho amado que se sentiram no passado. Predomina a dimensão “empática”, o que permite reconhecer

- as características próprias do bebê.
- b) Funcionamento parental neurótico: identificações projetivas mais “constrangedoras” forçam o filho a adotar determinadas características, mais focalizadas das imagos por eles projetadas. São imagos portadoras de um investimento mais ambivalente, embora com uma predominância libidinal. Essa atribuição de papel é sustentada por um processo de colocação em ato correspondente, manifestado pelas interações sintomáticas.
- c) Funcionamento parental narcisista: identificações projetivas objetivam expulsar aspectos conflitivos e negativos dos pais (a criança agressiva, destruidora, ávida, desvalorizada, etc.) Esses pais podem também projetar aspectos persecutórios, detestados ou odiados de seus próprios pais. “Tais projeções muitas vezes correspondem a aberrações atuadas, como de intrusão ou desapego, que são de origem francamente patológicas” (Cramer & Palácio-Espasa, 1993, p. 268).

Refletindo sobre maternidade e paternidade, Lebovici (1998) afirma que o processo da transmissão transgeracional começa pela criança imaginária. Essa transmissão é o que dará sentido à vinda de uma criança ao mundo, através de um “mandato transgeracional” que se imporá desde, por exemplo, a escolha do nome da criança. Segundo Bydlowiski (2001), o mandato é uma “procuração” verbal, através do qual um mandante passa a outra pessoa o poder de fazer qualquer coisa em seu nome. Como se trata de uma operação verbal, o mandato transgeracional situa-se dentro do campo da transmissão e é, na maioria das vezes, inconsciente.

Lebovici e Solis-Ponton (2004) lembram ainda que, em situações favoráveis, as representações que se transmitem dos pais aos filhos não têm uma causalidade linear, mas incluem elaboração psíquica que leva à maturidade através das funções egoicas de análise, síntese e prova de realidade.

Reconhecer a complexidade dos elementos que integram sua herança psíquica permitirá ao indivíduo passar de uma situação passiva que consiste em sofrer as exigências superegoicas a uma posição ativa. Processo que supõe uma filiação à linhagem e tem um segundo momento, o de uma tomada de distância marcada pela construção criativa de uma narrativa de sua própria história (Lebovici & Solis-Ponton, 2004, p.40).

3.1.6 A ambivalência materna

Diante das condições reais ou fantasiadas, externas e internas anteriormente descritas, seria inevitável o que se caracteriza como ambivalência materna, ou seja, a co-existência entre desejo e receio pela maternidade, desejo e rejeição pela situação biológica da gravidez, bem como amor e ódio pelo bebê (Langer, 1981).

Em relação ao bebê, a ambivalência sinaliza o conflito, mas não se caracteriza, conforme afirma Benhaïm (2006) uma patologia em si. Para essa autora, a ambivalência, é necessária na medida em que auxilia na quebra da relação simbiótica original, permitindo a entrada de terceiros e a passagem do “*corps dans corps au corps à corps*” (do corpo dentro do corpo ao corpo a corpo), sem que isso signifique para a mãe ou para o bebê um abandono, mas uma necessária “castração umbilical”, para que o bebê e a mãe possam se diferenciar. A problemática está quando só há amor, ou quando só há ódio.

Quanto à ambivalência e ao ódio em relação ao bebê, o que se observa e o que Benhaïm (2006) destaca é o silêncio das mães. A ciência e a humanidade têm falhado no reconhecimento do ódio materno nas suas mais diversas formas de expressão, devido à idealização e glorificação da maternidade e ao rechaço em admitir que a maternidade possa ter aspectos negativos. Raros são os autores que mencionam a existência de sentimentos hostis da mãe em relação ao bebê, sem dar ao fenômeno uma conotação patológica. (Kauffman, 1999 e Welldon, 2008).

Nas contribuições clássicas da psicanálise, Freud e Melanie Klein admitem o ódio materno como uma manifestação regressiva de conflitos primitivos e originalmente não aceitam sentimentos hostis da mãe normal para com o bebê (Kauffmann, 1999). No entanto, o ódio materno pode ter em si um papel integrador no psiquismo da criança. “Em condições normais, a subjetividade compartilhada pela díade serve como espaço para que estes e outros afetos sejam veiculados de forma construtiva” (Kauffmann, 1999, p. 295).

Mãe e bebê precisam dialogar sobre os impulsos agressivos dela em direção ao bebê, reconhecendo a existência de seu ódio, tornando-o menos temeroso no campo interacional. Seria essa uma forma de ter os impulsos sádicos atuando positivamente no psiquismo do bebê, transformando os seus efeitos destrutivos, quando negados ou silenciados, em constituintes de prazer, humor e construtibilidade.

Quando tiver grandes dificuldades de suportar as exigências da criança e se entregar a essa relação envolvida de sentimentos primitivos, para se defender de seus sentimentos hostis e culpígenos, a mulher poderá se utilizar do mecanismo compensatório do tipo formação reativa e acabar se tornando invasiva, super solícita, sem detectar as reais necessidades do bebê, por sentir vergonha de não corresponder a uma imagem idealizada de mãe.

Em relação a esse fato, “Winnicott (1975) considera que as crianças podem enfrentar a ambivalência da mãe e dela fazer uso, quando ela é sentida e demonstrada, porém não podem usar satisfatoriamente a formação reativa que aparece sob forma de uma ternura especial da mãe” (Seibert, 1999).

Já para Welldon (2008), é muito importante que se atente para a possível “maternidade perversa”, quando algumas mulheres utilizam os bebês como extensão de seus próprios corpos para satisfazer suas próprias necessidades inconscientes, quer sejam elas incestuosas ou agressivas, caracterizando situações de abuso e violência. A autora descreve esses casos, como defesas maníacas que dão uma sensação de controle e dominação, em contraposição a um “processo de lamentação escondido” (p. 41), associado com sentimentos de desamparo, de desespero que as mães enfrentaram, quando na infância elas próprias foram abusadas de várias formas.

Além dessas vivências extremas já assinaladas, encontram-se outras situações que denotam ambivalência ou ódio dissimulado. Dentre elas está a chamada “super proteção”, que, muitas vezes, implica desproteção (Welldon, 2008), falta de colocação de adequados limites ou, quando as frustrações são excessivas, injustas ou incoerentes (Zimmermann, 2010).

Na prática clínica, o que se encontram são nuances diferentes dos conflitos conscientes e, na sua maioria, inconscientes manifestados através de desconfortos, ansiedade, somatizações, atuações ou, um franco quadro depressivo, que tem sua caracterização clínica semelhante em termos de sintomas, mas, conforme os casos adiante vão explicitar, possuem significados individuais específicos.

3.1.7 Aspectos psicológicos da amamentação

A situação de alimentação constitui-se um dos eventos mais precoces e críticos da interação mãe-bebê. A forma que a mulher escolhe de alimentar seu bebê, seja no seio ou na mamadeira, expressa influências de seu estilo de vida, de sua história pessoal, de sua

personalidade e da cultura em que vive.

Além de alimentar o bebê, a amamentação pode ser uma oportunidade de mãe e criança aprofundarem o contato epidérmico, a transmissão recíproca de afeto por meio do olhar, dos movimentos rítmicos do corpo do bebê e do prazer sensual estimulado pela sucção, o que suaviza o trauma da separação provocado pelo parto para ambos, mãe e bebê (Maldonado, 2005).

Apesar da evidência científica que demonstra a superioridade nutricional do leite materno, amplamente divulgada, inclusive pela mídia, e da importância para a vinculação mãe-bebê, atualmente as mulheres, por razões sociais, como a necessidade de voltar a trabalhar, ou por razões emocionais inconscientes, amamentam cada vez menos e por menos tempo (Dossiers de l'allaitement,70).

O que se observa são atitudes ansiosas e hesitantes, que dificultam a amamentação, bem como mecanismos mecânicos “sabotadores”. Por exemplo, permitir um tempo de sucção exagerado; não colocar o bebê em posição correta para mamar, provocando pressão dolorosa ou fissura nos mamilos; não tratar de forma adequada uma lesão inicial, culminando em infecção; conceder tempo insuficiente de sucção, resultando em diminuição do suprimento do leite, que poderá ser interpretado como “fraco”.

Langer (1981) e Maldonado (2005) alertam que as emoções afetam a lactação por meio de mecanismos psicossomáticos específicos. Calma, confiança e tranquilidade favorecem a amamentação. Medo, depressão e ansiedade dificultam o aleitamento. “As atitudes diante do método de alimentação do bebê vão refletir, como outros aspectos da relação materno-filial, os diferentes sentimentos, expectativas e interpretações fantasiosas da mãe em relação a si própria e ao bebê” (Maldonado, 2005, p. 110).

As autoras anteriormente referidas levantam uma série de possibilidades psicológicas que podem auxiliar na compreensão da dificuldade de amamentação:

- Medo de se sentir “presa”, refletindo temor de se ligar intensamente, de se envolver afetivamente e receio de fusão e perda de identidade.

Exemplo 3: Elsa afirmava com frequência e veemência: *“Eu só vivo em prol dele! Eu não faço mais nada! Não aguento mais!”*

- Medo de ter leite fraco ou em quantidade insuficiente, refletindo o medo de ser uma mãe inadequada.
- Medo de que o leite seja forte demais, causando cólicas e diarreias, correspondendo a fantasias de envenenamento, que as coisas que vêm de dentro de si são ruins e podem ser nocivas ao bebê.

Exemplo 4: Na primeira semana após o parto, com leite materno jorrando dos seios, Miriam disse à psicoterapeuta: “Eu prefiro que outras pessoas deem mamadeira, para que minha filha esteja salva de mim”.

Como razões inconscientes para distúrbios do desenvolvimento natural da lactação, as autoras levantam rejeição da maternidade por desejo de permanecer “filha”, em atitude receptiva e infantil; persistência de tendências agressivas infantis dirigidas à própria mãe; identificação com a “mãe má” e frustradora; a ideia de que não pode amamentar, pois não foi satisfeita em sua infância; repressão do caráter sensual ou incestuoso atribuídos à função de aleitamento.

Langer (1981) lembra, porém, que:

Na lactância que ocorre normalmente intervém também a identificação da mãe com seu lactente. Uma forte fixação oral à mãe não deve originar necessariamente dificuldades na criança, se o desejo passivo de mamar se satisfaz na identificação com o lactente e se consegue ter o desejo ativo de amamentar pela identificação simultânea com uma mãe ideal que alimenta bem (p.234).

Exemplo 5: Joana veio à sessão terapêutica com mastite em um dos seios, interpretando o fato como castigo proveniente de sentimento de culpa por não ter esvaziado o seio farto de leite corretamente. A simples lembrança do marido de que ela deveria ter feito isso, destruiu sua imagem de mãe idealizada que se impunha por identificação com a mãe boa e de “seios fartos” que sempre teve. Após a compreensão da exigência de seu ideal de ego, Joana pôde se tranquilizar e voltar a ser a mãe presente e confiante que sempre foi.

Para Langer (1981) e Maldonado (2005) será mais fácil fazer com que a criança sinta a proximidade da mãe e de seu amor se, literalmente, retornar a seu corpo, sugando seu seio, do que tomando seu alimento em uma mamadeira. Alertam, porém, que uma mamadeira dada com carinho, lentamente, por uma mãe que não teme mostrar seu amor e

permite-lhe estar próximo a ela quando o necessitar significará menos frustração oral do que o seio dado friamente como acontece na Depressão Pós-Parto.

Exemplo 6: Júlia, em meio a seu sofrimento depressivo, relata na sessão psicoterápica, que: “Quando ele estava mamando no meu seio, era o momento em que parecia que ele estava bem; então aproveitava para relaxar, descansar dessa loucura, ver uma revista, um programa de TV ou cochilar”.

3.2 Aspectos Psicológicos do Puerpério

“A partir de cada madre puérpera que se encuentra a si mesma, el mundo entero se encuentra”

Laura Gutman

Langer (1981) destaca que nos últimos séculos, diante de novas circunstâncias sociais e econômicas, a mulher adquiriu mais liberdade sexual e novos papéis sociais em detrimento da maternidade. O que se observa em consequência disso é que diminuem os quadros neuróticos de histeria, típicos da clínica de Freud e aumentam os distúrbios psicossomáticos procriativos.

Da mesma forma, Roudinesco (2000), ao estabelecer um paralelo entre as transformações da sociedade e os modelos de estruturação psíquica desenvolvidos pela psicanálise, afirma que passamos de um mundo entregue não mais ao despotismo paterno, mas à “crueldade do caos materno”.

Psicanalistas mulheres que se dedicaram ao estudo da maternidade como Langer, Videla e Soifer na Argentina; Maldonado e Caron no Brasil; Rosfelter, Bydlowski e Szejer na França; Bick na Inglaterra, entre outras, identificam que os distúrbios psicossomáticos que surgem desde a gravidez, tais como hiperemese (vômitos coercitivos), hipertensão arterial, pseudosciose (gravidez psicológica), ou até mesmo antes dela, como os problemas de infertilidade e abortos repetitivos, possuem, em sua gênese, conflitos psicológicos e inconscientes.

O parto também é considerado um fenômeno psicossomático, sendo o processo fisiológico influenciado pelo estado emocional, podendo ocorrer, por exemplo, antecipação ou demora do processo expulsivo, bem como transtornos fisiológicos que impedem o parto

normal (Moraes, 2001).

Nesse sentido, também o puerpério se apresenta como uma etapa de profundas alterações no âmbito social, psicológico e físico da mulher, caracterizando-se como um período instável, que demanda a necessidade de um profundo conhecimento dessa etapa na vida feminina, um fator essencial na determinação do limiar entre a saúde e a doença (Coutinho & Saraiva, 2008).

Segundo Maldonado (2005), os primeiros dias do puerpério se caracterizam por ser um período de recuperação da fadiga do parto, com a presença de sentimentos de debilidade e confusão, além do desconforto físico, dores e sangramento, concomitantes à excitação pelo nascimento do filho. A labilidade emocional denotada pela alternância entre euforia e depressão, podendo esta ser mais intensa, constitui o padrão mais característico desse período, explicado fisiologicamente pelas mudanças bioquímicas que acontecem logo após o parto, como o aumento da secreção de corticoesteroides e queda súbita dos níveis hormonais.

Porém, a situação é mais complexa. A gravidez e o nascimento de um filho situam-se no assim conhecido “ciclo vital da mulher”, definidos por alguns autores, como Soifer (1984), Langer (1986), Videla (1997) e Maldonado (2005), como uma situação de crise. Crise no sentido de que esses momentos introduzem na vida da mulher, da mesma forma que a menarca e a menopausa, não somente mudanças hormonais e orgânicas, mas profundas modificações psíquicas em que o fisiológico e o psicológico implicam-se mutuamente, quase de forma indistinta.

Por essa razão, Maldonado (2005) considera o puerpério como o quarto trimestre da gravidez. Já Gutman (2007), afirma que o puerpério como realidade emocional persiste enquanto dura a fusão emocional com o bebê, ou seja, em torno de dois anos. Essa autora qualifica o puerpério como “uma viagem de ida, o início de um estilo de comunicação com o próprio ego” (Gutman, 2007, p.63).

Ainda, para Gutman (2007), o puerpério é um estado emocional ligado à alteração de consciência, no qual se podem vivenciar duas realidades emocionais ao mesmo tempo. É possível passar da “paz celestial” ao “terror e desespero”. Segundo a autora, essas experiências são independentes de formação intelectual prévia, de ideologia ou maturidade emocional.

O puerpério também se constitui num momento de crise por representar uma situação desconhecida, que implica adequações e acarreta modificações intra e inter-pessoais. Psicologicamente, o

nascimento de um bebê é o final de uma jornada e o início de outra, uma vez que a gestante se transforma em mãe e o feto torna-se “real”, como filho. Nesse sentido, Soifer (1984) considera o puerpério uma situação de delimitação entre o perdido, que seria a gravidez, e o adquirido, representado pelo filho, bem como uma delimitação entre os períodos caracterizados pela fantasia inconsciente e pela realidade.

Segundo Raphael-Leff (1997), a noção de crise, habitualmente considerada como algo negativo, é, sem dúvida, um “momento fecundo de transtornos profundos” (p. 32), uma ocasião para transformações, seguindo o sentido epistemológico da palavra grega *crisis*, que significa “decisão”. A autora ressalta que “uma vez que os pais aceitaram a crise neles, que reconheceram sua história e vencido o desafio de suas dificuldades, os bebês fazem nascer seus pais” (p.32).

Considerando a coexistência de uma vasta extensão de experiências dinâmicas, entrelaçadas com configurações psíquicas de si mesmo e de outros, cujo desenvolvimento psíquico continua através da vida no mundo interior das mulheres e homens que se tornam pais, Raphael-Leff (1997) considera a gravidez e os primeiros tempos da maternidade uma oportunidade para remediar velhos desequilíbrios. Para essa autora, “as primeiras semanas após o nascimento não são meramente um período de aprender a lidar com um novo bebê, mas um apaixonado confronto com um ser que esteve em seu interior e (...) incita antigos resíduos da infância em ambos, mãe e pai” (p.127-128).

Ao encontro dessas ideias, pesquisando através de tratamentos psicoterápicos e psicanalíticos com mulheres, Langer (1981), Videla (1997), Felice (2000) e Maldonado (2005) apontam que durante a gravidez, o parto e os primeiros anos de vida do bebê acontece toda uma revivência inconsciente do vínculo precoce da mulher com sua própria mãe. São revividas a própria gravidez, parto, amamentação, gratificações, privações, abandonos, estados emocionais patológicos devido a perdas reais ou depressão pós-parto, vivência e outras gravidezes da mãe etc.

Segundo Langer (1981), observa-se uma dupla identificação consciente e/ou inconsciente da mãe com seus próprios pais e com seu bebê. Quando predomina a primeira, a tendência é a reedição de configurações vinculares, baseadas na internalização de padrões de interação transgeracional. Quando predomina a segunda, a tendência dos novos pais é “fazer tudo diferente” do que seus pais fizeram, projetando-se nos filhos desde a mais tenra idade até a adolescência ou a vida adulta. O nascimento de um filho, portanto, revela um enigma, pois

representa a esperança de autorrealização para os pais e a ameaça da exposição de suas dificuldades ou deficiências.

Outros conflitos psicológicos podem ser vividos pela mulher no puerpério. Se ela apresenta características de personalidade dependente e simbiótica, por exemplo, poderá vivenciar esse período como um momento de separação física e emocional doloroso, no qual o ventre flácido e vazio a faz sentir que perdeu uma parte de si mesma, fazendo-a reviver, segundo, Soifer (1984) uma das angústias mais arcaicas que é a separação da própria mãe. Segundo Maldonado (2005) são comuns, ainda na gestação, os sonhos em que há perda de partes de si própria, como membros, dentes, cabelos, etc. Esse conflito pode ser minimizado pela relação com o bebê após o nascimento.

Mais uma “tarefa” psicológica da mãe, esperada para este período, é a elaboração da perda de seu “bebê ideal”, a partir do momento que se relaciona com seu “bebê real”, que, na maioria das vezes, mostra-se bastante diferente do primeiro. Para a mãe, a realidade do feto *in útero* não é a mesma do bebê recém-nascido. Durante a gravidez, conforme lembra Felice (2000), a mulher nutre fantasias em relação ao bebê, fruto do desconhecimento de suas características físicas e psíquicas, bem como de suas expectativas e projeções.

A tendência é a idealização de um bebê tranquilo, que chora pouco, dorme bem, negando antecipadamente a realidade de um bebê nas primeiras semanas de vida, diante do qual as mães se sentem angustiadas e confusas, principalmente quando saem da maternidade, onde se sentiam mais seguras, orientadas e supervisionadas. O apoio de familiares e, como destacam Klaus, Kennell e Klaus (2000), as competências dos bebês para a conquista dos pais, através de suas manifestações e reações emocionais a eles, ajudam a minimizar o conflito.

Nesse sentido, já em 1937, Melanie Klein afirmava que o sentimento de gratidão para com a criança que oferece à mãe o prazer de ser capaz de amá-la, realça esses sentimentos e pode conduzir a uma atitude em que a preocupação máxima da mãe seja dirigida ao bem do bebê, e sua própria gratificação associada ao seu bem-estar.

Raphael-Leff (1997) e Szejer e Steward (1997), destacam, ainda, que no puerpério as mulheres podem apresentar uma dissociação entre maternidade e sexualidade, fruto da incompatibilidade consciente ou inconsciente entre a função “sagrada” de mãe, representada pela Virgem Maria, e seu papel como mulher sedutora, representada por Eva. Essa dissociação pode ser decorrente do maior ou menor grau de repressão dos conflitos sexuais. podendo trazer profundas alterações no

relacionamento do casal, influenciando também nas relações familiares. A presença e as atitudes do companheiro podem auxiliar ou dificultar à mulher integrar essas duas faces da sua feminilidade.

3.3 A Depressão Pós-Parto

3.3.1 Breve histórico

Conforme levantamento realizado por Simão (2003), a observação de que algumas mulheres desenvolvem transtornos mentais no puerpério remonta ao século IV aC nos relatos de Hipócrates. Em seu livro “Epidemias III”, Hipócrates, em 400 aC descreve minuciosamente um desses casos, apresentando a concepção de que as melancolias do parto eram devidas a fatores etiológicos tais como sangue concentrado nos seios e vapores vindos do útero, que atingiam o cérebro. Segundo Simão (2003), outras causas também eram apontadas na etiologia dos transtornos no puerpério, tais como gemelaridade e ilegitimidade dos filhos. Esses transtornos tinham denominações diversas: “insanidade confusional”, “insanidade do trabalho de parto”, “psicose gestacional”.

O histórico da França, quanto à pesquisa nesta área, destaca-se, no século XIX, em 1818, com a descrição sobre os estados de agitação física e psíquica do pós-parto semelhantes à mania, do psiquiatra francês Esquirol, e, em 1839, com as perturbações psíquicas severas, em mulheres, após o nascimento de um filho, que não recebiam nenhuma ajuda psiquiátrica. Em 1845, Esquirol introduziu um capítulo sobre a doença mental no puerpério em seu “Tratado sobre a Loucura” (Simão, 2003).

Segundo Martins (2006), os estudos de Esquirol inspiraram, em 1858, a sistematização da tese em “psiquiatria peri-obstétrica”, de Victor Marcé, intitulada “*Traité de la Folie des Femmes Enceintes des Nouvelles Accouchés et des Nourrices*” (Tratado sobre a loucura das mulheres grávidas, parturientes e nutrizes), mais conhecida em países anglo-saxões onde existem as sociedades Marcé de psiquiatria perinatal. Nessa tese, Marcé já afirmava que as síndromes pós-parto eram típicas, apresentavam um curso peculiar e suas variações estavam relacionadas a mudanças nos órgãos reprodutores (Martins, 2006).

Por muito tempo desconhecidos e confundidos com as “febres do leite”, os distúrbios psiquiátricos peri e pós-natais foram sendo, progressivamente, reconhecidos. Ainda, segundo Simão (2003) e Martins (2006), no final do século XIX, fortaleceu-se a proposição da

inespecificidade dos transtornos mentais do puerpério no campo psiquiátrico, tendo as idéias de Emil Kraepelin influenciado na mudança de diagnósticos específicos para o pós-parto, os quais foram sendo enquadrados como doenças psiquiátricas, do tipo esquizofrenia ou de psicose maníaco-depressiva.

Na contemporaneidade, dentro dos anos sessenta, os psiquiatras anglo-saxões foram os pioneiros na reflexão científica sobre o puerpério. Em paralelo, surgiram várias pesquisas significativas sobre esse tema: Depressão pós-natal atípica, de Pitt, em 1968, na França; Post partum blues de Yalon e cols., na mesma época, nos Estados Unidos; Neurose traumática pós- obstétrica de Bydlowski e Papiernik na França (1978) (www.gyneweb.fr/sources/obstetrique/blues.htm).

Em 1961, P. C. Racamier publicou um estudo sobre mulheres hospitalizadas após um episódio de psicose puerperal, a partir do qual lançou o conceito de Maternalidade. Racamier iniciou, assim, uma concepção psicodinâmica e psicanalítica da psicopatologia pós-natal, considerando os problemas da maternidade como a evolução conflitual dos processos normais. Bydlowski (1997) destaca que a epidemiologia moderna dos estados depressivos mostra uma predominância feminina dentro da população geral. São mulheres entre 25-45 anos, o que coincide com a faixa etária da reprodução.

Especificamente quanto à Depressão Pós-Parto (DPP), segundo levantamento de Bydlowski (2009), estudos do começo do século XX já assinalavam a existência de uma “disforia” considerada como uma patologia menor, um problema de humor transitório.

Do ponto de vista psiquiátrico, os atuais manuais de referência internacional classificam a DPP como fazendo parte dos transtornos afetivos sem nenhuma especificidade, a não ser como diagnóstico de exclusão. Na revisão mais recente da Classificação Internacional de Doenças- CID-10 (1997), da Organização Mundial de Saúde, esse quadro se encontra sob a legenda F53 “Transtornos mentais e de comportamento associados ao puerpério não classificados em outros locais”.

Da mesma forma, o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, na sua quarta edição e com texto revisado (DSM-IV-TR, APA, 2002), não distingue os transtornos do humor do pós-parto dos que acontecem em outros períodos (Episódio Depressivo Maior, Episódios Maníacos e Transtorno Bipolar I e II), exceto como especificador “com início no pós-parto”, utilizado quando os sintomas ocorrem no período de até quatro semanas após o parto.

O tema da Depressão Pós-Parto vem despertando a atenção de profissionais e pesquisadores da área da saúde mental. Na Europa, na Inglaterra, foi criada a Marcé Society em 1982; na França aprofundou-se o conhecimento das questões emocionais relativas à vivência da maternidade através de estudos psicanalíticos e da criação da ciência e técnica de tratamento chamada “Maternologia”, nesse estudo, explicitada no capítulo sobre tratamento da DPP. No Brasil, existe uma organização semelhante à Marcé Society denominada Amigas do Peito, e tem se instituído projetos de prevenção perinatal em vários Centros de Saúde e Maternidades, como a do Hospital Universitário em Florianópolis.

Sob o olhar da Psicologia, os estudos sobre a DPP apontam e confirmam a necessidade de estudos mais aprofundados que possibilitem a análise da subjetividade de cada mulher nesse período. Videla (1997), Langer (1981), Maldonado (2005) e Silva Moraes et al. (2006) apontam o diagnóstico e a intervenção precoce como forma de minimizar consequências que podem ser danosas em nível individual, familiar e social.

3.3.2 Diagnóstico diferencial

Para a melhor compreensão dos transtornos puerperais faz-se necessária a distinção entre eles, uma vez que os quadros depressivos maternos variam de intensidade e duração, determinando diferenças no diagnóstico clínico. Em situações “normais”, segundo Rosfelter (1992), Klaus, Kennel e Klaus (2000), Maldonado (2005), Alt e Benetti (2008) e Cabral e Oliveira (2008), de 80 a 90% das mulheres apresentam um quadro chamado *baby-blues*, *postpartum blues* ou tristeza puerperal.

O termo *blues* evoca as nostálgicas melodias dos negros escravos da Luisiana cantando a lembrança da Mãe África perdida. O estado emocional do *postpartum blues* se caracteriza por um período esperado e transitório de instabilidade emocional, lágrimas imotivadas, tristeza súbita e transitória, introversão, irritabilidade e cansaço. Ocorre entre o segundo e o quinto dia após o parto e, por isso também é chamada de “síndrome do terceiro dia” ou “depressão transitória” (Bydlowski, 1997, 2000), devendo desaparecer até o final do primeiro mês.

As causas para o *blues* são complexas, envolvendo o fim do estresse da gravidez e do parto, as novas condições hormonais, mas, principalmente, estão relacionadas a uma desorganização do ego materno, constituindo-se na “tradução emocional de uma espécie de

desnudamento psíquico que permite à mãe lidar com o seu recém-nascido” (Bydlowski, 2000, p.136). O *blues* é uma preparação da mãe para a apreensão e compreensão das necessidades do bebê e, de alguma forma, explica a sua universalidade.

No outro lado do espectro clínico do *baby-blues* encontra-se a psicose puerperal, que ocorre entre 0,1% a 0,2% dos partos, mais comum em primíparas (Ruschi et al, 2007). Caracteriza-se por comportamentos maternos que denotam repúdio total ao bebê, apatia, comprometimento do juízo de realidade, delírios e alucinações, geralmente relativos à criança, com risco de suicídio e infanticídio (DSM-IV-TR, APA, 2002) ou dificuldade de perceber o bebê como separado de si, permanecendo em um vínculo simbiótico (Marques, 2003). Muitas vezes a mulher nega o nascimento da criança.

A psicose do tipo agudo acontece em jovens mães primíparas, e o risco de recidiva na próxima gravidez é alto. O quadro clínico se instala bruscamente e sua duração é relativamente curta, de horas a semanas. Ocorre do segundo dia ao terceiro mês depois do parto e pode requerer intervenção medicamentosa e/ou internação hospitalar (Bydlowski, 2000).

Existem outras situações em que se destacam as influências bidirecionais que podem prolongar ou exacerbar a depressão materna, como, por exemplo, no caso de bebês prematuros, malformados, que apresentam transtornos genéticos, neurológicos ou com doenças congênitas (Toth & Peltz, 2009). Da mesma forma, as mães de bebês natimortos ou que morrem após o nascimento costumam apresentar um quadro depressivo chamado reativo como parte do processo de elaboração do luto, tema não abordado neste trabalho.

3.3.3 Características clínicas da Depressão Pós-Parto

Quando o *blues* não desaparece e, pelo contrário, se intensifica, mostrando-se severo e durável, ele se torna o precursor da chamada Depressão Pós-Parto ou Puerperal, um evento patológico que demanda ajuda. A DPP é um importante problema de saúde pública, já que ocorre em um momento crucial no ciclo da vida familiar, na concretização do sentido de parentalidade¹⁰ e do nascimento psíquico da criança, afetando tanto a saúde da mãe quanto o desenvolvimento da criança.

“A DPP é limitante e pode durar meses sem melhora espontânea e, sem ajuda, se torna uma provação dolorosa no primeiro ano de vida com o bebê” (Bydlowski, 1997, p. 193), constitui-se um problema que atinge cada vez mais mulheres em seu processo reprodutivo, com

estimativas de que 8% a 25% das mães podem apresentar depressão puerperal (Mandú, Santos & Corrêa, 2006). Já Faisal-Cury e Menezes (2005) e Cruz, Simões e Faisal (2005) afirmam que, no Brasil, os números parecem ainda mais preocupantes. Dependendo da amostra de puérperas estudada, variam de 16% a 37% (Cury & Volich, 2010).

Apesar disso, esse é um assunto que tende a ser silenciado e/ou vetado em sua expressão (Harvey, 2002 e Agard-Maréchal, 2007) devido aos sentimentos de vergonha e inadequação das mulheres em manifestar mal-estar diante da criança ou ao “mito do amor materno”, característico da cultura ocidental (Badinter, 1985), o que leva a comunidade científica a um sub diagnóstico desse fenômeno (Zaconeta, Motta & França (2004). Acrescente-se a esses fatores a questão da invisibilidade da depressão pós-parto, causada pelo desconhecimento desse fenômeno psíquico em sua integralidade conforme descrito na introdução deste trabalho.

Ainda, outras denominações são encontradas na literatura, como sinônimos de depressão pós-parto, como depressão materna e depressão puerperal. Faz-se necessário, então, discriminar de que “depressão” se está falando. A depressão materna, ou seja, da mãe, pode acontecer em qualquer fase da vida da mãe e das crianças e certamente tem suas conseqüências nefastas na vida emocional dos filhos e da família, e não necessariamente no pós-parto. A depressão puerperal acontece no período pós-parto e pode não ter, necessariamente, ligação com os significados relativos à maternidade, mas com a regressão psíquica desse período pelo nascimento do filho, que traz à tona conflitos infantis não resolvidos. A denominação “Depressão Pós-Parto” na literatura francesa, principalmente, se relaciona à depressão desencadeada no puerpério por dificuldades psíquicas da mulher em relação à maternidade (Delassus, 2002; Bydlowski. 2000). E é essa denominação, que será utilizada nesse estudo.

A Depressão Pós-Parto tende a ser mais intensa quando há uma quebra de expectativa em relação ao bebê, a si própria como mãe e ao tipo de vida que se estabelece com a presença do filho; daí advindo prostração, desapontamento, impressão de não ser capaz de enfrentar a situação. A mulher, em sua identificação regressiva com o bebê, passa a solicitar cuidados e atenção para si, mobilizando preocupação nos familiares (Maldonado, 2005).

Soifer (1984), Bydlowski (2000), Maldonado (2005), Moraes et al. (2006) e Ruschi et al. (2007) destacam que, dentre os sintomas presentes, constam: desânimo profundo, cessação do interesse para o

mundo externo, perda da capacidade de amar, inibição de toda a atividade, diminuição dos sentimentos de auto estima, humor deprimido, irritabilidade, choro frequente, falta de energia, agitação ou retardo psicomotor, capacidade diminuída para pensar e concentrar-se, transtornos alimentares e do sono, sentimentos de desamparo e desesperança, sensação de não dar conta do bebê, sentimentos de inutilidade ou culpa, pensamentos recorrentes de morte, bem como manifestações psicossomáticas como cefaleia, hemorragias, infecções, fissuras mamárias e dificuldades na lactação, entre outros.

Outras particularidades clínicas são descritas, tais como, comportamento ansioso e a presença de sintomas obsessivo-compulsivos, mais frequentes na DPP que na depressão fora do pós-parto. Os temas mais comuns das obsessões e compulsões são relacionados à agressividade contra o bebê, como possíveis contaminações da criança, pensamentos obsessivos negativos em relação ao trabalho de parto, pensamentos recorrentes de causar danos ao bebê, imagens envolvendo morte ou algo terrível ocorrendo ao bebê e compulsões de checagem, se está respirando, por exemplo, e de lavagem (Camacho, 2006; Zambaldi, Cantilino & Sougey, 2008).

Marques (2003) acrescenta, ainda, como padrões comportamentais comuns às mães deprimidas: percepções desvalorizadas de si próprias como mulheres e mães, causando forte sentimento de culpa.

Dentre os principais fatores psicossociais de risco para o desenvolvimento da DPP, destacam-se:

- Relativos à família: presença de transtorno psiquiátrico na família, história familiar de pós-parto, condições sócio-econômicas e ambientais desfavoráveis, conflitos familiares e reduzido suporte social (Bydlowski, 1997).
- Relativos à própria mulher: história de transtorno de humor ou ansiedade prévios ou durante a gravidez, que, se não diagnosticados podem levar a consequências materno-fetais danosas, desde o momento do parto até o pós-parto (Jablenski, 2005); história de transtorno disfórico pré-menstrual; abuso sexual na infância; gravidez precoce, ou seja, em idade inferior a dezesseis anos; gravidez não planejada ou não aceita; vivência negativa em gravidezes anteriores; a forma como é assistida no parto, mães solteiras; ter muitos filhos; abortamentos repetidos; baixo nível de escolaridade; abuso de substâncias/tabagismo; eventos estressantes nos últimos doze meses; desemprego ou volta precoce ao trabalho (Camacho et

al., 2006).

- Relativos à vida conjugal: atitude negativa do pai em relação à gravidez (Schmidt, Piccoloto & Müller, 2005), ausência de um companheiro, conflitos conjugais, violência doméstica, desemprego do cônjuge (Silva, 2007; Cury & Volchi, 2010).

3.3.4 A psicodinâmica da Depressão Pós-Parto

Atualmente há uma tendência a chamar “depressão” uma variedade de fenômenos que vão desde a tristeza como afeto normal até um quadro clinicamente definido como psicótico (melancolia). Segundo Boff, Brunstein e Seixas (1998) o traço que identifica o afeto de tristeza como patológico é a (des)proporcionalidade que este guarda em relação à circunstância que o desencadeia.

Citando Abraham (1911), uma importante observação realizada pelos autores referidos anteriormente é que o estado afetivo da depressão, tal qual a ansiedade, está difundido entre todas as formas de neuroses e psicoses, não se restringindo a nenhuma estrutura de personalidade. Isso explica o fato de que além das personalidades estruturadas depressivamente, há a possibilidade de ocorrerem episódios depressivos em situações extremas de estresse em qualquer estrutura de personalidade. Daí a importância de diagnóstico diferencial em termos psicodinâmicos: trata-se de uma depressão reativa a um trauma ou estresse; um estado característico de uma personalidade depressiva, em que nível, neurótico ou psicótico?

Boff, Brunstein e Seixas (1998) em sua revisão teórica sobre o tema da depressão destacam, dentre as ideias de Abraham (1911), uma certa afinidade da depressão com a neurose obsessiva, já que em ambas existe alto grau de ambivalência, manifestando-se como sentimentos conflitivos de amor e ódio em relação ao mesmo objeto; o que explica a presença de traços obsessivos nas personalidades deprimidas e vice-versa, embora existam diferenças psicodinâmicas e clínicas evidentes.

Como principal diferença, Delouya (2008) destaca que, na neurose obsessiva, a relação ambivalente se dá em relação ao objeto, tendo como origem o ponto de fixação na fase anal e dificuldades de elaboração do complexo edípico. Já, a depressão se dá mais num eixo narcísico, com a oralidade marcando as relações.

Delouya (2008) destaca também a distinção entre angústia (nesta tese usada como sinônimo de ansiedade). Psicodinamicamente, a angústia surge como reação ativa ao desamparo, motor de acesso à fala e

ao desejo. A depressão seria “a consequência, o *depois*, a prostração decorrente do trauma (...) se relaciona com a passividade e o próprio desamparo (...), uma fuga para as cavernas” (p.40).

Bergeret (1991) fala, ainda, de outra solução particular no processo de subjetivação: o desenvolvimento das personalidades fronteiriças (psicopatia, perversão, hipocondria, borderline, drogadição) como defesas organizadas contra o temor da depressão anaclítica¹¹ subjacente nessas personalidades, ou seja, como uma forma de não conscientizar, negar ou dissimular um estado vulnerável de grande dependência em relação ao objeto.

O que desencadeia um estado ou um episódio depressivo do ponto de vista psicodinâmico é o que Freud (1917) descreveu como uma perda real ou imaginada de objetos, ideais ou “abstrações”, que podem significar perda de amor do objeto. Em personalidades com tendência à depressão, a fixação se encontra em fases orais de dependência e, portanto, qualquer sentimento ou ato de hostilidade pode transformar-se em hostilidade contra o próprio ego, levando a sentimentos de culpa e vergonha, por não mais corresponder às exigências do superego primitivo sádico ou às expectativas valorativas e idealizações advindas do ideal de ego, respectivamente. Daí o visível distúrbio em torno da auto-estima, que faz com que a pessoa deprimida se desqualifique e se autorrecrimine.

Os sentimentos de perda ou abandono podem gerar raiva, advindo daí a culpa e a sensação de não merecer perdão, que se traduz em falta de esperança e desejo de punição e castigo. Com o ego enfraquecido pelo não-acolhimento de suas necessidades, a criança pode desejar incorporar o objeto, passando a com ele se identificar (McKinnon e Michels, 1992).

O conceito de introjeção reporta ao exame da natureza da identificação, a qual está relacionada com a fase oral canibalística. Freud (1917) faz uma ligação entre a depressão e a fase oral do desenvolvimento, considerando que a introjeção decorre da incorporação oral do objeto perdido, que havia sido previamente eleito por meio da escolha narcísica objetual, isto é, escolhido pelo modelo do próprio ego. Assim, a introjeção sádico-oral do objeto, cujo amor se quer como provisão narcísica, provém da necessidade reprimida e ambivalente do objeto amado.

Ainda segundo Freud (1917), as autorrecriminações são também recriminações feitas ao objeto amado, que foram deslocadas para o próprio ego. Assim, a predominância do tipo narcisista da escolha objetual, o conflito ambivalente de amor e ódio e as características

constitucionais constituem, para Freud, as pré-condições para o desenvolvimento da depressão.

Conforme antes descrito, a maternidade (gravidez e puerpério) é o momento de repetição e revivência da história psíquica da mulher, principalmente de sua primitiva relação com a própria mãe e do complexo edípico. Por seu estado regressivo, a chamada transparência psíquica (Bydlowski, 1997 e Costa, 2006), a mulher fica, então, “a mercê” de seus objetos internos, principalmente de sua mãe internalizada, que pode ser uma “bruxa” (seio mau/mãe má) ou uma “fada” idealizada (seio bom/mãe boa), segundo a teoria de Melanie Klein, com tudo o que isso repercute em sua experiência de se tornar mãe como a mãe, de ter um bebê como ela foi.

A Depressão Pós-Parto deve, então, ser entendida não como um quadro isolado, mas como uma manifestação sintomática de conflitos, desencadeada pela corporeidade do bebê recém-nascido, que traz à tona o psiquismo antes reprimido da mãe. A Depressão Pós-Parto assim entendida se caracteriza, entre outros traços, por sentimentos de culpa em relação ao bebê, pela dúvida da capacidade de ser uma boa mãe, provenientes da manifestação de um superego crítico e punitivo por seus sentimentos ambivalentes em relação ao bebê e à própria mãe, o que determina uma baixa auto-estima.

Por isso, considerando a subjetividade de cada mulher pode-se afirmar que não há um quadro geral e único chamado Depressão Pós-Parto, tal como descrito pela psiquiatria, mas há mães deprimidas que apresentam o que Cramer (2002) denominou de “preocupação materna primária patológica”.

As dificuldades recaem, geralmente, sobre o exercício das funções maternas e da construção de um espaço psíquico e real para esse bebê e podem se manifestar de diferentes formas. É o que Cramer e Palacio-Espasa (1993) denominam de “neo-formação” estrutural na organização psíquica da mãe, na qual “(...) toda uma série de investimentos narcísicos e pulsionais da mãe, até então conservados em seu espaço intrapsíquico, irá se distribuir no espaço inter-pessoal da relação com a criança real e fantasística” (p. 28), a qual se transforma em ligação e depositário de investimentos até então ligados a objetos internos ou a aspectos do *self*¹² da mãe.

Como a patologia se manifesta basicamente na interação com o filho, Delassus (2002) denominou esses quadros de “doenças da maternidade”, como patologias interacionais que ocorrem com todas as mães, de forma mais consciente ou inconsciente, envolvendo menor ou

maior ansiedade, apresentando diferentes graus de implicações na vida intra e inter-psíquica da mãe e, por consequência segundo Frizzo e Piccinini (2007), na díade mãe-bebê, ou na tríade mãe-pai-bebê.

Na depressão materna, a criança é muitas vezes percebida como exaurindo a mãe, retirando coisas da mãe. Ao exercer a função materna, a mulher sente-se incompetente para cuidar e fornecer o que a criança precisa, já que não pode dar o que ela própria nunca recebeu quando era bebê. A DPP evidencia uma falta originária, uma sensação de não ter forças para as exigências da maternidade, pois o luto pelos seus próprios desejos de amor não estão elaborados, devido a precoces dificuldades na relação com a própria mãe.

Por outro lado, para Delassus (2003) não há dor maior no mundo que a da maternidade impossível ou com problemas graves. O autor considera essa dor maior do que a de uma mãe ter um filho morto, pois “Um filho morto, traz uma grande dor, mas um filho que é gerado sem vida ao mesmo tempo em que ela se sente morrer, que se sente morta por estar assim, é uma dor ainda maior” (p.244).

Em situações extremas de projeções maciças de desapego, abandono, invasão, violência sutil, como no deixar a criança adoecer seguidamente por negligência, por exemplo, ou violência declarada (maus tratos, abusos, agressões físicas e sexuais), o que se constata é a total incapacidade das mães que, geralmente, não foram acolhidas em suas próprias necessidades e temores e/ou nas quais predominam ansiedades persecutórias projetadas no bebê. Nesses casos, as crianças têm de lidar sozinhas com suas angústias, refletindo em suas personalidades o vazio de suas primeiras interações.

Além disso, a mulher, quando apresenta um quadro de depressão ou psicose puerperal pode mencionar desejos de suicídio ou de matar o bebê. A dinâmica inconsciente do infanticídio resulta da projeção no bebê de uma parte do ego que está arruinada por um objeto interno muito ameaçador. A morte da criança significa também eliminar o terror, a dor, o sofrimento e, ao mesmo tempo, o objeto terrorífico (Soifer, 1984).

Outra possibilidade patológica é o estado emocional que André Green (1980) denominou “a mãe morta”, em que a mãe “não existe” ou existe como morta-viva, resultando em uma identificação profunda da criança com este “não-ser”, que é uma mãe deprimida, introspectiva e narcisistamente retraída, com a impossibilidade de se doar: mães com dificuldades de exercer a maternidade e de alcançarem a realização feminina através dela. “A mãe morta é, portanto, ao contrário do que se poderia crer, uma mãe que permanece viva, mas que está por assim dizer

morta psiquicamente aos olhos da pequena criança de quem cuida” (Green, 1980, p.249).

Mais um fator que acaba somando peso à questão da maternidade é o que se refere a sua idealização. Segundo Campos et al. (2009), as raízes inconscientes do poder materno devem provir da prerrogativa real de vida e morte sobre os filhos. “É inegável que uma mãe, se não quiser, consciente ou inconscientemente, que aquele filho nasça, ele não nascerá. Não nascerá seu corpo ou não nascerá seu espírito. (...) E, por esta razão, a maternidade é um dos temas mais complexos no universo de enigmas a ser decodificado” (p. 210).

Polacchini comenta que o que Roudinesco (2000) denominou de “crueldade do caos materno” se avoluma com “a impossibilidade de a mãe comunicar-se consigo mesma, conhecer as próprias paixões, reconhecer-se nelas, conhecer suas agonias e perturbações e harmonizar-se face as suas urgentes realizações e frustradas não-realizações” (Polacchini, 2010, p.210). Porém, apesar do sofrimento, as mulheres não querem saber e não querem propagar suas dificuldades, pois isso contraria a ideia visceral de maternidade.

“As mulheres que se dão mal na maternidade são rejeitadas. (...) Não é bom ser mãe com dificuldade de ser mãe (...) é uma vergonha e um ultraje à ordem estabelecida, que determina que a mulher sempre compareça ao encontro marcado com a maternidade” (Delassus, 2003, p. 244).

Do exposto anteriormente, pode-se depreender que cada mulher acometida de DPP viverá a maternidade e se relacionará com o bebê de uma forma individual e única, de acordo com suas lembranças, sua história, seu tipo de personalidade e as projeções de ambivalência, fragilidade do próprio ego, rigidez de seu superego e rigor de seu ideal de ego.

A Depressão Pós-Parto, como a manifestação sintomática do conflito da mulher diante da maternidade, tem origem no intrapsíquico feminino, e pode ser agravada por circunstâncias externas, mas, indiscutivelmente, perturba, dificulta e, às vezes, impossibilita a relação com o bebê. Até mesmo as formas mais brandas e camufladas da depressão da mãe podem afetar o bebê, na medida em que ele percebe a pobreza de interação, a ausência ou a pouca harmonização afetiva (Schwengber & Piccinini, 2003), conforme se descreve no próximo item.

3.4 A Relação Mãe-Bebê

“Não há isso que se chama bebê. Onde se encontre um bebê encontra-se cuidado materno, e sem cuidado materno não haveria absolutamente bebê”.

D.W. Winnicott

3.4.1 A importância da relação mãe-bebê

Diante da materialidade do nascimento da criança se iniciam o inter-relacionamento e os intercâmbios entre a mãe e o bebê. Para a mãe, é a oportunidade de desempenhar suas capacidades maternas; para o bebê, esse vínculo é a base de sua saúde mental posterior; e para ambos, a possibilidade de influências recíprocas, dinâmicas e circulares. As interações precoces se constroem como um tipo de “espiral transacional das trocas entre a mãe e o bebê em que os dois são participantes ativos da díade e em que cada um exerce uma influência sobre as respostas do outro” (Lebovici & Solis-Ponton (2004, p. 31).

Segundo Golse (2003), nesse encontro inédito entre o adulto que cuida e o bebê se estabelece um “espaço de narração”, onde cada um vai contar algo para o outro. O adulto “conta, de seu modo, ao bebê o bebê que ele mesmo foi, crer ser ou duvida ser, enquanto o bebê conta, a sua maneira, ao adulto a história dos seus primeiros encontros interativos ou inter-relacionais” (p.103).

A ciência psicológica do desenvolvimento, bem como a teoria e a prática psicanalíticas enfatizam o papel materno no nascimento psíquico da criança pelo fato de a mãe estar visceralmente mais ligada ao seu filho. Os pais, mas principalmente a mãe, são responsabilizados cultural, social e psicologicamente pelo desenvolvimento, do vínculo com o filho. Tal vínculo ou laço primordial, caracterizado por um modelo assimétrico já que o bebê se encontra num estado de imaturidade e dependência, tem sido apontado como fonte principal na estruturação do psiquismo, do desenvolvimento do sentido de si mesmo do bebê e como modelo para seus relacionamentos posteriores.

Revisando os conceitos psicanalíticos descritos anteriormente, pode-se identificar e distinguir ao menos cinco tipos de representação do bebê por parte da mãe antes e depois do nascimento: (1) o bebê imaginário: o bebê das fantasias conscientes e pré-conscientes da mãe; produto de seu desejo de criança; (2) o bebê fantasmático: o bebê fruto das fantasias inconscientes da mãe, herdeiro de seu Complexo de Édipo; (3) o bebê narcísico: o bebê do narcisismo da mãe; (4) o bebê cultural: o

bebê que se relaciona com a cultura da mãe, associado a um bebê mítico; e (5) o bebê real: o bebê na sua corporalidade real (Lebovici, 1998).

Também por isso, Rosfelter (1992) ressalta que, quando se fala da dupla identificação da mulher com a própria mãe e com o bebê, é importante que se distinga de que tempo, de que mãe e de que bebê se está falando. Uma forma de identificar esses elementos psíquicos nas figuras parentais é através das representações relacionadas aos próprios pais e outros personagens significativos de seu passado (irmãos, tios, avós etc.) e imagens de si mesmos enquanto filhos, que são veiculadas através do mecanismo de identificação projetiva presente nas relações pais-bebê.

Por sua vez, cada bebê é único ao nascer. Ele traz consigo o que se pode denominar metaforicamente sua primeira identidade, constituída por herança genética, experiências intra-uterinas, componentes pulsionais, ou seja, uma bagagem inata que o caracteriza e que vai marcar a construção do vínculo precoce mãe-bebê. Além das características orgânicas (tônus, peso, tamanho etc.), é com essa primeira identidade que o bebê participa, ativamente, no início deste processo de constituição do psiquismo (Klaus, Kennel & Klaus, (2000).

A mãe, por outro lado, também necessita ser reconhecida pelo bebê, ser amada por ele, confirmar que seu leite seja de boa qualidade nutritiva, ter um vínculo harmônico corporal e afetivo com seu filho. Como exemplo, Lebovici e Solis-Ponton (2004) consideram a importância da “consolabilidade” do bebê, ou seja, a capacidade de o recém-nascido ser apaziguado e consolado por uma intervenção do adulto que varia de um bebê a outro. E “(...) se considerarmos que a vida maternal é provavelmente muito dependente da capacidade de o bebê se consolar, nós nos daremos conta de como as diferenças de cada criança vão intervir para facilitar ou dificultar a construção do vínculo mãe-bebê” (Lebovici & Solis-Ponton, 2004, p.31).

Assim, não há como pensar em parâmetros do bebê ou da mãe, mas sim na possibilidade de recursos de cada díade e, por sua inegável dependência física e psíquica ao nascer, o bebê irá aprender e viver aquilo que a relação com sua mãe puder oferecer.

“Além dos cuidados maternos que visam a satisfação das necessidades orgânicas vitais, a noção de vínculo abrange a satisfação das necessidades afetivas da criança por parte da mãe, sobretudo (...) amor, carinho, proteção, compreensão da linguagem corporal da criança (através do seu tipo de choro, olhar, etc.)” (Zimmermann, 2010, p.22).

Green (1980) afirma que essas precoces experiências de prazer são indispensáveis para a criança adquirir uma organização mínima que permita tolerar frustrações posteriores.

Para o bebê, essa experiência não é imutável, mas guardará sua matriz para toda a vida. As “palavras e os sentidos”, provenientes deste primeiro processo, são como marcas, vestígios da singularidade de cada ser humano. Espera-se idealmente, portanto, que a mãe ou seu substituto seja capaz de mostrar-se sensível aos sinais do bebê através do *holding* (Winnicott, 1975), da *rêverie* ou continência (Bion, 1970), do apego (Bowlby, 1981; Brazelton, 1988), do vínculo (Klaus et al., 2000, Bion, 1962), da “responsividade materna¹³” (Ribas, 2004).

Winnicott foi um dos estudiosos que mais se dedicou ao desenvolvimento psicológico infantil. Dos estudos desenvolvidos por esse autor, pode-se inferir uma continuidade conceitual entre o intrapsíquico introjetado e o observável na conduta. Ele considera as mães como pessoas reais, com seus próprios conflitos e não só imagens¹⁴, produto da fantasia do bebê e tenta mostrar a influência do estado de ânimo da mãe na realidade psíquica da criança (Schetjman, 2004).

Ainda, para esse autor, o desenvolvimento humano ocorre movido por duas forças essenciais: a tendência inata ao amadurecimento e a existência contínua de um ambiente facilitador. O bebê chega ao mundo munido dessa tendência ou “herança psíquica”, que busca a integração. Mas um bebê só existe se existir um ambiente facilitador, denominado como a mãe-ambiente (Winnicott, 2002).

Cabe a esse ambiente prover condições para a atualização dessa tendência ao amadurecimento, através do apoio do ego materno. Nesse sentido, Winnicott (1975) destaca o conceito de *holding*, inicialmente referindo-se à forma como a mãe sustenta o bebê fisicamente e, posteriormente, estendendo o conceito para o suporte emocional da mãe em relação às necessidades e angústias do filho.

Na capacidade de *holding*, ou seja, na função da mãe como um espelho do bebê, no sentido de que este se mira no olhar da mãe, nas suas expressões faciais, na forma como ela o amamenta, na tonalidade de sua voz, o bebê desenvolve o sentimento, embora primitivo, de ser amado ou não (Winnicott, 1975).

Para desenvolver essa capacidade, a mãe tem que vivenciar a “preocupação materna primária”, uma condição psicológica, um estado de intensa sensibilidade, “quase uma doença” que se instala gradualmente e da qual ela se recupera assim que o bebê permite (Cramer, 2000).

A “mãe suficientemente boa” está sintonizada com o filho. A criança forma um ego forte com o apoio egoico da mãe que o converte em real e verdadeiro. Os cuidados maternos, quando “suficientemente bons”, promovem integração da unidade psique-soma. Dessa integração dá-se o que Winnicott (1990) chamou de personalização, cujo sentimento é traduzido pela sensação de habitar o próprio corpo, pela possibilidade de tolerar frustrações, além da capacidade de “estar só” enquanto a mãe está presente.

Entre mãe e bebê constitui-se um “espaço intermediário”: o objeto que gratifica (seio), oferecido pela mãe é ilusoriamente percebido pelo bebê como sua própria criação. A experiência daí resultante irá nutrir o sentimento de confiança, a capacidade criativa e a possibilidade do estabelecimento de uma relação com a realidade externa (Winnicott, 1990). Mas, se o apoio da mãe é instável, a criança acaba se sujeitando mais às exigências da mãe que às suas necessidades internas, correndo o risco de criar um “falso *self*”.

De maneira semelhante, Bion amplia a teoria sobre o funcionamento intrapsíquico até então expressivamente considerado por Freud e Melanie Klein, e dá importância também à intersubjetividade mãe-bebê, caracterizando, assim, uma psicanálise vincular. Para ele, é preciso estabelecer vínculos para se tornar humano. Bion descreveu o que denominou de vínculo de Amor (L, de *love*), Ódio (H, de *hate*) e inovou ao introduzir o vínculo do conhecimento (K, de *knowledge*). Em lugar do clássico conflito entre amor e ódio, Bion propôs ênfase nos conflitos entre as emoções e as anti-emoções presentes num mesmo vínculo, onde –L não é sinônimo de ódio e o –H não significa amor.

É através da possibilidade de estar em relação com outro ser humano que as pessoas se diferenciam e desenvolvem a capacidade de pensamento, de representação e de linguagem (simbolização). Partindo da concepção de que os pensamentos são indissociáveis das emoções, Bion (1962) considera imprescindível que haja uma função vinculadora que dê sentido e significado às experiências emocionais. É o que ele denomina “vínculo K”.

Para Bion (1962), a mãe “empresta” sua mente, sua capacidade de pensar para compreender e transformar as emoções brutas em elementos psíquicos com significado, através do *rêverie* (capacidade da mãe de aceitar e acolher a criança em suas necessidades); o bebê se identifica com essa função continente e transformadora. A mãe ou aquele que cuida deve ser capaz de tomar para si toda a dor de seu bebê e transformá-la em acolhimento e sentido: o inominável ganha nome e

solução; a desintegração ganha integração, sentimento de unidade e de existência.

Assim, a criança terá condições de fazer uma aprendizagem através das vivências das realizações positivas e negativas, sendo essas últimas impostas pelas necessárias frustrações e privações, introjetando a função K da mãe. Se a capacidade de *rêverie* materna for insuficiente, as projeções das ansiedades da criança retornam para ela sob a forma de “terror sem nome”, incrementando a angústia e o ódio.

Quando o vínculo é predominantemente do tipo -K, relacionado a falsidades e mentiras, não-integração da realidade, o que pode acontecer é um ataque às verdades e aos vínculos, uma negação das emoções. Em casos extremos, “o indivíduo constrói suas próprias verdades, que contraria as leis da lógica e da natureza e quer a todo custo impor aos outros como a verdade definitiva” (Zimmermann, 2001, p. 429). É como se o indivíduo não quisesse tomar conhecimento das verdades penosas internas e externas, instalando-se um ataque aos vínculos (daí o sinal negativo) que permitiriam o acesso ao conhecimento.

Zimmermann (2010) introduz um quarto vínculo na relação mãe-bebê: o do reconhecimento (R), baseando suas ideias no paradigma da psicanálise contemporânea de uma necessidade universal de reconhecimento em distintas correntes psicanalíticas, com denominações, abordagens e contextos diferentes. Distingue quatro vértices da necessidade de reconhecimento para a criança: “(1) a de reconhecimento de si mesmo, do próprio psiquismo; (2) reconhecimento do outro, como alguém diferente dela; (3) ser reconhecido ao outro, como expressão de gratidão e (4) ser reconhecido pelos outros, como forma de manter a auto-estima” (p.192).

Tendo como ponto de partida a auto-estima, a teoria de Kohut (1988) sobre o desenvolvimento psíquico evidencia o narcisismo, que segue uma linha de desenvolvimento independente da libido sexual, de modo que os indivíduos investem os objetos pulsionais e, paralelamente, investem, com libido narcisista, os objetos do *self* (objetos parentais externos arcaicos), percebidos como se fizessem parte do próprio corpo. O elemento constitucional seria, para Kohut, um *self* rudimentar, presente desde o nascimento, cujo desenvolvimento depende da resposta empática dos pais.

A normalidade ou a patologia seriam determinadas pela coesão do *self* que, por sua vez depende das respostas empáticas dos objetos do *self*, os pais reais. A ideia de narcisismo é tomada no sentido mesmo de auto-estima, não incluindo fantasias ou motivações do sujeito que possam distorcer a imagem dos pais. O ambiental é representado pelos

pais que fornecem objetos narcisicamente investidos, que devem ser estáveis. A doença mental é produzida pela falha dos pais. Nesse sentido, uma ideia original é que a presença do pai proporciona uma segunda oportunidade no desenvolvimento, caso falhe a empatia da mãe, na coesão do *self*.

Como salientado antes, a interação é diádica e circular e o bebê participa ativamente. Bowlby (1962) estudou durante mais de quarenta anos o fenômeno do apego (*attachment*), que descreveu como um vínculo primário do bebê com a mãe, ficando o desenvolvimento do bebê sujeito às vicissitudes facilitadoras e dificultadoras dessa relação.

Junte-se à complexidade levantada nos itens anteriores o fato real de que nem sempre a relação mãe-bebê nasce em situações reais ideais. Ela pode acontecer de forma “inesperada”, dentro de condições socioeconômicas adversas, dentro de casamentos conflituosos, permeados por agressão sutil ou explícita. O filho pode ser resultado de encontro casual, abuso, estupro, incesto etc. Acrescentem-se as condições indesejáveis da vida como: desemprego, situações de abuso e abandono na própria infância, moradia precária, dependência de drogas, gravidez na adolescência, sistema de saúde ineficiente, dentre outros.

Cintra e Moraes (2006) destacam que ser mãe de um, dois ou mais filhos modifica a identidade da mulher, e cada filho é vivido de forma diferente, dependendo do sexo da criança, do contexto e da “ordem” em que nasce, relembrando o próprio nascimento na família de origem, dos objetivos e papéis consciente ou inconscientemente atribuídos a estes filhos, tais como salvar a vida de um irmão doente, substituir um irmão morto, reparar um aborto provocado ou espontâneo, reunir um casal em processo de separação, por exemplo.

No próximo item descrevo o que as pesquisas revelam sobre as vicissitudes da relação mãe-bebê quando a mãe é acometida de Depressão Pós-Parto.

3.4.2 Implicações da Depressão Pós-Parto na relação com o bebê

O papel exercido pela Depressão Pós-Parto na interação com o bebê tem sido abordado por inúmeras investigações nas últimas décadas, as quais podem evidenciar, empiricamente, as conceituações psicanalíticas, como a necessidade de manter o bebê, inicialmente, sob o princípio do prazer, o papel do *holding*, a constituição de um objeto interno seguro e o núcleo narcisista do ego. Esses estudos aportam dados experimentais acerca do entrosamento intersubjetivo, das

perturbações interativas, etc., que apontam falhas precoces importantes a serem detectadas, ligadas a transtornos nos processos de constituição psíquica (Schejtman, 2004) e a repercussão negativa no desenvolvimento afetivo, social e cognitivo da criança (Schwengber & Piccinini, 2003).

Os estudos de Marques (2003) apontam padrões comportamentais, nas mães deprimidas, de distância, pouca expressividade, menor estimulação das crianças ou estimulação estereotipada e repetitiva. Ou, ao contrário, comportamentos intrusivos que não reconhecem os ritmos e as necessidades dos bebês.

Segundo Schejtman (2004), crianças, filhas de mães retraídas tendem a tornar-se também retraídas, pela impossibilidade de reparar a interação, podendo apresentar, inclusive, em casos extremos, anorexia por inércia; já as crianças de mães deprimidas intrusivas tendem a se tornar mais irritadas e distantes. Nesses casos, as crianças podem apresentar anorexia também, mas por recusa a se alimentar como proteção contra a intrusividade materna.

O estudo longitudinal de Schwengber e Piccinini (2005) comprova efeitos prolongados na relação mãe-deprimida e no comportamento da criança, respectivamente, no final do primeiro ano e quatro anos depois. Como exemplo, os autores relatam a percepção da mãe em relação aos filhos como crianças de temperamento difícil, já que elas costumam reagir à apatia da mãe com agitação e irritabilidade, ou, mais tarde, com apatia por identificação. Da mesma forma, mães com depressão tendem a mostrar-se menos satisfeitas com as habilidades adquiridas do bebê.

Ainda, segundo as pesquisas de Schwengber e Piccinini (2003) e Schmidt, Piccoloto e Müller (2005), a literatura aponta que crianças filhas de mães deprimidas têm de duas a cinco vezes mais possibilidade de desenvolverem problemas emocionais e de comportamento, já que a depressão materna leva a uma desorganização no ambiente familiar como um todo e, conseqüentemente, a um funcionamento mal-adaptativo da criança. Dentre os problemas posteriores do desenvolvimento das crianças, associados à DPP estão os transtornos de conduta, comprometimento da saúde física, as ligações inseguras e os episódios depressivos (Klaus et al, 2000).

Marques (2003) destaca nas crianças, filhas de mães deprimidas: dificuldades de aprendizagem ligadas a perturbações da atenção, perturbações somáticas, bem como incidência de acidentes e comportamentos de risco. A desarmonia interativa envolvendo a negação da subjetividade por outra pessoa pode, inclusive, representar

um mecanismo central de violência psíquica, favorecendo comportamentos violentos ulteriores.

Como pesquisador e psicoterapeuta, Stern (1997), em seus estudos sobre a experiência interativa entre bebês e mães deprimidas, observou que as mães não ficam deprimidas de uma forma brutal, mas num processo de desligamento progressivo, o qual geralmente é parcial e expresso através do que o autor denominou “micro-eventos”. Como exemplo, quando a mãe rompe com o contato visual com o bebê quando ele lhe sorri.

Os resultados de seus estudos mostram que as mães deprimidas comparadas com as não-deprimidas gastam menos tempo olhando, tocando e falando com seus bebês, apresentam mais expressões negativas que positivas, mostram menos espontaneidade, menores níveis de atividade, bem como menos responsividade. A depressão tenderia a afetar a disponibilidade cognitiva e emocional da mãe, condições inerentes à contingência de respostas; por isso ela tenderia a não ser adequadamente responsiva (Frizzo & Piccinini, 2005).

Diante destes comportamentos distantes, segundo Stern (1997), o bebê pode apresentar quatro reações. (1) Diante do fracasso nas suas tentativas de ter a mãe emocionalmente presente, o bebê tenta a proximidade através da identificação e da imitação. (2) O bebê assume o papel de reanimador, fazendo com que a mãe volte à vida, o que muitas vezes funciona, já que a depressão materna não pode ser considerada total, nem tampouco constante. (3) Se as tentativas de reanimar a mãe falham, o bebê parte em busca de um nível mais apropriado de estimulação e interesse no mundo (e aqui entra a figura do pai e outros familiares) e (4) O desejo subjetivo de estar com a mãe não-deprimida, percebida nos momentos de não-depressão da mãe, culmina em falta de autenticidade (falso *self* de Winnicott), dado o seu interesse de uma interação mais viva com a mãe.

Embora os estudos de Stern (1997) apontem para particularidades da interação bebê-mãe deprimida, ainda não se pode afirmar o quanto os bebês generalizam o comportamento depressivo com outras pessoas familiares não-deprimidas. Contudo, outros autores, como Marques (2003) encontraram evidências contrárias, indicando que esses padrões interativos no bebê tendem a se manter com outros adultos além da mãe e a se perpetuar no segundo ano de vida.

A amamentação se constituiu em outra forma de contato relevante na interação mãe-bebê. No “Dossiers de L’Allaitement” n.74, do governo francês, encontra-se a recomendação de encorajar a mãe a

amamentar e de apoiá-la no aleitamento devido aos benefícios tanto para a criança quanto para a própria mãe, pois a amamentação, além de diminuir os níveis de estresse, ajuda a mãe no processo de maternagem. Igualmente, o aleitamento protege o bebê do impacto negativo diante da depressão materna, já que uma mãe que amamenta deve ter contatos físicos e estreitos com seu bebê, favorecendo a relação afetiva.

Porém, de acordo com levantamento realizado por Vitolo, Benetti, Bortolini, Graeff, e Drachier (2007), de pesquisas nacionais e internacionais indicando as implicações da depressão materna sobre o aleitamento, a conclusão é de que mães depressivas amamentam com menor frequência seus bebês, interrompem a amamentação no peito mais cedo e percebem-se menos confiantes quanto a sua capacidade de amamentar. As autoras também apontam que a depressão está associada ao desmame precoce e que quanto mais cedo ocorre o episódio depressivo, menor o tempo de amamentação, destacando o impacto negativo da depressão sobre o engajamento materno em práticas de aleitamento.

Da mesma forma, estudos recentes apontam que a mastite (inflamação mamária), que prejudica o aleitamento, principalmente, pelo incômodo doloroso, pode causar depressão e que o estresse psíquico, característico da depressão puerperal, aumenta o nível de inflamação, construindo um círculo vicioso. Torna-se imperativo, portanto, reconhecer essa implicação e tratar a mastite em suas múltiplas causas (Dossiers de l'allaitement,74).

Em termos psíquicos e considerando inicialmente a teoria freudiana que enfatiza o papel decisivo desempenhado pela mãe nos processos de estruturação do psiquismo, pode-se inferir que a depressão materna pós-parto pode constituir um déficit nos investimentos libidinais, levando a uma precariedade no núcleo narcisista do ego e uma tendência a falhas na discriminação entre o estímulo pulsional e o estímulo exterior, não ocorrendo diferenciação entre mundo interno e externo (Schejtman, 2004).

Como salientado acima, para Winnicott (1975) se a mãe é instável, a criança tende a se submeter mais às exigências ambientais que às suas próprias necessidades internas. Essa falha materna leva, então, a criança a dificuldades de integração psicossomática, demonstradas pela sensação de desintegrar-se ou de cair interminavelmente.

Em 1975, Winnicott afirma, ainda, que as mães que apresentam processos depressivos interrompem o processo de diferenciação e perturbam a criatividade do bebê. Para esse autor, o primeiro espelho da

criança são os olhos da mãe. Num rosto materno inexpressivo, os bebês se olham e não se veem, dificultando seu processo de integração psíquica, podendo padecer de enfermidades comuns e apresentar certo atraso na aquisição do desenvolvimento psicomotor, do tônus muscular e da coordenação. Da mesma forma, a depressão materna pode influir no desenvolvimento da afetividade, da capacidade de realizar aprendizagens.

Ainda para esse autor, a condição básica do sentir-se existindo consiste em ser percebido primeiramente, sem que tenha que se fazer perceber de maneira ativa. O reflexo de si mesmo no olhar da mãe é, pois, a primeira forma de identidade do bebê; nele reconhece a sua existência como possibilidade de autonomia. Ao contrário, as falhas na realização da função especular materna geram consequências danosas ao desenvolvimento humano, em graus diversos de severidade, no que se refere à descoberta e ao desenvolvimento do *self*, ao sentimento de existir, de sentir-se real e à auto-estima (Winnicott, 1975).

Em relação a isso, Silva (2010) alerta para a possibilidade de uma relação de dependência “invertida”, quando a mãe não se mostra capaz de assumir a função de *holding*, ficando angustiada ou ansiosa com o desamparo do bebê, impelindo-o a ter apenas as necessidades que ela possa suprir e não outras. Com isso o bebê se constitui “a partir da casca e não de cerne”, ficando impedido de constituir seu próprio *self*.

Esse fato pode ser agravado caso a mulher apresente evidências de representações maternas excessivas ou deficientes, quando as meninas se veem como a extensão narcísica e libidinal de sua mãe, não tendo dela se separado, minando sua experiência subjetiva com conflitos entre os desejos contraditórios de fusão e de separação (Sztajnberg, 2003).

A partir das ideias de Winnicott, Green (1980) chamou de “mãe morta” a imagem constituída na psique do filho em consequência de uma depressão materna que transformou brutalmente o objeto vivo em uma figura distante, átona, quase inanimada, que impregna de maneira muito profunda. Uma mãe viva, mas psiquicamente morta dificulta os processos de identificação primária, gerando uma predisposição ao que Green denomina “luto branco”, um “núcleo frio” na constituição narcisista.

A distância afetiva da mãe não é percebida pela criança como recriminação por faltas cometidas, mas relacionada a sua maneira de ser; “de fato, lhe é interdito ‘ser’ ” (Green, 1980, p.258). Como esse tipo de relação fria acontece em etapas muito primitivas do desenvolvimento, o

resultado são “buracos psíquicos”, o vazio. Como consequência, mesmo que a criança invista em outros objetos que a rodeiam, permanecerão estados de vazio, difíceis de expor em palavras posteriormente.

Continuando segundo Green (1980), dentre as defesas possíveis a criança pode apresentar esta identificação inconsciente com a mãe morta, já que a aflição materna interdita a emergência de sentimentos de ódio, que prejudicariam ainda mais a imagem da mãe. A identificação em espelho ou “mimetismo”, como denomina o citado autor tem por finalidade passar a ser o objeto, já que não pode tê-lo.

Além disso, Green destaca defesas secundárias como: o desencadeamento de um ódio secundário; a excitação auto-erótica; a busca de um sentido perdido estruturando o desenvolvimento precoce das capacidades fantasmáticas e intelectuais do eu, desempenho e autorreparação; a criação artística. Porém, “as sublimações revelarão sua incapacidade (...), pois o sujeito permanecerá vulnerável num ponto particular, o de sua vida amorosa” (1980, p.258).

Toth e Peltz (2009), no entanto, salientam que a depressão materna não necessariamente causa consequências nefastas para as crianças. Muitas conseguem um desenvolvimento positivo e, inclusive, um laço de apego assegurador com sua mãe depressiva. Apesar de diversas circunstâncias adversas, algumas crianças costumam apresentar desenvolvimento saudável e capacidade de se relacionar. É o que se chama de resiliência. A psicanálise apropriou-se desse vocábulo para significar uma força interior de indivíduos que sofreram um doloroso impacto físico ou emocional, impulsionados pelo apego à vida, portanto, ao vínculo do amor. Assemelha-se ao conceito de “pulsão de vida” ou “pulsão de amor” de Freud (Zimmermann, 2010, p. 79).

Mesmo assim, diante de todas as possíveis dificuldades e falhas, mães deprimidas pré-ocupadas consigo mesmas se sentem incapazes de atender e entender o bebê, se culpabilizando por isso e criando um círculo vicioso de auto-depreciação, dificuldade de interação com o bebê e de novo, culpa. Em relação a isso, Green (1980) fortalece a figura do pai ou substituto que consegue responder aos investimentos de apego da criança. O item a seguir discorre sobre a participação do pai nesse processo.

3.5 A Participação do Pai na Depressão Pós-Parto

Apesar de o presente estudo se dedicar aos fenômenos intrapsíquicos da DPP, as implicações familiares não podem ser omitidas. A família é o local, por natureza, onde se desenvolve a DPP e

onde estão localizadas todas as vicissitudes dessa situação. Como todos os fatos que ocorrem numa família, a DPP pode ser, também, considerada um fenômeno circular, na medida em que as influências são recíprocas e contemporâneas para todos os seus elementos. Nesse contexto, a figura do pai também vem sendo alvo dos pesquisadores na situação da DPP (Toth & Peltz, 2009).

O homem, durante séculos, foi o provedor econômico do lar, sua participação na criação dos filhos era uma questão de escolha e dependia das condições culturais, não se ocupando da alimentação ou dos cuidados com os filhos, ficando encarregado pela disciplina e por brincar com as crianças. Na medida em que a mulher vem modificando seu papel social, surge a necessidade de mudanças no papel do pai. A paternidade adquire um crescente papel social e psicológico. Dos pais passam a ser cobradas atitudes mais ativas e funções nunca antes por eles exercidas (Videla, 1997 e Felice, 2000).

Cramer e Palacio-Espasa (1993) afirmam que o homem vem sendo requerido, mas também vem requerendo participação mais ativa nos cuidados com o filho, lutando para deixar de sentir-se um intruso no mundo das mulheres, para exercer sua própria contribuição, comprometendo-se em atividades maternas para ganhar posição paternal. Como tudo isso ainda é muito novo, dependendo de sua personalidade e, principalmente, do relacionamento conjugal, o homem pode “optar” por uma participação integral, desde a gravidez, o nascimento e os cuidados com o bebê ou, no outro extremo, pela fuga e renúncia a qualquer tipo de identificação com papéis femininos.

Autores como Felice (2000), Rapoport e Piccinini (2006), Ramchandani, Stein, Evans e Connor (2006), Silva (2007) e Frizzo e Piccini (2007) afirmam que, para além do momento social, maior participação paterna tem sido requerida nas situações de Depressão Pós-Parto. Nos estudos envolvendo paternidade e depressão materna relatados por estes autores, o papel do pai é considerado como um fator de proteção ou de risco para a saúde mental da mãe.

O pai do bebê é considerado pelas mães deprimidas o principal ponto de apoio e é a ele que elas recorrem como auxiliar para atividades diárias ou como suporte afetivo. Em termos práticos, o envolvimento do pai com seu bebê reduz a sobrecarga materna; em termos emocionais a mãe tende a ver o envolvimento do pai com o bebê como um ato de carinho e atenção também em relação a ela. Além disso, quanto maior o envolvimento do pai, maior a possibilidade de empatia com as dificuldades vividas pela mãe no dia-a-dia.

Além das referidas pesquisas, as de Alvarado et al. (2000), Schmidt, Piccoloto e Müller (2005), e Cindy-Lee e Nicole (2007), entre outras, confirmam a percepção de falta de apoio do parceiro como um dos fatores predisponentes à DPP e apontam, do mesmo modo, certo nível de insatisfação das mães deprimidas, uma vez que alguns maridos se dispõem a auxiliá-las nas tarefas domésticas ou com os filhos, mas não têm sensibilidade para entender suas necessidades afetivas.

Silva (2007) destaca que há uma interação complexa entre o relacionamento conjugal e a interação mãe-pai-bebê. E aponta que não há consistência na literatura quanto à direção da associação entre depressão materna e relacionamento conjugal:

Se as dificuldades do casal estariam na origem da depressão pós-parto materna, ou se o humor deprimido da mãe traria conseqüências negativas para o relacionamento familiar. O que parece mais evidente é que existe uma retroalimentação, de modo que, em famílias onde existem dificuldades no relacionamento conjugal, estas tendem a ser agravadas pelo desencadeamento de uma depressão pós-parto materna e vice-versa (p.38).

Os estudos de Frizzo e Piccinini (2005, 2007) apontam que quando há satisfação conjugal, o pai não deprimido conseguiria compensar as falhas do cônjuge doente. Nesse mesmo sentido, Cramer e Palácio-Espasa (1993) confirmam que a relação do casal, anterior ao nascimento, do filho é determinante como facilitador ou dificultador deste engajamento com os filhos, necessário, especialmente, quando a mãe está deprimida. Caso haja conflitos conjugais, pais, mães e bebês são prejudicados. Dentre esses conflitos citados, estes últimos autores citados ressaltam o fato de que o bebê inaugura a tríade: “o casal precisa passar de dois para três, reeditando a situação edípica, com o risco de que um dos pais se sinta o terceiro excluído (com mais frequência o pai)” (Frizzo & Piccinini, 2005, p. 29).

Em relação ao bebê, Silva (2007) aponta que o envolvimento paterno pode reduzir os riscos, agindo como moderador dos efeitos da depressão materna sobre o desenvolvimento infantil, de acordo com seu grau de afetividade, de controle e com a quantidade de tempo dedicado ao filho, constituindo-se um modelo de cuidado e de interações positivas. Os riscos aumentam quando os pais são ausentes, pouco participativos ou apresentam também alguma patologia.

Mas, como esse homem vai enfrentar a paternidade e a “missão” de substituir a mãe exaurida, chorosa e distante pela DPP? Segundo Parseval (1986), muitos fenômenos emocionais vivenciados pela mulher durante a gravidez, o parto e o pós-parto também o são pelo homem. Ele revive consciente e inconscientemente sua infância e suas primeiras e significativas relações, agindo e reagindo em relação ao nascimento do filho com toda sua bagagem individual de identificações e características de personalidade. “É a si mesmo, em última análise, à história de seus conflitos, aos seus pontos de fixação da libido, às suas elaborações mentais, às suas regressões e identificações que cada pai é remetido” (Parseval, 1986, p. 77).

O comportamento paterno, tal qual o materno, com relação ao bebê é, portanto, uma combinação complexa de sua própria herança genética, as respostas do bebê a ele, as relações interpessoais com sua própria família e com o cônjuge, experiências passadas com esta ou outras gravidezes, absorção de práticas e valores culturais, e a maneira como foi criado pelos próprios pais. O componente paterno de cada homem, a sua capacidade para tolerar tensões e as necessidades que tem de atenção especial e apoio difere e depende da combinação desses fatores (Klaus & Kennel, 1992).

Exemplo 7: o marido de Bárbara, companheiro e solidário antes do nascimento do filho, passou a recriminá-la e persegui-la, desqualificando-a como mãe de forma exagerada e desproporcional a cada vez que o filho chorava, se ela o colocava no berço ou se ela se recusava a amamentar, caso ela tivesse acabado de fazê-lo e o bebê chorasse. O bebê foi diagnosticado com refluxo, mas estava na realidade super alimentado, não conseguindo dormir à noite. Bárbara desenvolveu uma DPP e o casal acabou se separando. O fato é que o marido de Bárbara foi abandonado pela mãe, que o entregou aos cuidados de uma tia quando ele tinha um mês e meio de idade, tendo fortes lembranças de ter passado fome. Ele estava projetando na esposa a sua mãe abandonada e frustradora, bem como projetando o bebê que ele foi no seu filho.

Parseval (1986), Raphael-Leff (1997), Videla (1997) apontam alguns polos conflituais por que podem passar os homens no enfrentamento da situação de paternidade. Dentre eles, ressaltam:

- revivência de vivências de frustrações precoces, como no exemplo acima.
- inveja diante da capacidade reprodutiva das mulheres, levando à dificuldade de estabelecer identificações femininas, necessárias ao cuidado com crianças.

- revivência do complexo edípico, rivalidade com o pai, culpa por ter tomado seu lugar em fantasia.
- rivalidade com irmãos, projetada no filho (ver caso Carla).

Em sua experiência clínica, Raphael-Leff (1997) observou ainda que a paternidade pode trazer à tona relacionamentos internos reprimidos, resultando tanto no abrandamento quanto no enrijecimento das defesas. “Para alguns pais, a comprovação pública da virilidade afeta hábitos de vida inteira em relação à figura paterna, liberando a criatividade bloqueada, reprimida em deferência à autoridade, ou acabando com padrões de arrogante rebeldia (...)” (p.60).

Se o homem foi auxiliado por um pai e uma mãe amorosos, com os quais se identificou, se obteve permissão e aprovação dos pais internalizados, o homem pode renunciar a desejos infantis e impossíveis. Caso isso não tenha ocorrido, pode começar a manifestar sintomas psicossomáticos ou dificuldades sexuais, sociais ou no trabalho. Parseval (1986) enumera algumas reações patológicas dos homens em relação à paternidade, tais como psicose puerperal e atuações (acidentes, casos extraconjugais, eventos homossexuais, etc.).

Videla (1997) chama a atenção para o fato de que geralmente as equipes de saúde e pesquisadores se detêm mais nas mães, descuidando dos pais, que reprimem seus temores, os ocultam de sua mulher, confundindo essa conduta com virilidade ou fortaleza masculina, enquanto debilitam seu ego, podendo desenvolver diversas patologias.

Constatando e confirmando a vulnerabilidade masculina, Zerkowitz e Milet (1996), Roberts, Bushnell, Collings e Purdie (2006) e Silva (2007) ressaltam as repercussões da depressão materna sobre o parceiro em sua transição para a paternidade, reforçando a noção de circularidade do fenômeno familiar. Sintomas como falta de comunicação, afastamento e perda da libido são comuns na Depressão Pós-Parto feminina, os quais podem desconcertar o pai e dificultar o relacionamento do casal.

Os resultados dos estudos antes citados apontam sentimentos de inadequação e ressentimentos, bem como um aumento em sintomas depressivos e agressivos, insatisfação matrimonial e com as mudanças domésticas, de lazer e de intimidade nos homens pesquisados. Também foram evidenciados: preocupação com a saúde das esposas, frustração por sua incapacidade de aliviar os sintomas depressivos delas, confusão sobre o que é realmente a DPP e ansiedade quanto ao futuro da família.

Conforme constatado por pesquisas como as de Ramchandani et al. (2006) ou Paulson (2010), parceiros de mães com DPP estão também

em risco para o desenvolvimento de psicopatologias, dentre elas, a própria depressão. De acordo com esses autores a taxa de DPP masculina é de 10%; alcança seu pico entre os três e seis meses do nascimento do bebê, apresenta sintomas similares aos das mulheres deprimidas, tais como ansiedade, mudanças de humor, irritabilidade e desesperança.

Considerando esses achados descritos, ficam visíveis, então, alguns fatores:

- em termos ideais, o casal deveria ter construído uma boa relação antes de se tornarem pai e mãe, para que pudesse se ajudar mutuamente a passar por essa transição identitária de filhos para pais. O homem deve projetar na mulher a mãe boa que teve e re-elaborar seus conflitos edípicos quando do surgimento do terceiro na relação, o filho. Da mesma forma, a mulher deve projetar no homem um pai que a autoriza a ser mulher e mãe ou a própria mãe boa, pois é a ele que vai recorrer quando precisar ser “maternada”¹⁵ no período peri-natal (Bernardino & Rohenkhol, 2002); elaborar seus conflitos edípicos e precoces no relacionamento com a mãe para poderem se tornar pais de forma criativa, a seu jeito.
- o que se observa no dia a dia e na prática clínica é que muitas mulheres, quando se tornam mães, desde a gravidez, excluem os maridos, revivendo sua fusão com a mãe real ou projetada no bebê.
- homens com dificuldades de triangulação nas relações também se excluem, passando a trabalhar mais, “ter que viajar”, tendo casos extraconjugais ou se isolando dentro da mesma casa.
- as situações não se desenvolvem de forma ideal, porque todo o ser humano tem uma história que carrega consigo, com maior ou menor possibilidade de flexibilizar e não apenas repetir consciente ou inconscientemente. Daí a importância de o casal se conhecer e poder dialogar entre si, com amigos e familiares, e com profissionais especializados, o que será discutido mais adiante, neste estudo, em “Redes sociais de apoio”.

Em relação ao pai, vale ainda ressaltar que além de “fiel escudeiro” da mulher, o homem tem uma importante função no nascimento psíquico do filho. Ele representa outra face importante no relacionamento com a criança. Além de dar afeto e cuidar do bebê, o pai representa a “lei”, a interdição do incesto, aquele que deve quebrar a fusão inicial e necessária dos primeiros anos de vida entre mãe e

criança. O pai é o representante da realidade, do social e assim deve se colocar. Caso se omita ou aceite a exclusão por parte da mulher, estará privando a criança de um desenvolvimento emocional maduro, restando a esta como opções em casos extremos, a psicose, a psicopatia, a perversão e outras patologias (Bergeret, 1991).

Deduz-se daí a importância da atenção ao casal e não só às mães nos serviços de saúde, nas consultas pré-natais, nos ultrassons, nos grupos para gestantes, na participação no parto e no atendimento psicoterápico. De qualquer forma, as famílias, nas quais a mãe está deprimida deveriam ser vistas em risco potencial, uma vez que seus demais membros, não apenas o pai, mas também os outros filhos estariam propensos ao desenvolvimento de depressão e outras doenças psiquiátricas (Silva, 2007).

3.6 As Redes Sociais de Apoio

O contexto familiar se modifica em decorrência do nascimento de um filho, surgindo exigências de adaptação às novas circunstâncias. Com o nascimento do bebê, a mulher deixa de ser o centro de sua própria vida, o bebê passa a ocupar essa posição; ela enfrenta privação de sono e se adapta ao ritmo do bebê, das mamadas dele, impossibilitando que ela retorne de imediato à rotina anterior ao nascimento do filho.

Os pais, especialmente a mãe, devem passar por processos psicológicos e sociais que envolvem: (a) iniciar as funções maternas com sua bagagem psicológica, familiar e transgeracional; (b) auxiliar o bebê em seu desenvolvimento, estimulando-o globalmente; (c) adaptar-se e reorganizar o núcleo familiar e social para incorporar o novo membro.

Praticamente até o início do século passado, a maternidade era um evento, em sua essência, familiar e social, no qual as mulheres se viam mais envolvidas e apoiavam umas às outras, quer fossem da mesma família ou não. Hoje, o cenário social da maternidade encontra-se modificado, as famílias não vivem mais tão agrupadas, mães e avós são ativas profissionalmente e a mulher passa a contar com muito menos pessoas para apoiá-la tanto nas tarefas envolvidas nos cuidados de um bebê, quanto no compartilhar de dificuldades e emoções. O estudo longitudinal realizado por Cindy-Lee e Nicole (2007) confirma a diminuição de traços depressivos em mães que tinham a possibilidade de trocas com outras mães nas primeiras oito semanas após o nascimento do bebê.

De acordo com Langer (1981) as condições sociais atuais constituem uma perda para as mães, pois o auxílio feminino é importante para que elas se sintam aprovadas em sua maternidade e feminilidade. Apesar da ambigüidade, que inclui necessidade de confiança e reconhecimento e, ao mesmo tempo, temor à rivalidade e ao fracasso, recorrer a outras mulheres com pedido de ajuda, denuncia que, inconscientemente, há uma transferência da própria mãe boa para as mulheres que a apoiam e acompanham.

Nesse novo contexto social, vê-se alterado o papel atribuído ao pai, como explicitado no item anterior e se ressalta o papel da rede social de apoio na experiência da maternidade. Rapoport e Piccinini (2006), em seu levantamento bibliográfico sobre o tema, definem a rede social de apoio como “a disponibilidade de sistemas e pessoas significativas que proporcionam apoio e reforço às estratégias de enfrentamento do indivíduo diante das situações de vida” (p.86), incluindo-se a família extensa, os amigos, colegas de trabalho, relações comunitárias e serviços de saúde, de credo religioso ou político.

Hernández, Kimelman e Montino (2000) observam que quando as mulheres provêm de uma rede familiar de apoio que estimule suas competências e aptidões, o enfrentamento das questões relativas à maternidade e ao bebê é mais seguro. Mas, nos casos de perturbação das relações familiares, o risco de laços patológicos é bastante significativo, caso a mãe repita seu modelo familiar de vinculação.

Em seu estudo, Cindy-Lee e Nicole (2007) detectaram a percepção das mães quanto ao suporte psicológico oferecido pelas equipes. Em função disso, as autoras afirmam que uma maior compreensão das abordagens de apoio específico pode auxiliar os profissionais da saúde no desenvolvimento de intervenções preventivas efetivas. Diagnosticar e intervir precocemente na gravidez e no pós-parto previne complicações para a mãe, para o bebê e para toda a família. Independente da terapêutica aplicada, a abordagem das mães nas maternidades e nos centros de saúde engloba três aspectos importantes: a importância da família e da rede social de apoio; o papel de acolhimento da equipe de saúde; e a psicoterapia.

Cada mãe pode apresentar necessidades diferentes, quer seja “uma orientação, uma ajuda prática ou mesmo algumas palavras de carinho. Muitas vezes a ajuda pode não ser solicitada ou mesmo recebida, mas o fato de a mãe saber que tem com quem contar tem um impacto potencial positivo” (Rapoport & Piccinini, 2006, p.94).

Confirmando a relevância das redes sociais de apoio na perinatalidade, Rapoport e Piccinini (2006) realizaram levantamento de estudos longitudinais que diagnosticaram:

- a importância do papel promotor de saúde das redes sociais de apoio desde a gravidez, uma vez que demonstraram influências positivas não só no período de gestação, como no desenvolvimento ao longo da infância. Mães e bebês acompanhados por redes de apoio se mostraram em boas condições de saúde, sem necessitar cuidados intensivos.
- mães com uma rede de apoio social maior mostraram-se sensíveis em sua interação com o bebê, tornando-se hábeis para atender às necessidades do bebê, uma vez que têm oportunidade de contato com outras pessoas, tendo suas próprias necessidades emocionais atendidas.
- a adequação do apoio social mostrou-se visivelmente associada à responsividade materna.
- pai como a fonte principal de apoio social, seguido por outros membros da família, especialmente parentes mulheres (mães e irmãs) e creches, essas últimas, mencionadas após os seis meses de idade da criança.

Atualmente, em conformidade com os novos recursos tecnológicos, mundialmente difundem-se as salas de “*chat*”, listas *on line*, *blogs* e comunidades, que proporcionam às novas mães se “encontrarem”, dividir dúvidas, crenças, indicações, ideologias quanto à criação de seus filhos. Além disso, sites com textos científicos, escritos por profissionais, divulgam informações das mais diversas, tornando-se a tecnologia um novo tipo de suporte social.

Bergeret- Amselek (2000) e Agard-Maréchal (2007) observam, porém, que o que predomina é o silêncio das mães diante das grandes dificuldades, eminentemente as emocionais diante da experiência da maternidade. Por isso as mulheres acabam desenvolvendo as chamadas “doenças da maternidade” (Delassus, 2002) em diferentes níveis de intensidade e significados psicológicos. Daí a importância de que profissionais de saúde e comunidade conheçam a fundo a problemática envolvida no período perinatal, que facilitem o encaminhamento a tratamentos psicoterápicos, como possibilidade de ajuda.

4 MÉTODO

“Em metodologia psicanalítica, não há critério para se determinado uso é certo ou errado, significativo ou demonstrável, mas se promove ou não um desenvolvimento.”

Wilfred Bion

Os métodos de investigação escolhidos para serem utilizados no desenvolvimento de um estudo são consequências de como o pesquisador vê e entende a natureza da realidade, o conhecimento e os processos de mudança. São mais do que uma decisão de como fazer a pesquisa, mas do por que fazer e para quem fazer (Cifuentes, 2004).

A escolha do método clínico empregado para sustentação desta tese foi uma consequência natural dos objetivos antes referidos e da minha prática em psicoterapia. Identificada com as ideias de Marion Minerbo (2004) e Cifuentes (2004) considero que os pressupostos metodológicos que regem uma pesquisa são essencialmente uma postura diante do conhecimento que determina os procedimentos de aproximação do objeto de estudo.

O método clínico lança mão de conhecimentos psicanalíticos, tanto para a pesquisa de campo, através da valorização dos fenômenos transferenciais¹⁶, quanto para a discussão dos resultados, através da valorização do funcionamento psíquico inconsciente. Mais do que compreender o comportamento humano, o método clínico procura entender o processo pelo qual as pessoas constroem significados, tentando dar-lhes sentido ou interpretação (Turato, 2000).

A opção pela psicoterapia psicanalítica como instrumento se baseia também no fundamento epistemológico psicanalítico defendido por Freud (1912), Mezan (1998), Roudinesco (2000) e Aguiar (2001), de que pesquisa e tratamento coincidem, e de que cada caso estudado adquire um valor “exemplar”, já que contempla singularidades e vivências compartilhadas por outros sujeitos. Além disso, a prática clínica, como acesso à realidade psíquica subjetiva é, segundo Berlink (1993), uma fonte para a formação de problemáticas que impulsionam a construção do saber metapsicanalítico¹⁷ que, por sua vez, está pautado na necessidade de rigor quanto à sua aplicação.

4.1 Procedimento

4.1.1 *Participantes*

Para selecionar as participantes da pesquisa, foram distribuídos cartazes (conforme apêndice A) na divisão de pediatria, na maternidade e no ambulatório de pediatria de um hospital em Florianópolis, incluindo os objetivos da pesquisa e os critérios de inclusão. Também foram realizadas reuniões com a psicóloga da pediatria, com uma pediatra e residentes de pediatria do hospital para divulgação do recrutamento. Uma pediatra do ambulatório encaminhou uma paciente.

Após ser informada em reunião do Laboratório de Saúde, Família e Comunidade do Departamento de Psicologia da UFSC que havia um grupo de puérperas em um Posto de Saúde, fiz uma reunião com um dos médicos do Programa Saúde da Família e contato informal com a enfermeira-chefe do referido Posto. Logo lembraram uma paciente e a encaminharam para participar da pesquisa.

Duas participantes procuraram psicoterapia no consultório particular da pesquisadora. Uma indicada por uma ginecologista e outra indicada por uma psicóloga, que não tinham conhecimento da pesquisa.

Às quatro participantes foram colocados os objetivos da pesquisa e a todas foi questionado o interesse de participar, garantindo sigilo em relação à identificação. Todas assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

Inicialmente, pensou-se em realizar a triagem das participantes através da Escala de Edinburgh de Depressão Pós-Parto. Depois, optou-se por não trabalhar com diagnósticos a priori e estipulou-se a sintomatologia clínica apresentada pelas participantes como critério de inclusão na pesquisa.

Assim, a escolha das participantes deveria atender os seguintes critérios de inclusão:

- ter idade a partir de dezoito anos;
- ser residente em Florianópolis ou São José;
- ter tido seus bebês nascidos a termo, ou seja, não ser mãe de bebês prematuros;
- ter tido seus filhos sem problemas físicos evidentes como malformações anatômicas, problemas cardíacos ou renais congênitos etc.;
- os bebês estarem na faixa etária entre um e oito meses;
- a mulher apresentar sintomas ou fatores de risco tais como: desânimo, cansaço, choro “desmotivado”, tristeza, sentimentos

de auto-depreciação, distúrbios de sono e/ou de alimentação, dificuldades de cuidar dos bebês ou bebês com repetidos problemas de saúde (com ou sem internações), bem como dificuldades conjugais.

Com esses critérios foram excluídas mães adolescentes, mães de prematuros, malformados e natimortos por requererem uma visão mais específica e direcionada a cada situação. Minha intenção era estudar mulheres que tinham condições “normais” de maternidade, sem grandes dificuldades ou complicadores aparentes. O tipo de parto, normal ou cesáreo, não foi incluído como fator excludente porque, de acordo com Langer (1981), já é indício de como a mulher está vivendo a maternidade.

A faixa etária dos bebês foi escolhida de acordo com a ocorrência mais comum indicada em pesquisas que demonstram o início da DPP no decorrer do primeiro ano de vida. (Moraes, Pinheiro, Horta, Sousa & Faria, 2006). A participação dos bebês nas sessões psicoterapêuticas não foi considerado como critério de inclusão, uma vez que a técnica empregada como instrumento era a Psicoterapia Psicanalítica individual da mulher. O fato de alguns bebês serem incluídos nas sessões pelas próprias mães e em que momentos isso se deu, serviu também como dado de análise posterior.

4.1.2 Coleta de dados

4.1.2.1. Entrevista de triagem

Após indicação dos profissionais, realizei com cada uma das participantes uma entrevista de triagem do tipo semi-estruturada para confirmação do diagnóstico, esclarecimentos e encaminhamento à psicoterapia. Nesse tipo de instrumento, segundo Flick (2004) há a expectativa de que os sujeitos entrevistados possam se expressar em uma situação de entrevista aberta, mas com objetivo delimitado. A entrevista semi-estruturada do tipo focal caracteriza-se por mesclar questões não-estruturadas, semi-estruturadas e estruturadas. O critério de especificidade dessas entrevistas ressalta elementos que determinam o significado de um evento para o entrevistado e, ao mesmo tempo, assegura aspectos e tópicos relevantes à questão de pesquisa. Uma das estratégias para elevar o grau de profundidade é o foco em sentimentos.

4.1.2.2 *Psicoterapia Psicanalítica Breve*

A proposta inicial era efetuar a coleta de dados a partir de dez ou doze sessões semanais de Psicoterapia Psicanalítica Breve (PPB) individual após uma entrevista de triagem. No entanto, devido à particularidade de cada situação, ou seja, da diversidade dos casos, não houve uniformidade na indicação de cada tratamento.

Assim, para uma participante a pesquisadora indicou e realizou psicoterapia individual com sessões semanais; para outra, inicialmente, a indicação foi terapia de casal, depois seguiu individualmente com a mulher numa frequência semanal, com a presença esporádica do filho; para outra foi indicada a psicoterapia individual duas vezes por semana, sendo que, por necessidade da participante, o bebê esteve presente na grande maioria das sessões. Nesses três casos, o número de sessões ultrapassou o que havia sido estabelecido, embora a fase crítica da depressão tenha sido superada em até quinze sessões, para as três pacientes. Elas foram atendidas no meu consultório particular.

A quarta participante foi atendida individualmente, com uma frequência semanal, tendo sido realizadas sessões com a presença do bebê e/ou das outras duas filhas no posto de saúde, devido às precárias condições socio-econômicas da participante. Essa participante teve dificuldades em aderir ao tratamento e teve apenas cinco sessões, tendo sido encaminhada para atendimento com a psicóloga da Unidade de Saúde, com cuja equipe mantém vínculo de confiança.

4.1.2.3 *Instrumento*

Como já referido, escolhi como instrumento de coleta de dados o tratamento psicológico das participantes através da Psicoterapia Psicanalítica Breve. Para tal, utilizei a compreensão da teoria psicanalítica dos fenômenos psíquicos e da ciência denominada Maternologia ou Maternogênese, apresentada em 1970 pelo francês Victor Marcé, desenvolvida por Delassus (2002) na França.

A psicanálise, como se sabe, desde Freud (1912) constituiu-se numa teoria, num método de investigação e numa técnica psicoterápica. A Psicoterapia Psicanalítica Breve é uma técnica derivada da psicanálise, utilizando o mesmo referencial teórico, mas diferenciando-se quanto ao estabelecimento do *setting*. O uso do divã é substituído pelo atendimento frente a frente, e as sessões ocorrem uma ou duas vezes por semana e não de três a cinco vezes por semana como na análise clássica.

A Maternologia também segue os princípios teóricos da psicanálise, mas se diferencia dela na prática clínica, pois a intervenção é inspirada nas situações de crise, caracterizada pela urgência, e tem como principal diferença técnica o fato de que, embora os fenômenos transferenciais em relação ao psicoterapeuta sejam considerados na compreensão dinâmica, o foco principal é a transferência da mãe para com o bebê, a forma como está vivenciando a maternidade (Delassus, 2002). A Maternologia apresenta diretrizes de intervenção que se assemelham aos princípios técnicos da Psicoterapia Psicanalítica Breve, descrita a seguir.

A Psicoterapia Psicanalítica Breve (PPB) é uma técnica de abordagem que surgiu principalmente após a II Guerra Mundial, visando suprir a crescente demanda de atendimento psicoterápico, devido ao crescimento demográfico acelerado, à impossibilidade de a população arcar com tratamentos prolongados, à divulgação de conhecimentos psicológicos e ao incremento de serviços de assistência psicológica na área da saúde pública. Mesmo em consultórios particulares, a demanda maior é a das terapias mais rápidas, circunscritas a objetivos determinados (Eizirik, Wilhels, Padilha & Gauer, 1998).

A teoria psicanalítica continua sendo a base referencial na busca da compreensão dos fenômenos, a técnica é que se altera. Importante salientar que a PPB é breve por proposta, não por falta ou deficiência. Caracteriza-se por objetivos específicos, geralmente delimitados junto com o paciente e pela busca do foco a ser tratado. Para isto, a PPB requer intervenções mais imediatas e participação mais ativa do psicoterapeuta (Lemgruber, 1984). Por definição, a PPB também é chamada de terapia apoio, suportiva, de esclarecimento, reflexiva.

Além da técnica, a PPB requer do psicoterapeuta uma postura, uma atitude específica semelhante aos conceitos anteriormente descritos de continência, em Bion, e *holding*, em Winnicott, ambos originariamente estudados na relação mãe-bebê e, posteriormente, aplicados à relação terapêutica; ambos referentes a uma disponibilidade de acolhimento de ansiedades e de compreensão de sentimentos e fantasias do paciente. Além disso, demanda profundos conhecimentos em psicopatologia e habilidade psicodiagnóstica, bem como intervenções típicas das situações de crise e trauma (Moraes, 2005).

Nessa perspectiva apresento a seguir uma síntese dos princípios técnicos que caracterizam a Psicoterapia Psicodinâmica Breve, segundo Fiorini (1981), Lemgruber (1984) e Eizirik et al. (1998):

- Estabelecimento do foco: motivo central para a psicoterapia, a ser detectado em conjunto com o paciente; material consciente e inconsciente do paciente, delimitado como área a ser compreendida no processo psicoterapêutico; conflito central subjacente que condensa um conjunto de determinações; noção totalizadora na qual se inserem “contribuições parciais próprias de uma conceituação psicodinâmica (ansiedades, conflitos, fixações), comunicacional (modalidades de manipulação das mensagens, alianças, desqualificações) ou psicossocial (papéis, mitos, tarefas grupais)” (Fiorini, 1981, p. 95).
- Quando o psicoterapeuta se mostra disponível e atento, salvo em casos de ansiedades paranoides muito intensas por parte do paciente, é possível o estabelecimento de um vínculo que tende a levar o paciente a colaborar na identificação de conflitos e a buscar seu arsenal defensivo, estabelecendo uma relação de trabalho com o terapeuta, em oposição às reações transferenciais regressivas e resistenciais (Eizirik, Libermann & Costa, 1998). É o que se denomina aliança terapêutica, elemento de motivação e disposição para que qualquer mudança se efetive. A partir da aliança terapêutica acontece, segundo Lemgruber (1984), a aceitação da necessidade de enfrentar os problemas internos e de executar o trabalho analítico, apesar da resistência interna ou externa. Nessa técnica o estabelecimento do contrato terapêutico é um elemento reforçador da aliança terapêutica, uma vez que diminui o desconhecimento e a ambiguidade do processo, colocando o paciente em posição mais participante.
- A PPB trabalha basicamente com o ego e seus recursos disponíveis. Nunca esquecendo que o ego é parte consciente, parte inconsciente, o psicoterapeuta deve auxiliar o paciente a fazer os *links* de situações reais externas com fantasias e medos inconscientes internos. O conflito focal traz, geralmente, elementos objetivos do contexto, e subjetivos relativos à forma de percepção e significação desse conflito, referente ao conflito nuclear, decorrente da história e da personalidade de cada pessoa.
- Um dos principais instrumentos de compreensão dentro da PPB é a identificação da transferência, repetição na relação com o psicoterapeuta de vínculos, expectativas e fantasias relacionadas a pessoas significativas do passado por parte do paciente. O manejo técnico da transferência é o principal diferencial em

relação à técnica psicanalítica clássica. O psicoterapeuta, na aplicação da PPB, não incentiva o desenvolvimento da “neurose de transferência”, mas utiliza o fenômeno da transferência, presente naturalmente no cotidiano do ser humano, como parte da compreensão de quem está a sua frente. Na PPB, assinalar e interpretar a transferência pode, no entanto, cumprir uma função ilustradora, integrada em uma interpretação mais ampla (Fiorini, 1981) ou de quebra de resistências limitadoras do processo psicoterapêutico (Eizirik, Libermann & Costa, 1998).

- Outro recurso é a instrumentalização da contratransferência¹⁸, de pensamentos, fantasias, sentimentos do psicoterapeuta em resposta à comunicação verbal ou ao comportamento do paciente. Ao compreender esses fenômenos, através da observação clínica e das próprias reações (sensações físicas, sentimentos, imagens, músicas, lembranças, impasses relacionais) o psicoterapeuta pode ter uma visão mais global do que sente o paciente nesse contexto intersubjetivo.

Apesar da utilidade do uso da contratransferência, não está eliminado o fato de ela poder se tornar um obstáculo, caso o terapeuta não consiga discriminar seus sentimentos, passando a atuá-los.

- Dentre as intervenções em PPB, segundo Lemgruber, as interpretações envolvem as defesas, as ansiedades implícitas ou explícitas e o conflito inconsciente, englobando a realidade externa, a ligação com o passado distante e a relação transferencial, quando necessário. A interpretação de sonhos também pode ser realizada, servindo de estímulo para novas associações e entendimento do processo psíquico vivido pelo paciente.

Além da interpretação transferencial e extratransferencial na PPB, o psicoterapeuta utiliza outros instrumentos de intervenção terapêutica, ao que Zimermann (2004) denomina atividade interpretativa: escutar, perguntar, esclarecer e informar, às vezes sugerir, clarificar, assinalar, demonstrar, confrontar, reassegurar (tranquilizar), resolver impasses em conjunto, refletir sobre sentimentos, geralmente relacionada ao foco.

- Dentre os possíveis resultados da PPB, Fiorini enumera: alívio ou desaparecimento de sintomas, considerados como a síntese dinâmica do conflito inconsciente e não apenas por negação,

fuga para a saúde, isolamento afetivo ou repressão; utilização de defesas mais adaptativas; maior ajustamento nas relações com o meio; incremento da auto-estima; incremento da autoconsciência, com maior compreensão das dificuldades fundamentais e do significado destas. Eizirik, Wilhels, Padilha e Gauer (1998) colocam ainda que “uma vez resolvido o conflito focal, as repercussões poderão se estender para além do foco, com possibilidade de mudanças em outras áreas da vida do paciente” (p. 149).

- Fiorini aponta, ainda, alguns indicativos da eficácia da PPB, resultante (1) da relação com o psicoterapeuta em seu vínculo real e transferencial; (2) do processo de aprendizagem de auto-análise; (3) das interpretações como facilitadoras de elaboração de novas experiências; (4) da influência de modificações dinâmicas diretas ou indiretas na constelação familiar.

4.1.2.4 Registro

Os quatro casos recrutados para a pesquisa tiveram todas as sessões psicoterápicas registradas de forma cursiva, descritas em forma de resumo, ou dialogadas, cuja leitura reiterada possibilitou a montagem de cada caso, incluindo características da paciente, história de vida, história do casal, relação da mãe com o bebê, bem como a descrição e compreensão da depressão pós-parto.

4.2 Análise de Dados

A análise dos dados partiu da leitura e releitura sistemática de todas as sessões de psicoterapia realizadas com cada participante, buscando uma síntese compreensiva de cada caso em suas nuances particulares. A compreensão dinâmica proveio das verbalizações e comunicações não-verbais das participantes; das interpretações surgidas nas sessões por mim enquanto psicoterapeuta e/ou pela própria participante; da análise da transferência e contratransferência em cada caso; da observação da relação com o bebê durante a sessão em três casos; e da complementação com a teoria visitada na revisão de literatura.

O capítulo da discussão se propõe a estabelecer comparações e distinções entre os casos relativas à história, aos sintomas, aos principais conflitos, à relação conjugal, à relação com o bebê e aos significados psicológicos da Depressão Pós-Parto. Seguem as considerações finais

incluindo sugestões técnicas, envolvendo modalidades de tratamento para a Depressão Pós-Parto.

Nos relatos e análise dos casos empreguei aspas duplas em palavras, expressões ou frases emitidas pelas pacientes.

4.3 Procedimentos Éticos

O estudo “A Clínica da Maternidade: os significados psicológicos da depressão pós-parto”, que desenvolveu os dados analisados neste trabalho, foi aprovado pelo Comitê de Ética em pesquisas com seres humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, conforme Processo 201/08 (Anexo A).

As participantes foram consultadas quanto ao seu interesse em fazer parte da pesquisa, informadas sobre os objetivos e que os dados seriam utilizados para fins acadêmicos, sendo os dados pessoais que pudessem identificá-las mantidos em sigilo. Estando de acordo com essas condições, as participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B), redigido conforme as regulamentações éticas para a pesquisa com seres humanos, Resoluções 196/96 e 251/97 do Conselho Nacional de Saúde e Resolução -16/2000 do Conselho Federal de Psicologia.

5 RELATO DE CASOS

5.1 A Postura Clínica Adotada

Ao iniciar o relato dos casos propriamente dito, gostaria de enfatizar algumas ideias de autores com os quais me identifico quanto à postura clínica adotada no tratamento psicoterápico das mães com depressão pós-parto.

Amparada na literatura consultada, volto a destacar que a exposição ao caráter eminentemente regressivo das emoções do recém-nascido suscita inúmeras e perturbadoras experiências inconscientes, bem como novos e exigentes reajustes pessoais às mulheres que se tornam mães. Porém, “A maternidade, enquanto processo, não está pronta de antemão; há inúmeras chances de que a trajetória se modifique ou não se complete” (Delassus, 2003, p.249).

Nesse sentido, o referido autor considera a doença materna um grito de impotência e dificuldade para se tornar mãe, principalmente quando o inconsciente se manifesta, ultrapassando as condições atuais e reais de poder sê-lo.

Em função do contexto que confere incredulidade em relação à depressão, num momento que deveria ser de felicidade, e da exigência dos cuidados com o bebê, as mães dificilmente procuram ajuda para si mesmas. Os efeitos negativos vão se fazendo sentir nos meses seguintes ao parto e o tratamento passa, então, a ser urgente (Bydlowski, 1997).

Os estudos de Szejer (1999) e Klaus et al. (2000) ressaltam que o período de pós-parto constitui-se num tempo de ressonância que pede uma abertura de espaço para escuta, visto que pais, avós, familiares e, principalmente, a mãe estão abertos a seus sentimentos. O atendimento psicoterapêutico, nessa perspectiva, é um espaço para essa escuta, ao resgatar elementos importantes do parto, pode auxiliar na sua elaboração e ajudar a mãe a lidar com a criança e a maternidade em todas as suas demandas.

Assim, segundo Delassus (2003), a atitude terapêutica para com mães deprimidas pressupõe auxiliá-las a definir a problemática em questão através da escuta, a qual pode curar a doença materna. “Porque aqui escutar é ouvir, e ouvir é restabelecer o contato. O contato estabelecido com a mãe em dificuldade permite reencontrá-la na realidade do momento (...)” (p. 250).

Dentre os sofrimentos da puérpera, Rosfelter (1992) afirma que é preciso compreender que em sua queixa sobre fadiga, por exemplo, tão

comum na DPP, as mulheres estão expressando a própria sensação de desamparo e de abandono pelas pessoas mais próximas, temendo não ser amada e, ao mesmo tempo, estão perdendo suas referências.

Segundo Forman et al. (2007), o acompanhamento psicoterapêutico psicanalítico da mulher enfoca a maternidade em um sentido amplo, levando em conta tanto a relação concreta com o bebê, companheiros e familiares, quanto a maternidade do ponto de vista intrapsíquico consciente e inconsciente. Na prática clínica, observa-se a necessidade das puérperas de falar e serem ouvidas, buscando, dessa forma, alívio e a possibilidade de dar sentido a sua experiência, podendo sentir-se também cuidadas.

Para Raphael-Leff (1997), a psicoterapia individual durante o início da maternidade dá a quem cuida de uma criança tempo e espaço seguro para a reflexão, atentando para seu mundo interior desde uma perspectiva de auto-observação. Nesse sentido, a psicoterapia individual permite diminuir significativamente o estado depressivo materno, melhorar as estratégias adaptativas de enfrentamento da nova situação, favorecendo uma reorganização intrapsíquica (Benhajjoub, Ladenburger, Lighezzolo & DeTichey, 2008)

O foco da psicoterapia psicanalítica breve ou de longo prazo é sempre determinado pelos sonhos, associações livres e comunicações não-verbais da mulher que está em atendimento psicoterápico. São áreas específicas relativas aos sintomas do sofrimento psíquico e à dificuldade na interação mãe-filho à luz dos aspectos do mundo interno da mãe, seus relacionamentos mais amplos e sua história emocional passada.

Embora concorde com Blydowski (1997), que, na psicoterapia, no período pós-parto, o psicoterapeuta não deva ter ideias pré-concebidas, nem teorias prontas a aplicar, alguns aspectos merecem especial atenção. Dentre eles, a inevitável ambivalência presente no vínculo da mãe com seu bebê.

Segundo Maldonado (2005), a atenção à ambivalência afetiva materna em suas várias manifestações diminui os sentimentos de ciúme, inveja, raiva e, conseqüentemente, de culpa e vergonha, oriundos das projeções maternas sobre o bebê, bem como minimiza a crença na própria maldade interna e na própria capacidade de destruição. Assim, a mulher poderá fazer emergir mais plenamente os sentimentos de amor, entendendo as dimensões polivalentes de cada relação humana.

Como em toda psicoterapia psicanalítica, a aliança terapêutica com o psicoterapeuta ajudará a nova mãe a adquirir confiança em sua capacidade maternal. Da mesma forma, reviver na transferência as

experiências emocionais com imagens parentais e outras figuras importantes proporciona uma cena viva para lidar com o passado.

Um aspecto específico e diferencial na psicoterapia da Depressão Pós-Parto é que, para além da transferência da paciente em relação ao terapeuta, que é utilizada como instrumento de compreensão, a atenção se volta, também, como salientado antes, à transferência materna em relação ao bebê e à vivência da maternidade, possibilitando o reconhecimento de projeções e identificações da mãe sobre a criança à luz de sua história interior.

Quando o psicoterapeuta se dispõe a escutar poderá articular sua compreensão a partir da mãe, que fornece por meio de associações a marca da conflitiva dela em suas relações com o filho, evidenciando o encontro entre os elementos intrapsíquicos maternos com o inter-relacional. Dessa forma, as descompensações são reorganizadas pelo impacto de interpretações simples. “(...) primeiramente, um *insight* fulgurante, acompanhado pela 'descoberta' do filho com novos olhos (...); depois, uma reintegração dos elementos projetados no espaço intrapsíquico da mãe (...)” (Cramer & Palacio-Espasa, 1993, p. 35).

Comparada à atitude materna em relação ao bebê, a postura do psicoterapeuta deve se caracterizar neste tipo de psicoterapia pela continência, portanto pelo acolhimento às angústias dela. Esse termo, cunhado por Bion (1962), designa a capacidade de conter as necessidades, angústias e fantasias da paciente; aceitar e conter a carga de identificações projetivas, que constituem a transferência; compreender seu conteúdo; dar um nome para o que ela sente e faz; e devolver o que ela projetou em doses parceladas, devidamente desintoxicadas, sem julgamento de valores e sem críticas, através da atividade interpretativa (Zimermann, 2001).

Nesse sentido, segundo Rodrigues & Hutz (1998), o “apoio” passa a ser entendido como uma postura, um lugar do psicoterapeuta dentro do *setting*, que representa proteção para a paciente contra os riscos inerentes ao mergulho psíquico que é o *insight* e o encontro com afetos reprimidos.

Segundo Delassus (2003) é preciso ajudar a mãe a passar da dor à doçura, do sofrimento à possibilidade de amar. O tratamento materno, além de preventivo em relação à criança, também é necessário para a mãe que tem direito à maternidade tranquila e feliz.

Esse tipo de conduta terapêutica é o que se chama “maternar” a mãe, o que além de aliviá-la em suas angústias, presta-se a um novo modelo de identificação nos cuidados com seu próprio bebê. Bernardino e Rohenkhol (2002) chamam essa atitude terapêutica de “a clínica do

holding”, onde o objetivo é sustentar psicologicamente a mãe para que ela possa fazer o mesmo com o bebê.

Eizirik, Libermann & Costa (1998) lembram que no exercício da função de psicoterapeutas, todos levam traços masculinos e femininos, fruto de suas próprias identificações maternas e paternas. Esses autores se referem a “uma disposição à maternidade” como uma aptidão necessária para trabalho terapêutico que inclui a capacidade de esperar o desenvolvimento da criança-paciente, o que lembra uma gestação.

Para Lebovici e Solis-Ponton (2004), o reconhecimento da complexidade dos elementos que integram a herança psíquica consciente e inconsciente permitirá à mulher passar de uma situação passiva que consiste em sofrer as exigências internas a uma posição ativa, uma construção criativa da narrativa de sua própria história. Essa posição pode liberá-la para perceber o bebê e a ele responder, aceitando a sua contribuição na formação do papel e da auto-imagem como mãe mediante suas possibilidades e limitações.

5.2 O Desenho dos Relatos

Os casos relatados a seguir foram por mim selecionados a título de ilustração da teoria visitada, bem como de demonstração da tese que se constitui o principal objetivo desta pesquisa: a subjetividade dos significados psicológicos da Depressão Pós-Parto. Foi necessário haver uma delimitação dos dados a serem apresentados tornando a escolha dessa prevalência extremamente penosa em função da importância e riqueza que cada dado permitiu.

Nesse sentido, atentei para o posicionamento de Mezan (1998) que afirma não haver um padrão para a escrita e descrição de histórias clínicas num estudo psicanalítico. A forma como os casos clínicos são escritos devem conter em si um enfoque seletivo e interpretativo em relação aos dados, na medida em que o autor procura contemplar com clareza, aquilo que se propõe a desenvolver ou trabalhar.

Mesmo assim, busquei sistematizar os quatro casos estudados dentro de um modelo de referência que possibilitasse a comparação dos dados pertinentes a cada paciente, quais sejam, a forma de encaminhamento, as características pessoais, a história familiar, a relação do casal (quando havia casal), a relação com o bebê e, finalmente, uma descrição compreensiva da depressão de cada uma delas, deixando as comparações e diferenciações entre as situações relatadas para uma discussão posterior.

Apesar de o procedimento psicoterapêutico não ser alvo da análise desta tese, importante se faz ressaltar que além do estilo particular de cada psicoterapeuta, outros enfoques e interpretações poderiam ter sido dados tanto na compreensão dos casos, como no encaminhamento dos processos terapêuticos, observando o que Baranger e Baranger (1962) denominaram de “campo analítico”, uma relação única, quase um terceiro elemento que surge entre cada psicoterapeuta e paciente e somente entre eles dois. Portanto, minhas conclusões não pretendem ter caráter definitivo, mas retratam o processo terapêutico possível entre mim e essas pacientes.

Finalmente, ao ler e reler cada sessão escrita, ao reviver cada emoção suscitada, lamentei o fato de não ter talento poético suficiente para expor, de forma mais fidedigna, a essência humana de cada uma dessas mulheres. Seguem-se, então, as histórias das mães por mim batizadas: Júlia, Elsa, Carla e Ana. Para cada uma delas escolhi ainda uma denominação metafórica, cujo sentido deverá ser captado pelo leitor no decorrer do relato. O nome dos companheiros e filhos também é fictício.

5.3 Júlia, A Imperatriz

Júlia chegou ao consultório indicada por uma colega, minha ex-paciente. Seu bebê estava com quase três meses e ela apresentava claros sintomas de Depressão Pós-Parto. A psicoterapia já estava em andamento quando propus que participasse da pesquisa, com o que concordou tranquilamente. Por se tratar de um caso de consultório e pelos objetivos mais amplos da paciente em termos de autoconhecimento, esse tratamento não seguiu a limitação das doze sessões propostas na pesquisa.

A crise depressiva de Júlia em relação à maternidade mostrou-se amenizada em torno da décima quinta sessão. Após esse período, seu acompanhamento entrou numa fase distinta, com características de psicoterapia de longo prazo. Os dados obtidos a partir da décima quinta sessão continuaram a ser relatados de forma cursiva, pois colaboravam na compreensão de sua DPP. Júlia ainda está em tratamento uma vez por semana. O marido compareceu a uma única sessão a convite meu e dela, no início da psicoterapia. Júlia nunca trouxe o filho à sessão.

Quando me procurou para tratamento estava utilizando medicação antidepressiva, indicada por sua ginecologista. Por estar apresentando sinais de “efeito rebote” (piora dos sintomas ao invés de

melhora), encaminhei-a a um psiquiatra. Júlia trocou a medicação e, após seis meses, pôde deixar de usá-la.

5.3.1 Caracterização

Júlia tem 33 anos, é franzina, tem a pele clara e cabelos encaracolados. Veste-se de forma simples, mas impecável, geralmente usando calça jeans e blusas, cujas cores variam dentro de tons neutros como cinza, marrom, preto, verde e branco. Comporta-se sempre com muita educação e refinamento, falando muito corretamente e de forma pausada. Tem, por isso, uma aparência de tranquilidade.

É uma profissional bem sucedida, depois de uma vida acadêmica exemplar e de ter obtido, através de concurso, um cargo conceituado que lhe garante uma boa situação financeira. Ela é casada e mora com o marido Júlio e com o filho Paulo.

5.3.2 História familiar

Júlia é a terceira filha de seus pais. Sua mãe diz ter ficado feliz com seu nascimento, apesar de ter se decepcionado e chorado muito quando nasceu a segunda filha, pois sempre quis um filho homem. Já seu pai conta que sempre quis ter três meninas. As três irmãs têm, aproximadamente, três anos de diferença de idade entre si.

Ela se descreve como uma criança que “nunca deu trabalho”, “quietinha”, “cordata” e obediente, que comia e dormia bem. A irmã mais velha era também muito obediente, seguindo a “cartilha” da mãe à risca. A segunda era mais rebelde e muito questionadora. Atualmente, Júlia se considera intermediária em suas atitudes, nem cegamente obediente, nem rebelde. Observadora e atenta às relações familiares, ela seguiu fielmente o que aprendeu de forma “quase robótica”, mas se sente capaz de questionar, com tranquilidade quando tem necessidade.

Como características da família, Júlia relatou que sua mãe nunca trabalhou, assumindo com severidade e “rigidez” as rédeas da educação das filhas, sendo por elas chamada de “sargentona”. Júlia refere que via a mãe como racional, pouco afetiva e sempre atenta ao que estava errado, “marcando de perto”. Relata ter sentido muita falta da proximidade afetiva da mãe, tendo que “aprender tudo sozinha”. Sempre se sentiu impossibilitada de falar de seus sentimentos, pois se sentia fraca e errada diante do exemplo forte da mãe.

O pai era mais afetivo e disponível para falar de sentimentos; era quem contava histórias e “segurava na mão” quando as filhas tinham medo. Lembra o colo do pai como um lugar seguro, onde se sentia protegida. Relata muita proximidade e identificação com o pai, com o qual sempre conversou muito, principalmente sobre questões profissionais. Ela é a única das três filhas que seguiu a mesma profissão dele. Quando por mim indagada, disse que conscientemente, nunca identificou ciúmes da mãe diante dessa proximidade, “era como se eles tivessem dividido as tarefas”.

Durante sua adolescência, aproximadamente aos quatorze anos, seus pais se separaram quando a mãe descobriu que seu pai a estava traindo. Júlia era, na época, a única filha em casa, pois as outras já haviam casado e então acompanhou o sofrimento da mãe “fortona”, que surpresa, viu “desabar” pela primeira e única vez. Júlia também se sentiu traída, ficou um período longe do pai. Menos de um ano depois os pais reataram, tendo, porém, demorado algum tempo, até voltarem a morar na mesma casa.

Diante da vivência de decepção da mãe, esta passou a alertar Júlia para a importância de não depender do marido, de ter auto-suficiência e da necessidade de se impor e não se deixar “vencer” pelo homem. Devido a essa postura, o pai de Júlia compara sua mãe a sua avó paterna que, segundo ele, tem “síndrome de imperatriz”, sempre exigindo que tudo aconteça como ela quer. Atualmente, os pais se relacionam bem, são próximos das filhas e netos.

Suas duas irmãs estão casadas, trabalham, moram com suas famílias, mas têm enfrentado alguns problemas, uma com a filha pré-adolescente e outra com o marido, que não aceitou bem a segunda gravidez da mulher. Júlia se preocupa com elas, aconselha, mas se mantém discreta. Na verdade, se preocupa mais com a apreensão dos pais dela em relação às irmãs. Ela tem uma postura de querer poupar seus pais de aborrecimentos.

Recentemente o pai de Júlia descobriu um câncer, fez cirurgia e esteve deprimido, o que abalou Júlia emocionalmente, já que ainda hoje o considera o seu “porto seguro”.

Júlia também apresenta, em seus momentos de maior tensão e estresse, tendências a somatizar, tendo apresentado durante o período do tratamento, alguns problemas digestivos e de enxaquecas.

5.3.3 História do casal

Júlia conheceu seu marido na faculdade. Ela diz ter se encantado por seu sorriso, gentileza e leveza. O namoro, que durou oito anos, resistiu a muito tempo dedicado por Júlia, ao estudo, e até a um tempo de vida profissional no interior do estado, logo que passou no concurso. Júlio acabou não exercendo sua profissão, trabalhando, até hoje, numa empresa que montou com os pais e que funciona na casa destes.

Segundo relato de Júlia, Júlio acha que ela é muito braba e quando propõe a ela alguma atividade social em casa, como um jantar com amigos, por exemplo, é com muito cuidado que o faz. Júlia diz que seu marido é mais sociável, gostando de festas e de estar com outras pessoas. Ela, ao contrário, é muito tensa, sempre preocupada com a aparência da casa, o planejamento e a organização prévia de qualquer evento, além de se sentir sempre muito cansada, em função de querer fazer e manter sempre tudo “certo” e “funcionando”.

Júlio parece não ter compreendido bem o que se passava com ela desde que Paulo nasceu. Em função disso, houve uma entrevista conjunta em que ela pediu-lhe para prestar mais atenção nela, que se oferecesse para ajudá-la, caso contrário, se sentia incomodando-o. Na entrevista, ele se deu conta que estava reagindo como quando tinha cinco anos, época em que nasceu seu irmão com problemas de audição, e que ocupou muito seus pais: “retirou-se”.

Júlia não queria cansá-lo com suas tensões e “chatices”. Júlio vem assumindo, gradualmente, os cuidados com o bebê, mas ainda há momentos em que ela se irrita com ele, por não abrir mão de seu descanso ou lazer. Em relação a isso, deu-se conta que seus pais, principalmente a mãe, sempre a estimularam a ser independente do marido, o que ela conseguiu em vários sentidos. Porém, compreendeu que essa perspectiva excluía a possibilidade de diálogo e compartilhamento de decisões. Sentia que sua mãe esperava que ela tivesse o controle de tudo e a aconselhava a não “ceder” se por acaso discordassem.

Ela o requisitava bastante nos cuidados com Paulo para poder descansar, mas também porque achava sua participação muito importante para o filho e porque o valoriza em função de ter se dado conta que precisa muito dele afetivamente. No último aniversário de casamento, Júlio lhe deu um cartão que dizia “Obrigado por me fazer um (novo) homem mais feliz”, parecendo que o casal estava podendo se constituir de outra forma, mais próximos. Júlio tem podido progredir

profissionalmente, tornando-se mais autônomo em relação aos pais, com o apoio explícito de Júlia, que antes não conseguia valorizar seu trabalho.

Júlio tem expectativas de ter um segundo filho, mas Júlia ainda se sente atemorizada quanto a ter outra DPP.

5.3.4 Relação com o bebê

Em função do longo período de namoro, o casal tinha decidido ter filhos logo que casassem. E assim fizeram. Seis meses após o casamento e uma pequena viagem, decidiram parar com o método anticonceptivo. Dois meses depois estavam grávidos.

A gravidez correu de forma tranquila, bem como o nascimento.

O parto foi cesáreo, planejado com antecedência com a obstetra, já que Júlia “não se sentia em condições de enfrentar as dores e o descontrole implícito no parto normal”, apesar de também temer procedimentos cirúrgicos. Inconscientemente, essa parece ter sido uma tentativa de manter o controle sobre uma situação que é incontrolável e imprevisível. Fisicamente, recuperou-se bem.

Júlia relata que se esforçou por “fazer tudo certo”, segundo as orientações médicas e o que havia observado nas irmãs ao atender as necessidades de Paulo. Uma semana depois, porém, ela começou a se sentir mal emocionalmente. Chorava muito, sentia-se cansada, desanimada, “sem energia”, como que “andando sobre nuvens”, pedindo ajuda da mãe e do marido para cuidar do bebê, o que a fazia se sentir culpada e errada.

Apesar de tentar realizar todas as tarefas relativas ao bebê, sentia-se distante do filho, não conseguia olhar para ele, nem com ele se conectar. A amamentação foi “dolorida”, no início e durante as mamadas, “momento em que parecia que ele estava bem”, “aproveitava para descansar e ver uma revista, assistir TV ou, simplesmente, ficar com o olhar distante pensando em nada ou cochilando”.

Júlia não se conformava como podia estar daquela forma, se tudo que planejara tinha dado certo em sua vida: os estudos, o emprego, o casamento, o apartamento. “Eu pensava que era só querer o filho e pronto. Pensei que estava pronta para ser mãe! Nunca imaginei que ia me sentir assim, que não ia ficar feliz...Nós quisemos tanto a vinda do Paulo!” Júlia tinha idealizado o “ser mãe”, como algo que lhe era dado, sem passar pelo processo de “se tornar mãe”.

Logo que seus sintomas diminuíram, Júlia conseguiu, paulatinamente, “descobrir” seu filho, se divertir, conversar e brincar

com ele. Acha-o muito lindo e alegre, e isto a tranquiliza. Júlia amamentou Paulo com prazer até os onze meses de idade, quando decidiu desmamar, de forma gradativa e tranquila para os dois. Júlia estava cansada e Paulo já não sentia tanto, pois se alimentava muito bem e tinha outros “consolos” como colo e chupeta, quando precisava.

Paulo nunca adoeceu, não teve problemas para aceitar os alimentos sólidos e sucos aos seis meses, nem teve problemas de sono, a não ser em situações pontuais como quando ela voltou ao trabalho ou quando desmamou. Nesses casos Júlia e seu marido se revezavam, até que Paulo se sentisse tranquilizado e voltasse a sua rotina.

Durante a semana, Júlia tem a ajuda de uma babá, seu emprego possibilita que ela trabalhe em casa e pode interferir, caso o filho precise. Ela é muito preocupada com a “educação” de Paulo, querendo poder estabelecer limites, mas, ao mesmo tempo, não repetir com ele a rigidez que identifica em seus pais. Atualmente não se importa mais com os brinquedos e “tralhas” do bebê espalhados pela casa, até considera o fato com alegria pela presença do filho, denotando, assim, a diminuição da rigidez de seu superego.

5.3.5 A Depressão de Júlia

Durante o processo psicoterapêutico de Júlia, pude perceber que sua Depressão Pós-Parto estava diretamente associada às características de sua personalidade, até então bastante úteis no alcance de suas metas de vida. Júlia apresentava predominantes traços obsessivos de seriedade, organização, planejamento, perfeccionismo e extrema dedicação. Devido a sua racionalidade, conseguia priorizar seus objetivos, apesar de manter laços afetivos importantes.

Seu conflito principal não estava externalizado na relação com o bebê, apesar de ter dificuldades em exercer os cuidados com seu filho, nos dois primeiros meses de vida dele. Teve pequenas desavenças com o marido, que serviram para quebrar um padrão, o que explicitarei adiante. Os vínculos afetivos estavam conturbados, mas não prejudicados.

Seu quadro depressivo caracterizava-se eminentemente por um forte sentimento de culpa. Júlia brigava consigo mesma. Em termos psicanalíticos, pode-se dizer que seu conflito se situava entre seu superego e ideal de ego contra o ego. Identificada com a figura materna de severidade e eficiência, sempre se exigiu dar conta e tudo controlar. Quando Paulo nasceu, sentiu-se repentinamente impotente diante das demandas do bebê e talvez de sua primitividade de sentimentos, o que

ela reprimia em si. Júlia tinha dificuldades em demonstrar suas carências e mais significativamente a raiva, também em função do “mito do amor materno” e de ter que se deparar com o ódio dentro de si.

Talvez identificada com a fragilidade de seu filho, durante o período depressivo se culpava e martirizava por não se sentir capaz, por se sentir fraca e impotente, uma vez que se exigia muito. Mas, principalmente, Júlia pensava que estava decepcionando sua mãe, a qual sempre tentou agradar por medo e para não perder seu amor. Em função dessa sensação de incompetência, apresentava baixa auto-estima típica dos estados depressivos.

O arsenal defensivo obsessivo parece provir de seu conflito edípico inconsciente. Além do desejo de agradar a mãe severa, Júlia também se protegia em relação ao fato de ser muito próxima do pai, figura explícita de compreensão e carinho, a quem admira a ponto de ter a mesma profissão, o que prolongou a afinidade entre os dois. Ele é seu mentor e conselheiro profissional. Então, além de se identificar com o superego severo da mãe, identifica-se com a figura paterna idealizada.

Em sua transparência psíquica, após o nascimento de Paulo, Júlia parece ter revivido vários sentimentos. Em primeiro lugar, a sensação de desamparo afetivo em relação à mãe, expressada por sua sensação de impotência física e emocional nos cuidados com o bebê, solicitando ajuda. Cuidando do seu filho, sua mãe estava cuidando dela também.

A culpa pela rivalidade edípica expressava-se pelo sentimento de “fracasso” nas funções de mãe e por um intenso sofrimento, já que, inconscientemente, se considerava triunfadora, pois havia tido sucesso em tudo até ali: tinha um marido que a amava; tinha uma profissão que a mãe não tinha, pois optou em cuidar das filhas; e tinha o filho homem/falo que a mãe tanto queria.

Em função dessa identificação defensiva com a mãe, Júlia tinha estabelecido com o marido, uma relação ambígua de proximidade e distância. Fiel à mãe, magoada com o pai, pelo qual também se sentiu traída, não conseguia valorizar o marido e tinha bastante autonomia, exercendo quase o mesmo papel de “sargentona” e estabelecendo uma competição velada com ele.

Na medida em que foi compreendendo seus conflitos, amenizando seu temor pela autoridade da mãe, deixou de cobrar atitudes de eficiência e proximidade do marido, como manifestação de desqualificação da figura masculina ou como projeção no marido da imagem de mãe distante. Passou a valorizar a participação dele em sua vida como mãe e como mulher, podendo identificá-lo com seu pai valoroso, aproveitando as características complementares que

apresentam. Conseguiu a mesma assertividade que usava para argumentar racionalmente, na expressão clara de seus sentimentos tanto em relação ao marido, quanto ao filho.

A depressão de Júlia foi um fechar-se em si mesma por não poder falar. Foi uma reclusão em si mesma, como uma fuga para um abrigo secreto diante da decepção consigo mesma, de sua culpa e de um temor de ficar, ainda que momentaneamente, num estado psicótico, que Winnicott (1988) considera necessário para conectar com o ego primitivo do bebê. Mas foi também um pedido de ajuda, de re-arranjo de suas defesas, conduzindo-a a novos processos de integração e diferenciação. Sua capacidade egoica permitiu que isso acontecesse, bastando para isso a presença atenta e esclarecedora da psicoterapeuta.

No decorrer do processo psicoterapêutico, Júlia verbalizou “nunca imaginei que a gente tivesse que voltar à infância e entender o que aconteceu para poder ser mãe!”. E tem podido falar de seus sentimentos mais abertamente. Hoje identifica que quando se sente deprimida é porque está se sentindo culpada e com raiva por alguma situação. Que a imagem idealizada da mãe era na verdade uma percepção sua, não totalmente condizente com a realidade. Com o filho se sente à vontade, conversa bastante e tem se mostrado criativa na resolução de impasses, sempre auxiliada pelo marido.

Com relação à transferência, pareço ter representado para ela “uma irmã mais velha”, em quem ela confia, mas da qual teme a crítica e o juízo de valor. Felizmente a confiança predomina e ela continua em terapia, podendo desfrutar da experiência de que pode aprender acompanhada pelo marido, pelo filho e pela terapeuta.

Da minha parte, foi sempre muito fácil empatizar com Júlia, por poder identificar um sofrimento real, uma severidade muito grande e querer ajudá-la a diminuir seu rigor consigo mesma (ao ser “robótica”), facilitando a vivência de suas emoções.

Finalmente, por que chamei Júlia de imperatriz? Em primeiro lugar pela alusão feita por seu pai. Depois, porque compreendi que agir como imperatriz, soberana, autoritária, poderosa parece ser o mandato transgeracional de Júlia. Só que, como ocorre com toda imperatriz, sua soberania tinha um custo muito grande, o de não poder ser ela mesma, o de não se sentir livre para viver de uma forma diferente. Hoje, Júlia começa a ter esse prazer, reconhece que tem qualidades e diz que a partir da Depressão Pós-Parto e da psicoterapia mudou muito. Apesar disto, ainda apresenta dificuldades de mudar em alguns aspectos, tais como sua rigidez e exigência consigo mesma, custando-lhe algumas

dúvidas e somatizações que desaparecem quando entende o conflito subjacente.

5.4 Elsa, A que “Não deu Certo”

Elsa foi encaminhada por uma pediatra do Hospital Universitário (HU), a quem tinha apresentado minha pesquisa e critérios de inclusão. Além das visíveis dificuldades pessoais de Elsa, seu filho Marcos apresentava baixo peso e icterícia. A médica estava assustada com o fato de ela querer levar o bebê para a creche, apesar de estar com um mês de idade apenas.

Quando encontrei Elsa na entrevista de triagem, ela estava com Marcos literalmente pendurado no peito. Os dois estavam magros, e o bebê sugava lentamente, parando para dormir. Enquanto falava com desespero de seus sintomas, parecia não ver Marcos. Aos poucos, porém, foi confortando-o e acomodando-o junto a si para que ele dormisse.

Durante essa primeira entrevista Elsa, chorando muito, relatou que não dormia há cinco dias, se dizia desesperada. Contou que começou a se sentir mal desde o dia do parto, quando já não conseguiu dormir direito. Estava se sentindo cansada e irritadiça e tendo crises de angústia, relatada como um “aperto no peito”. Mencionou sensações negativas como ver pessoas mortas, achar que sua vida acabara e que, quando seu filho dormia, ia verificar se não estava morto.

Devido à severidade sintomatológica do caso, encaminhei Elsa ao serviço de psiquiatria no HU, no mesmo dia. Elsa foi medicada com antidepressivo e ansiolítico que a ajudaria a dormir. E, ainda, considerando seu sofrimento e a hipótese de uma rejeição de Elsa em relação ao bebê, iniciei o tratamento, atendendo-a no meu consultório duas vezes por semana e não uma, conforme a proposta da pesquisa. Quando a crise passou, reduzimos o acompanhamento para uma sessão por semana e, no final do processo, para sessões quinzenais.

Durante todo o tratamento psicoterápico, com exceção da fase final, Marcos estava presente nas sessões com sua mãe, o que possibilitou observar e intervir diretamente, quando necessário, sobre a relação mãe-bebê. Quando minhas palavras eram dirigidas a Marcos ele mostrava interesse, sustentando o olhar e reagindo através de manifestações corporais. Conforme esclarecerei adiante, não considerei necessário incluir o marido de Elsa no tratamento.

Atualmente, Elsa está finalizando seu processo de psicoterapia, fazendo acompanhamento apenas uma vez por mês. Quanto à

medicação, conseguiu deixar o ansiolítico nos dois primeiros meses de tratamento e depois de dez meses deixou o antidepressivo.

5.4.1 Caracterização

Elsa tem 23 anos, é quase ruiva, tem grandes olhos azuis e se veste com simplicidade, quase sempre usando calça *legging*, camiseta e tênis. Tem segundo grau completo e trabalha como autônoma junto com o marido João, tendo uma situação financeira compatível com o segmento social denominado, no Brasil, de “camadas populares”. Descreveu-se como tímida, apesar de falante, envergonhada por ser gaga, muito “sistemática”, e com dificuldades para aceitar mudanças em sua vida.

Mora com seu marido e filho. As famílias de origem dos dois moram em uma mesma cidade do interior do estado.

5.4.2 História Familiar

Elsa é “temporona”, a caçula de seis irmãos. Sua mãe relata que não queria mais filhos quando engravidou dela. Elsa se diz muito ligada com a mãe, apesar de ter sido criada pela irmã mais velha até aos dois anos e meio, quando a irmã se casou e mudou de cidade; agora elas se veem apenas uma vez por ano. Depois disso passou a acompanhar a mãe onde quer que ela fosse: quando ia levar almoço para o pai na roça ou quando permanecia na sala de aula quando a mãe ia trabalhar como professora. Relata que a recordação dessas cenas lhe traz grande bem-estar.

Elsa se refere ao pai como distante, sempre trabalhando na roça, viajando como motorista de caminhão ou, mais recentemente, dormindo no sofá durante o dia, pois sofre de insônia. Durante a psicoterapia levantou a possibilidade de ele ser depressivo, já que ela própria apresentara depressão e um tio paterno se suicidara.

A mãe sempre foi a figura de referência para tudo, mas, durante a terapia, se deu conta da forma superprotetora como foi criada, evitando as situações adversas. O mundo lhe foi apresentado como algo perigoso e a casa e a figura da mãe sempre foram seus portos-seguros.

Elsa recebeu uma educação rígida e a preocupação com a opinião alheia sempre pautou a forma de pensar e de agir de seus pais. A título de exemplo, Elsa relatou que a família sentiu-se muito envergonhada quando uma irmã teve casos com homens casados e toda a cidade ficou

sabendo. Diante de adversidades desse tipo, Elsa procurava ficar atenta de forma a agir certo para não incomodar a mãe que, segundo ela, é “bodenta”, ou seja, é brava e permanece sem falar por muitos dias, até meses, com quem a incomoda, contraria ou desagrada.

Elsa se desqualificava quando dizia que era uma “pessoa que não deu certo”. Assim se considerava por ter muitos medos e problemas desde criança. Usou Lexotan e Diazepan frequentemente desde os 12 anos devido à grande dificuldade para dormir. Só conseguia adormecer com a mãe ou quando sabia que havia pessoas acordadas na casa. Em relação a essa situação, confessou relativo prazer em tirar o pai da cama: “quanto mais ele reclamava, mais eu insistia em dormir com a mãe”.

Ela relatou que também sofria de desmaios, mas se autodenominou “terrível”, pois, na verdade, “forçava” situações, fingindo desmaiar em casa e na escola. Foi submetida a vários exames médicos, que indicaram apenas uma hipoglicemia. Durante a terapia reconheceu gostar de ser o centro das atenções, tal qual uma tia que tinha ataques e que “ficava possuída, falando com voz de homem”.

Quando indagada sobre os motivos dos medos e da insônia, Elsa lembrou vários velórios a que assistiu e que era obrigada a beijar a mão dos mortos como “simpatia”, para melhorar os desmaios. Depois que se casou, lembrava ter tido episódios de insônia esporadicamente, apenas quando estava muito preocupada com alguma situação. Atribuiu a melhora ao fato de ter a companhia constante do marido.

No período final de sua psicoterapia verbalizou que mesmo com essas dificuldades, sentia que era a mais normal da família, sendo que seus irmãos eram todos “problemáticos” em relação à dependência, vivendo ao redor da mãe, tendo muitas crendices e medos, estendendo a infância dos filhos, não os estimulando a crescer. Como exemplo, Elsa relatou que uma irmã a chamou de louca por ter colocado Marcos para dormir em um quarto só dele aos quatro meses de idade, já que a filha dela de dez anos (sobrinha de Elsa) dorme até hoje no quarto do casal e o marido da irmã, por sua vez, no quarto da filha.

5.4.3 História do casal

Aos 18 anos, Elsa e João casaram-se contra a vontade da família dele, que criticava a conduta da irmã de Elsa, se preocupava com o fato de os dois serem de religiões diferentes e suspeitava da boa saúde da noiva, uma vez que apresentava desmaios recorrentes. O fato de João ter enfrentado esses obstáculos e ter levado adiante a ideia do casamento foi significado por Elsa como grande prova de amor.

O início da vida de casados, porém, não havia sido nada fácil, pois mudaram da cidade do interior do estado, onde morava com a mãe, para a grande Florianópolis. O casal tinha discussões sérias, pois ela queria voltar todos os finais de semana à casa da mãe, enquanto ele tentava convencê-la a fazerem uma vida nova.

Elsa disse que começou a pensar que sua vida agora era com o marido. Começou, então, a ligar-se nele, vivendo junto com ele vinte e quatro horas por dia, já que começaram a trabalhar juntos. Disse que, desde que se casaram, nunca mais se sentiu sozinha, pois passaram a viver um para o outro, parecendo transferir a dependência simbiótica da mãe para o marido.

A rotina do casal, após uma semana de trabalho, consistia em descansar, ver filmes; ele lavava o carro e ela fazia faxina na casa, “levantando” tudo e limpando tudo, inclusive a máquina de lavar roupas e o tanque depois de lavar as roupas. Relata que o marido a considera exagerada com a limpeza, mas ela afirma que “se não limpo tudo, parece que a sujeira está em mim, eu me sinto suja!”.

Ela descreve o marido como compreensivo e paciente, “ele faz de tudo por mim”. Ele iniciou, inclusive, estudos bíblicos na igreja dela, o que a ajudou a valorizar ainda mais a sua nova família. Durante o período da crise depressiva, o fato de ele apoiá-la, deixava-a se sentindo aliviada, mas, ao mesmo tempo, muito culpada: “Quanto mais ele faz por mim, mais mal eu me sinto porque não posso retribuir...”.

Segundo os relatos de Elsa, João parece calmo e continente com ela, além de muito afetuoso com Marcos. Por vezes, porém, se coloca declaradamente enciumado do tempo que Elsa despense com o filho. Apesar disso, nos momentos de decisão, coloca sempre o bem estar de Marcos e Elsa em primeiro lugar. Durante a crise de Elsa, levou-a, vários finais de semana, para a casa da mãe, deixando-a lá, por vezes, para passar a semana, enquanto ele voltava para trabalhar. Ele sentia falta de Elsa no trabalho, mas fez questão de esperar até que o bebê completasse seis meses para poder ficar na creche, por meio período e “se ele se adaptasse bem”.

5.4.4 Relação com o bebê

A relação de Elsa e Marcos foi determinada e confundida com as nuances de seu estado depressivo. A gravidez foi planejada, mas Elsa levou um ano e meio para engravidar. A gestação foi tranquila e Marcos deveria nascer em agosto. Ela, porém, desejava que o filho nascesse

antes, pois, em julho, tanto sua mãe quanto seu marido teriam condições de ficar com ela por mais tempo.

Na trigésima sétima semana de gravidez, durante o mês de julho decidiram fazer uma consulta, pois Elsa estava com um pouco de cólicas. Quando foi examinada, já apresentava sete centímetros de dilatação. Elsa relata que após ouvir que o bebê estava para nascer, sentiu as dores aumentarem, por medo. Recebeu anestesia local e Marcos nasceu de parto normal.

Sua mãe e uma irmã se revezaram e ficaram com ela nos primeiros quarenta dias. No entanto, desde o dia em que Marcos nasceu, começou a sentir insônia, apesar da presença da mãe e do apoio do marido, a quem pedia que não dormisse antes dela ou, caso ela acordasse de madrugada.

No início da psicoterapia, a amamentação estava irregular, ela sentia dores no seio, começou a introduzir leite em pó de forma assistemática, quando achava que não tinha tido leite ou que o leite fora insuficiente. A complementação do leite foi sugerida pela pediatra em função de o bebê parecer fraco e apresentar baixo peso. Após o início da psicoterapia, Elsa passou a amamentar Marcos sem complementação até o sexto mês, quando introduziu outros alimentos e ele passou a engordar normalmente. O desmame foi completado quando Marcos contava com oito meses de idade.

Elsa relatou que quando Marcos nasceu, sentia que “tudo era maior que ela” e que ela não conseguiria dar conta da situação, mesmo contando com a colaboração e a paciência de João. Desesperava-se imaginando que nunca mais poderia fazer o que fazia antes: tomar conta da casa, trabalhar e, principalmente, viver para o marido. Ficava muito angustiada com a quantidade de roupas do bebê para lavar, com o tempo que levava a amamentação e com o ritual do banho que levava horas a fio. Relatou uma cena em que amamentava Marcos, angustiada ao ver a vassoura e a sujeira, aguardando por ela no meio da sala, querendo que o bebê terminasse logo de mamar.

No período inicial da psicoterapia, Elsa apresentava muitos e intensos sintomas obsessivos: preocupação com horários, limpeza e eficiência. Depois de amenizados e entendidos como forma de tentar manter o controle do “incontrolável” (seus sentimentos), esses traços diminuíram bastante, surgindo a grande ambivalência em relação ao filho.

Da mesma forma que a amamentação era irregular, sua relação com Marcos era muito instável. Ela relatava que ora deixava-o chorar, ora pegava-o no colo; ora deixava-o sozinho no quarto, ora trazia-o para

onde ela estava. Chamava a atenção a cabecinha achatada do bebê, denunciando que a maior parte do tempo Marcos parecia ficar deitado. Em uma sessão, disse que fazia as coisas que “sabia e podia”, como dar banho, lavar as roupas de Marcos, alimentá-lo, botá-lo para dormir como uma forma de se “agarrar à realidade e de se sentir menos fraca” em relação à maternidade.

Quando tomava ansiolíticos para dormir, relatava medo de não acordar quando o filho acordasse, embora confiasse no marido ou na mãe dela quando estava lá. Diante desse temor relatado por Elsa, em alguns momentos cheguei a fazer a fantasia de que Marcos morreria com o mal do berço, ficando ansiosa. Além de seu temor, algumas situações que observei no decorrer das sessões pareciam dar alguma consistência a essa fantasia, como por exemplo, as várias vezes em que, durante as sessões Elsa deixava o filho no colo sobre seus joelhos, com a cabeça caída para trás, logo após a amamentação.

Poucas sessões depois dessa fantasia que me havia ocorrido, Elsa relatou um sonho em que carregava uma criança no colo, atravessando uma cascata e deixando-a cair. A criança, diz ela, “afundou o crânio” numa pedra, sangrou, mas depois estava bem e mais crescido. Relatou o sonho surpresa com seu conteúdo, mas, aparentemente, sem ansiedade ou sofrimento. Na mesma sessão relatou que sua irmã disse que ela era louca por pensar em deixar Marcos dormir no quarto dele e alertou para o mal do berço com o qual as crianças morrem sufocadas ou engasgadas.

Foi nessa época que pudemos falar do seu desejo de “se ver livre do Marcos”, do fato de ela “não aguentar mais viver em prol de Marcos”, da vontade de “ter a vida dela de volta”, de “ter mais tempo para o marido” e do arrependimento de ter tido o filho. “Se eu soubesse que ia passar por tudo isso, não tinha engravidado!”. Marcos passou então a ser significado por ela como um “fardo” a carregar. Concordou quando assinei a necessidade de aprender a viver a três, experiência que não teve em sua vida, uma vez que percebia o pai como distante.

No decorrer da psicoterapia, Elsa demonstrou mais confiança consigo mesma como mãe, podendo identificar melhor as necessidades de Marcos, embora ainda oscilasse entre momentos de irritação, por exemplo, ao apertar as bochechas do filho, “socando comida nele”, quando ele se recusa a comer e, momentos e pensamentos de muita preocupação com o bem-estar de Marcos, como por exemplo, como ele ficaria na creche.

Cada tarefa nova, surgida no decorrer do desenvolvimento de Marcos, como a introdução dos alimentos, desencadeava em Elsa momentos de ansiedade, sobrecarga e insegurança, expressadas através de insônia ou medo de não conseguir dormir. Só quando o filho absorvia a nova rotina, Elsa se tranquilizava.

Atualmente, Elsa parece estar muito mais ligada afetivamente a Marcos, não achando tão difícil cuidar dele. Chegou a verbalizar: “Antes eu só queria me ver livre dele, que levassem ele embora; hoje eu não posso imaginar minha vida sem ele”.

No período final da psicoterapia Elsa discutia comigo o seu retorno ao trabalho por necessidade financeira. Marcos estava com sete meses completos. Ela começou a procurar creche e a organizar a ida e vinda dele da creche com uma VAN. Ela se propôs a trabalhar apenas meio período e cuidar dele no outro.

Uma de suas irmãs veio morar com ela, o que possibilitaria tirá-lo da creche, mas Elsa temia pela falta de estimulação, já que, na creche, ele “aprende muitas coisas, vive com outras crianças” e considera que a irmã tem o mesmo estilo superprotetor de sua mãe. Elsa relatou, como exemplo, que coloca Marcos sentado no chão com alguns brinquedos distantes para estimulá-lo a engatinhar, enquanto a irmã o coloca deitado rodeado de travesseiros.

A adaptação de Marcos à creche foi aparentemente tranquila desde o início, ele não chorava. Elsa disse que demorou mais do que ele a se adaptar, ao espiar ou apanhando o filho na creche antes do horário determinado. No entanto, Marcos apresentou uma bronquiolite e precisou ficar três semanas em casa, período em que ela se dedicou a ele, levando-o a médicos e fazendo nebulizações de três em três horas.

Quando o bebê melhorou, voltou a trabalhar meio período, deixando-o aos cuidados da irmã dela até reiniciarem as atividades na creche, no próximo semestre. Ao final da terapia Elsa cuidava de Marcos, sem achar tudo muito grande e impossível, não se sentia culpada se precisasse deixá-lo por algum tempo e parecia ter retomado sua identidade, de forma enriquecida desde que re-iniciou seu trabalho.

Elsa deu o seguinte depoimento ao jornal da creche de Marcos, cujo tema era: primeiros momentos na creche: o que os pais pensam sobre a adaptação.

“Saber que ele está ou fica bem, significa muito para mim, é minha tranquilidade (...) pude ver também professoras dedicadas e pacientes (...) essas pessoas dividem comigo uma grande tarefa: educar a geração futura, e meu filho faz parte dessa geração.”

5.4.5 A Depressão de Elsa

Desde o início do tratamento de Elsa, chamou-me atenção a intensidade de seu sofrimento e o caráter regressivo de sua ansiedade. Ela apresentava características histéricas, mobilizando as pessoas ao seu redor; obsessivas, com preocupações excessivas com horários e higiene, mas as características fóbicas pareciam predominar, em função de uma estrutura de personalidade formada sob a égide da falta, do déficit narcísico. Tinha uma auto-imagem muito frágil e fracassada, uma auto-estima muito baixa, sentindo grande impotência diante da realidade da maternidade. Demonstrava tristeza por se sentir tão mal, incredulidade e culpa diante da não-felicidade pelo nascimento do filho.

O quadro depressivo agudo de Elsa, que ela denominava de “quarto escuro”, denunciava a afluência quase violenta de vários aspectos infantis de sua personalidade e de temores conscientes e inconscientes. Em seu momento de transparência psíquica, Elsa reviveu a relação anaclítica e simbiótica que tinha com a mãe quando criança e que transferira para o marido quando adulta. Ela requeria os cuidados da mãe e do marido, identificada com o desamparo de seu filho; era como se tivesse acabado de nascer também. Só podia se tranquilizar quando estivesse na companhia de um dos dois. Ela praticamente os escravizava na sua necessidade de cuidados e companhia. Em função da precoce privação e rejeição materna, “grudou-se” à mãe e ao marido para reasssegurar-se. Mas, mesmo com objetos externos acolhedores, não conseguia ficar bem com seus objetos internos.

A depressão e a angústia de Elsa pareciam um grito de socorro diante de uma evidente ansiedade de separação, em que dormir representava morte, solidão e perda do controle sobre os objetos amados. Elsa sabia que não tinha sido desejada pela mãe e vivenciou uma perda precoce aos dois anos, quando a irmã que cuidava dela mudou de cidade.

Além disso, provavelmente, a ambivalência e a culpa da mãe de Elsa conduziram-na a condutas superprotetoras, que dificultaram o desenvolvimento de segurança e confiança em relação a si mesma, como costuma acontecer em personalidades predominantemente fóbicas. Apesar de ter conseguido levar uma vida adulta, estar casada e trabalhando, Elsa demonstrou ser afetivamente instável e imatura quando do nascimento de Marcos, pois esse veio “quebrar” o equilíbrio do casal “onde um vivia para o outro”.

Nesse momento regressivo pós-parto, que pode ser considerado natural em todas as mulheres, Elsa não encontrou em si o suporte necessário para ela e para o filho. Totalmente identificada com a ambivalência materna, tornou-se fortemente ambivalente em relação ao filho. Cuidava e não cuidava, aconchegava-o e o deixava sozinho no berço, conforme relatado. Parecia travar um “cabo de guerra” com ele.

Portanto, o que de mais forte acontecia com Elsa era a projeção em Marcos de seus próprios impulsos sádico-orais-dependentes. Ela, que afirmou temer ser um fardo para as pessoas, sentia Marcos como um fardo também, projetando nele sua voracidade e necessidade de controle. Não compreendia a dependência de seu filho como tal, mas como controle agressivo e mutilante, temendo ser devorada e consumida por ele, o que a fazia desejar que ele “sumisse”. Temia enlouquecer, perder-se, perder sua identidade diante de suas demandas. “Eu vivo em prol dele! Ele é que está no comando!”

Como defesa contra esses impulsos, Elsa exacerbou seus traços obsessivos tentando controlar o incontrolável. Livrando-se da sujeira da casa compulsivamente e transformando as tarefas de banhar e alimentar seu filho em rituais, tentava se proteger de sua raiva e rejeição pelo filho que viera importuná-la em seu paraíso nirvânico com o marido. Numa determinada sessão, pude observar esse fenômeno, ao vivo, quando notei que Elsa ficou com o rosto vermelho quando o bebê acordou. Quando questioneei o que sentia, disse que ficara com vergonha porque Marcos atrapalhou a sessão. Fiquei em dúvida se tinha sentido vergonha, raiva ou ciúme, pois passei a olhar e a sorrir para Marcos.

Elsa desenvolveu uma transferência positiva em relação a mim, agradecendo sempre a oportunidade que tivera: “se não fosse a senhora...”, “ainda bem que eu tenho a senhora!”. Como manifestação concreta dos sentimentos de dependência, ao final das primeiras sessões, me pedia para pegar Marcos (e/ou ela) no colo, enquanto ela pegava a bolsa, guardava a fralda ou algum brinquedo, o que mudou na fase intermediária de seu processo, quando passou a não mais me pedir ajuda, pegando seus pertences com Marcos no colo, com destreza e habilidade.

Durante o processo psicoterápico, Elsa se mostrou receptiva às minhas intervenções, colocando-se de forma sincera e, às vezes, impactante, quando admitiu, por exemplo, que queria se livrar do filho. Parece que me via como as professoras da creche de Marcos e que entendia que eu a estava tentando ajudá-la a encontrar suas forças e potencialidades. Apesar disso, sentia vergonha do que me contava e

tinha preocupação sobre o que eu pensava sobre ela, talvez temendo uma reação “bodenta” como as da mãe.

Quando comuniquei minhas férias e indaguei sobre seus sentimentos, Elsa disse “Eu tenho medo de mim mesma!”, como se não se sentisse capaz de se manter sozinha ou que pudesse causar algum dano. Vimos que esse sentimento estava relacionado aos seus sentimentos de abandono, quando a mãe ficava fora de casa; e com seus sentimentos de incompetência, quanto a dar conta de situações difíceis.

Durante seu processo terapêutico, mostrou reconhecimento pela importância do autoconhecimento e da interferência da história de vida e da família quando se tem um filho; manifestou desejo de não repetir a própria história na relação com Marcos. Seu filho parece também ter sido uma tentativa de incluir um terceiro na relação dual com o marido/mãe, para rompimento da simbiose. Nesse sentido, sua depressão pode ter tido um significado de reposicionamento interno diante de suas dificuldades. Disse que se não tivesse tido acompanhamento psicoterápico “teria definhado”.

Da minha parte me identifiquei contratransferencialmente com sua impotência e, algumas vezes, duvidei que pudesse ajudá-la, temendo por Marcos e pelo bebê que ainda habitava em Elsa.

Atualmente, embora Elsa tenha recuperado sua relação com o filho, reconhece que precisa mudar características pessoais. Ela diz que aprendeu a viver a três, está mais tranquila, embora reconheça que é ansiosa e sabe que a cada mudança em sua vida, vai perder o sono. Parece mais confiante de que dá conta e, com a ajuda do marido, parece enfrentar as questões imprevistas da vida, o que, anteriormente, se sentia incapaz de fazer. Quando não concorda com ele em alguma situação tem conseguido se posicionar de forma adulta e objetiva. Quanto a sua mania de limpeza da casa faz uma autocrítica, continua perfeccionista, mas ri disso e se propõe a mudar para não se estressar, embora ainda com esforço consciente.

A meu ver, esse caso teve dois pontos facilitadores em direção à mudança interna e externa de Elsa. O primeiro deles era a presença forte e apoiadora do marido a quem não senti necessidade de chamar para uma sessão, como em outros casos, pois Elsa e ele apresentavam grande possibilidade de diálogo. Ela transmitia a ele o que conversávamos e ele compreendia e tentava ajudá-la nas mudanças. Ele tinha disponibilidade afetiva para ela e para o filho. Durante o tratamento isso foi ressaltado para que Elsa também pudesse ouvi-lo quando se tratava de decisões

sobre Marcos e passasse a vê-lo com uma figura de pai forte e presente, um terceiro necessário, diferente do que vivenciara em sua infância.

A presença do bebê nas sessões foi o segundo aspecto de grande importância, pois através da observação de condutas e verbalizações em relação ao filho, foram possíveis muitas intervenções. Sempre que Elsa fazia afirmações sobre Marcos, eu aproveitava para examinar essas afirmações, esclarecer seu cunho projetivo e também, de alguma forma, orientá-la, principalmente quanto ao seu papel de mãe, o que possibilitou o alívio de suas fantasias destrutivas.

Alguns exemplos: (1) quando Elsa disse que Marcos estava no comando, confirmei e disse que assim era porque ele dependia totalmente dela naquele momento e lembrei-a das etapas do desenvolvimento de uma criança. Foi quando vimos o quanto ela se sentia um fardo para a mãe e o marido por suas necessidades dependentes e o quanto temia que o filho fosse igual; (2) quando se queixava que ele parecia só ficar bem no seio dela, comparei com o fato de ela também só ficar bem na casa/ seio da mãe; (3) quando ela o chamava de “manhoso”, aproveitava alguma de suas falas em que ela se dizia “nojenta”, por ser teimosa e exigente e assim por diante.

-“É mesmo, né? De repente ele nem tá pensando e sentindo isso, eu é que estou, né? Coitado do meu filho!” Essa afirmação de Elsa fez parte do desenvolvimento da posição depressiva em relação a Marcos, com o reconhecimento dele como pessoa separada dela, após um longo período de projeções e reações paranoides em relação às suas próprias dificuldades orais.

Observei que nos momentos em que Elsa fazia queixas em relação ao filho, ele acordava, chorava e Elsa oferecia o peito, o que parecia deixá-lo tranquilo. Nos primeiros meses, ele dormia no colo da mãe após a mamada; mais tarde, ficava acordado, sentado no colo de Elsa, olhando para mim. Foi aí que o incluí nos diálogos, me dirigindo a ele também. Certo dia, quando Elsa se queixava de ele ter chorado até ela tirá-lo do berço, disse a ela que ele já sabia muito bem expressar o que queria, ao que ele respondeu com um sorriso.

Nessa e em outras oportunidades, acredito ter servido de referência para Elsa na relação com o filho, mas, principalmente, acredito que a ajudei a ressignificar as comunicações e os comportamentos de Marcos, o que resultou na diminuição das projeções de Elsa e da perspectiva fusional com que ela o via.

Finalmente, por que intitulei Elsa “a que não deu certo”. Primeiro, porque essa era a imagem que tinha de si desde antes da crise depressiva. E também porque no período final de seu tratamento, tinha

um sentimento ambivalente quanto a sua família. Por conseguir estimular Marcos a se independizar e, por ter uma relação muito próxima com o marido, se sente um “ET” junto aos seus familiares, agora de outra perspectiva.

“Eu aprendi como é importante cuidar dele agora, que responsabilidade que é. E eu quero acertar. Vejo as coisas erradas lá na minha família, e não posso mudar nada lá, mas na minha família aqui eu posso fazer diferente”. No entanto, esse sentimento a deixa confusa por ainda gostar muito de estar com seus familiares e ter medo de perder seu lugar junto a eles. Nas sessões mensais de acompanhamento, estamos trabalhando a possibilidade de se diferenciar e se separar sem romper, nem destruir as relações, junto com o término da psicoterapia.

5.5 Carla, A Seca

Esse caso tem características diferentes dos dois anteriores, pois a sintomatologia de Carla não indicava, a princípio, uma Depressão Pós-Parto. No entanto, resolvi apresentá-lo como uma ilustração muito clara do que Monique Bydlowski (1997) denominou de transparência psíquica, ou seja, por ter sido muito evidente, a partir da maternidade, a revivência e o transbordamento de conflitos originados na infância.

Carla foi encaminhada por uma obstetra para uma terapia de casal, mas, já no primeiro contato por telefone, pediu para vir antes de iniciar a terapia conjunta com Flávio, pois se dizia confusa e ansiosa, chorando muito. No decorrer do processo inicial, foram realizadas três entrevistas com o casal, intercaladas por entrevistas individuais com Carla e duas sessões apenas com Flávio, a pedido dele.

Por fim, o que se estabeleceu, com o acordo dos dois e após Flávio ter desmarcado algumas sessões de casal, foi a psicoterapia individual de Carla uma vez por semana e sua participação na pesquisa. Por três vezes Carla trouxe seu bebê, espontaneamente: mais ou menos aos três, aos seis e aos dez meses. Carla ainda está em tratamento.

5.5.1 Características

Carla tem 33 anos, é uma mulher franzina, de baixa estatura e de pele clara. Ela tem curso superior, fala inglês com fluência e relata ter tido sempre “subempregos”. Atualmente, reside com a mãe e desistiu do trabalho para ficar com o filho. Sua decisão é de ficar dois anos com ele, quando então pensa em colocá-lo numa “escolinha”. Tem uma irmã

mais velha, casada, que mora em outra cidade, que considera muito bem sucedida. Seu pai faleceu há quatro anos.

No princípio do tratamento falava apenas de seu relacionamento, mas aos poucos foi se conectando com sua história. Carla relatou sempre ter tido traços de ansiedade exacerbados, somados a uma auto-estima muito baixa, dependência afetiva da mãe, determinada insegurança e falta de confiança em si.

5.5.2 História familiar de Carla

Carla relata que sua mãe diz tê-la desejado e planejado e que ela foi sempre uma criança tranquila. Sua mãe conta que no segundo dia após seu nascimento, ainda na maternidade, recebeu um menino no seu lugar para amamentar. Ela percebeu a troca de bebês e foi atrás de Carla.

A mãe de Carla contou-lhe uma situação que parece ser simbólica do relacionamento familiar a ser estabelecido a partir de seu nascimento. Quando Carla nasceu, o pai levou a mãe para a maternidade, mas no dia em que sua mãe e ela chegaram de volta em casa, seu pai não havia sido encontrado para buscá-las, tendo sido uma tia de Carla quem foi buscá-las na maternidade. O pai dela estava na garagem experimentando uma moto nova. Quando chegaram, ele não as acompanhou até o apartamento, saiu para experimentar a moto, se acidentou, e teve que ficar hospitalizado por uma semana. Demonstrando suas características infantis e competitivas, era como se o pai precisasse ter um “brinquedo novo”, já que a mãe tinha a sua “boneca”.

Carla afirma que sua mãe é muito “bagunceira”, não tem nenhuma preocupação com a organização da casa, cria onze cachorros e quatro gatos e, por isso, foi sempre alvo de críticas do pai de Carla. Sua relação com a mãe foi sempre caracterizada pela proximidade e dependência, sendo que a mãe a chamava “a minha sombra”, porque ela estava sempre “grudada” com a mãe, acompanhando-a para todos os lugares, chorando muito caso a mãe não a levasse consigo.

Segundo Carla, sua mãe foi sempre liberal, apoiando-a em todas as suas iniciativas. Em troca, ela ajuda a mãe no que pode e verbalizou que funciona em casa como se fosse o “marido” da mãe.

Em relação a seu pai tem uma visão de distância e desinteresse, imagem essa bastante reforçada pela mãe que lhe disse ter sido sempre assim. Carla relata, ainda, que o pai nunca demonstrou interesse por suas notas ou atividades escolares, não estando presente em datas festivas. Apesar disso, ela parece ter tentado se aproximar dele, pois lembrou uma cena ocorrida quando tinha seis anos de idade, em que ele

fazia a barba e ela, ao lado dele no espelho, fingia fazer barba também usando a espuma e o pincel do pai. Na adolescência de Carla, ela diz que ele tentou se aproximar, conversar mais, mas, nessa etapa, ela não queria mais se relacionar com ele.

Seu pai teve câncer e sofreu durante dois anos acamado. Essas cenas do pai doente em estado terminal fazem Carla chorar a cada vez que se lembra. Apesar disso, verbaliza ter cuidado dele apenas para ajudar sua mãe. Elas tinham que fazer sua higiene e alimentá-lo.

Carla nasceu e se criou dentro de uma relação muito tumultuada entre seus pais, com muitas brigas devido ao alcoolismo do pai. Com frequência, ele dizia à sua mãe que a tinha “tirado da lama”, pois ela era mais pobre do que ele. Carla relata que isso a fez sentir que sua mãe era humilhada por ele, mas, ao mesmo tempo, a mãe destituía-o do lugar de pai, desqualificando-o para a filha, ressaltando a competição do pai com ela desde o seu nascimento, quando então se acidentou.

Em função disso, Carla foi se afastando do pai e se ligando cada vez mais à mãe, cuidando dela e se tornando sua aliada contra o pai. Ao mesmo tempo, sentia a falta do pai e tentou aproximar-se dele, agindo de forma “masculina”.

Carla se relaciona bem atualmente com sua irmã, mas quando crianças brigavam muito. Carla costuma se comparar com a irmã e ainda hoje se sente inferior, pois aquela tem feito conquistas que ela ainda não conseguiu. Aos dezenove anos, por exemplo, a irmã comprou um carro com seu próprio dinheiro. Depois se formou, casou, tem um bom emprego, um bom nível de vida e duas filhas. Carla a admira como profissional e como mãe.

Sente-se insegura e pouco confiante em relação a si mesma, o que relaciona a fatos como ter se formado mais tarde do que a irmã, estar morando ainda com a mãe e não ter uma independência financeira. Por outro lado, sente-se acomodada na situação, num misto de conforto e autocrítica, e bastante dependente afetivamente da mãe com quem sempre discute suas dificuldades. Diz ter medo de se sentir desamparada.

Afirma que sempre disse que não queria casar nem ter filhos. Quanto ao padrão de relacionamentos, durante a terapia Carla se deu conta que sempre escolheu homens mais jovens para poder controlar a situação e não correr o risco de se decepcionar. Quando conheceu Flávio, onze anos mais velho, decidiu tentar algo diferente e, no início da relação, tudo ia bem e ela chegou a se ver com ele para o resto da vida.

5.5.3 História familiar de Flávio

Flávio é um homem alto, forte, de voz grave, mas que demonstra muita polidez ao falar e em seus gestos. É o filho mais moço de pais separados desde que ele tinha onze anos. O pai literalmente “fugiu” com a secretária sem se despedir da mulher ou dos filhos e até recentemente Flávio não queria contato com ele. No segundo casamento, o pai teve um filho que Flávio denomina, segundo relatos de Carla, “o bastardo”.

Há aproximadamente vinte anos, o irmão mais velho de Flávio faleceu em um acidente de automóvel, o que o fez se sentir duplamente responsável pela mãe: por ela não ter marido e por ter perdido o filho.

Flávio já foi casado, tem dois filhos desse casamento, um menino de onze anos e uma menina de dezesseis anos de idade. A ex-esposa e os dois filhos moram em outra cidade. Flávio paga a eles uma alta pensão alimentícia.

Profissionalmente, já teve vários negócios, mas atualmente está desempregado, vivendo com a ajuda financeira da mãe. Vive sozinho em um apartamento que foi comprado em sociedade com ela.

5.5.4 História do casal

Carla e Flávio se conheceram durante um curso superior que faziam, namoraram por três anos, se davam muito bem, se divertiam e viajavam. Ela passava os finais de semana na casa dele. Ele frequentava a casa dela e mantinha bom relacionamento com a mãe de Carla.

No terceiro ano de namoro, Carla começou a ter manchas na pele e “precisou” parar a pílula anticoncepcional. Avisou a Flávio e, embora nenhum dos dois, conscientemente, quisesse um filho, nada fizeram para evitar uma gravidez. Após seis meses, Carla constatou, com desespero, que estava grávida. Chorou muito no dia que descobriu, pensando que sua vida estava acabada, mas, no dia seguinte, conforme relata, estava disposta a ter o filho. Flávio, que também não aceitara a gravidez, propôs o aborto, ao que ela se recusou. A mãe de Flávio, então, ficou três meses sem falar com Carla.

No último mês de gravidez e depois de ter atitudes que Carla interpretou como dúvida e hesitação, Flávio convidou-a para morar com ele, pois não via sentido em criarem o filho em casas separadas. Ele não admitia ver seu filho criado no meio de cachorros e gatos e considerava o fato de Carla ir morar com ele um “*upgrade*” na vida dela, passando a criticar claramente as atitudes e o modo de vida da mãe de Carla. Esta

relutou em aceitar o convite, pois sentia que a casa não era só dele, e muito menos dela, mas acabou indo morar com Flávio.

Carla fez alguns movimentos para personalizar o apartamento: pintou uma parede, comprou um sofá em conjunto com Flávio e comprou o quarto de João. Ela se queixa, porém de Flávio não ter arrumado lugar para que ela pudesse levar todos os seus pertences para o apartamento dele, apenas algumas roupas e livros. Ele sugeriu que ela deixasse sua coleção de sapatos e bolsas, pela qual é aficionada, na casa da mãe dela. Da mesma forma, Carla relata que Flávio sugeriu que a mãe dela não desmanchasse o seu quarto “de solteira” para aproveitar o cômodo de outra forma.

Segundo Carla, quando ela foi morar com Flávio, ele foi cada vez mais se mostrando exigente e intransigente, ordenando que tudo fosse feito a sua maneira. Carla, por sua vez, “não se apoderou de seu lugar” e ficava muito retraída e “estática”, num canto do sofá, com João no colo, por dias a fio. As dificuldades começaram a crescer quando a mãe de Flávio passou a insistir que eles deveriam dar chupeta ao bebê, fato que Carla foi sempre radicalmente contra.

Após algum tempo vivendo essa polêmica, Carla e a sogra tiveram uma dura discussão, em seguida a qual a mãe de Flávio não mais frequentou a casa deles. A situação entre ela e Flávio foi ficando insustentável, já que Carla se sentia desqualificada como mãe, pois Flávio insistia em acatar as sugestões de sua própria mãe.

Flávio, por sua vez, a considerava teimosa, pois ela também queria tudo a seu jeito, na verdade do jeito que ela foi criada. Aos poucos Carla foi se sentindo “dispensada”, quando ele sugeriu que ela passasse a almoçar diariamente na casa da mãe, ou a ir para lá em dias de faxina no apartamento.

Antes de João completar dois meses e depois de Flávio pedir “um tempo” na relação, Carla voltou para a casa da mãe, levando o filho consigo. Foi nesse momento que buscaram a psicoterapia.

Posteriormente, buscou suas roupas e livros e, por fim, o quarto de João. Os dois continuavam se vendo, mas não conseguiam chegar a um consenso quando se tratava do bebê.

Quando Flávio percebeu o gradual distanciamento de Carla, não se conformou. Ele reagiu de diversas formas: afastando-se dela e do filho; reclamando para amigos e familiares de Carla; recorrendo à terapeuta; ao se reconhecer apaixonado ainda por ela, propôs que voltassem; e por fim, afastou-se indo ver o filho cada vez mais espaçadamente.

Apesar de todas as tentativas de Flávio, Carla ficou irredutível e, a cada iniciativa de aproximação dele, recuava para mais longe. Achava difícil voltar a viver com ele como homem e mulher. Dizia ainda respeitá-lo como pai e fazer questão de que João contasse com ele. Até hoje, porém, fica muito magoada quando ele se afasta, não visita o filho, apenas liga para saber dele ou, ainda, quando a recrimina em algumas atitudes com João.

Carla disse já ter cedido muitas vezes, mas que tem limites. Durante a psicoterapia deu-se conta que, não importa o que ele faça e proponha, ela não quer voltar para ele, apesar de ao mesmo tempo lamentar muito a perda do que tinham juntos antes de engravidar.

Carla e Flávio estão separados, vendo-se e falando-se por telefone cada vez mais raramente. O casal está discutindo através de advogados a questão da pensão de João.

5.5.5 Relação com o bebê

Durante a gravidez, Flávio relutava em acompanhar Carla nas consultas e nos exames de ultrassom e a aceitar a obstetra por ela escolhida. Após mudar para a casa dele, Carla começou a apresentar hipertensão que evoluiu para pré-eclâmpsia no último mês de gestação. Precisou de cuidados especiais no final da gravidez, mas teve o parto normal de cócoras que almejava. Flávio a acompanhou no parto.

Carla teve também o acompanhamento de sua irmã que é doula (mulher treinada a acompanhar parturientes, facilitando esse momento e estimulando um parto natural). Segundo Carla, a irmã foi a única pessoa a lhe dar apoio desde que soube que estava grávida. A mãe dela ficou tão assustada quanto ela no início, mas depois a apoiou como de costume.

Durante o trabalho de parto, Carla dispensou anestésicos como faz sempre em outros pequenos procedimentos médicos ou odontológicos, mas aceitou acupuntura. Flávio não teve coragem de cortar o cordão umbilical, sendo que a irmã de Carla o fez. Até hoje Carla mostra-se agradecida à irmã, à médica e a Flávio porque lhe permitiram ter o filho como sonhou.

Carla e Flávio não quiseram saber o sexo do bebê durante a gravidez, mas ela tinha certeza de que seria um menino. O nome João foi escolhido em consenso, uma homenagem dela ao pai, já falecido e, dele ao avô materno que reside atualmente com a mãe de Flávio, ambos de nome João.

Carla, que sempre verbalizou não querer ter filhos por não “suportar” crianças, mostra-se “conformada” e se diz “feliz” com o nascimento de João. Apesar disso, após o parto continuou com hipertensão por alguns meses, supondo que era causada pela tensão que vivia na casa de Flávio e pelo processo de separação.

Carla está amamentando e diz que vai fazê-lo até João completar dois anos. Tem algumas ideias alternativas com as quais Flávio não concorda. Por exemplo: é contra vacinas, não queria batizar o filho, não deu chupeta. Em relação às duas primeiras, cedeu.

Carla oferece o seio a João sempre que ele solicita e isso acontece muitas vezes ao dia. Numa sessão em que o bebê compareceu, ela lhe deu o seio por seis vezes, ainda que pouco tempo de cada vez, pois ele se dispersa e faz outra coisa agora que está maior.

Ela costuma se divertir com as atitudes dele, que é muito parecido fisicamente com o pai. Nunca se queixa de ter que cuidar dele, apesar de se dizer cansada às vezes. Quase sempre que sai de casa leva João. Ele frequenta aulas de natação desde os cinco meses de idade. Flávio nunca foi vê-lo ou acompanhá-lo nessa atividade, apesar dos pedidos de Carla, exatamente como seu pai fez com ela, não frequentando as atividades da escola.

Chamou a atenção, na última vez em que João acompanhou Carla na sessão, que ela o colocou no chão, de costas para ela, com seus brinquedos. Ele, no entanto, foi se virando e explorando a sala, engatinhando. Depois choramingou, pediu colo, o seio e ficou me olhando do colo dela. Durante várias ações dele, como pular no seu colo, largar o peito, chorar, ela o chamou de “doido” e “louco”.

João parece estar se desenvolvendo muito bem, apresentando apenas o jeito ansioso e agitado da mãe, devido às situações estressantes das quais participa e ser ela a sua referência identificatória mais presente. Mesmo vendo o pai em espaços de tempo cada vez maiores, reconhece Flávio, o recebe com alegria e fica bem quando sozinho com ele. João tem presenciado discussões acirradas dos pais e já ouviu algumas vezes de Flávio que ele veio para atrapalhar o relacionamento dos dois ou que Carla só se relacionou com ele para ter o filho. De Carla ouve que o pai não gosta dele e não o considera como filho igual aos outros, evidenciando-se, assim, uma clara repetição de seu próprio ambiente familiar.

A paciente foi questionada sobre os sentidos que ela atribui a “doidice” e “loucura” que menciona sobre o filho e, como resultado de uma reflexão com a terapeuta, concluiu-se sobre um possível estado

ansioso da criança, relacionado às falas e discussões presenciadas. Daí Carla deduziu a importância de evitarem discutir na frente dele.

5.5.6 A Depressão de Carla

Levando-se em conta os aspectos diagnósticos descritivos, Carla não apresentava uma depressão típica, com traços de desânimo, apatia, instabilidade emocional ou descuido com o bebê. Entretanto, na perspectiva de uma análise clínica de natureza psicodinâmica, alguns sinais chamavam a atenção para um possível quadro depressivo reativo, a saber: relativo descuido em relação a si mesma, uma magreza crescente, hipertensão, dificuldade para dormir, choro fácil e muita ansiedade, traduzida em inquietação motora, risos inadequados e tom de voz alto. Sua tristeza maior provinha do relacionamento com Flávio gradativamente deteriorado desde a gravidez, vivenciado como uma perda.

Diferente dos dois casos anteriores, em que o período inicial crítico e urgente foi direcionado ao sofrimento psíquico das puérperas em função de seus sintomas, o processo psicoterapêutico de Carla teve, no período inicial, o relacionamento do casal como foco. “Vai ser o primeiro casal que vais ver se separar por causa de uma chupeta!”, foi a primeira frase de Carla no consultório. A sentença já estava dada. O casal iria se separar e os motivos seriam de ordem infantil, ou seja, conflitos conscientes e inconscientes, marcados, presentes desde a infância de ambos.

Resumidamente, em relação a Flávio, foi possível perceber uma identificação com sua mãe abandonada pelo pai, o que acentuou a relação de simbiose e dependência entre eles. Flávio segue à risca as opiniões da mãe, que vive disponível para ele e parecia estar procurando em Carla a sua réplica. Coincidência ou não, Flávio perdeu o emprego quando Carla engravidou, talvez querendo, assim, comunicar em ato sua impossibilidade emocional de ser pai.

De acordo com relatos de Carla, pude perceber que Flávio era percebido por ela como apresentando características obsessivo-narcisistas e muita dificuldade de se colocar no lugar dela e de entender suas necessidades. Carla sentia que ele queria ser atendido, não importando o que ela pensava e, por sua vez, Flávio verbalizou ter se sentido abandonado quando Carla saiu da casa dele.

Para Carla, ficou muito evidente a transferência de Flávio do irmão do segundo casamento do pai, ao qual chama “o bastardo”, ao filho João, por sua rejeição em relação ao bebê. Além disso, Carla, como

qualquer puérpera em seu momento de transparência psíquica passou a interpretar toda e qualquer reivindicação de Flávio como uma crítica ou rejeição a ela, tal como se sentia com o pai. A transferência da relação distante e fria do pai para Flávio foi evidente e ela foi reagindo exatamente como sua mãe, de forma passivo-agressiva não falando nada, retraindo-se e, por fim, se afastando de Flávio.

Nesse período identificou-se totalmente com o filho “rejeitado” e se mostra, ainda hoje, triste e frustrada em relação a essa situação. Recentemente, Carla relatou chorando que, em um telefonema, corrigiu três vezes Flávio que dizia ter dois filhos, quando tem três. Ela também se questiona: “Será que o João vale só um quarto do que os outros filhos valem?” referindo-se ao valor da pensão que Flávio paga para João, estipulada, aleatoriamente, segundo cálculos que ele mesmo fez de acordo com o que imagina que sejam as despesas de João.

Carla, constantemente, “convoca” Flávio a participar da vida do filho, pois não quer que João se sinta com o pai como ela se sentia. Mas, em represália ao seu afastamento, Flávio não o procura, diz que está magoado por ela não aceitar suas condições. Ele fez vários convites para voltarem, mas ela não quis porque tem certeza que seria coadjuvante na situação familiar, sendo que Flávio e sua mãe protagonizariam as cenas.

Assim, diante da compreensão de Carla da evidente repetição de distância afetiva de seu pai na figura de Flávio; diante da frustração de ambos de terem suas mães e pais de volta na figura do (a) companheiro; diante da dependência, ainda presente, de cada um com sua própria mãe; diante de diferenças muito evidentes e da impossibilidade de negociação pelas características resistentes, narcísicas e obstinadas de cada um; diante da configuração triangular adulta inadmissível para eles, desfez-se o relacionamento.

Refletindo sobre esse período inicial, concluí, em conjunto com minha orientadora com quem discuti o caso, que a proposta de terapia de casal não se realizou porque efetivamente não havia casal. Por algumas vezes me indaguei se eu não havia embarcado no jogo de exclusão de terceiros, excluindo ou concordando com a exclusão de Flávio do tratamento. Mas, relendo, por várias vezes, todas as sessões, percebi novamente sua dureza e dificuldade de acatar qualquer coisa que eu dissesse em relação à Carla ou interpretasse em relação a ele. Quando ele pediu sessões individuais, senti que era para me convencer de seus argumentos e me tornar uma aliada ou para tentar descobrir como convencer Carla a agir como ele gostaria. Apesar de tudo isso ser sido explicitado, com demonstração de repetições e ligando com fatos de sua

vida, o desejo e a possibilidade de mudança em Flávio se mostraram nulos. Decidi, então, me dedicar a entender Carla dentro dessa realidade adversa no seu relacionamento.

Foi quando começaram a surgir dados de sua história e personalidade que justificavam sua crise puerperal. Seu estado emocional regressivo pós-parto suscitou a hipótese de que não teria sido devidamente narcizada pela mãe, que sempre a apoiou em tudo, mas não a amamentou, não lhe ofereceu chupeta, não era carinhosa, deixando-a solta e sozinha para resolver seus problemas, sob uma aparência de liberalidade. Daí a atitude reativa de Carla, grudando na mãe quando era pequena e se engalfinhando com a irmã, apontada como exemplo, que nunca conseguiu seguir, considerando-se sempre aquém.

Ao voltar seu interesse para o pai, ingressando no movimento de triangulação edípica, sentiu-se por ele rejeitada. A esse aspecto foram somadas as constantes afirmações da mãe de que o pai não se interessava mesmo por ela. Assim, Carla recuou no movimento e buscou ocupar a posição de objeto de satisfação do desejo da mãe, procurando dar a ela aquilo que ela supunha que a mãe não tinha - o marido/pai/falo -, masculinizando-se para ser o que a mãe não tinha e diminuir sua amargura, e, talvez, também na tentativa de agradar o pai, sem sucesso. Dessa forma também, parecia evitar o medo de castração.

Quando conheceu Flávio, projetou nele a imagem paterna idealizada e próxima que desejara, já que o namorado se mostrava sempre muito afetivo. Sentiu-se mais confiante em sua feminilidade e, inconscientemente, decidiu vivê-la em seu esplendor e ter um filho (com o pai edípico).

Quando engravidou “sem querer” (coloquei entre aspas a expressão, porque segundo Langer [1981] não há nenhuma gravidez totalmente desejada nem totalmente rejeitada), teve o apoio de sua irmã em quem parece projetar a mãe boa, que a estimula e a aprova a ser mulher incondicionalmente, além de se constituir num modelo de relacionamento em família que ela aprova.

A escolha de Flávio como companheiro e pai de seu filho parece ter sido também pautada, inconscientemente, pela compulsão à repetição, na esperança de provar que poderia fazer seu pai amá-la através dele, do jeito que ela era. Flávio, porém, por suas necessidades narcísicas e orais sempre satisfeitas (boca cheia simbolicamente com chupeta e seio farto disponíveis), não conseguiu ceder em nada às necessidades de Carla que apenas viu se repetirem cenas e sentimentos de frustração de sua infância.

Como exemplo significativo e emblemático, destaca-se o fato de ele não encontrar espaço em seu apartamento, para os sapatos e as bolsas de Carla, símbolos psicanalíticos da feminilidade. Chama a atenção, porém, sua atitude passiva em relação a isso, encontrando, como única alternativa, o afastamento e não um posicionamento.

Quando Flávio verbalizou que o filho separou os dois, ficou muito triste. Talvez pela não-aprovação de seu lugar como mãe e, talvez pela revivência com isso, de suas culpas inconscientes em relação aos pais, na qual ela se sentia como atrapalhando a relação dos dois. Também aí pode estar a explicação para suas condutas fóbico-evitativas em relação a trabalho e relacionamentos, ficando sempre aquém de suas possibilidades (“subempregos”) ou escolhendo para namorar pessoas com as quais, de antemão, sabia que não ia dar certo.

Portanto, a depressão de Carla caracterizou-se psicodinamicamente como uma depressão reativa, pois expressava sua tristeza por não se sentir aprovada como mulher e como mãe, fazendo-a reviver sua “secura” e impossibilidade de viver sua feminilidade com prazer; e não uma Depressão Pós-Parto, na qual a dificuldade recai sobre a vivência da maternidade.

Quanto a João, durante o processo psicoterápico foi possível observar que foi preservado até aqui das projeções negativas de Carla quanto aos homens. Carla sempre se diz muito feliz com ele, realizada como mãe. Talvez João seja sentido como o seu falo, aquilo que lhe dá potência. Conscientemente, Carla quer algo diferente do que ela teve para o filho, mas, ao mesmo tempo, inconscientemente, passa para ele a mesma imagem distante do pai e talvez, as mesmas culpas. Como preocupação em relação ao futuro, Carla se refere à adolescência de seu filho com temor, pois será um momento em que ele não vai mais se deixar controlar como agora.

Chama a atenção o fato de Carla costumar buscar ajuda na Internet, participando de vários grupos de mães para dirimir suas dúvidas, já que não conta com Flávio para isso. Fica a reflexão: se ela está assim repetindo o padrão de distância dos homens, já que se sente por eles excluída ou se busca solidariedade e modelos diferentes nessas outras mulheres. Tem descoberto talentos e motivações até então desconhecidos por ela, como por exemplo, a confecção artesanal de brinquedos em tecido, saída criativa, na qual “costura” seus aspectos dissociados e proporciona a seu filho e aos filhos do mundo a possibilidade de brincar.

Transferencialmente, Carla me vê como uma irmã mais velha, que a ajuda e apoia, “colocando o dedo nas feridas” de vez em quando, com as quais se sente assustada ainda. Como em todos os seus relacionamentos, a relação comigo também se caracteriza por um certo distanciamento protetivo, por temor às minhas críticas e preocupação pela forma como vou vê-la, fato que ainda não permitiu que ela falasse para mim tudo o que gostaria, segundo suas próprias palavras.

Apesar da frequência assídua e da atenção às coisas que digo, parece que Carla tem resistência a mudanças tanto quanto Flávio, temendo sair de sua área de conforto. A crise ansiosa e seus sintomas foram sendo aliviados no decorrer do período inicial do tratamento, mas a dor de perder Flávio com tudo o que ele representava ainda é um assunto recorrente. A psicoterapia breve e focada transformou-se em tratamento psicoterápico de longa duração, onde o foco agora é ela.

O quadro apresentado por Carla não se coaduna com as definições conceituais de DPP, mas é exemplo, muito vivo da transparência psíquica, como o afloramento de conflitos anteriores com os objetos internos e externos. Evidente compulsão à repetição, a escolha de seu namorado e pai de seu filho, fracassou na tentativa de “desta vez ser diferente”. Porém, talvez Carla tivesse desenvolvido uma depressão limitante, caso permanecesse na relação, e “sentada no canto do sofá”.

Chamei Carla de “seca” porque é assim que ela se descreve como mulher atualmente. Está dissociando completamente o ser mulher do ser mãe e secou tanto no corpo, emagrecendo muito e não menstruando desde que engravidou, quanto no desejo feminino. Mas se sente muito realizada quanto à maternidade, tendo verbalizado: “A maternidade mudou minha vida!”, referindo-se às gratificações que o filho lhe traz e à descoberta de sua vocação profissional, que começa a se tornar realidade com os brinquedos de feltro feitos artesanalmente.

Como desdobramentos desse processo, visualizo a prevenção de uma relação ambivalente de Carla em relação ao filho; a não repetição do vínculo frustrado com o pai nos próximos relacionamentos; o início de uma descoberta e do fortalecimento de suas potencialidades pessoais como mulher, através da ressignificação de sua história.

5.6 Ana, A Pedinte

A meu ver, esse último caso a ser relatado não tem exatamente um *status* de caso como os demais, caracterizando-se mais como uma vinheta, haja vista se tratar de um atendimento mais rápido. Apresenta, ainda, uma característica, a de que a psicoterapia não foi procurada pela paciente, mas oferecida a ela por mim por indicação da equipe do Posto de Saúde ao qual estava vinculada. Esse fato pode ter contribuído para o andamento e desfecho do acompanhamento.

Trata-se de uma puérpera encaminhada pelo médico de família de um Posto de Saúde da Grande Florianópolis, a quem apresentei minha pesquisa e os critérios de inclusão das participantes. Ana foi logo lembrada e encaminhada, pois estava preocupando a equipe do Posto, não só pelos sintomas depressivos, como por uma situação real muito trágica.

A agente comunitária do Posto agendou uma visita domiciliar. Quando chegamos à casa de Ana, na data e horário marcados, ela e as filhas estavam dormindo. Logo que fui apresentada, começou a contar sua história e aceitou participar da pesquisa. Porém, no decorrer do atendimento, começou a faltar ou a desmarcar as sessões, tendo sido realizados apenas cinco encontros no Posto de Saúde, sendo que em dois deles trouxe, espontaneamente, as filhas para participarem.

Então, optei por encaminhá-la à psicóloga do Posto, por achar que teria mais possibilidades de adesão ao acompanhamento já que Ana demonstrava um forte vínculo de apego com a equipe de saúde daquela Instituição. Apesar disso, a particularidade da realidade vivenciada por Ana e as vicissitudes desse atendimento parecem enriquecedores como ilustração do que me propus a discutir.

5.6.1 Características

Quando conheci Ana ela era uma jovem de 26 anos, morena, com corpo bem torneado apesar de ter tido sua terceira filha havia apenas um mês. Vestia-se com simplicidade, usando calça *legging*, sandálias havaianas.

Ana falava bastante e, muitas vezes, me confundia com dados contraditórios, datas e fatos atrapalhados sobre sua história ou quando queria explicar suas ausências aos nossos encontros. Paradoxalmente, mostrava um vínculo desde o início chamando-me de “minha” psicóloga e, conforme seus relatos, utilizando o conteúdo de nossas conversas para

se justificar ou fundamentar algumas decisões junto a seus familiares, apossando-se muito rapidamente de minhas palavras como se fossem suas.

Apesar de utilizar sempre um tom queixoso e de chorar, às vezes, ao lembrar os maus tratos sofridos na infância, Ana parecia se limitar aos fatos, sendo difícil empatizar com ela ou identificar seus sentimentos.

5.6.2 História familiar

Desde a entrevista de triagem em sua casa, Ana relatou ter “nascido para sofrer”. É a filha mais moça de quatro irmãos. Sua mãe era alcoólatra, seu pai foi embora de casa quando ela tinha três anos. Em seguida, a mãe entregou-a com seus dois irmãos à avó paterna como vingança por uma traição do marido, ficando apenas com a filha mais velha. “E os outros não eram filhos? Por que ela só ficou com ela?”, exclamava com tom de revolta.

Quando ela tinha sete anos, sua avó morreu e ela foi morar com o pai e a madrasta que “era muito ruim” para ela. Ana relatou que, em alguns períodos, viveu bem financeiramente, pois o pai tinha boa situação econômica, até perder tudo no jogo. Por isso, relata que ainda criança começou a trabalhar na casa de algumas pessoas, em parte pela situação econômica, em parte para não conviver com a madrasta.

Nesse meio tempo Ana foi praticamente adotada por uma família que cuidava dela, dando-lhe tudo de que precisava, mas sua mãe a tirou de lá e segundo ela, pegou para si todas as roupas e presentes que havia ganhado.

Quando tinha onze anos seu pai morreu. De volta à casa da mãe, precisou trabalhar e não conseguiu estudar, não indo além da quarta série do ensino fundamental. Segundo relatos de Ana, a mãe ameaçava vendê-la a homens para ter dinheiro. Ela afirma que, embora tenha trabalhado em boates, nunca se prostituiu.

Disse que nunca pôde contar com sua mãe “para nada” na vida, que se ela dizia que estava com um problema ou uma doença, sua mãe começava a contar os seus problemas e dores sem mostrar interesse ou preocupação por Ana. Sua irmã mais velha fez o mesmo que a mãe: abandonou dois filhos, um dos quais Ana passou a cuidar.

Ana casou-se cedo, aos quatorze anos. Teve uma filha -Tatiana- e quando soube que era traída, separou-se do marido que nunca mais viu, nem conviveu com a filha que hoje tem doze anos. De um segundo casamento teve outra filha -Sílvia-, hoje com seis anos de idade. Relatou

ter tido depressão pós-parto por dois anos, após o nascimento de Sílvia, não tendo tido nenhum tipo de atendimento especializado. Separou-se do segundo marido por falta de companheirismo e porque ele bebia muito. Contou ter, muitas vezes, encontrado Sílvia, tarde da noite, dormindo nas mesas de bares com ele. Apesar da separação, o pai de Sílvia é muito presente na vida da filha e lhe dá uma pensão regularmente. Ainda, em relação à Sílvia, diz sentir-se culpada, pois, por dois anos, “não queria saber de nada”.

Ana estava com 24 anos quando conheceu seu último companheiro. Ela disse que sabia que ele fazia “coisas erradas”, como fumar e vender maconha. Mas ele era muito carinhoso com ela e com as suas duas filhas e ficou muito feliz com a gravidez de Ana, que na época trabalhava como manicure.

Aos sete meses de gravidez, “tudo saiu do controle”, quando um casal de amigos foi morto a tiros em frente à sua casa, confundido com ela e o companheiro. Eles tinham uma sacola que seu marido pegou antes de abandonarem sua casa. Ela se escondeu na casa da mãe. Logo ficou sabendo que ele fazia parte de uma quadrilha, que tinha feito um assalto a uma loja, e ele e o rapaz assassinado tinham ficado com todo o dinheiro (conteúdo da sacola), diferente do combinado com o bando.

As coisas ficaram mais graves quando não teve mais notícias do marido e soube que estavam atrás dela para matá-la, além de terem queimado os móveis da casa onde moravam. Ela então veio para Florianópolis, para a casa de um irmão com suas filhas. Sua mãe também teve de deixar a casa onde morava.

Desde então, sentia-se muito angustiada com dúvidas sobre o paradeiro do companheiro, com sua família dizendo, inclusive, que ele foi morto, fato que ela questionava por considerá-lo muito “esperto”. Achava que haviam acontecido outras situações na cidade de onde veio e que as pessoas não queriam contar. Vivia sobressaltada, com medo de ser encontrada. Quase não saía. Ana relatava estar sentindo falta do companheiro, mas o que mais a incomodava é que a filha não teria pai. Disse que proibiu as pessoas de falarem qualquer coisa ruim sobre o pai perto do bebê.

Ana queixava-se muito para a equipe do Posto que se mobilizava e a encaminhava a todos os locais possíveis, onde pudesse arrumar recursos. Dizia que sua única alternativa era pedir, se não teria de “roubar” para sustentar as filhas. De vez em quando, porém, catava latas para ter dinheiro para passagem de ônibus, fazia algumas entrevistas de

emprego não bem sucedidas, provavelmente porque comparecia a elas com as três filhas.

Na última sessão em que estivemos juntas, Ana se dizia exasperada porque estava tendo dificuldades de relacionamento com a cunhada, dona da casa onde morava; a mãe também tinha vindo para a mesma casa e, segundo seus relatos, ao invés de ajudar, queria ser cuidada. Além disso, estava tomando conta de mais dois sobrinhos que vieram morar com o pai (dono da casa onde estava morando), pois a mãe deles havia sido presa por tráfico de drogas e, ainda, do filho da irmã mais velha, que estava sendo espancado e ameaçado de morte pelo padrasto. Tinha conseguido creche, escola e material escolar e uma ocupação no período extra-escola para todas as crianças a iniciarem no próximo mês. Em função disso, ainda não tinha conseguido trabalhar e sua situação financeira ficava cada vez mais difícil.

5.6.3 Relação com o bebê e com as outras filhas

Em seu período depressivo, logo após o parto, antes mesmo da chegada de seus três sobrinhos e da mãe, Ana sentia que estava sobrecarregada e que não sabia se daria conta da vida. Verbalizava desejo de “sumir” e deixar as filhas, dar as filhas, mas ao mesmo tempo dizia que não queria fazer o mesmo que a mãe fez com ela. Queria ser uma mãe melhor. Aqui, novamente, se percebe a compulsão à repetição em suas duas faces: a repetição em si e a tentativa de achar uma nova solução.

Apesar de sua situação real conturbada e seu estado depressivo vir desde a gravidez, a relação de Ana com o bebê era, a meu ver, a questão mais preocupante nesse caso. Após uma gravidez tranquila do ponto de vista físico, Ana relatou ter tido um parto difícil, induzido, com muitas dores em uma Maternidade da cidade. Amamentava seu bebê, intercalando, por iniciativa própria, com leite de vaca, que fez mal à criança e depois com Nan por recomendação médica. Achava que seu leite era fraco e que não sustentava a filha, que continuava chorando após mamar. Ana relatou sentir muita irritação, não tendo paciência com o bebê. Gostava de dar Nan, pois, após a mamada, Isadora “capotava”. Quando amamentava, dizia não ter paciência de ficar com o bebê no colo para fazer arrotar e dava a criança para Tatiana cuidar.

Esse foi um padrão que se repetiu e chamou minha atenção. Quando Ana vinha às consultas comigo, Tatiana é quem carregava o bebê e a sacola. Tatiana contou em uma sessão conjunta que ela tinha sido chamada muitas vezes de “mãezinha”, pois as pessoas pensavam

que ela era a mãe de Isadora. Fiquei me indagando se Tatiana se ligara ao bebê Isadora pela forte identificação por ambas não terem a figura paterna; por se sentir emocionalmente abandonada; como forma de agradar a mãe amada e possível e/ou reparar a mãe odiada; ou por coerção, diante da dura realidade e da “tradição” familiar transmitida transgeracionalmente. Ana parece ter imposto a Tatiana o mesmo destino que o seu: ser adulta antes do tempo.

Sílvia, a segunda filha, acarinhava Ana e verbalizava que sua mãe estava “quase louca”. Estava muito assustada com as ameaças que tinham vivido, contava e recontava os fatos recentemente vividos com detalhes, sendo chamada por Ana de “bocuda”. Sílvia apresentava enurese, dificuldades na escola e comportamentos compulsivos como lavar as mãos e limpar o pó dos móveis várias vezes ao dia. Em sessão conjunta com Ana e as filhas, assinalei o desejo de Sílvia de consertar as coisas, arrumar a vida da mãe; mas imaginei também que Sílvia estava vivendo um alto grau de ansiedade, tentando se controlar, através de seus gestos compulsivos, para ela mesma não enlouquecer.

Tatiana se mostrava enciumada de Sílvia, afirmando que a mãe gostava mais dela porque ela era a única que tinha pensão do pai. Achava que a mãe a protegia, pois não batia em Sílvia.

Em outra sessão, Ana amamentou Isadora de forma que me deixou aflita. Ela falava muito alto de si, raramente olhava para o bebê que teve que ir várias vezes atrás do seio, quando o mamilo se desprendia de sua boca, sem a ajuda da mãe. Isadora contava, então, com três meses de idade.

Da mesma forma que com as outras filhas, Ana se mostrava muito preocupada com a subsistência do bebê e como vesti-la. Mas não fazia nenhum gesto de carinho para com nenhuma das três filhas. Pelo contrário, pedia ajuda a elas. Tatiana se encarregava do bebê e quando começou a querer voltar para sua cidade, pois estava descontente com sua vida aqui, apanhou e ouviu de sua mãe: “Tu queres voltar para eu ser assassinada?”

5.6.4 A Depressão de Ana

Em sua crise depressiva, que interpretei como reativa, Ana mostrava-se chorosa, ansiosa e irritadiça. Ela estava vivendo uma situação trágica real, com a possível morte do companheiro e com a ameaça de ser morta. Estava em luto e parecia não se conectar com seu bebê. Alimentava-o, Tatiana cuidava do resto.

Pensando na família de origem de Ana, chamava a atenção um padrão abandonico e, ao mesmo tempo, oral dependente. As figuras masculinas eram ausentes, foram embora, foram mandados embora ou morreram. As figuras maternas, como a mãe de Ana e ela própria, eram pessoas frágeis, sem estrutura para manter seus filhos próximos, pois elas é que precisavam de cuidados, não tendo sido devidamente maternadas.

Conforme destaca Welldon (2008), as pessoas que sofreram experiências dolorosas e humilhantes com seus pais costumam prometer-se a si mesmas não comportar-se da mesma forma. E assim o fez Ana. Mas o inconsciente “engana sem piedade e sem aviso prévio” (p.96) e nos apresenta algo que não se reconhece como próprio, emergindo fortemente no trato com os filhos.

Ana repetia com seu bebê o abandono e desinteresse que sofrera; revivia com suas filhas, sem se dar conta, aquilo de que mais se queixava da própria mãe, ou seja, o fato de ela mostrar-se desamparada e desesperada, sem condições de suporte, esperando das filhas compreensão e apoio, talvez demasiados para elas.

Ainda, segundo Raphael-Leff (1997),

Para ser uma mãe generosa, a mulher precisa sentir-se cuidada como filha. A falta de uma mãe amorosa ou cônjuge para realmente apoiá-la, ou para enriquecê-la desde seu interior, poderá fazer a mulher desistir da ideia idealizada de se tornar a mãe perfeita que ela nunca teve, para ser uma filha carente que sente um vácuo no lugar de seus recursos maternos (p. 142).

Já na entrevista de triagem, Ana dissera que estava temendo por sua “integridade física” e estava se sentindo provavelmente como se sentiu por toda a sua vida, ou seja, abandonada, em perigo e sozinha, vivenciando uma ansiedade comparável à de aniquilamento e só via como solução “sumir” ou dar as filhas para diminuir sua carga de responsabilidade.

Em função da falta de hierarquia familiar, e que os adultos devem proteger as crianças, o que se observava era como se fossem várias crianças desamparadas, tanto na família de origem de Ana, quanto em sua família atual. Eram todos crianças, sem mãe e sem pai, sem diferenciação entre si. Ainda, talvez pela falta da internalização de uma figura masculina exercendo, a lei na dinâmica familiar, instaurou-se um

comportamento perverso, no qual predominavam abandonos físicos e emocionais, castigos físicos violentos, uso de bebida e drogas e comportamento infrator.

Ao tentar compreender a resistência de Ana ao tratamento, quando eu pensava de acordo com a equipe do Posto, que ela precisava muito de acompanhamento, detectei que a situação de Ana difere um pouco das demais pacientes, aqui discutidas, em três aspectos situacionais. A primeira, já citada, se refere ao fato de que Ana estava vivendo desde o sétimo mês de gravidez, uma situação real trágica e ameaçadora, de trauma e luto, reforçados pela revivência inconsciente de fantasias e temores muito precoces, que desencadearam sua crise de desamparo, com características persecutórias, que a impedem de instalar um objeto bom dentro dela.

Segundo, Ana tem uma situação econômica e social precária e agia como a maioria da população brasileira em busca, prioritariamente, de meios de sobrevivência. Sua carência econômica apenas reforçava e materializava sua pobreza emocional.

Terceiro, a minha reação ao caso. Sentia-me confusa e desconfiada com seus relatos contraditórios e, ao mesmo tempo, com sua atitude aparentemente submissa supervalorizando minhas palavras. Contratransferencialmente, vivia um clima paranoide no campo analítico com Ana.

Ela falava bastante, mas tinha dificuldades de se expressar em termos de sentimentos e se comunicava através de ações, forma de expressão anterior à linguagem verbal. Foi assim que ela trouxe suas filhas às sessões, mostrou como amamentava e me “abandonou”, não comparecendo aos encontros.

Nesse sentido, fico pensando que acabei utilizando intervenções inadequadas. Tentei encontrar um meio de abordar os aspectos conflitivos de Ana, que diziam respeito a sua capacidade de ser mãe. Mobilizada pelo desamparo das suas três filhas, tentei fazer Ana se dar conta, precocemente, do que se passava emocionalmente com elas e alertá-la para seu papel de mãe, num momento em que ela mesma estava fragilizada e regredida pelo luto e pela transparência psíquica, característica do pós-parto, que denunciava seu estado psíquico de desamparo e impotência. Ana precisava ser fortemente amparada antes de poder amparar suas filhas. O mais adequado teria sido responder a sua ansiedade e não às defesas.

Ana se lembrava dos abandonos e perdas vividos, parecia aterrorizada, embora demonstrasse alguma frieza, mas reproduzia essa

experiência na transferência, ao criar condições (faltas e atuações) que poderiam levar sua psicoterapeuta a abandoná-la.

Além disso, creio que, contratransferencialmente, senti-me como ela, sem condições de lhe oferecer cuidado e a “entreguei” para outra mãe, a psicóloga do Posto. Além da minha identificação com a impotência de Ana, parecia que a ajuda que oferecia a ela era muito abstrata e distante do que ela precisava. Quando ela me “abandonou”, senti-me também repetindo os maus-tratos. A equipe do Posto parecia lhe oferecer atenção às suas necessidades básicas e concretas, o que parece ter feito com que se sentisse melhor e acolhida na “miséria” generalizada em sua vida.

Uma auto-avaliação me permitiu entender a diferença na técnica de atendimento psicoterápico necessária para alguém que vive, além de dificuldades emocionais, grandes dificuldades sociais. E também pensei que, talvez, Ana apresente, diferente de Júlia e Elsa, uma “depressão branca”, termo cunhado por Green (1980), referindo-se à mãe real, distante ou deprimida, que foi internalizada como morta, formando um vazio de mãe, encoberto, às vezes, por uma hiperatividade reativa.

Talvez por isso, apesar de ter me impactado com a característica abandônica do caso, Ana surpreendeu-me em sua garra. Desprovida de qualquer apoio emocional e continência desde a infância, tendo que se tornar adulta desde cedo, Ana reagiu a sua depressão, dedicando-se a buscar recursos para cuidar de suas filhas e sobrinhos. Sua forma de dar apoio a eles foi buscar outras pessoas que a ajudassem também a lhes dar suporte: a escola, o centro comunitário, o Posto de Saúde. Por isso a denominei “pedinte”. Ela vai continuar pedindo para várias mães/profissionais aquilo que, na realidade, talvez ninguém possa lhe dar. Porém, essa talvez seja sua única possibilidade de pedir socorro e encontrar ajuda.

Por fim, gostaria de comentar que fiquei intrigada sobre por que a equipe, a agente comunitária e o médico já não a tinham encaminhado para atendimento com a psicóloga, se eles dispõem deste serviço? Voltarei a este tema na discussão.

6 DISCUSSÃO

Esse capítulo tem como foco, relacionar, com os objetivos desta tese, os casos relatados neste estudo e a teoria consultada. Com o intuito de identificar, descrever e compreender a subjetividade de cada situação, elaborei um quadro com a apresentação dos quatro casos, dividido em itens didaticamente separados: características gerais; fatores de risco; principais sintomas e conflitos; e, por fim, o significado psicológico da depressão de cada uma das pacientes. Logo após apresento algumas reflexões sobre as semelhanças e diferenças, além de algumas conclusões elaboradas a partir desses dados sobre o tema Depressão Pós-Parto.

Quadro 1: Quadro Comparativo entre os Casos

	JÚLIA	ELSA	CARLA	ANA
Faixa Etária e caracterização das participantes	33anos, casada, curso superior completo, trabalha num órgão público federal, tem casa própria, mora com o marido e o filho.	24 anos, casada, segundo grau completo, trabalha como autônoma, tem casa própria, mora com o marido e o filho.	33 anos, solteira, curso superior completo, não trabalha, mora na casa de propriedade da mãe, com a mãe e o filho.	26 anos, separada, primeiro grau incompleto, não trabalha, mora em casa alugada com um irmão, a esposa dele, três sobrinhos, sua mãe e três filhas.
Encaminhamento	Procura espontânea por indicação de uma amiga.	Por uma pediatra do HU; oferecimento de terapia em função da pesquisa.	Procura espontânea por indicação de uma obstetra.	Por um médico de família de um Posto de Saúde; oferecimento de psicoterapia em função da pesquisa.
Maternidade	Primípara, bebê do sexo masculino, gravidez desejada e planejada, parto cesáreo marcado previamente em fevereiro de	Primípara, bebê do sexo masculino, gravidez desejada e planejada, parto normal com anestesia em julho de 2009.	Primípara, bebê do sexo masculino, gravidez não planejada, parto de cócoras e anestesia por acupuntura em maio de 2009.	Terceiro filho, bebê do sexo feminino, gravidez não planejada, parto normal induzido com ocitocina em novembro de

continua

	2009. Amamentação até o filho completar 1 ano.	Amamentação até o filho completar oito meses.	Ainda amamentando, quando da pesquisa.	2009. Ainda amamentando, quando da pesquisa.
Principais sintomas	Choro; falta de ânimo e energia, cansaço, sonolência; frequentes problemas digestivos, dores musculares e enxaquecas; sensação de incapacidade diante da maternidade; sentimento de culpa.	Choro; alto nível de ansiedade; insônia, medo de não dormir, medo de ficar sozinha; sensação de incapacidade diante da maternidade; sentimento de culpa; traços obsessivos e compulsivos relacionados à higiene da casa.	Choro; alto nível de ansiedade; insônia, hipertensão arterial; retraimento; dificuldades no relacionamento com o namorado.	Choro; irritação, verbalização de ameaças de “sumir” e desejo de se matar; ansiedade.
Fatores de risco para a depressão pós-parto	Antecedentes familiares de depressão paterna e depressão pós-parto de uma irmã mais velha.	Antecedentes familiares de depressão paterna, suicídio de um tio paterno, “ataques” de uma tia materna, família do tipo “fobígeno”.	Antecedentes de dificuldades familiares; falta de apoio do companheiro.	Antecedentes de conflitos familiares, de abandono e maus-tratos; realidade socio-econômica precária; baixo nível de escolaridade; depressão pós-parto anterior; ausência de companheiro; reduzido suporte familiar.
Indicação de tratamento	Psicoterapia psicanalítica individual de longo prazo, a princípio duas vezes por semana e depois uma vez por semana.	Psicoterapia psicanalítica breve e focal, a princípio duas vezes por semana, reduzido para uma sessão semanal, quando do alívio da crise.	Psicoterapia de casal, derivando para psicoterapia psicanalítica individual de longo prazo, uma vez por semana.	Psicoterapia psicanalítica breve e focal, uma vez por semana.

continuação

<p>Conflitos psicológicos e mecanismos defensivos derivados do tipo de personalidade</p>	<p>Personalidade com predominantes traços obsessivos; conflito entre ego e superego rígido, proveniente do conflito edípico e de precoce falta de afetividade na relação com a mãe, que a fizeram desenvolver senso de autosuficiência e alto grau de exigência consigo mesma como forma de ter a aprovação e estima de seus pais e devido à internalização da figura severa da mãe e idealização materna e paterna.</p>	<p>Personalidade com predominância de traços orais fóbico-dependentes, “enriquecida” por traços obsessivos. Imagem desqualificada e impotente de si mesma, idealização das figuras significativas (mãe e marido); projeção da sua voracidade no bebê.</p>	<p>Personalidade com predominância de traços histero-fóbicos, com imagem desvalorizada e castrada de si mesma, “escolha” inconsciente por identificação masculina para não vivenciar essa castração (Complexo de Édipo invertido). Dissociação entre sexualidade e maternidade e consequente impossibilidade de relacionamento de confiança com homens, rivalizando com eles.</p>	<p>Personalidade regressiva, oral dependente devido a intensas frustrações narcísicas de ordem social e psicológica; tendências à sedução e atuação. Dificuldade de vinculação afetiva com as filhas, não conseguindo dar o que não recebeu. Conflito do ego já sem muitas possibilidades com a realidade externa adversa representada pela pobreza e pelo caráter violento de suas vivências desde a infância.</p>
<p>Significados psicológicos da depressão</p>	<p>Em seu período de transparência psíquica, Júlia, identificada com a fragilidade do seu bebê e lembrando o bebê que foi um dia, passou a reviver seus sentimentos de impotência e dependência diante da grandiosa tarefa de ser mãe. Isso</p>	<p>Durante seu período pós-parto, a transparência psíquica de Elsa trouxe à tona uma intensa ansiedade de separação que a vinculava fortemente ao marido e à mãe. Mas trouxe também, além das necessidades orais de</p>	<p>A transparência psíquica de Carla revelou desde a gravidez até o puerpério a sua dificuldade de aproximação e entrega, e competição com a figura masculina. Tendo assumido uma identidade masculina em oposição à figura feminina</p>	<p>Em sua crise depressiva puerperal Ana deixou transparecer uma ansiedade de aniquilamento, temendo por sua integridade em vários sentidos, desesperando-se e buscando ajuda e recursos fora</p>

continua

	<p>a fez decepcionar-se consigo mesma, pois se imaginava forte e poderosa como sua mãe, já que tinha obtido tudo que sempre almejou em sua vida. Além disso, a culpa por ter “triunfado” em relação à mãe edípica aumentou seu medo de castração. Dependência e culpa fizeram-na se “recolher” em sua depressão, como em um esconderijo para não falar o que nunca tinha lhe sido permitido falar, seus desejos, medos e raivas. Em sua depressão, Júlia brigava consigo mesma, preservando a relação com o bebê e com o marido.</p>	<p>dependência, sua dificuldade de se frustrar, suas fantasias sádicas de incorporação do objeto amado e odiado. A dependência absoluta de seu filho recém-nascido a fez reviver seus próprios sentimentos de solidão e dependência, mas a fez também projetar no bebê as suas fantasias de destruição e controle do objeto. Seu conflito, então, materializou-se na relação com o bebê, através de grande ambivalência onde se mesclavam rejeição e culpa. A relação com o marido continuou tendo as mesmas características de dependência, o que nesse momento lhe serviu de apoio.</p>	<p>desvalorizada de sua mãe, entrou em franco conflito com o companheiro que simbolizava seu pai e que, de alguma forma, reforçava essa transferência de Carla por suas atitudes reais. A relação com o filho ficou preservada, pois sua dificuldade de identificação não é com seu lado materno, mas sim feminino. Vive como “marido” da mãe, negando sua castração, tendo-lhe dado o primeiro neto (filho) homem, ficando a figura masculina concretamente alijada.</p>	<p>de si, já que dentro dela não parecia encontrá-los. Manifestação de muito ressentimento expressado por irritação e falta de paciência principalmente no trato com as três filhas. Nesse momento manifestava grande dificuldade de atender e entender as necessidades emocionais das filhas, incluindo o bebê, pois estava envolvida no próprio desamparo, sem o suporte emocional da família e de um companheiro.</p>
--	--	---	---	--

Inicialmente gostaria de destacar a opção por não manter, em três dos quatro casos, a proposta inicial de psicoterapia psicanalítica breve com, aproximadamente, doze sessões semanais. Nos casos de Júlia, Elsa e Carla, concluí pela necessidade das participantes, de uma indicação de psicoterapia de longo prazo e, em determinados períodos, duas vezes por semana. Ana foi encaminhada após a quinta sessão, conforme

anteriormente descrito, para continuidade do acompanhamento psicológico na Unidade de Saúde do bairro onde morava.

O quadro de número 1 apresenta os aspectos que se destacaram nos casos, segundo os quais, foi possível estabelecer comparações entre os mesmos, quais sejam: faixa etária e caracterização das participantes; encaminhamento; maternidade; principais sintomas; fatores de risco para a depressão pós-parto; indicação de tratamento; conflitos psicológicos e mecanismos defensivos derivados do tipo de personalidade e significados psicológicos da depressão.

Ao iniciar essa discussão pelas **características** das participantes da pesquisa detalhadas no quadro comparativo, pode-se constatar que a faixa etária das participantes foi de 24 e 33 anos, enquadrada no que Bydlowski (1997) denominou a faixa reprodutiva das mulheres, na qual predomina a incidência de depressão feminina; o que faz pensar que a depressão pode realmente estar associada às questões da maternidade e feminilidade.

Nos demais dados sociodemográficos, tais como: estado civil, grau de escolaridade, trabalho e moradia, as quatro participantes apresentaram características diversas umas das outras, demonstrando que a depressão, no puerpério, pode acontecer a qualquer mulher, em qualquer situação social, embora as adversidades da condição sócio-econômica acrescentem dificuldades na elaboração das emoções suscitadas no puerpério, como ilustrado no caso de Ana.

Quanto à situação da **maternidade**, chama a atenção que elas também diferiram desde a gravidez, o tipo de parto e a vivência do puerpério. Júlia e Elsa desejaram conscientemente e planejaram a gravidez. Júlia engravidou mais rapidamente, em apenas dois meses, com a eficiência que sempre lhe foi característica em todos os seus empreendimentos. Elsa, porém, começou a aí demonstrar sua ambivalência já que, apesar de conscientemente desejar muito ter um filho, levou um ano e meio até conseguir engravidar, fato que se pode relacionar às ideias de Langer (1981) e de Maldonado (2005) que levantam as facilidades e dificuldades de reprodução como consequência das características de personalidade e da história de cada paciente.

Carla e Ana não planejaram a gravidez. Carla, a princípio infeliz, se “conformou” com a ideia. Ressalte-se o fato de ela e o namorado não estarem usando nenhum método anticoncepcional, apesar de bem informados sobre o risco de gravidez, o que faz supor que, pelo menos em Carla, havia um desejo inconsciente de ser mãe. Segundo Soifer

(1984) uma gravidez não é nunca totalmente desejada, nem totalmente rejeitada.

Ana parece ter engravidado pela terceira vez por ignorância, por inconseqüência ou por desejo de viver uma vida diferente, através de sua terceira filha. Já não tinha conseguido com as primeiras filhas, mas, desta vez, tinha um novo companheiro que ela considerava muito bom e parecia ser a promessa de felicidade de ser cuidada e bem tratada.

O parto cesáreo de Júlia foi cuidadosamente planejado e controlado, marcado com antecedência, combinando com seu estilo de planejamento e evitação de riscos e emoções. Sua mãe também teve suas três filhas da mesma forma, o que novamente aponta para a sua identificação com ela.

Elsa teve parto normal, a princípio em um processo de negação do trabalho de parto já iniciado e, pelo elevado grau de ansiedade que teria que enfrentar, pediu anestesia; fato esse que também se ajusta à sua personalidade assustada e temerosa.

Carla, no seu intuito de ser uma mãe dedicada, buscou um parto natural e teve o filho de cócoras, com a ajuda também natural de anestesia por acupuntura para que o filho não recebesse nenhum produto químico durante o parto. Chama a atenção na história desse parto a participação da irmã/mãe boa e o fato de o namorado “não ter tido coragem” de cortar o cordão umbilical, talvez pela necessidade de não deixar nascer o filho ou por ele não ter cortado o cordão simbólico que ainda o liga à mãe.

Ana, muito sensível às dores físicas e da vida, vivenciou seu parto como sofrimento e se sentiu atacada com a aplicação do hormônio ocitocina, procedimento que acelera as contrações e o processo do parto, comum no atendimento a pacientes sem nenhum tipo de convênio de saúde na maternidade, onde teve seu filho.

A diferença nos partos, embora três deles tenham sido o que se denomina “normal” e um do tipo cesariana, confirma o processo do parto, tanto quanto na gravidez, como um fenômeno psicossomático influenciado pelo estado emocional da parturiente, por sua história de vida, seu próprio parto, pelo nível de informações e pela qualidade do atendimento prestado pela equipe de saúde (Langer (1981), Moraes (2001), Videla (2003) e Maldonado (2005).

Quanto à forma e às vicissitudes da amamentação, nos quatro casos encontra-se outra ilustração de como a subjetividade de cada mulher interfere na relação com seu filho e a dependência do processo de amamentação em relação à personalidade e vivência de cada mulher, conforme estudaram Soifer (1984), Langer (1981), Videla (2003) e

Maldonado (2005). O processo psicoterapêutico que estava sendo realizado pelas participantes e a consequente compreensão de seus sentimentos, envolvidos no ato da amamentação, ajudaram-nas a se sentirem mais confiantes.

Júlia fez tudo como orientado pela médica, buscando o máximo de adequação, apesar das dores iniciais nos mamilos, talvez coincidindo com suas dores emocionais. Mas, gradativamente, conseguiu amamentar bem e fazer o desmame de forma tranquila, sem apresentar culpas.

Elsa viveu a amamentação de forma ansiosa e culpada no início, qualificando seu leite como fraco e insuficiente, da mesma forma como se sentia em relação ao filho. Precisava que outras pessoas o alimentassem com mamadeira para ter certeza de que ficaria bem, numa clara demonstração de ambivalência quanto a alimentar o filho, como desqualificação de si mesma e medo de seus sentimentos hostis, projetados no bebê, bem como proteção do bebê desses mesmos sentimentos. Depois adquiriu mais confiança e continuou amamentando o bebê até o oitavo mês, segura dos benefícios que a amamentação proporcionaria ao filho.

Carla é adepta da amamentação segundo a livre demanda e pretende amamentar o filho até dois anos. Sua intenção é dar-lhe o que não teve. O risco está no fato de Carla, de alguma forma, estimular a perpetuação da simbiose entre ela e o filho, mesmo quando não amamentar mais.

Ana, contudo, amamentava a filha de forma quase mecânica, talvez como uma forma viável de sobrevivência, mas sua irritação com a dependência do bebê a fez agregar outras formas de alimentá-lo, com outros leites, da mesma forma que entregava a filha para outras mães numa clara repetição de sua história. Estimulada pela psicoterapeuta e pela equipe de saúde conseguiu amamentar exclusivamente.

O sexo dos bebês parece não ter tido grande influência no estado depressivo das participantes, com exceção de Júlia, no qual, ter um menino desencadeou um sentimento de culpa, como se mais uma vez tivesse triunfado sobre a mãe, que muito desejou um filho homem.

Em relação aos **fatores de risco para a Depressão Pós-Parto**, as quatro participantes apresentavam diferentes situações, mas havia, em cada caso, um ou mais fatores predisponentes dentre os levantados por Bydlowski (1997), Camacho (2006), Silva (2007) e Cury e Volich (2010). Dentre eles, conforme descrito no quadro comparativo, antecedentes familiares de depressão (Júlia e Elsa); gravidez não planejada, vivência de eventos estressantes nos últimos doze meses,

ausência ou falta de apoio do companheiro (Carla e Ana); experiência prévia de DPP, reduzido suporte familiar e condições sócio-econômicas desfavoráveis (Ana).

Os fatores de risco, portanto, por si só, já parecem suficientes para demonstrar as diferenças de condições entre elas para desenvolver e superar ou não a depressão pós-parto. Apesar de antecedentes familiares de depressão, Júlia e Elsa possuíam condições favoráveis como franco suporte familiar e do companheiro, confirmando os estudos de Hernández, Kimelman e Montino (2000) e Rapoport e Piccinini (2006) sobre a importância deste apoio.

O que diferenciava essas duas participantes da pesquisa eram as características de personalidade, sendo que Júlia apresentava mais condições egoicas para a elaboração de seus conflitos, enquanto Elsa em seu momento de transparência psíquica foi assolada por sentimentos muito intensos, recorrendo a mecanismos mais primitivos como a projeção. Por sua vez, Carla e Ana apresentavam condições familiares prévias adversas que dificultavam o desenvolvimento de suas características femininas ou maternas e adultas. Ana era, ainda, “premiada” com a pobreza, vivência de maus-tratos, e falta de estudos que poderiam lhe dar mais condições de superação.

Até aqui, foram colocadas as características descritivas das participantes, suas semelhanças e diferenças. Em relação aos fatores de risco, todas pareciam igualmente expostas à possibilidade de desenvolver DPP. São, porém, os aspectos discutidos a seguir que poderão auxiliar na distinção entre cada participante e na comprovação da subjetividade da DPP.

Em relação aos **sintomas**, apesar de apresentarem algumas diferenças entre elas, a princípio, as quatro participantes evidenciavam um quadro depressivo, conforme as pesquisas de Soifer (1984), Bydlowski (2000), Maldonado (2005), Moraes et al. (2006) e Ruschi et al. (2007). Alguns sintomas se repetiam nas quatro participantes, como choro, baixa auto-estima, cansaço, sensação de tudo ser muito grande e difícil, diante de sua impotência. Outros, no entanto, se diferenciavam e, no decorrer do processo terapêutico de cada uma delas, foram indicando que somente Júlia e Elsa apresentavam um quadro típico de depressão pós-parto, relativo ao “ser mãe”.

No decorrer do processo psicoterápico, a depressão de Carla caracterizou-se, do ponto de vista psicodinâmico, mais como do tipo reativo às decepções e à perda do namorado, do que uma “doença da maternidade”, como denomina Delassus (2002). Apesar de, em muitos aspectos, a feminilidade e a maternidade estarem atreladas, Carla se

mostrou realizada como mãe, mas, desde a gravidez e durante o puerpério, teve evidenciadas suas dificuldades em relação à sua feminilidade.

Ana teve em seus sintomas depressivos também uma forma de reagir à situação externa de pânico que reativava os medos internos, acionando ajuda externa, mas não chegou a entrar em depressão realmente, manifestando um quadro mais ansioso, apesar das “ameaças” de se matar e sumir. Como mencionado na fundamentação teórica, quando a possibilidade de retaliação se concretiza na realidade, e Ana estava vivenciando uma situação de perseguição e ameaça de morte reais, a culpa persecutória em relação à figura materna rechaçante (e seus substitutos) dificulta a vivência da maternidade com gratificação e prazer (Felice, 2000). Dentro de seu contexto de pobreza e horrores, o bebê parecia não ter significado para Ana. Parecia apenas um fato a mais com que tinha de lidar.

Vivenciar seus lutos e perdas talvez lhe fosse saudável, como forma de elaborá-los; mas, no momento, essa possibilidade lhe parecia catastrófica, devido às características frágeis de sua personalidade. Por isso, Ana reagiu, imediatamente, à condição em que se encontrava e às pessoas com distanciamento afetivo, inclusive ao bebê, e procurou soluções concretas de seus problemas mais imediatos.

Mesmo com as diferenças psicodinâmicas quanto ao quadro depressivo, descritas no quadro 1, fez-se importante manter os casos de Carla e Ana na pesquisa por duas razões. Primeiro, por esses casos consistirem em ilustrações muito claras de que, mesmo não apresentando a DPP relativa ao “ser mãe”, as mulheres desenvolvem, desde a gravidez até o puerpério, o fenômeno da transparência psíquica: “ressurgimento de certos fantasmas regressivos e o afluxo de memórias infantis”, destacado por Bydlowski (2000, p.97), que possibilita a compreensão de seu psiquismo. Segundo, os casos de Carla e Ana demonstram, ainda, a necessidade de uma diferenciação diagnóstica da depressão apresentada pela mulher, distinguindo os significados dos sintomas depressivos, ainda que tenham sido desencadeados ou exacerbados pelo nascimento do bebê e pela sensibilidade característica desse momento de vida.

Segundo, ainda, Bydlowski (2000), se os conteúdos inconscientes revividos são muito regressivos e patológicos, e se a mulher não tem capacidade egoica, nem suporte externo, poderá ficar tão débil quanto seu bebê, não podendo exercer sua função de mãe em suas demandas e prazeres. Daí a necessidade de as gestantes e puérperas obterem ajuda e

atenção de forma curativa ou preventiva, apresentando ou não a DPP, pois, de qualquer forma, seu bem-estar e o conseqüente nascimento psíquico dos bebês estão em jogo, pois se a mãe não está bem, o bebê pode não ficar bem.

Os **conflitos e os significados psicológicos dos sintomas** de cada participante, detectados a partir da transparência psíquica, desde o momento inicial de urgência do tratamento, permitiram identificar e compreender o processo psicodinâmico da depressão apresentada por cada uma delas. Ou que, nas palavras de Fraiberg, Adelson e Shapiro (1994), os “fantasmas” encontrados no quarto de cada bebê eram bem diferentes em cada situação. No caso de Júlia, os fantasmas eram a avó “imperatriz” e a mãe “fortona” vivos em seu superego rígido e cobrador. Elsa tinha como fantasmas a fragilidade e os temores da família, expressos nas suas próprias necessidades de atenção e dependência e no terror de ser “devorada” pelo bebê. Carla tinha como fantasma a figura masculina, devido à difícil relação de seus pais, situação que a levava a perceber a mãe como uma figura desqualificada e o pai representado como hostil e rechaçante. Ana trazia consigo uma série de fantasmas violentos, aos quais procurava negar para não sucumbir.

Júlia brigava internamente consigo mesma, recriminando-se e culpando-se por se sentir incapaz como mãe, mediante sua identificação e rivalidade inconsciente com a mãe poderosa. Elsa brigava com o filho e com a projeção de seus próprios impulsos, demonstrando o que Cramer e Palacio-Espasa (1993) identificam como um funcionamento parental contaminado por intensas identificações projetivas patológicas e dificuldades da mãe em perceber seu bebê como ele é. Carla brigava com o namorado como representante masculino desqualificador de sua feminilidade e maternidade. Ana lutava contra sua realidade interna e externa, com muitas perdas atuais e revividas.

Desse modo, ficou evidente que, vivenciando uma depressão pós-parto ou não, o “re-encontro” com as figuras maternas e paternas - os objetos internalizados - é inevitável, pelo estado emocional regressivo do período pós-parto que, segundo Bydlowski (1997), deve ser vivido para compreender o bebê e depois esquecido, elaborado. O que nem sempre é possível acontecer.

Em todos os casos observou-se a revivência da relação com a mãe, o primeiro objeto de amor de toda a criança, segundo Freud (1924). Todas as participantes tinham a figura da mãe muito presente, quer como uma figura idealizada e crítica, como no caso de Júlia; quer como figura ambivalente e incapaz de “narcizar” adequadamente a filha, como no caso de Elsa; quer como figura feminina desqualificada e

castrada, como no caso de Carla; quer como imago de abandono e vazio como no caso de Ana.

O fato é que todas as participantes, em suas lembranças e associações espontâneas durante as sessões psicoterapêuticas evidenciaram uma forte vinculação e reavivaram reminiscências dessa primeira relação, chorando suas faltas e dificuldades. Confirmaram que a questão da fusão/diferenciação entre mãe e filha permanece no inconsciente feminino como forte laço primordial, o que leva a menina a se identificar com a mãe para não perdê-la. Segundo lembra Bydlowski (2000), o risco desse retorno do laço inicial com a mãe permanece como uma sombra no psiquismo feminino infantil, que sobrevive na mulher, a qual terá de lidar sempre com um estado enlutado. Esse “retorno” ao laço inicial por identificação elucida a possível repetição inconsciente das próprias vivências em relação ao bebê, mesmo que, conscientemente, as mães desejem fazer tudo de uma outra maneira.

Rosfelter (1997) afirma que, em meio a muitas vivências possíveis neste período, a mulher que não tem o próprio narcisismo consolidado pela mãe, pode sentir a criança como um rival narcísico; o bebê poderá representar a si mesma mediante projeção de afetos infantis reprimidos, tendo a mãe dificuldade em dar lugar a um outro (seu filho), sem a crença de ser destruída, como aconteceu com Elsa (Rosfelter, 1997). E mais, as mulheres, que são carentes de vivências precoces boas de acolhimento e compreensão, podem apresentar dificuldades durante a gravidez e depois do nascimento do bebê, como no caso de Ana.

Da mesma forma, a presença ou não de um pai forte e valorizado, capaz de quebrar a relação simbiótica entre mãe e filha, para que ela possa seguir adiante em seu desenvolvimento até a etapa organizadora da personalidade, ou seja, a conflitiva edípica teve seu valor confirmado na análise de cada caso.

De acordo com a qualidade da vivência edípica, bem como da vivência com a mãe é que, segundo Freud (1933), a mulher vai se relacionar com o marido ou companheiro, transferindo para ele seus desejos e temores. Nos casos de Júlia e Elsa observou-se que, apesar de, inicialmente, as duas demonstrarem se relacionar de formas quase opostas com o marido (autonomia e dependência, respectivamente), ambas com o apoio explícito, real e consistente dos maridos, conseguiram superar suas depressões e se sentirem acompanhadas, cuidadas e valorizadas como mulher e como mãe. Carla e Ana, ao contrário, se sentiam sozinhas e desamparadas, e suas mudanças internas e externas pareciam mais lentas ou impossíveis.

Embora os **significados psicológicos da depressão** de cada participante já estejam inseridos na discussão de outros aspectos importantes, restam alguns assinalamentos que demonstrem a subjetividade de Júlia, Elsa, Carla e Ana, inerente nas vivências de cada uma.

Conforme afirmei no relato de caso, Júlia em sua depressão deflagrada por culpas edípicas e vergonha por não corresponder à sua imagem idealizada de mãe, recolheu-se em sua “caverna”, como diria Delouya (2008) e lá ficou, tentando esconder seu sofrimento psíquico e pedindo ajuda, alegando cansaço físico. Cansar era mais aceitável do que sofrer. Até que a ginecologista que a acompanhava, diagnosticando Depressão Pós-Parto, lhe indicou psicoterapia.

Júlia, então, iniciou o tratamento psicoterápico tratando tanto os sintomas depressivos quanto sua inconformidade pelo que considerava uma “fraqueza emocional”. O relacionamento com o bebê era “robótico”, como denominava. Fazia tudo o que tinha de fazer, mas com distanciamento afetivo. Sem a psicoterapia, Júlia avaliou, teria seguido seus princípios rígidos na relação com o filho e com o marido. Hoje se considera mais livre, leve e afetiva, embora mantenha certos traços de severidade, principalmente no que se refere ao trabalho.

Elsa se referiu à depressão que vivenciou como um “quarto escuro”, pois “não sabia onde estava pisando, não sabia nada”. Sem saber a quem recorrer, aproveitou a consulta pediátrica para expor seu sofrimento, a partir da qual foi encaminhada para psicoterapia. Como assinalado antes, Elsa tinha dificuldade para dormir; temia os fantasmas do quarto escuro: o descontrole da situação e seu próprio descontrole.

Apesar de sentir-se culpada por precisar de ajuda e inconformada pela não felicidade com o filho, e provavelmente ajudada por suas características de dependência, desenvolveu logo uma transferência positiva, que favoreceu a expressão e compreensão de seu sofrimento. Elsa, então, pôde re-assumir seu papel adulto na relação com o filho que estava totalmente invertida, quando ele lhe parecia maior do que ela e muito ameaçador.

Carla, encaminhada pela obstetra que percebeu o desencontro do casal, demonstrou, desde a primeira sessão, uma tristeza profunda pelos confrontos com o namorado. Sem se posicionar claramente diante dele, “suportava em silêncio” suas frustrações, falando e gesticulando muito para não falar o que sentia e não se sentir mais desqualificada. No decorrer da psicoterapia, encorajou-se a se colocar mais claramente diante do namorado, mas teve de lidar com sua perda.

O desenvolvimento do processo psicoterápico permitiu, como já aconteceu com Júlia e Elsa, e o que começa a acontecer com Carla, isto é, uma percepção mais realista dos objetos internos e externos e o fortalecimento do ego, através da identificação dos conflitos inconscientes e, principalmente, com a vivência da transferência positiva, conforme descrito no item “Instrumento” do capítulo “Método”, auxiliada pela postura clínica descrita no capítulo “Relato dos Casos”. O resultado é a expressão de um sentimento de maior liberdade para serem mães a seu modo.

E Ana, quando começou sua depressão? Quando a mãe a “deu” para a avó aos três anos? Quando a avó morreu e passou a sofrer maus-tratos da madrasta aos sete anos? Quando o pai morreu, aos onze anos? Quando a mãe ameaçava de vendê-la aos homens? Quando teve a segunda filha? Ou quando perdeu seu terceiro marido e começou a ser ameaçada de morte? Difícil responder, pois as queixas de todas essas dores estão presentes no discurso atual de Ana. Diante de tanta miséria emocional, a maternidade poderia ser um alento. No entanto, a realidade intrapsíquica e externa de Ana não lhe permitia vivê-la com prazer. O sofrimento predominava, embora camuflado por distanciamento afetivo e “praticidade” em busca de sobrevivência em todos os sentidos.

Ana me fez pensar em uma afirmação de Delassus (2002). A situação da maternidade em si, e muito mais quando ela enfrenta fatores complicadores e sofrimento, como no caso dela, desperta afetos e projeções nos profissionais das equipes de saúde. Segundo Videla (1997) este fato provavelmente se deve à inegável condição de todos os seres humanos de terem passado por uma barriga e terem tido uma mãe, o qual favorece identificações e transferências dos membros da equipe em relação às mulheres grávidas e mães de crianças pequenas, principalmente. Como coloquei anteriormente, na análise do caso de Ana, ficou o questionamento de por que o médico e a agente comunitária estarem tão mobilizados por Ana e não terem lembrado, anteriormente, de encaminhá-la à psicóloga do Posto. Só eles teriam a resposta.

Enfim, penso ter demonstrado a importância da compreensão e do acolhimento das mães que demonstrem direta ou indiretamente, discreta ou ostensivamente seus sofrimentos, não só pela comprovada importância de seu vínculo com o bebê, mas para que elas também possam usufruir da maternidade em sua plenitude. Muitas vezes a idealização do amor materno, faz com que as “más” mães sejam julgadas e condenadas, sem que tenham um espaço de escuta, a partir

das “verdades” de cada uma, ressignificando o significado da maternidade para todos nela envolvidos.

Nesse sentido, mais uma vez concordo com Delassus (2002, 2003), quando levanta a necessidade de possibilitar um espaço psíquico aberto ao interior, do qual o desejo maternal pode se liberar pela palavra e atenção dada à mãe e sua história dentro de sua globalidade e identidade, reduzindo os sofrimentos mentais maternos, compreendendo o sentido dos sintomas e não apenas tentando eliminá-los ou reduzi-los a algum quadro psiquiátrico.

Embora não tenha enfatizado a figura paterna no decorrer dessa tese, quero destacar que ela esteve presente em todos os tratamentos, tendo sido lembrada no mundo interno e externo das participantes e, em algumas vezes, presente concretamente nas sessões. Minha prática clínica com homens também tem me permitido observar, confirmar e compreender que muitos dos fenômenos aqui descritos em relação à maternidade também acontecem em relação à paternidade. Por isso, considero enriquecedora a sua participação nos tratamentos e/ou a estimulação do diálogo das pacientes com seus companheiros principalmente nos casos de Depressão Pós-Parto.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do tema da Depressão Pós-Parto abordado, através da teoria e na prática clínica, colocam-se algumas reflexões. Primeiro, o quão imenso, subjetivo e diversificado é o mundo das mães no período do puerpério. Nenhuma gravidez, parto ou puerpério tem os mesmos significados para uma mesma mulher, e para cada mulher a vivência da maternidade é única. Porém parece que aquelas que embarcam na viagem da maternidade pela primeira vez estão mais sujeitas a dificuldades, as quais podem redundar em conflito consigo mesmas, com familiares ou com o bebê, provocando lacunas e problemas no desenvolvimento psíquico do bebê desde o seu nascimento, perpetuando mandatos transgeracionais.

Por isso se ressalta a importância da identificação, prevenção e tratamento das mulheres desde a gravidez. Segundo Coutinho e Saraiva (2008), uma vez diagnosticado o quadro depressivo da gestante ou da puérpera, é necessário viabilizar a realização de intervenções como forma de apoiá-las nessa fase da vida. Igualmente, as citadas autoras reafirmam a necessidade de intervenções interdisciplinares, devido aos aspectos multifacetados da depressão materna.

Nesse sentido, entendo que essa situação demanda atenção nos Programas de Saúde não só para aspectos biológicos da função reprodutiva feminina, mas da saúde integral da mulher; inserindo-se aí seu estado psíquico, diferenciando-se da padronização e patologização desse tipo de depressão.

Tal qual acontece sistematicamente na França e em algumas privilegiadas maternidades no Brasil, o acompanhamento às mães pode ser realizado em serviços públicos como a Estratégia Saúde da Família ESF/SUS; em serviços ambulatoriais para atendimento na perinatalidade e em maternidades. Através de uma técnica caracterizada pela brevidade e pelas intervenções características das situações de crise, esse acompanhamento não ensina às mães como se comportarem, mas abre seu interior ao anterior (sua história) (Delassus, 2000).

Dentre os serviços de saúde, a consulta pré-natal se constitui um instrumento de avaliação do estado psicológico da gestante e de sua predisposição emocional em relação ao bebê. No entanto, conforme mencionado anteriormente, o que se percebe, na prática, é a negação ou não-sensibilização deste fator em função do desconhecimento, pelas equipes de saúde, da dimensão psicológica da maternidade (Cabral &

Oliveira, 2008).

Da mesma forma, a atenção psicológica dentro de maternidades amplia a atenção a situações de riscos emocionais e sociais que poderiam perturbar o desenvolvimento do bebê, sua integração à família e, a longo prazo, sua participação na sociedade. A equipe de saúde, assessorada por profissionais de saúde mental, pode encarregar-se, também, da dimensão psicossocial na assistência perinatal em relação a problemas clínicos e de comportamento, frequentes nas maternidades, como citado por Hernández, Kimelman & Montino (2000).

A abordagem às mães e pais desde a gestação, durante o período de internação na maternidade, onde a mãe “encontra” seu bebê real, começa a amamentá-lo e a tomar os primeiros cuidados, estabelece um momento propício às primeiras intervenções de acolhimento. Para Bydlowski (2009a), o trabalho do psicólogo dentro da maternidade é basicamente o de facilitador de vínculos entre mãe-bebê, pai-bebê, abrindo espaço de escuta para resolução de dúvidas e compreensão, alívio de ansiedades e temores.

Da mesma forma, as consultas de acompanhamento pediátrico são, também, um meio de identificar dificuldades de apego, vinculação mãe-bebê, estados emocionais patológicos da mãe, através da sintomatologia do bebê ou da ansiedade e das dificuldades manifestadas pela mãe.

Diante do exposto, evidencia-se a necessidade de treinamento e capacitação dos profissionais de saúde para o diagnóstico, acompanhamento e devidos encaminhamentos aos recursos da comunidade. Desta forma, descreverei métodos de tratamento psicoterápico que utilizam, conjuntamente, a psicanálise, a psicologia do desenvolvimento e o trabalho social, mais evidenciados na literatura consultada.

- Psicoterapia Psicanalítica breve ou de longo prazo individual com a mãe, conforme descrita no capítulo sobre Método.
- Psicoterapias breves mãe-bebê ou pais-bebê

A modalidade de terapias conjuntas é indicada quando o foco principal é a prevenção nos transtornos do desenvolvimento, com o objetivo não de alterar o funcionamento psíquico dos pais, mas apenas um setor de investimento circunscrito à relação com o bebê, o que, para Cramer e Palácio-Espasa (1993), justifica a brevidade desta técnica. Ainda, de acordo com os referidos autores, o número de sessões da psicoterapia breve pais-bebê varia de quatro a doze, com uma média de seis sessões semanais.

Segundo Bydlowski (2009), palavras generosas e uma atitude

atenciosa podem ser adequadas em face de um “blues” de intensidade moderada, mas, tratando-se de uma autêntica depressão, um tratamento relacional, uma terapia conjunta com a mãe e seu bebê com um psicoterapeuta, certamente, se impõe. Trata-se de psicoterapias breves, nas quais a presença do terceiro, o terapeuta, descentra a mãe de sua relação patogênica com seu filho, permite a ela contar sua história, reatualizando seus conflitos passados com sua linhagem maternal. Essas intervenções são suficientes para diluir a relação negativa com a criança e restaurar um clima de saúde, melhorando a relação mãe bebê e diminuindo a depressão materna.

Nessa técnica, a presença do bebê se faz fundamental, e a atenção do psicoterapeuta é igualmente dividida entre as interações da díade mãe-bebê e a escuta da mãe ou dos pais. O psicoterapeuta observa, diretamente, as modalidades interativas, os gestos, os estilos comunicativos, as vocalizações, as trocas de olhares da díade ou tríade. Segundo a mesma autora, o importante é intervir o quanto antes possível, entre a sexta e oitava semana, pois apesar de a criança já estar numa espiral interativa desarmoniosa com sua mãe, ainda há possibilidade de intervir antes que se fixem padrões interativos patológicos, ainda que o ideal seja a percepção de sinais de depressão desde a gravidez.

Quanto à depressão materna pós-parto, Cramer (2002) realizou uma pesquisa quanto aos efeitos das terapias e concluiu que as intervenções psicoterapêuticas breves, visando a relação mãe-bebê, oferecem possibilidade de melhora significativa às mães.

A psicoterapia mãe/pais-bebê também é indicada quando filhos de mães deprimidas já apresentam sinais de depressão antes dos dois anos de idade, lembrando o que A. Green (1980) denominou a síndrome da “mãe morta”. Esse tipo de atendimento é o que se chama de “reanimação psíquica”.

- Psicoterapia familiar nos moldes sistêmicos.

Quando a psicoterapia tem o enfoque relacional e o pai é incluído, a técnica se aproxima da abordagem familiar sistêmica. Conforme lembra Silva (2007) o enfoque sistêmico busca observar a história familiar e intervir sobre ela, considerando o sintoma uma metáfora da disfunção familiar; agindo na identificação de padrões de funcionamento e interação que se mantêm desde os avós; e visando, direta ou indiretamente, re-conectar o mundo representacional dos pais com o bebê.

Enfim, como afirmam Hernández, Kimelman e Montino (2000), em qualquer de suas modalidades, esse tipo de assistência constitui o eixo central da promoção saúde mental perinatal; subsidia o desenvolvimento de medidas preventivas e terapêuticas de situações da perinatalidade; e auxilia na promoção e prevenção em saúde pública e mental.

- Psicoterapia em grupo de mães deprimidas

Nessa modalidade de acompanhamento psicoterápico, as mães além de se sentirem acolhidas pelas “iguais”, demonstram determinado alívio em função da troca de experiências, não se sentindo mais solitárias e as “únicas”, no que se refere a seus sentimentos. Dividem suas dúvidas, seus desconfortos, seus sentimentos de culpa e suas diferentes formas de enfrentar as situações novas suscitadas pelo bebê em desenvolvimento. A transferência entre os elementos do grupo é diluída nesse tipo de trabalho, tendo o psicoterapeuta o papel de facilitador da expressão dos sentimentos e o do compartilhamento da compreensão do que se passa com cada uma e com o grupo (Felice, 2000).

- Visitas domiciliares

Possibilidade de acompanhamento, em caso de impossibilidade de a mãe se deslocar por diferentes razões - prática que pode ser realizada por agentes comunitários ou enfermeiras, sob a supervisão de um psicoterapeuta no intervalo das visitas ou pelo próprio psicoterapeuta (Bydlowski, 2009). Essa espécie de “psicoterapia na cozinha”, conforme denominam Fraiberg, Adelson e Shapiro (1992), incluem observações contínuas do desenvolvimento do bebê; a valorização das capacidades maternas; e “uma educação da mãe, feita com tato e de maneira não-didática, com o intuito de levá-la a reconhecer as necessidades e as mensagens de seu bebê” (p.17).

- Tratamento medicamentoso

A derivação ao psiquiatra para avaliação, acompanhamento e indicação de antidepressivos e ansiolíticos leves depende da intensidade de sintomas e do grau em que eles determinam o sofrimento psíquico da mãe; limitam sua relação e os cuidados com o bebê, bem como o envolvimento com a psicoterapia. Segundo Roudinesco (2000) e Bydlowski (2009), ao tratamento medicamentoso, as técnicas psicoterápicas devem estar sempre associadas, já que a medicação não é nunca suficiente sozinha.

- Internação hospitalar

Necessária em casos extremos, em que a depressão pós-parto se aproxima do estado psicótico da melancolia, onde há risco de suicídio

ou de dano ao bebê. Na França, como a separação nesse período é considerada catastrófica, impedindo a ligação inicial mãe-bebê, a internação é evitada na medida do possível. Mas, quando é necessária sua indicação, para evitar os riscos implícitos dessa separação, foi criada em 1980, a primeira de dezenas de unidades de hospitalização psiquiátrica mãe-bebê (Unité Mère-Enfant, UME), sendo que a internação pode ser completa por algum tempo ou na forma de hospital-dia ou hospital-noite, um adequado exemplo a ser seguido (www.mman-blues.org).

Como palavras finais, quero fazer algumas reflexões pessoais. De volta ao objetivo principal dessa tese, ou seja, compreender os significados psicológicos da depressão pós-parto, penso que consegui demonstrar que o nascimento de um filho faz com que as mulheres se sintam mais vulneráveis, uma vez que há, nesse momento, um complexo e intenso volume de exigências e proibições internas e externas que podem desestabilizar a mulher, desequilibrando as defesas estabelecidas anteriormente.

A história subjetiva pode carregar uma “tendência” ao surgimento da depressão em qualquer momento da vida, mas, para algumas mulheres, emerge ali, quando têm um filho. É neste momento que a história subjetiva, resultante dos significados particulares atribuídos à gravidez, ao parto e à maternidade em si, adquire importância.

Mesmo não apresentando sintomatologia que indique conflitos ou patologia, as mulheres passam por um período regressivo que lhes possibilita contatar com a primitividade de seu bebê, retomando, depois, à identidade anterior, acrescida do papel de mãe. Porém, como demonstrado nesse estudo, em alguns casos, a realidade externa, em conflito com a vulnerabilidade implícita nesse período regressivo interno, pode desencadear reações depressivas e dificultar o desenvolvimento da maternagem. O risco de dificuldade de vinculação com sua nova identidade e com o bebê aumenta nos casos em que se deflagra a depressão materna.

Júlia, Elsa e Carla tiveram a oportunidade de se conhecer e compreender melhor o que com elas se passava, podendo prevenir agravamento ou patologização do vínculo com os filhos e aliviar o sofrimento. Da mesma forma, descobriram algumas potencialidades e realizaram algumas mudanças. Mas, e as mulheres que não se conhecem ou não têm essa oportunidade de expressar, de segregar seu sofrimento? Essa foi uma inquietação que ficou para mim, pessoalmente. Por isso, sugeri anteriormente algumas ações que podem ajudar mais mulheres e,

que se sabe, não são poucas, nessa situação.

Na aplicação do método clínico, durante toda a coleta de dados, senti que os papéis de psicoterapeuta e pesquisadora se mesclaram e entrelaçaram, embora não tenha considerado isso um dificultador na análise e na compreensão dos casos. Relatar, sistematicamente, as sessões para a pesquisa auxiliou-me, como psicoterapeuta, a refletir e esclarecer as histórias e a compreender as participantes de forma mais intensa; fato que enriquecia os dados, corroborando com o rigor da pesquisa.

Conforme salientei no início dessa tese, essa pesquisa não se pretendia completa, nem esgotava as possibilidades de interpretação. Mas, lembrando a afirmativa de que no método clínico, cada caso vale como “exemplar” (Mezan, 1998, Roudinesco, 2000 e Aguiar, 2001), a amostra possibilitou a demonstração da particularidade de cada situação, que se apresentou completamente diferente para cada participante, de acordo com sua subjetividade. No final, foi como se tivesse duas “amostras”, dois casos com DPP relativa à maternidade e dois casos com depressão reativa, o que auxiliou na ênfase da atenção à subjetividade de cada puérpera, proposta central dessa tese.

Ainda, se tivesse seguido o propósito inicial de utilizar a técnica da psicoterapia breve com número definido de sessões e limitado a um foco, talvez tivesse podido apresentar mais casos. Porém, três casos suscitaram um atendimento mais longo, para um melhor acolhimento ao sofrimento psíquico e encorajamento às possibilidades de mudança, através da compreensão dos conflitos conscientes e inconscientes, após o período inicial de urgência. Com a mesma focalização, optei pela psicoterapia psicanalítica de longo prazo, não só por considerar mais adequado às participantes, mas também para dar mais consistência e profundidade aos dados coletados durante os tratamentos. Fica a sugestão de novos estudos, com uma amostra maior, ou com estratégias terapêuticas diferentes para o enriquecimento da compreensão dos fenômenos da maternidade, em especial da Depressão Pós-Parto.

Importante também salientar os fatores de proteção encontrados nos casos estudados, ou seja, os recursos pessoais ou sociais que atenuam o impacto negativo dos fatores de risco na DPP, tais como: o potencial egoico de Júlia; a participação efetiva e positiva dos companheiros de Elsa e Júlia; o apoio da rede familiar nos casos Elsa, Júlia e Carla e, o apoio da rede dos serviços de saúde, como destacado no caso de Ana em sua vinculação positiva com a equipe do posto de saúde da comunidade onde mora.

O propósito pessoal, com essa pesquisa, era a síntese de minha vida profissional como psicoterapeuta e como estudiosa do tema maternidade. Como em todos os processos psicoterápicos, esse estudo me fez vivenciar muitas emoções transferenciais e contratransferenciais, “matéria-prima” do trabalho do psicoterapeuta. A sensação, às vezes é de uma aventura, uma viagem que se faz junto com o paciente em busca de si mesmo e em auxílio aos que o rodeiam.

Porém, por se tratar de um tema, a meu ver, tão vital, essencial e encantador, com caráter preventivo em relação à saúde mental, vivi muitos outros sentimentos, principalmente, quando tive a oportunidade de materializar essa experiência na elaboração desta tese. Foram ansiedades, alegrias, tristezas, impotências, preocupações, inquietações, gratificações... E posso afirmar agora: todas valeram a pena.

8 REFERÊNCIAS

- Agard-Maréchal, A. (2007). *Dans les silences des mères* [Dentro dos silêncios das mães]. Paris: Éditions Albin Michel.
- Aguiar, F. (2001). Método clínico: método clínico? *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 14(3), 609- 616.
- Alt, M.S. & Benetti, S.P.C. (2008). Maternidade e depressão: impacto da trajetória de desenvolvimento. *Revista Psicologia em Estudo*, v.13, n.3.
- Alvarado, R., Rojas, M., Monardes, Perucca, E., Neves, E., Olea, E. & Vera, A. (2000). Cuadros depresivos en el postparto em uma cohorte de embarazadas: construcción de um modelo causal. *Revista chilena de neuro-psiquiatria*, 38 (2), 84-93.
- American Psychological Association (2006). *Manual de Estilo da APA: regras básicas* (M.F. Lopes, Trad.). Porto Alegre: Artmed Editora.
- André, J., David, H., Asséo, S.D., Guyomard, D., Thompson, C. & Yi, M.K. (2006). *La follie maternelle ordinaire* [A loucura materna comum]. Paris: Presses Universitaires de France.
- Arrais, A. (2005). *As configurações subjetivas da depressão pós-parto: para além da padronização patologizante*. Tese de Doutorado não-publicada. Instituto de Psicologia. Universidade de Brasília.
- Azevedo, K. R. & Arrais, A. R. (2006). O mito da mãe exclusiva e seu impacto na depressão pós-parto. *Psicologia Reflexão e Crítica*, v.19, n.2.
- Badinter, E. (1985). *Um amor conquistado: o mito do amor materno* (W. Dutra, Trad.). Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira.
- Baranger, M. & Baranger, W. (1962). La situación analítica como campo dinámico. [A situação analítica como campo dinâmico]. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, v.4, n.1.

- Benhaïjoub, A., Ladenburger, A., & De Tichey, C. (2008). Depression maternelle et prevention approche clinique et projective. [Depressão maternal e prevenção: método clínico e projetivo]. *Revue Evolution Psychiatrique*, v.73, n 2, 331-352.
- Benhaïm, M. (2006). *L'ambivalence de la mère: étude psychanalytique sur la position maternelle*. [A ambivalência da mãe; estudo psicanalítico sobre a posição maternal]. Ramonville Saint-Agne: Éditions Érès.
- Berlink, M. (1993). *Psicanálise da vida cotidiana*. São Paulo: Editora Escuta.
- Bergeret, J. (1991) *Personalidade normal e patológica*. Porto Alegre: Artmed Editora
- Bergeret-Amselek, C. (2000). *Le mystère des mères*. [O mistério das mães]. Paris: Desclé de Brower
- Bernardino, L.M.F. & Rohenkhol, C.M.F. (2002). *O bebê e a modernidade: abordagens teórico-clínicas*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Bion, W. (1962). *Aprendendo com a experiência*. Rio de Janeiro: Editora Imago.
- Bion, W. (1991). *Atenção e interpretação: o acesso científico à intuição em psicanálise e grupos*. (P. D. Corrêa, Trad.). Rio de Janeiro: Imago Editora.
- Boff, A. A., Brunstein, B. & Seixas, P. H. G. (1998). Psicoterapia psicodinâmica de longo prazo das depressões. In: Cordioli, A. V. *Psicoterapias: abordagens atuais*. Porto Alegre: Artmed Editora, pp. 279- 292.
- Bowlby, J. (1962/1984). *Apego e perda: Apego*, v.1. São Paulo: Livraria Martins Fontes Editora.

- Brazelton, T.B. (1988). *O desenvolvimento do apego: o nascimento de uma família*. (D. Batista, Trad.). Porto Alegre: Editora Artes Médicas.
- Bridon, D. (2003) *O autismo nos (des)caminhos da feminilidade: o lugar da função materna na ocorrência de autismo infantil*. Dissertação de Mestrado não-publicada. Universidade Federal de Santa Catarina.
- Bydlowski, M. (1997). *La dette de vie: itinéraire psychanalytique de la maternité*. [A dívida da vida: itinerário psicanalítico da maternidade]. Paris: Presses Universitaires de France.
- Bydlowski, M. (2000). *Je rêve un enfant*. [Eu sonho uma criança]. Paris: Éditions Odile Jacob.
- Bydlowski, M (2001). Le mandate transgénérationnel selon Serge Lebovici. [O mandato transgeracional, segundo Serge Lebovici]. *Revue Spirale*, v.1, n17, pp.23-25. Acesso em 16/04/10 em <http://www.cairn.info/revue-spirale-2001-1-page-23.htm>
- Bydlowski, M. (2009). *Psychopathologie périnatale: du “blues” á la depression maternelle postnatale*. Acessado em 27/01/09 em www.gyneweb.fr/sources/obstetrique/blues/htm
- Bydlowski (2009a). Psy em maternité: um métier de liaison. *Revue de médecine périnatale*, v.1, n2 (jun, 2009). Acesso em 16/04/10 em <http://www.cairn.info/revue/medicinepérinatale>
- Cabral, F. B. e Oliveira, D.L.C. (2008, agosto). *A invisibilidade da depressão pós-parto no contexto das equipes de Saúde da Família*. Trabalho apresentado no Encontro Fazendo Gênero 8- Corpo, Violência e Poder. Florianópolis, Santa Catarina.
- Camacho, R.S., Continelli, F.S., Ribeiro, C.S., Contilino, A., Gonsales, B.K., Braguittoni, E. & Rennó Jr., J. (2006). Transtornos psiquiátricos na gestação e no puerpério: classificação, diagnóstico e tratamento. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 33 (2), 92-102.

- Campos, J., Faracco, C., Souza, D.M., Encj, E. N., Litvin, E. M. & Vasconcellos, N. A. (2010). A maternidade no século XXI: destinos e vicissitudes. In: *Reflexões Psicanalíticas 2009: Compulsão*. São Paulo: Editora Artes Médicas, pp.199-212.
- Caron, N.A. (Org.) (2000). *A relação pais-bebê: da observação à clínica*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Castillo, C., Fritsch, R., Jadresic, E., Guajardo, V. & Rojas, G. (2006). Opciones terapêuticas em depressão postparto. [Opções terapêuticas na depressão pós-parto]. *Revista de Psiquiatria Clínica*, v. 43 (2), 39-45.
- Cifuentes, A.M.S. (2004). El desafio metodológico de la investigación en psicología clínica: saber interrogar-se. [O desafio metodológico da investigação em psicologia clínica: saber interrogar-se]. *Aletheia*, v.20. Acesso em 15/05/10 em <http://pepsic.bvs-osi.org.br/scielo>
- Cindy-Lee, D & Nicole, L. (2007). Global and relationship- specific perceptions of support and the development of postpartum depressive symptomatology. [Percepções globais e específicas de suporte e o desenvolvimento de sintomatologia depressiva pós-parto]. *Social Psychiatry & Psychiatry Epidemiology*. v. 42 (5), 389-395.
- Cintra, A.L. e Moraes, M.H. (2006, junho). *Configurações Vinculares: da saúde possível à patologia provável*. Trabalho não-publicado apresentado na VI Jornada do Centro de Estudos Psicodinâmicos de Santa Catarina. Florianópolis, Santa Catarina.
- Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde- décima revisão - CID-10*. (1997). São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo.
- Costa, J.F.F. (2006). *Transparência psíquica: experiência de transformação materna, uma perspectiva psicanalítica*. Dissertação de Mestrado não-publicada. Instituto de Psicologia. Universidade de Brasília.

- Coutinho, M.P.L. & Saraiva, E.R.A. (2008). Depressão pós-parto: construções teóricas. *Revista Estudos e Pesquisas em Psicologia*, v 8, n 3, Rio de Janeiro. Acesso em 02/09/09 em <http://scielo.bvs-psi.org.br>
- Cramer, B. & Palacio-Espasa, F. (1993). *Técnicas Psicoterápicas Mãe/Bebê: estudos clínicos e técnicos* (F. F. Settineri, Trad.). Porto Alegre: Editora Artes Médicas.
- Cramer, B. (2002). Les dépressions du postpartum: une pathologie de la preoccupation maternelle primaire? [As depressões do pós-parto: uma patologia da preocupação materna primária?]. *Devenir*, n 2, v 14, 89-99.
- Cruz, E.B.S.; Simões, G.L. & Faisal, A . (2005). Rastreamento da depressão pós-parto em mulheres atendidas pelo Programa de Saúde da Família. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 27, (4), 181-188.
- Cury, A.F. & Volich, R.M. (2010). *Segredos de mulher: diálogos entre um ginecologista e um psicanalista*. São Paulo: Ed. Atheneu
- Delassus, J. M. (2002). *Le sens de la maternité*. [O sentido da maternidade]. Paris: Dunod.
- Delassus, J. M. (2003). *Tornar-se mãe: o nascimento de um amor*. (Trad. M.C. Franco). São Paulo: Edições Paulinas.
- Delouya, D. (2008). *Depressão: clínica psicanalítica*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Deutch, H. (1947). *La psicologia de la mujer*. [A psicologia da mulher]. Buenos Aires: Edición Losada.
- DSM-IV-TR (2002). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. (Trad. C. Dornelles). Porto Alegre: Artmed.
- Eizirik, C. L. (2010). Pulsão, com pulsão, compulsão. In: *Compulsão: reflexões psicanalíticas 2009*. Porto Alegre: Editora artes Médicas, pp. 1-20.

- Eizirik, C. L., Aguiar, R. W. & Schestatski, S. S. (org.) (2005). *Psicoterapia de Orientação Analítica: fundamentos teóricos e clínicos*. Porto Alegre: Artmed Editora.
- Eizirik, C. L., Libermann, Z. & Costa, F. (1998). A relação terapêutica: transferência, contratransferência e aliança terapêutica. In: Cordioli, A. V. (Org.) *Psicoterapias: abordagens atuais*. Porto Alegre: Artmed Editora, pp. 67-76.
- Eizirik, C. L., Wilhels, F. M., Padilha, R. T. L. & Gauer, R. H. (1998). Psicoterapia Breve Dinâmica. In: Cordioli, A. V. (Org.) *Psicoterapias: abordagens atuais*. Porto Alegre: Artmed Editora, pp. 145-152.
- Evans, M. G., Vicuña, M.M. & Marín, R. (2003). Depression Postparto em el Sistema Publico de Atencion de Salud [Depressão pós-parto no sistema público de saúde]. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecologia*, 68 (6), 491-494.
- Faisal-Cury, A. & Menezes, P.R. (2005). Depressão pós-parto: o papel do obstetra. *Femina*, 33(2), pp.135-139 (fev. 2005).
- Felice, E.M.D. (1999). *Estudo Psicodinâmico em Mulheres Primíparas*. Dissertação de Mestrado não-publicada. Instituto de Psicologia. Universidade de São Paulo.
- Felice, E. M.D. (2000). *A Psicodinâmica do Puerpério*. São Paulo: Editora Vetor.
- Fiorini, H.J. (1981). *Teoria e Técnica Psicoterápica*. São Paulo: Livraria Francisco Alves Editora.
- Flick, U. (2004). *Uma Introdução à Pesquisa Qualitativa* (S. Netz, Trad.). Porto Alegre: Bookman.
- Forman, D.R., O'hara, M.W., Stuart, S., Gorman, L.L., Larsen, K.E. & Coy, K.C. (2007). Effective treatment for postpartum depression is not sufficient to improve the developing mother-child relationship. [Tratamento efetivo para depressão pós-parto não é suficiente para melhorar o desenvolvimento da relação mãe-bebê]. *Development and Psychopathology*, v. 19 (2), 585-602.

- Fraiberg, S., Adelson, E. & Shapiro, V. (1994). Fantasmas no quarto do bebê: uma abordagem psicanalítica dos problemas que entravam a relação mãe-bebê. *CEAPIA*, VII (7), 12-34.
- França. Allaitement et depression maternelle. [Aleitamento e depressão materna]. In: *Dossiers de l'allaitement*, 70. Acessado em 21/07/09 em www.illfrance.org/Dossiers-de-l-allaitement/DA/70-allaitement-et-depression-maternelle
- França. Dépression du post-partum: tour d'horizon [Depressão pós-parto: contorno do horizonte]. In: *Dossiers de l'allaitement*, 74. Acessado em 23/03/10 em www.illfrance.org/Dossiers-de-l-allaitement/DA/74-Depression-du-post-partum-tour-d-horizon
- Freud, S. (1912). A dinâmica da transferência. (J. Salomão, Trad.). In: *Obras Completas*, 1976, v. 12, pp. 133-148. Rio de Janeiro: Imago Editora.
- Freud, S. (1914). Sobre o narcisismo: uma introdução (J. Salomão, Trad.). In: *Obras Completas*, 1976, v. 14, pp. 85-122. Rio de Janeiro: Imago Editora.
- Freud, S. (1917). Luto e Melancolia (J. Salomão, Trad.). In: *Obras Completas*, 1976, v.14, pp. 271- 292. Rio de Janeiro: Imago Editora.
- Freud, S. (1921). Psicologia dos grupos e análise do ego. (J. Salomão, Trad.) In: *Obras Completas*, 1976, v. 18, pp. 91-184. Rio de Janeiro: Imago Editora.
- Freud, S. (1924). A dissolução do complexo de Édipo (J. Salomão, Trad.). In: *Obras Completas*, 1976, v.19, pp. 215-225. Rio de Janeiro: Imago Editora.
- Freud, S. (1925). Algumas conseqüências psíquicas da distinção anatômica entre os sexos (J. Salomão, Trad.). In: *Obras Completas*, 1976, v. 19, pp. 303- 322. Rio de Janeiro: Editora Imago.
- Freud, S. (1931). Sexualidade Feminina (J. Salomão, Trad.). In: *Obras Completas*, 1976, v. 21, pp. 257-282. Rio de Janeiro: Imago Editora.

- Freud, S. (1933). *Feminilidade (Novas Conferências Introdutórias sobre Psicanálise- Conferência 33) (J. Salomão, Trad.)*. In: *Obras Completas*, 1976, v.22, pp. 139-166. Rio de Janeiro: Imago Editora.
- Frizzo, G. B. E Piccinini, C. A. (2005). Interação mãe-bebê em contexto de depressão materna: aspectos teóricos e empíricos. *Psicologia em Estudo*, 10 (1). Acesso em 04/06/10 em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttex&pid=S1413-73722005000100007.
- Frizzo, G. B. & Piccinini, C. A. (2007). Depressão materna e a interação triádica pai-mãe-bebê. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, v.20, n. 3. Acesso em 25/11/09 em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_attex&pid=S0102-79722007000300002.
- Golse, B. (2003). *Sobre a psicoterapia pais-bebê: narratividade, filiação e transmissão*. (Trad. I. Caião, M.A. Fernandes, J. Castilho, C.M.F. Rokhenkol). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Gomes, I.C. & Zanetti, S.A. (2009). Transmissão psíquica transgeracional e construção da subjetividade: relato de uma psicoterapia psicanalítica vincular. *Revista de Psicologia da Universidade de São Paulo- USP*, v. 20. São Paulo (março, 2009).
- Green, A. (1980). *Narcisismo de vida, narcisismo de morte*. São Paulo: Editora Escuta.
- Guinard, F. (2001). Materno ou feminino? A “rocha da origem” como guardiã do tabu do incesto com a mãe. *Revista de Psicanálise da Sociedade Psicanalítica de Porto Alegre*, v.VII, n 2, 225- 238, (agosto, 2001).
- Gutman, L. (2007). *Puerperios y otras exploraciones del alma femenina*. [Puerpérios e outras explorações da alma feminina]. Buenos Aires, Del Nuevo Extremo.
- Harvey, E. (2002). *Depressão Pós-parto: esclarecendo suas dúvidas*. São Paulo: Editora Agora.

- Hernández, G.G., Kimelman, M.J. & Montino, O.R. (2000). Salud mental perinatal en la asistencia hospitalaria del parto y puerperio. [Saúde mental perinatal na assistência hospitalar do parto e puerpério]. *Revista Médica Chilena*, 128, 1283-1289.
- Horney, K. (1933). The denial of the vagina. [A negação da vagina]. *The International Journal of Psycho-Analysis*, v. XIV, n 1, 50-55.
- Jablenski, A. V. (2005). Pregnancy, delivery and neonatal complication in a popular cohort of women with esquizofrenia and major affect disorders. [Gravidez, parto e complicação neonatal em um coorte de mulheres com esquizofrenia]. *American Journal of Psychiatry*, 162 (1), 79-91.
- Kaës, R. (Org.). (1998). *Transmissão da vida psíquica entre gerações*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Kauffmann, A. L. (1999). Sobre o reconhecimento do ódio materno. *Revista de Psicanálise da Sociedade Psicanalítica de Porto Alegre*, v. VI, n.2, pp.283-297 (ago/1999).
- Klaus, M. H. & Kennell, J. (1993). *Pais/bebê: a formação do apego*. (Trad. D. Batista). Porto Alegre: Editora Artes Médicas.
- Klaus, M.H., Kennell, J. & Klaus, P.H. (2000). *Vínculo: construindo as bases para um apego seguro e para a independência*. (Trad. M.R. Hofmeister). Porto Alegre: Editora Artes Médicas.
- Klein, M. (1932). *Psicanálise da Criança*. (P. Civelli, Trad.). São Paulo: Mestre Jou.
- Klein, M. (1957/1974). *Inveja e Gratidão*. (Trad. J. O. A. Abreu). Rio de Janeiro: Imago Editora Ltda.
- Klein, M. & Rivière, J. (1975). *Amor, ódio e reparação*. (Trad. M.H. Senise). Rio de Janeiro: Imago Editora, São Paulo: Editora da USP.
- Kohut, H. (1988). *Análise do self*. (Trad. M.T. B. Marcondes). Rio de Janeiro: Imago Editora.

- Langer, M. (1981). *Maternidade e Sexo*. Porto Alegre: Editora Artes Médicas.
- Laplanche, J. & Pontalis, J.B. (1988). *Vocabulário da Psicanálise* (P. Tamen, Trad.). São Paulo: Livraria Martins Fontes Editora.
- Lebovici, S. (1998). L'arbre de vie: le processus de filiation et de parentalisation. [A árvore da vida: o processo de filiação e de parentalização]. *Journal de la psychanalyse de l'enfant*, 22, 98-127.
- Lebovici, S. & Solis-Ponton, L. (2004). Diálogo Leticia Solis-Ponton e Serge Lebovici; A construção da parentalidade. In: Silva, M.C.P. (Org.) *Ser pai, Ser Mãe, Parentalidade: um desafio para o terceiro milênio*, pp. 21-27. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Lemgruber, V. B. (1984). *Psicoterapia Breve: a técnica focal*. Porto Alegre: Editora Artes Médicas.
- Mac Kinnon, R.A. & Michels, R. (1992). *A entrevista psiquiátrica na prática diária*. Porto Alegre: Editoras Artes Médicas Sul Ltda.
- Maldonado, M.T. (2005) *Psicologia da Gravidez*. 17 a edição. São Paulo: Editora Saraiva.
- Mandú, E. N. T., Santos, N. C. H. & Correa, A. C. P. (2006). Problemas e necessidades no campo da saúde reprodutiva. In: Mandú, E. N. T. (org.). *Saúde Reprodutiva: abordagens para o trabalho do enfermeiro em atenção básica*. Cuiabá: EDUFH.
- Marques, C. (2003). Depressão materna e representações mentais. *Análise Psicológica*, 1 (XXI), pp. 85-94.
- Martins, R. A. (2006). *A depressão materna do pós-parto*. Dissertação em Psicologia Clínica, apresentada na PUC- São Paulo.
- McMalan, C., Barnett, B., Kowalenko, N. & Tennant, C. (2006). Maternal attachment state of mind moderates the impact of postnatal depression and infant attachment. [Estado mental de apego maternal modera o impacto da depressão pós-parto e apego da criança]. *Journal of Child Psychology & Psychiatry*, v.14 (7), PP. 660-669.

- Melgaço, R. G. (org.). (2006). *A ética na atenção ao bebê: psicanálise-saúde-educação*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Mezan, R. (1998). *Escrever a clínica*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Minerbo, M. (2004). Estratégias da investigação psicanalítica. In: Herrmann, F. e Lowenkron, T. (org.). *Pesquisando com o método psicanalítico*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Moraes, I.G.S., Pinheiro, R.T., Silva, R.A., Horta, B.L., Sousa, P.L.R. & Faria, A.D. (2006). Prevalência da depressão pós-parto e fatores associados. *Revista de Saúde Pública*, v.40 (1), pp. 65-70 (fev/2006).
- Moraes, M.H. (2001). *Os Fenômenos emocionais envolvidos na prática médica durante o parto: um estudo sobre as interações médico residente-parturientes*. Dissertação de mestrado não-publicada. Universidade Federal de Santa Catarina.
- Moraes, M.H. (2005). *Psicoterapia Breve Aplicada à Psicologia Hospitalar*. Trabalho não-publicado apresentado no II Congresso Internacional de Especialidades Pediátricas. Curitiba.
- Moraes, M. H.; Silva, E. M.; Neto, F.; Silva, G. S., Rabello, J. K. & Guerra, L.J. (2006). Depressão e suicídio no filme “As Horas”. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, v. 28, n 1, jan/abr 2006, pp. 83-92.
- Parseval, G. D. (1986). *A Parte do Pai*. (T.C. Stummer, Trad.). Porto Alegre: L&PM Editores.
- Paulson, J. (2010). Prenatal and postpartum depression in fathers and its association with maternal depression. [Depressão pré e pós natal em pais e sua associação com a depressão materna]. *Journal of the American Medical Association*. Acesso em julho 2010 em www.veja.abril.com.br
- Polacchini, M. A. S. (2010). O processo analítico em relação a certos estados mentais gerados por tensão na tríade do “amor, ódio e conhecimento”. In: *Reflexões psicanalíticas 2009: Compulsão*. São Paulo: Editora Artes Médicas, pp.121-136.

- Prado, L.C., Gomes, A. G., Frizzo, G.B.; Santos, C.A., Schwenberger, D.D.S Lopes, R.S. & Piccinini, C.A. (2009). Psicoterapia breve pais-bebê: revisando a literatura. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, v.31, n 3, supl. 0, Porto Alegre.
- Ramchandani, P., Stein, A., Evans, T. & Connor, T. (2006). Paternal depression in the postnatal period and child development: a prospective study. [Depressão paterna no período pós-natal e o desenvolvimento da criança: um estudo prospectivo]. *Lancet*, n 365, pp. 2201-05. Acesso em julho de 2010 em www.veja.abril.com.br
- Rapoport, A. & Piccinini, C. A. (2006). Apoio social e a experiência da maternidade. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, 16 (1), pp. 85-96.
- Ribas, A.F.P. & Seidl de Moura, M.L. (2004). Responsividade materna e a teoria do apego: uma discussão crítica do papel de estudos transculturais. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 17 (3), PP. 315-322.
- Raphael-Leff, J. (1997). *Gravidez: a história interior*. Porto Alegre: Editora Artes Médicas.
- Roberts, S.L., Bushnell, J.A., Collings, S.C. & Purdie, G.L. (2006). Psychological health of men with partners who have postpartum depression. [A saúde psicológica dos homens com parceiras que tem depressão pós-parto]. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 40 (8), pp. 704-711.
- Rodrigues, V. & Hutz, M. (1998). O apoio como fator de mudanças nas psicoterapias. In: Cordioli (Org.). *Psicoterapias: abordagens atuais*. Porto Alegre: Editora Artes Médicas Sul Ltda.
- Rojas, G.C., Fritsch, R.M., Solís, J.G., González M.A., Guajardo, V.T. & Araya, R.B. (2006). Calidad de vida de mujeres deprimidas en el parto. [Qualidade de vida de mulheres deprimidas no parto]. *Revista Médica Del Chile*, v.134, n. 6, p. 713-720, Santiago (jun/2006).
- Rostfelter, P. (1994). *El nacimiento de una madre: bebe blues*. Buenos Aires: Editora Nueva Visión.

- Roudinesco, E. & Plan, M. (1998). *Dicionário de Psicanálise*. (Trad. V. Ribeiro e L. Magalhães). Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editores.
- Roudinesco, E. (2000). *Por que a psicanálise?* Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editora.
- Ruschi, G. E. C., Sun, S. Y., Mattar, Rosiane, Chambô Filho, A., Zandonade, E. & Lima, V. J. (2007). Aspectos epidemiológicos da depressão pós-parto em amostra brasileira. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, v. 29, n.3, set/dez 2007.
- Saraiva, E.R.A. & Coutinho, M. P. L. (2008)- Depressão pós-parto: considerações teóricas. *Revista Estudos e Pesquisas em Psicologia*. Rio de Janeiro, v. 8, n. 3.
- Schejtman, C. (2004). Efectos de la depression materna en la estructuracion psíquica durante el primer año de vida: psicoanálisis y investigacion empírica con infantes. [Efeitos da depressão materna na estruturação psíquica durante o primeiro ano de vida: psicanálise e investigação empírica com crianças]. *Subjetividad y Procesos Cognitivos*, 281-302.
- Schimidt, E.B.; Piccolotto, N.M. & Müller, M.C. (2005). Depressão pós-parto: fatores de risco e repercussões no desenvolvimento infantil. *Psico-USF*, 10, (1), pp. 61-68.
- Schwengber, D.D.& Piccinini, C. A. (2003). O impacto da depressão pós-parto para a interação mãe-bebê. *Estudos de Psicologia*, 8 (3), pp. 403-411.
- Schwengber, D.D. & Piccinini, C. A. (2005). A experiência da maternidade no contexto da depressão materna no final do primeiro ano de vida. *Revista Estudos em Psicologia*, Campinas, 22 (2), pp. 143-156. (abr-jun, 2005).
- Seibert, C. S. (1999). Comentário a propósito de “Sobre o reconhecimento do ódio materno” de A. L. Kauffmann. *Revista de Psicanálise da Sociedade Psicanalítica de Porto Alegre*, v. VI, n 2, 299-303.(agosto/1999).

- Silva, M. C. P. (2010). A depressão transmitida através da relação de dependência invertida na díade mãe-bebê. *Revista Percurso*, v.44, pp. 125-132 (junho/2010).
- Silva, M. R. (2007). *Paternidade e depressão pós-parto materna no contexto da psicoterapia pais-bebê*. Tese de Doutorado não publicada. Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
- Silva Moraes, I.G.; Pinheiro, R.T.; Silva, R.A.; Horta, B.L.; Sousa, P.L.R. & Duarte, A. (2006). Prevalência da depressão pós-parto e fatores associados. *Revista de Saúde Pública*, 40 (1), 65-70.
- Simão, M.J.P. (2003). *Depressão Pós-Parto e Aspectos Psicossociais Associados: Suporte Social e Eventos Vitais Adversos. Revisão de Literatura*. Tese de Doutorado não-publicada. Universidade de São Paulo.
- Sjezer, M; Stewart, R. (1997). *Nove meses na vida de uma mulher: uma abordagem psicanalítica da gravidez e do nascimento*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Sjezer, M. (1999). *A escuta analítica de bebês em maternidade*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Soifer, R. (1984) *Psicologia da gravidez, parto e puerpério*. (I.V. De Carvalho, Trad.) Porto Alegre: Editora Artes Médicas.
- Spitz, R. (2004). *O primeiro ano de vida*. São Paulo: Ed. Martins Fontes.
- Stern, D. (1991). Maternal Representations: a clinical and subjective phenomenological view. [Representações maternas: uma visão subjetiva fenomenológica]. *Infant Mental Health Journal*, 12 (3), 174.
- Sztajnberg, R. (2003). *Corpo e alma: alinhavo ou costura na constituição feminina?* Trabalho apresentado em Estados Gerais da Psicanálise: Segundo Encontro Mundial, Rio de Janeiro (Janeiro/2003).

- Toth, S. L. & Peltz, J. (2009). La depression maternelle. In: Tremblay, R.E., Barr, R.G., Peters, R.V., Boivin, M. (orgs). *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants*, 1- 9.
- Turato, E. R. (2000). Introdução à metodologia da pesquisa clínica-qualitativa; definição e principais características. *Revista Portuguesa de Psicossomática*. Porto, 93-108.
- Videla, M. (1993). *Parir y nacer em el hospital*. [Parir e nascer no hospital]. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión.
- Videla, M. (1997). *Maternidad: mito y realidad*. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión.
- Vitolo, M. R., Benetti, S.P.C., Bortolini, G.R., Graeff, A. & Drachier, M.L. (2007). Depressão e suas implicações no aleitamento materno. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, v.29, n 1. Porto Alegre (jan./abr.2007).
- Welldon, E.V. (2008). *Madre, virgen, puta: las perversiones femeninas*. [Mãe, virgem, puta: as perversões femininas]. Buenos Aires: Temas de Hoy.
- Winnicott, D. W. (1975). *O Brincar e a realidade*. (J.O.A. Abreu e V. Nobre, Trad.). Rio de Janeiro: Imago Editora.
- Winnicott, D.W. (1988). *Textos Seleccionados: da pediatria à psicanálise*. (J. Russo, Trad.). Rio de Janeiro: Livraria Francisco Alves Editora.
- Winnicott, D.W. (1990). *Natureza Humana*. (D. L. Bogomeletz, Trad.). Rio de Janeiro: Editora Imago.
- Winnicott, D.W. (2002). *Os bebês e suas mães*. (J.L. Camargo, Trad.) São Paulo: Livraria Martins Fontes Editora.
- Zaconeta, A.M.; Motta, L.D.C. & França, P.S. (2004) Depressión Postparto: prevalencia de test de rastreo positivo en puérperas del Hospital Universitario de Brasília, Brasil. [Depressão pós-parto: prevalência do teste de rastreamento positivo em puérperas do Hospital Universitário de Brasília, Brasil]. *Revista Chilena de obstetricia y ginecologia*, 69 (3).

- Zambaldi, C.F., Cantilino, A. & Sougey, E.B. (2008). Sintomas obsessivo-compulsivos na depressão pós-parto: relatos de casos. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, v.30, n2, Porto Alegre, (mai/ago, 2008).
- Zelkowitz, P. & Milet, T.H. (1996). Postpartum psychiatric disorders: their relationship et the psychological adjustment and marital satisfaction in the spouses. *Journal of Abnormal Psychology*, 105 (2), 281-285.
- Zimmermann, D. E. (2001). *Vocabulário Contemporâneo de Psicanálise*. Porto Alegre: Artmed Editora.
- Zimmerman, D. (2004). *Manual de Técnica Psicanalítica: uma re-visão*. Porto Alegre: Artmed Editora.
- Zimmerman, D. E. (2010). *Os quatro vínculos- amor, ódio, conhecimento e reconhecimento na psicanálise e em nossas vidas*. Porto Alegre: Artmed Editora.

9 GLOSSÁRIO

1. Inconsciente: “Na primeira tópica elaborada por Freud, trata-se de uma instância ou sistema constituído por conteúdos recalçados que escapam às outras instâncias, o pré-consciente e o consciente. Na segunda tópica, deixa de ser uma instância, passando a servir para qualificar o id e em grande parte o ego e o superego” (Roudinesco, 2000, p. 375).

2. Escuta clínica ou analítica: escuta das narrativas e daquilo que o paciente transmite inconscientemente através de comunicação primitiva: linguagem corporal, sonhos, condutas (como *actings*, silêncios, faltas, etc.), processo transferencial-contratransferencial (Zimmermann, 2001).

3. Regressão: “Recuo para trás” no desenvolvimento que pode ser tópica (em busca de uma organização anterior da libido ou pontos de fixação), temporal e formal (retorno ao funcionamento psíquico onde os métodos de expressão são substituídos por modos primitivos). A regressão transparece na manifestação dos quadros de psicopatologia, sintomas, sonhos, somatizações (Zimmermann, 2001, pp.358-359).

4. Complexo de castração: complexo centrado na fantasia de castração (corte do pênis da criança do sexo feminino); na menina, a ausência do pênis é sentida como um dano sofrido que ela procura negar, compensar ou reparar (Laplanche e Pontalis, 1988, p.101).

5. Narcisismo primário: designa um estado precoce em que a criança investe toda sua libido em si mesma (Laplanche e Pontalis, 1988, p.368).

6. Posição esquizo-paranóide: Na teoria kleiniana, designa o funcionamento mental inicial onde a criança tem necessidade de preservar a experiência prazerosa e de rechaçar a dolorosa, através dos mecanismos defensivos de dissociação, clivagem ou *splitting* e projeção (Zimmermann, 2001).

7. Posição depressiva: modalidade da relação de objeto, consecutiva à posição esquizo-paranóide. Inicia aos quatro meses de vida e vai sendo superada até a vida adulta sendo reativada no luto ou nos estados depressivos. Melanie Klein considerava um questão de evolução passar da posição esquizo-paranóide para a depressiva, ou seja, a passagem do funcionamento psicótico para o normal (Roudinesco, 2000).

8. Sublimação: apesar da imprecisão de sua definição, Freud usava esse termo para designar as atividades humanas bem sucedidas no campo artístico e trabalho intelectual, destacando que a energia para esse mecanismo, viria da dessexualização. Na teoria kleiniana, o processo de sublimação consiste numa tendência a restaurar (reparar) o objeto bom destruído pelas pulsões agressivas (Zimmermann, 2001, p. 396).

9. Identificação projetiva: “Expressão introduzida por Melanie Klein para designar um mecanismo que se traduz por fantasmas (fantasias) em que o individuo introduz a sua própria pessoa totalmente ou em parte no interior do objeto para o lesar, para o possuir ou para o controlar” (J.Laplanche, J.Pontalis, 1988). Este conceito foi enriquecido e ampliado por Bion pelo modelo continente-conteúdo; pela diferenciação de dois tipos de identificação projetiva (realista e excessiva); como função de comunicação primitiva; como origem da empatia (Zimerman, 2001).

10. Parentalidade: vicissitudes psíquicas conscientes e inconscientes desencadeadas no desempenho de papéis e funções parentais. Semelhante ao conceito de maternalidade e paternalidade desenvolvido por Paul Claude Recamier em 1961. (Cramer e Palácio-Espasa, 1993, p.27.)

11. Depressão anaclítica: típica dos estados limítrofes, aproximando-se da ansiedade de separação, onde os indivíduos desenvolvem relações de objeto caracterizadas pela dependência do outro. O anaclítico tem necessidade do outro a seu lado e embora tema os perigos da intrusão do objeto não consegue permanecer só (Bergeret, 1991).

12. *Self*: inicialmente conceituado por Hartmann em 1950 no contexto da Psicologia do ego para diferenciar o ego como instância psíquica do eu como a própria pessoa, a noção de *self* (si mesmo) foi depois empregada para designar uma instância da personalidade no sentido narcísico: uma representação de si por si mesmo, um auto-investimento libidinal (Roudinesco, 1998).

13. Responsividade materna: definida por Ribas (2004) como comportamentos/respostas maternos contingentes, apropriados, sensíveis aos sinais do bebê, bem como envolvimento, aceitação e ritmo imediatamente relacionados ao bebê.

14. Imago: termo derivado do latim (imago: imagem), introduzido por Carl Jung, em 1912 para designar uma representação inconsciente através da qual um sujeito designa a imagem que tem de seus pais (Roudinesco, 1998).

15. Maternagem: atitudes de cuidado e atenção à mãe para que ela possa cuidar do filho; atitude interna do terapeuta que atende e entende as necessidades do paciente, propiciando um modelo de identificação como figura materna (Zimmermann, 2001).

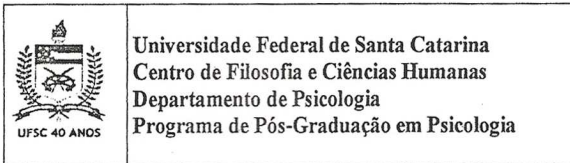
16. Transferência: repetição na relação com o psicoterapeuta de vínculos, expectativas e fantasias relacionadas a pessoas significativas por parte do paciente (Zimmermann, 2001).

17. Metapsicanálise: termo derivado do original metapsicologia criado por Freud para designar os modelos teóricos que não estão diretamente ligados a uma experiência prática, ou seja, conjecturas imaginativas que dificilmente podem ser comprovadas na realidade como, por exemplo, a pulsão de morte. Define-se pela consideração simultânea dos pontos de vista dinâmico, tóxico e econômico. (Roudinesco, 2000 e Zimmermann, 2001).

18. *Contratransferência*: “Conjunto das manifestações do inconsciente do analista relacionadas com as da transferência de seu paciente” (Roudinesco, 2000, p. 133). Tecnicamente, se o analista aprende a lidar com difíceis sentimentos contratransferenciais, pode assumi-los utilizá-los como instrumento de compreensão do que eles representam no vínculo com seu paciente. Assim, a *contratransferência* pode se constituir em um obstáculo, como instrumento e como integrante da intersubjetividade no processo analítico (Zimmermann, 2001).

10 APÊNDICES

A. CARTAZ DE DIVULGAÇÃO DA PESQUISA



PESQUISA DE DOUTORADO

“A CLÍNICA DA MATERNIDADE: OS SIGNIFICADOS PSICOLÓGICOS DA DEPRESSÃO PÓS PARTO”

Pesquisadora: Psicóloga Maria Helena Moraes (CRP 12/00052)

Orientadora: Dra. Maria Aparecida Crepaldi (CRP 12/)

Objetivo: Detectar os significados psicológicos da depressão pós parto.

Instrumentos de triagem: -Encaminhamento por pediatras, residentes em pediatria, psicólogos estagiários de psicologia.

- Aplicação da Escala Edinburgh de Depressão pós Parto
- Entrevista clínica realizada pela pesquisadora

Procedimento de coleta de dados: Psicoterapia Breve

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO: - Mulheres com idade a partir de 18 anos

- Residentes em Florianópolis ou São José
- Com bebês nascidos a termo, sem problemas de saúde que estejam na faixa etária entre um e oito meses
- Que apresentam sintomas e/ou fatores de risco, tais como: desânimo, cansaço, choro “desmotivado”, tristeza, distúrbios de sono, distúrbios de alimentação, sentimentos de auto-depreciação, dificuldades de cuidar do bebê, dificuldades conjugais.

- Mães de bebês com repetidas interações.

Encaminhamentos e maiores esclarecimentos: Maria Helena Moraes – fones: 912032700 e 32236571.

B. TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
DOUTORADO EM PSICOLOGIA
TERMO DE ESCLARECIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, Maria Helena Cruz de Moraes, aluna do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina, convido-a a participar do processo de coleta de dados de minha tese de Doutorado, sob orientação da Professora Doutora Maria Aparecida Crepaldi.

Esta pesquisa, que se intitula “A clínica da maternidade: significados psicológicos da depressão pós-parto”, tem por objetivo a detecção e a compreensão da Depressão Pós-Parto, do ponto de vista psicológico, através do tratamento psicoterápico de mães deprimidas, diminuindo o sofrimento materno e possíveis dificuldades na interação com o bebê e demais familiares.

A sua participação acontecerá através de sua frequência a uma média de doze sessões psicoterápicas, após entrevista de triagem. O seu nome ou quaisquer dados que possam identificá-la, não serão divulgados. Você integrará a pesquisa de forma voluntária e não remunerada, e a pesquisadora estará a sua disposição para qualquer esclarecimento. A recusa em participar da pesquisa não implicará em qualquer prejuízo ou penalidade. Você poderá desistir a qualquer momento. Os resultados da presente pesquisa serão divulgados à instituição após a defesa da tese, em data a ser agendada.

Após ler este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, e aceitar participar do estudo, solicito sua assinatura em duas vias, sendo que uma delas permanecerá em seu poder.

Maria Helena Moraes
Pesquisadora Principal

Prof. Dra. Maria Aparecida Crepaldi
Orientadora

E,....., abaixo assinada, declaro, através deste documento, o meu consentimento em participar da pesquisa “A clínica da maternidade: os significados psicológicos da depressão pós-parto”. Declaro, ainda, que estou ciente do objetivo e métodos, bem como de meus direitos de anonimato e de desistir a qualquer momento.

Florianópolis,.....de.....de 2009.

Assinatura da participante da pesquisa

11 ANEXOS

A. PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA DA UFSC



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão
Departamento de Projetos e Extensão

Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos - CEPESH

Campus Prof. João David Ferreira Lima - CEP 88040-900
Trindade - Florianópolis - Santa Catarina - Brasil | www.cep.ufsc.br / +55 (48) 3721-9206

PARECER CONSUBSTANCIADO - PROJETO Nº 201/08

I – IDENTIFICAÇÃO:

Título do projeto: A clínica da maternidade: os significados psicológicos da depressão pós parto.

Pesquisador Responsável: Profa. Dra. Maria Aparecida Crepaldi

Pesquisador Principal: Maria Helena Cruz de Moraes

Data da coleta dos dados: agosto de 2008 a dezembro de 2008.

Instituições em que será realizado o estudo: Hospital Universitário da UFSC.

II – OBJETIVOS

Objetivo Geral:

Analisar os significados psicológicos da depressão pós parto.

III – SUMÁRIO DO PROJETO:

Trata-se de um estudo descritivo-compreensivo, em que a coleta de dados se dará por meio de entrevistas psicoterápicas caracterizando, portanto, o método clínico de investigação e análise de dados. Os sujeitos serão mulheres puérperas que tiverem bebês na faixa de um a oito meses de idade em atendimento no setor de pediatria do HU.

IV – COMENTÁRIO:

A pesquisa proposta tem relevância científica e social. O protocolo da pesquisa contém todos os documentos exigidos pela legislação. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) encontra-se convenientemente redigido.

V – PARECER CEPESH:

(X) aprovado

PARECER:

Tendo em vista o exposto, somos de parecer favorável à aprovação do referido projeto.

*Informamos que o parecer dos relatores foi aprovado, em reunião deste Comitê na data de 25 de agosto de 2008.

Profº Washington Portela de Souza
Coordenador do CEPESH



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão
Comitê de Ética na Pesquisa em Seres Humanos

CERTIFICADO *Nº 173*

O Comitê de Ética na Pesquisa em Seres Humanos (CEPSH) da Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão da Universidade Federal de Santa Catarina, instituído pela PORTARIA N.º0584/GR/99 de 04 de novembro de 1999, com base nas normas para a constituição e funcionamento do CEPSH, considerando o contido no Regimento Interno do CEPSH, **CERTIFICA** que os procedimentos que envolvem seres humanos no projeto de pesquisa abaixo especificado estão de acordo com os princípios éticos estabelecidos pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP

APROVADO

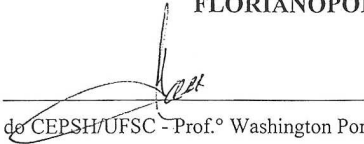
PROCESSO: 201/08 FR- 203706

TÍTULO: A Clínica da maternidade: os significados emocionais da depressão pós-parto.

AUTORES: Maria Aparecida Crepaldi e Maria Helena Cruz de Moraes.

DPTO.: CFH

FLORIANÓPOLIS, 25 de agosto de 2008.


Coordenador de CEPSH/UFSC - Prof.º Washington Portela de Souza