



**Centro Universitário de Brasília
Instituto CEUB de Pesquisa e Desenvolvimento - ICPD**

THAÍS URUEÑA LOPES DE SOUZA

**A MÃE DEPRIMIDA: UM ESTUDO PSICANALÍTICO ACERCA DO
SOFRIMENTO PSÍQUICO NO PÓS PARTO**

Brasília
2017

THAÍS URUEÑA LOPES DE SOUZA

**A MÃE DEPRIMIDA: UM ESTUDO PSICANALÍTICO ACERCA DO
SOFRIMENTO PSÍQUICO NO PÓS PARTO**

Trabalho apresentado ao Centro Universitário de Brasília (UniCEUB/ICPD) como pré-requisito para obtenção de Certificado de Conclusão de Curso de Pós-graduação *Lato Sensu* em Teoria Psicanalítica

Orientador: Profa. Dra. Márcia Teresa Portela de Carvalho

Brasília
2017

THAÍS URUEÑA LOPES DE SOUZA

**A MÃE DEPRIMIDA: UM ESTUDO PSICANALÍTICO ACERCA DO
SOFRIMENTO PSÍQUICO NO PÓS PARTO**

Trabalho apresentado ao Centro
Universitário de Brasília (UniCEUB/ICPD)
como pré-requisito para a obtenção de
Certificado de Conclusão de Curso de
Pós-graduação *Lato Sensu* em Teoria
Psicanalítica

Orientador: Profa. Dra. Márcia Teresa
Portela de Carvalho

Brasília, ____ de _____ de 2017.

Banca Examinadora

Prof^a. Ma. Maura Cristina de Carvalho

Prof. Dr. Gilson Ciarallo

RESUMO

O presente estudo foi desenvolvido a partir da investigação psicanalítica acerca da maternidade e da depressão pós parto, a partir das vivências da puérpera. O que podemos entender a respeito de uma mãe que deprime num momento que deveria ser de tanta alegria? A depressão pós parto, por ter como evento desencadeador o nascimento do bebê, apresenta peculiaridades que não se aplicam a outros quadros depressivos. A maternidade se insere numa trajetória feminina que vem sendo estabelecida desde a fase pré-edípica da mulher, e traz à tona questões como identificação materna, castração e processos de luto. Sendo assim, a depressão pós parto vem anunciar que algo falhou na constituição subjetiva feminina, no caminho que o sujeito feminino percorreu para tornar-se mulher e mãe. Tais falhas foram apresentadas a partir de uma divisão entre os percalços que a recém-mãe enfrenta em relação à própria mãe, ao seu bebê e a si mesma.

Palavras-chave: Depressão pós parto. Maternidade. Constituição subjetiva feminina

ABSTRACT

The present study was developed from the psychoanalytic investigation about maternity and postpartum depression, based on the experiences of the puerperal woman. What can we understand about a mother who depresses in a moment that should be so happy and of so much joy? Postpartum depression, due to having as the triggering event the baby's birth, presents peculiarities that do not apply to other depressive conditions. Maternity is part of a feminine trajectory that has been established since the pre-oedipal phase of the woman, and brings up issues such as maternal identification, castration and mourning processes. Thus, postpartum depression announces that something has failed in the feminine subjective constitution, in the way the female subject has gone through to become a woman and a mother. Such failures were presented from a division between the mishaps that the new mother faces in relation to her own mother, her baby and herself.

Key words: Postpartum depression. Maternity. Feminine subjective constitution

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	06
1 MATERNIDADE E PSICANÁLISE	09
1.1 O parto: um encontro e uma despedida	16
2 A RECÉM-MÃE E A DEPRESSÃO PÓS PARTO	21
2.1 A recém-mãe e sua própria mãe	23
2.2 A recém-mãe e seu bebê	28
2.2 A recém-mãe	31
CONCLUSÃO	38
REFERÊNCIAS	41

INTRODUÇÃO

A pesquisa *Nascer no Brasil*, desenvolvida pela Fundação Oswaldo Cruz, foi considerada um dos maiores estudos a respeito de parto e nascimento já realizados no Brasil. Uma das vertentes deste trabalho foi o estudo *Factors associated with postpartum depressive symptomatology in Brazil: The Birth in Brazil National Research Study*, o qual constatou que o índice de mulheres brasileiras com sintomas de depressão pós parto é de 26,3%, percentual maior do que a média em países de baixa renda, que é de 19,8%, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS).

Diversos estudos corroboram com as altas estatísticas trazidas pela pesquisa (FONSECA et al., 2010; CRUZ; SIMÕES; FAISAL-CURY, 2005; FRIZZO et al. 2005; SCHWENGBER; PICCININI, 2005). São dados que nos alertam para o fato de que a depressão pós parto é um problema grave, de alta prevalência e que pode estar sendo negligenciado: uma vez mal identificado, não pode ser tratado.

As condições físicas e psicológicas da mãe em todo o período da gravidez e no pós parto são de grande importância, já que o desenvolvimento da criança está intimamente ligado ao funcionamento satisfatório dessa díade mãe-bebê (FONSECA, 2010). É a mãe quem chama o bebê pra vida, ela que o insere no mundo; e tamanha responsabilidade vem acompanhada de conflitos e sentimentos contraditórios.

A gravidez e a maternidade são vivências intimamente relacionadas à história subjetiva da mulher, do bebê/criança que ela foi um dia e de como se deu sua construção como sujeito feminino. Durante a gravidez, a mulher reedita suas relações edípicas e pré-edípicas, revisitando sua relação com a própria mãe (REHBEIN, 2015; SZEJER, 1997; ZALCBERG, 2003).

Além disso, ao se descobrir grávida, já existe um filho que começa a requisitar seu espaço no corpo e no psiquismo da mãe. Esse bebê será investido e idealizado durante, no mínimo, o tempo de gestação, e o encontro com o bebê real vai ser proporcionado pelo parto, momento impactante que representa o fim da gravidez e o início do encontro com o bebê real (ELIACHEFF; HEINICH, 2004; REHBEIN, 2015).

A partir disso, a mãe precisará elaborar os lutos das posições que ocupava, de seu corpo e de um filho imaginário. Isso se combina ao reconhecimento

de um novo ser, que depende total e integralmente dela, e que vai exigir muitas renúncias.

Por meio dos atendimentos às mulheres grávidas e recém-mães, percebemos que há uma enorme distância entre o que é dito social e culturalmente sobre gravidez e maternidade e o que de fato acontece quando esses processos se tornam reais. O lado obscuro da experiência de ser mãe não vem à tona, a ambivalência materna se esconde sob um eterno não-dito.

Diante de tanta expectativa e de um ideal de maternidade expresso socialmente, lidar com o real dessa experiência pode ser traumático. Algumas mulheres terão recursos para lidar de uma maneira satisfatória com a revolução subjetiva que acompanha a gravidez, outras enfrentarão um estado patológico.

O adoecimento das mulheres têm chamado atenção para que a ciência se volte para esse estudo. A psicanálise contemporânea tem discutido amplamente os significados e vicissitudes da relação mãe-bebê, e vem discutindo também a constituição subjetiva da mulher e o trajeto a ser percorrido até que ela possa se tornar mãe.

O presente estudo se propõe a contribuir para a melhor compreensão do fenômeno da depressão pós parto na atualidade, a partir da perspectiva da mulher recém-mãe. Considerando a trajetória do sujeito feminino rumo à maternidade, o que nos é possível entender a respeito de um adoecimento como a depressão pós parto, que irrompe no momento que deveria ser de maior felicidade?

Para atender a esse objetivo, o trabalho ficou dividido em dois capítulos. No primeiro, o intuito é apresentar a maternidade dentro do referencial psicanalítico, situando-a na trajetória do sujeito feminino. O segundo capítulo trata da mãe deprimida, e foi organizado de acordo com as dificuldades da puérpera em relação à própria mãe, ao bebê e a si mesma. Para a conclusão, os dois capítulos foram articulados em vista de propor o que nos é possível entender sobre a recém-mãe que deprime.

A análise teórica resultou de uma pesquisa bibliográfica da obra freudiana, que apesar de não discorrer explicitamente sobre a depressão pós parto, forneceu a base para a teorização acerca do fenômeno; e da análise de obras das autoras Miriam Szejer, Tania Rivera, entre outros.

Como leitura complementar, foram incluídos artigos, teses e dissertações a partir das bases de dados Periódico CAPES, Scielo e dos repositórios de universidades brasileiras. Para a pesquisa, foram utilizados os termos: depressão pós parto, depressão puerperal, identificação materna e luto materno.

Neste estudo, foi dado enfoque ao sentido psíquico da depressão pós parto a partir da vivência da mulher tornada mãe. Sendo assim, exclui-se a descrição sintomatológica do fenômeno e a teorização acerca dos desdobramentos do mesmo no desenvolvimento do bebê.

1 MATERNIDADE E PSICANÁLISE

O tornar-se mãe por vezes é tratado no que apresenta de universal, que se repetiria para todas as mães (AGUIAR;SILVEIRA;DOURADO, 2011). O viés biológico e o ideal de maternidade construído social e culturalmente estão ligados à maternidade, mas não podem explicá-la integralmente, é preciso levar em conta a subjetividade de cada mulher, assim como suas escolhas (JULIEN, 2013).

Embora haja no senso comum uma equivalência óbvia entre “ter filhos” e “ser mãe”, para a psicanálise são circunstâncias distintas: ter um filho diz de uma posse, de uma relação mais/ menos gratificante com um objeto, e ser mãe traz à tona um senso de construção de identidade, que remete necessariamente à sua história com a própria mãe. (ELIACHEFF; HEINICH, 2004).

A psicanálise aborda a maternidade como uma experiência única e sem precedentes, que pode acontecer de forma alegre ou sofrida, ou até nem acontecer; mas vai se dar de forma singular para cada mãe. (AGUIAR;SILVEIRA;DOURADO, 2011). Rivera (2007) propõe que a frase “eu sou mãe” parece ter força o suficiente para justificar uma existência e proclamar uma identidade, no entanto, ainda que a capacidade de procriação seja um diferencial feminino, ela não pode ser definidora do ser. Segundo a autora, “a maternidade é uma função que não coincide com o sujeito: uma mulher pode exercer essa função, [mas] ela nunca se confunde totalmente com ela” (RIVERA, 2007, p. 186).

Sendo assim, existe um caminho de alternância e estranheza entre o feminino e a maternidade. Tornar-se mãe não significa necessariamente tornar-se mulher, a parentalidade se dá num rearranjo psíquico e afetivo que permite ao homem ser pai e à mulher ser mãe (HISGAIL, 2015; STEVENS, 2007a).

No processo da parentalidade, surge um outro no psiquismo dos pais, e também no corpo materno. Uma certa invasão se presentifica, repentina e excessivamente, para a mulher. A presença de um outro dentro de si mesma pode trazer, ao mesmo tempo, um sentimento de plenitude e uma sensação de susto. Com a confirmação da gravidez, a mulher se encontra frente a uma nova realidade, e seu corpo já mostra sinais de que está começando a mudar; será um novo corpo a ser habitado. Ademais, coloca-se um luto imediato de uma vida anterior, que precisará

ser desinvestida para que haja o investimento necessário ao bebê e ao novo lugar que a mulher tornada mãe irá ocupar (SZEJER, 1997; FOLINO, 2014)

Quando a mulher se descobre grávida, já está em cheque o real desejo pelo filho. A função materna se refere a uma posição inconsciente, que diz da trajetória de cada mulher, e condensa aspectos desenvolvimentais e psíquicos, podendo divergir da vontade e desejo conscientes (MORAES; CREPALDI, 2012).

Nenhuma gravidez é totalmente aceita ou rejeitada, fato é que acaba fazendo parte de um processo de mudanças, adaptações e desejos contraditórios. Pouco se esclarece sobre o fato de que o privilégio de dar a vida vem acompanhado de renúncias e histórias: para ter um filho e se incluir na condição de mãe, a mulher precisa renunciar, pelo menos, à posição de ser exclusivamente filha; ademais, há uma história familiar que subjetivou a mulher grávida, e essa história envolve seu processo de tornar-se mãe (VALENTE; LOPES, 2008).

A maternidade é a grande busca por um elo harmônico entre passado e futuro: entre duas gerações, entre a identificação com a própria mãe e a identificação inconsciente com o bebê que está sendo gerado; entre a condição de filha e a condição de filha - e - mãe. Falar de maternidade implica em falar de transmissão, e não só do código genético, mas da transmissão da identidade de mãe. Rivera (2007) propõe que para compreender os percalços da função materna, é preciso levar em conta também a condição feminina da mãe.

A evocação de sua infância e das relações com a própria mãe provocam uma regressão psíquica que conduz a várias possibilidades de identificação, seja com a mãe ou com o bebê, ou até com o bebê que ela foi (MORAES; CREPALDI, 2012). A grávida experimenta um estado de transparência psíquica, que envolve o rebaixamento de defesas egoicas (ELIACHEFF; HEINICH, 2004) e um estado aumentado de sensibilidade.

A maternidade é um período sensível, ambivalente e conflituoso, capaz de alcançar a mulher em suas questões mais primárias. Estar grávida faz com o que as mulheres reatualizem ou até revivam os primórdios de sua vida psíquica (relações pré-edípicas e edípicas), na medida em que a gravidez acarreta o emergir de aspectos como a relação com o outro, os limites que a constituíram como sujeito e a história com a própria mãe. Ou seja, a gravidez é um momento de reatualização de

todo o caminho que o sujeito do sexo feminino percorreu até tornar-se a mulher que é (AGUIAR;SILVEIRA;DOURADO, 2011).

Freud esclarece que “não conseguiremos entender as mulheres, a menos que valorizemos essa fase de vinculação pré-edipiana à mãe” (FREUD,1933[1932]/ 1976b, p. 128). Para ele, trata-se de uma fase de ligação profunda, duradoura e que proporciona oportunidades para fixações. Na pré-história edipiana da mulher, por trás da fantasia de ser seduzida pelo pai, existe a fantasia de ser seduzida pela mãe, já que é ela quem desperta pela primeira vez as sensações prazerosas no bebê, a partir da higiene corporal e dos cuidados primários (EMIDIO, 2008). A mãe é vista como um símbolo de mulher e invejada como tal. Ela é capaz de dar a vida a alguém e assim dominar essa vida. Para ser mulher e dominar o falo, é preciso então saber produzir mais de si mesma (CAMPOS, 2002).

A camada pré-edipiana envolve uma relação afetuosa e a tomada da mãe como modelo, e essa primeira relação amorosa com a mãe é fundamental para a posterior identificação com ela (EMIDIO, 2008). Já na fase subsequente, do complexo de Édipo em si, há o desejo de tomar o lugar da mãe em relação ao pai, eliminá-la (FREUD,1933[1932]/ 1976b). No artigo “Sexualidade feminina”, Freud (1931/ 1972) aborda sua surpresa em deparar-se com o fato de que a ligação tão forte da menina com o pai é na verdade a herança de uma ligação igualmente forte com a mãe, que ocorrera em uma fase primitiva. É como se o relacionamento com a mãe fosse o original, e a vinculação com o pai fosse construída em cima do mesmo.

Emidio (2008) propõe que a ruptura dessa relação com a mãe é organizadora para a mulher. O caminho para o desenvolvimento da feminilidade, isto é, em direção ao pai/homem só se abre para a menina caso não esteja muito comprometido pela ligação pré-edípica com a mãe (ZALCBERG, 2003). Em suma, a menina deverá elaborar os vínculos que a prendem à mãe e resolvê-los, para que os “restos” dessa relação não entrem seu processo de vir-a-ser mulher e/ou mãe (REHBEIN, 2015).

Halberstadt-Freud (2006) propõe que, embora haja a troca de objeto, a menina continua ligada à mãe com sentimentos mistos. A ambivalência que se inicia na infância segue até a adolescência e continua perceptível até a idade adulta. Em 1933, na conferência XXXIII sobre feminilidade, Freud (1933 [1932]/ 1976b) postula que o desenvolvimento da menina em direção ao vir-a-ser mulher é bem mais difícil e

complicado do que o processo do menino. Eliacheff e Heinich (2004) ratificam que a menina tem que construir seu sentimento de identidade por imitação de um ser de quem é preciso também se diferenciar, e além disso, como propõe Zalcborg (2003), a figura da mãe também acaba se desdobrando em função materna e feminina, já que a mãe também é uma mulher.

A mãe é o objeto intenso e exclusivamente amado (FREUD,1933[1932]/1976b). Contudo, paralelamente a esse amor, pode estar presente também uma intensa agressividade, devido ao alto grau de ambivalência dos primeiros investimentos de objeto. O fim dessa poderosa vinculação à mãe não se dá de forma sutil, visto que não é apenas uma troca de objeto.

Ainda no artigo denominado Dissolução do complexo de Édipo, Freud (1924/1976) propõe algumas razões pelas quais a menina se afastaria da mãe. Ele ressalta o ciúme de outras pessoas (irmãos, rivais ou até o próprio pai), os efeitos do complexo de castração (decepcionar-se com uma mãe castrada e frustrar-se por essa mãe tê-la feito castrada também), a proibição da masturbação e a crença de que sua mãe não a amamentou o suficiente. No entanto, afirma que tais motivos são insuficientes para explicar tamanha hostilidade da menina em relação à mãe, e que aparentemente o manejo dos sentimentos ambivalentes para com a mãe é mais complicado para as meninas.

Posteriormente, na conferência XXXIII sobre feminilidade, mesmo sem esclarecer como acontece esse afastamento, Freud (1933 [1932]) reafirma que tal fenômeno é acompanhado de muita hostilidade, terminando em ódio, e que se situa no complexo de castração. A descoberta da diferença anatômica entre os sexos gera consequências psíquicas, representa um marco decisivo na história do psiquismo. O fato de a menina reconhecer que lhe falta o pênis não significa que ela se submeterá facilmente a essa condição: poderá alimentar o desejo inconsciente de possuir algo que se assemelhe ao falo, acreditando na possibilidade de consegui-lo.

Em Dissolução do complexo de Édipo, Freud já assinala que “os dois desejos – possuir um pênis e um filho – permanecem fortemente catexizados no inconsciente e ajudam a preparar a criatura do sexo feminino para seu papel posterior” (FREUD,1924/1976, p. 200).

Para Freud, a saída favorável do Édipo envolve o afastamento da mãe e a tomada do pai como objeto de amor, é isso que abre o caminho para a feminilidade. No entanto, para que isso aconteça, a menina deverá renunciar à mãe fálica, vivenciando assim a falta na diferença sexual inconsciente e buscando no pai o que lhe falta (o falo). Esse processo gera rivalidade entre mãe e filha, até que a mesma se perceba excluída de uma relação: a mãe é objeto de amor do pai e vice-versa, e o lugar dela se restringe a ser filha. Tal exclusão é fundamental para que a menina consiga buscar esse falo em outros homens, em relações futuras.

A partir da substituição do desejo do pênis (que a mãe lhe recusou) pelo desejo de bebê, e com a transferência desse desejo para o pai é que a menina se inicia no complexo de Édipo. Em suma, o Édipo nas meninas constitui o resultado final de um longo processo: diferentemente dos meninos, ele não é destruído, mas originado por influência da castração.

Contudo, ainda que a passagem da menina pelo Édipo lhe permita uma condição de sujeito, já que a liberta da condição de ser o falo da mãe, muitas questões ainda ficam em aberto. Por exemplo, se mantém uma relação estreita entre mãe e filha, a metáfora paterna não as separa por completo. Em relação ao Édipo, entre mãe e filha “existe um resto que não pode ser simbolizado” (ZALCBERG, 2003, pp. 191). Ou seja, na saída do Édipo, o sujeito feminino ainda terá de ser criativo a ponto de traçar o próprio caminho em busca de sua feminilidade, e conta com o percurso da mãe na construção de uma feminilidade possível ou não (STEVENS, 2007a).

Por trazer à tona repercussões pré-edípicas e edípicas, a maternidade é um momento no qual a mulher poderá reviver a relação ambivalente que teve com a mãe, trazendo à tona a castração, que dependendo de como foi experienciada, pode vir como uma ameaça (REHBEIN, 2015).

O modo como a reatualização vai se dar depende da história de cada sujeito feminino e dos pontos de fixação ao longo do eixo psíquico da mulher. Freud nomeou a mulher como “o continente negro da psicanálise”; não se sabe o que querem as mulheres ou do que se trata a construção da feminilidade.

No entanto, segundo Stevens (2007a), a teoria freudiana se torna mais clara no que diz respeito à maternidade, já que para Freud o desejo de ter filhos seria

uma saída edípica para a feminilidade. O bebê seria o equivalente do falo que a menina deseja receber do pai. Ademais, no bebê (como destino da libido materna) é depositado o ideal de eu da mãe, uma possibilidade de que ele se torne o que ela não foi. O filho traz a possibilidade de que o ego materno se eternize. (VALENTE; LOPES, 2008)

Faz-se necessário lembrar que Freud postula a maternidade como uma das saídas possíveis da feminilidade, mas não a única. Inclusive, há de se considerar que a mulher dispõe de outras alternativas para sua realização fálica (realização profissional, independência financeira, etc.) que não a maternidade (JERUSALINSKY, 2008). A autora questiona, inclusive, o porquê de se resumir o senso de existência e a própria constituição subjetiva a uma busca por completude, por preencher essa falta que é tão constituinte.

A maternidade não é necessariamente a resposta ao enigma da sexualidade feminina; figura mais como uma das versões para que a mulher possa dar conta desse tal enigma, do modo como a mulher se organiza rumo à própria feminilidade (AGUIAR; SILVEIRA; DOURADO, 2011). Segundo Rivera (2007), a multiplicidade feminina também se coloca presente na figura da mulher e mãe, onde se dão também questões relativas ao lugar que a mesma ocupa no mundo: classe, etnia, sexualidade, história geracional, etc.

Entre mulher e mãe instaura-se um jogo do ter e não ter o falo. A gravidez é a promessa de que a mulher poderia, como mãe, passar de faltante a fálica, no entanto, ainda não é de fato uma resolução capaz de dissolver seu Édipo, já que teoricamente o nascimento do bebê e sua própria relação com o filho vão fazer com que ela passe a ser faltante novamente:

Paradoxalmente, o desejo de tornar-se mãe seria, para Freud, a situação feminina por excelência e, ao mesmo tempo, representaria uma rebelião contra a própria condição feminina [...] a mãe é de saída fálica, pois forma com seu rebento uma poderosa fusão, mas sendo uma mulher, se mostrará enfim faltante, deixando instalar-se a interdição ao incesto e, com isso, abrindo ao filho o caminho do desejo (STEVENS, 2007a, p. 176).

Em consonância com o citado acima, Jerusalinsky (2008) propõe que a grávida vive a sensação de completude no real, sente as mudanças no limite de seu próprio corpo, e passa a ter o falo representado em sua imagem. Ademais, além de trazer consigo a esperança e a ilusão de uma completude, como se um filho pudesse

preencher a falta, a maternidade dá uma identidade: posso ser mãe porque sou mulher.

É muito importante e estruturante que, num dado momento, a criança viva essa condição de ser o suposto objeto de desejo da mãe, a fim de que ela encontre recursos para fundamentar seu ser. Mesmo que depois tenha que rejeitar essa circunstância e lidar com a intervenção do terceiro, a fase de representar o falo para a mãe é necessária (ZALCBERG, 2003).

Zalcborg (2003) retoma Lacan citando a importância dos processos de alienação e separação. Num primeiro momento, a alienação se faz necessária, já que ao nascer a criança é totalmente dependente do mundo de significação da mãe, de seu desejo. Contudo, em seguida, deve ocorrer o estágio da separação, a fim de que a criança possa sair da submissão ao mundo materno e criar seu próprio espaço. A autora esclarece, ainda, que a mulher tem mais dificuldade em renunciar à demanda materna, já que exige uma dupla compensação para a sua falta, tanto como sujeito quanto como mulher.

Para algumas mulheres, a gestação esconde, indiretamente, a ferida narcísica originária da castração. A mulher sabe que o que está exibindo não é dela, não é ela, e não é feminilidade (CAMPOS, 2002). Embora a gravidez dê visibilidade ao útero, ao órgão do “vazio”, frente a esse vazio a mulher se depara com a angústia, com o medo de um vazio que ela não entende e nem controla.

Ainda que a psicanálise trate o bebê como principal objeto de desejo da mulher, a gravidez não proporciona exclusivamente a completude narcísica idealizada: a satisfação plena de um desejo também traz sua faceta ameaçadora e angustiante (STEVENS, 2007a). Em alguns meses de gestação, a mulher passa por uma verdadeira revolução subjetiva, de conceber um filho enquanto agente tamponador da falta e logo em seguida, descobrir que essa falta jamais será preenchida. A uma certa altura, o bebê já não será mais parte dela, “se a maternidade pode repousar sobre a substituição da criança ao falo, pode também dar lugar ao horror do reencontro com o real” (LIMA, 2002).

Cabe ressaltar que o processo subjetivo de perceber que o filho não faz mais parte de si é demorado, requer elaboração. No entanto, a separação física

propriamente dita é instantânea (IACONELLI, 2005) e para a mãe, a separação mãe-bebê é vivida com uma perda de si mesma (REHBEIN, 2015).

A gravidez proporciona a sensação de plenitude, mas vem acompanhada de muita angústia: são mudanças no corpo, na rotina, na interação social, muitas transformações e sacrifícios. Ademais, vive-se com a dúvida de como será quando esse filho nascer e estiver completamente entregue aos seus cuidados. Na fase pré-natal, a criança é fisicamente parte do corpo da mãe, e essa dependência física se torna também emocional e estende-se após o nascimento (STEVENS, 2007b).

Lidar com todas as expectativas e frustrações desde que se percebe grávida requer uma gama de recursos psíquicos, e nota-se que os sentimentos ambivalentes em relação ao bebê existem antes mesmo dele nascer, e não são exclusividade das mães deprimidas. Arrais (2005) propõe que ao nos depararmos com um bebê, somos tomados simultaneamente por um desejo de cuidar e por um receio de fazê-lo. Trata-se de um movimento em direção a este bebê e, também, de retraimento em relação a ele.

Embora a ambivalência seja constituinte, já que “o ódio simbólico permite que a mãe reelabore a falta estrutural” (REHBEIN, 2015, p. 145) e abra espaço para o terceiro, experimentar sentimentos contraditórios em relação ao bebê é extremamente condenado por ser inconciliável com a imagem idealizada da maternidade. Instaura-se um conflito entre o ideal e o vivido, que pode configurar uma base para o sofrimento psíquico (AZEVEDO; ARRAIS, 2006).

1.1 O parto: um encontro e uma despedida

Assim como a maternidade, o parto também é atravessado por questões biológicas e culturais, sendo visto muitas vezes como apenas uma fatalidade, um curso natural da gravidez. Para a psicanálise, é um fenômeno também determinado por fantasias inconscientes, que por si só dispõe de algo particular e simbólico para cada grávida (IACONELLI, 2005). O parto representa um marco na vida da mulher, é antecipado durante toda a gestação e, provavelmente, será lembrado posteriormente (LOPES, 2005).

Szejer et al. (1999b) propõem que o parto é uma aliança entre mãe e bebê, que juntos se mobilizam para desencadear o trabalho de parto e o nascimento em si,

visto como um compromisso entre corpo e linguagem. É o momento em que simultaneamente o bebê entra para a vida e a mãe sai da gravidez, e há um processo de luto desse status. Uma vida diferente se apresentará a partir daquele momento, e essa vida sendo da ordem do inesperado, presentifica o desamparo (FOLINO, 2014).

Acima de tudo, o parto é uma perda, uma ruptura que pode se inscrever como trauma (SZEJER et al., 1999b). Valente e Lopes (2008) sintetizam o parto como “uma perda real num momento não ideal”, partindo do pressuposto de que após uma vivência da ilusão de completude durante a gravidez, vem o momento do parto como uma marca que retoma a castração, produzindo marcas e feridas no corpo e no psiquismo. A partir disto, não faltarão à mãe ocasiões nas quais ela se depare com a falta do bebê e, conseqüentemente, com a sua.

O parto dá início ao encontro com a alteridade do bebê, e percebe-se que não há organização no mundo que um bebê não seja capaz de desorganizar. O aclamado instinto materno não permite à mãe adivinhar o que o bebê quer, e a partir disto, deparar-se com o desamparo de seu filho evoca seu próprio desamparo materno de vivenciar o “não saber” em relação aos cuidados com o bebê.

A partir do parto, momento em que a mãe encara um produto seu, do seu corpo, evidencia-se sua capacidade ou incapacidade feminina de gerar uma criança, assim como posteriormente colocar-se-á em prova sua capacidade de se devotar e educar alguém que depende totalmente de seus cuidados (LOPES, 2005).

O susto e o impacto sentidos simbolizam o caráter excessivo da maternidade, quando as dores e perdas exigem da mulher uma desidealização e rápida elaboração do papel materno: a exigência da responsabilidade de cuidar vem junto com a regressão e o psiquismo em transparência, além dos desamparos da mãe e do bebê (FOLINO, 2014)

No momento do parto, a mulher ainda não adquiriu sua nova identidade, é um momento de transição. Literalmente, não se “cabe” mais no corpo antigo, corpo de filha, mas o corpo de mãe e tudo que ele carrega ainda pode ser desconhecido. Não há gradação ou aprendizado, subitamente a mãe se descobre com um filho que depende completamente dela (FOLINO, 2014). Muitas vezes, as mães que se consideram preparadas estão pensando preventivamente em uma maternidade que é ideal e padronizada; portanto, essa preparação não é suficiente, já que algo sempre

escapa, excede. É na presença física do bebê, e a partir de suas exigências, que o excesso se faz presente, seja nos cuidados para sua sobrevivência ou no reviver do infantil dos pais.

O parto também é o momento chave no qual as expectativas e ansiedades que acompanharam a gestação tomam uma dimensão real, e vão confirmar ou não tudo que se pensava anteriormente sobre essa experiência. Ademais, coloca em cheque a capacidade e habilidade da mulher em suportar as dores físicas, lidar com o vazio subjetivo de dar à luz e com a oposição entre um corpo fálico/preenchido e um corpo esvaziado (REHBEIN, 2015). Em termos de perdas simbólicas, com o parto a mulher perde o estado de plenitude, o poder biológico de ser a responsável pela morte ou vida desse filho e o filho fantasiado.

Mãe e bebê vão se encontrar frente a frente pela primeira vez. É a presentificação de um filho que foi esperado e imaginado - no mínimo - durante nove meses. A imago da criança fantasiada tem origem no narcisismo da mãe, tendo relação com os investimentos libidinais maternos, que influenciam no alimento dado ao bebê assim que ele nasce (ZALCBERG, 2003). É preciso um equilíbrio narcísico da mulher, para que ela possa deslocar seu próprio narcisismo para o filho, a fim de dedicar-se a ele. O bebê só tem a experiência de existir quando é assumido por um outro que o desprende cuidados, é o desejo dos pais que transmitirá ao filho a ideia de que ele é sujeito, chamando-o para a vida e inserindo-o no mundo simbólico, à medida em que ele é desejado, inscrito em um discurso, tocado, chamado e olhado (BERNARDINO et al, 2011; REHBEIN, 2015).

É fato que nenhum bebê vai se encaixar completamente na demanda da mãe, e não corresponderá totalmente a tudo que foi projetado sobre ele: a perda do bebê imaginário é inevitável, e faz-se necessária a elaboração de um luto desse bebê fantasiado, um redimensionamento do desejo e de seu destino (VALENTE; LOPES, 2008). No entanto, é na decepção que o bebê encontra uma brecha para não ser a rolha do desejo da mãe; a ambivalência barra os excessos e o engolimento desse bebê (REHBEIN, 2015). À medida em que lida com a possibilidade de que falta algo a ela e ao filho, permite a ambos o movimento do desejo (STEVENS, 2007a).

Lidar com a alteridade do filho, caindo no vazio da falta e se dando conta de que o filho não a preencherá como ela imaginava pode ser traumático. Por um lado, é constituinte, já que se a mãe não consegue aceitar a própria castração, a

criança também não terá recursos para tal: esse corte faz com o que a criança deixe de ser a equivalência fálica e possa seguir no movimento do desejo. No entanto, para a mãe, significa vivenciar a condição feminina da castração (e inclusive a castração da própria mãe), mas agora como mãe e não mais como filha (REHBEIN, 2015).

A partir disto, se a mulher assume sua própria castração, pode transmitir também o “algo que lhe falta”, mostrar que seu desejo não se destina apenas ao bebê, ainda que ele ocupe uma posição privilegiada na sua fantasia. É fundamental que a criança se depare com a falta da mãe, que ela saia da iminência de estar nesse lugar de quem é capaz de completar o vazio materno, já que “em torno da maneira pela qual a mãe, enquanto mulher, lida com sua falta e de como nela incide a castração é que a criança se constitui como sujeito” (ZALCBERG, 2003, pp. 89).

Para receber esse filho como um outro investido libidinalmente, a mãe deve criar durante a gravidez um espaço psíquico para o bebê, no modo como imagina, sonha, espera e o insere em sua vida (VALENTE ;LOPES, 2008). Considera-se que o pós parto é como um limbo, que se caracteriza pelo bebê estar na borda da vida; e nesse momento, a criança precisa ser reconhecida e desejada pelos pais. (SZEJER, 1997, SZEJER et al, 1999b). No momento do limbo, a criança está à espera das palavras que lhe serão ditas, para então se apropriar delas e construir sua própria linguagem, funcionando de forma autônoma em relação à própria vida (SZEJER, 1999b).

Apesar de vir acompanhado de toda a pressão social do papel de mãe, o parto proporciona que a mulher reviva seu próprio nascimento e possa renascer como mulher e mãe. A experiência de dar à luz mobiliza grandes níveis de ansiedade, medo, excitação e expectativa, mas também devido a sua intensidade, ajuda na reformulação da identidade como sujeito feminino (LOPES, 2005).

A maternidade desperta na mulher algo que seria importante em qualquer ser humano: a capacidade de criação, que, no caminho feminino, torna-se fundamental, já que não há para a mulher um lugar fixo. “O lugar de mãe é outro para uma mulher, é assumir-se outra para criar um filho” (REHBEIN, 2015).

No desenvolvimento normal da maternidade, essas forças conflituosas acabam sendo sublimadas. As tendências sexuais transformam-se em ternura maternal, a agressividade em atividade protetora, o excesso narcisista de ser amada em amor materno, as tendências masoquistas em sacrifício na dedicação ao filho (DEUTSCH, 1951 apud REHBEIN, 2015, p. 26).

Nesse sentido, a maternidade é uma das possibilidades da mulher, fazendo emergir um amor outro, marcado pela perda, que motiva a criação e abre espaço para a alteridade. Sendo assim, é uma experiência que tem potencial para desencadear uma depressão e também proporcionar uma oportunidade de reflexão, de rearranjo psíquico rumo a elaboração de conflitos latentes (PAVÃO CORRÊA; SERRALHA, 2015).

Pensar a maternidade a partir de um viés psicanalítico significa questionar os caminhos que construíram essa mulher que foi tornada mãe, que estrutura ela possui, e se essa estrutura a autoriza ou não à maternidade (BERNARDINO et al., 2011). Assumir que essa história subjetiva influencia no vir-a-ser mãe nos permite tentar compreender as circunstâncias que contribuem para que o pós parto seja adoecedor; partindo sempre do pressuposto de que ter um filho não é só dar à luz.

2 A RECÉM-MÃE E A DEPRESSÃO PÓS PARTO

A depressão pós parto se insere na tríade dos distúrbios psiquiátricos perinatais, que inclui também o baby blues e a psicose puerperal. Ainda que este não seja o foco do presente trabalho, ressalta-se a importância do diagnóstico diferencial entre esses quadros, pois a confusão entre eles conjectura preconceitos e inviabiliza o tratamento adequado (ARRAIS, 2005).

A psicose puerperal apresenta como sintomatologia alterações de humor e de discernimento da realidade, ideação delirante, alucinações e alterações de ordem cognitiva. Segundo Rehbein (2015), tal quadro acomete mulheres que tem um histórico de rupturas na relação com suas próprias mães durante a primeira infância, o que favorece a vulnerabilidade narcísica.

Uma das características principais é a rejeição ao bebê; a mãe se sente aterrorizada e ameaçada pelo filho, o que prejudica gravemente os cuidados maternos para com ele (ARRAIS, 2005). Ademais, o aspecto persecutório da gravidez se combina a uma confusão de identidade entre ela mesma e seu bebê, no qual ela pode projetar conteúdos delirantes relacionados à sua própria vivência de filha (REHBEIN, 2015).

Já a depressão pós parto e o baby blues têm, a princípio, uma sintomatologia semelhante; no entanto diferem na temporalidade e na intensidade das emoções. A depressão pós parto configura um estado patológico, o blues é mais brando e mais comum, e costuma desaparecer em pouco tempo, tanto que alguns médicos o chamam de depressão transitória (REHBEIN, 2015).

É importante ressaltar que além de o baby blues durar menos tempo que uma depressão pós parto, ele pressupõe exclusivamente uma dificuldade com os cuidados maternos, que é diferente da impossibilidade ou precariedade que acontece nos casos de depressão pós parto e psicose puerperal. A puérpera em meio ao baby blues ainda consegue interagir com o seu bebê e realizar os cuidados maternos, mesmo que essa interação seja debilitada devido ao sofrimento intenso da mãe (REHBEIN, 2015).

O baby blues se associa ao fim do stress da gravidez e do parto, com uma nova condição hormonal ligada também a um eu materno parcialmente

desorganizado. Pode ser encarado como a tradução emocional do psíquico, e é também o que permite à mãe se relacionar com o bebê (REHBEIN, 2015). Costuma se manifestar no terceiro dia após o parto e pode se estender até o décimo, e esse tempo pode significar o reconhecimento do bebê como um outro ser, a transição de seu nascimento propriamente dito até seu nascimento como sujeito, com acesso à vida simbólica (FOLINO, 2014).

Quanto à sintomatologia, no período do baby blues, as mães relatam sentimentos e sensações como: tristeza constante, choro fácil, humor instável, desânimo, perturbações no sono, irritabilidade, esgotamento, medo de não ser uma boa mãe, culpa, angústia, medo, insegurança (ARRAIS, 2005; FOLINO, 2014; REHBEIN, 2015; SZEJER, 1997)

Folino (2014), ao citar o olhar de Monique Bydlowski sobre o baby blues, alerta para a ideia de que diante de momentos muito intensos, pode estar presente o movimento depressivo. Segundo a autora,

O blues seria a tradução emocional de um duplo fenômeno: uma sensação de perda da gestação, ou o luto por um objeto interno que a acompanhou por alguns meses, e o estado particular do psiquismo da mulher, de desnudamento psíquico, que lhe permite estar em conexão próxima com o filho nesses primeiros tempos. Esse abatimento seria então um reflexo da desorganização do eu materno em curso desde a gravidez, o que explicaria sua universalidade (BYDLOWSKI, 2007, p. 185 apud FOLINO, 2014, p.53).

O caráter universal do baby blues por vezes contribui também para que ele seja explicado unicamente pelo viés biológico, que justifica o fenômeno por alterações hormonais. No entanto, Szejer (1997) nos atenta para o fato de que existem registros de mães de bebês prematuros e de crianças adotadas que experimentam o baby blues. Ademais, embora seja mais comum e mais ameno que a depressão pós parto, não isenta a mãe e o bebê da atenção e dos cuidados necessários (FOLINO, 2014).

O olhar biológico também perpassa a depressão pós parto, que, mesmo sendo um assunto amplo e atualmente um problema de saúde pública, por vezes é tratado como uma patologia puramente orgânica, com sintomatologia semelhante às depressões em geral. Diante disso, o que a psicanálise, que estuda e escuta a vida psíquica, teria a dizer sobre um adoecimento que emerge no pós parto?

Primeiramente, ao apropriar-se do conceito de inconsciente e partindo do pressuposto de que todo sintoma diz uma verdade sobre o sujeito que sofre, a

psicanálise vai considerar a travessia do sujeito, se perguntando pelo sentido daquilo que lhe provoca sofrimento (AGUIAR;SILVEIRA;DOURADO, 2011).

Outrossim, por ocorrer durante o puerpério e ter como evento desencadeador o nascimento do bebê, a depressão pós parto apresenta peculiaridades que talvez não se apliquem a outros quadros depressivos. Uma mãe que se deprime com a chegada do filho evidencia, entre outros fatores, uma castração que não ocorreu. Ao se deparar com a angústia de castração, o papel de mãe não consegue se sustentar (REHBEIN, 2015).

Diretamente relacionada à história edípica e pré-edípica, à construção de identidade da mulher e à transmissão da maternidade pela mãe da parturiente, a depressão pós parto marca a instauração de um embaraço da mulher em relação à sua mãe, ao seu bebê e a si mesma (REHBEIN, 2015).

2.1 A recém-mãe e sua própria mãe

Nos primórdios psíquicos, ao voltar-se para a mãe, ainda na fase pré-edípica, a menina espera encontrar uma mãe fálica, e terá de se haver com o fato de que ela não existe. Num segundo momento, reconciliando-se com a ideia de que também falta à mãe um significante da feminilidade, a menina espera dela um acolhimento no sentido da certeza de que a feminilidade é possível, buscando uma identificação (ZALCBERG, 2003).

A psicanálise trata a identificação como a expressão de um laço emocional, uma operação psíquica que atua de forma inconsciente e possibilita a ligação entre um par relacional (LOPES, 2012). No caso da relação mãe-filha, a identificação permanece ao longo de toda a vida, e é constantemente reeditada. Em muitos momentos da vida feminina, a menina e mulher é novamente convidada a revisitar essa identificação, que tem um percurso também transgeracional: avós, mães e filhas são marcadas no corpo e no psiquismo por experiências de mulher e de mãe (RIBEIRO et al., 2009).

Ademais, precisamos ressaltar que a maternidade não se inicia apenas com a chegada do bebê, ela pode ser pensada muito antes, desde as primeiras

relações e identificações com a mulher. Também na adolescência, e em momentos como a gravidez e o climatério, podem ressurgir conflitos não elaborados pela mãe e revivências de experiências anteriores (CORREA; SERRALHA, 2015).

A mãe será para a filha o principal modelo no início da vida, e a partir da imagem materna a menina poderá idealizar sua própria imagem futura. Um suporte simbólico dado pela mãe começa a criar a primeira identidade feminina, e vai abrindo um caminho para que a filha possa se tornar mulher, e assim, mãe. (REHBEIN, 2015).

A identidade materna está diretamente ligada à relação com a sua própria mãe, a maternidade é uma questão também de transmissão, tanto da vida quanto da identidade de mãe; e, como qualquer transmissão, abarca sucessos e fracassos. Assim como a mãe pode acompanhar ou barrar o processo da filha se tornar mulher, o mesmo se dá com o processo dela se tornar mãe. Dentre as possibilidades, a mãe pode proibir que a filha se torne mãe ou pode pedir a ela que lhe dê um filho, por exemplo (ELIACHEFF; HEINICH, 2004; REHBEIN, 2015).

Faz parte do decurso da maternidade que a mulher se identifique com a mãe durante a gestação e o parto, apoiando-se na imagem dela. E quando uma filha se torna mãe, esse processo coloca em cheque a capacidade de transmissão da sua própria mãe. “Ela estará em condições, seja quais forem suas críticas, de transmitir o que recebeu, na repetição ou na diferença?” (ELIACHEFF; HEINICH, 2004, p. 257).

A filha responde às condutas e posicionamentos da mãe, em relação a como a mesma transita no eixo mãe-mulher. A depender das oscilações em maior ou menor grau, os jeitos de ser mãe variam, afetando nos modelos e identificações da filha (ELIACHEFF; HEINICH, 2004; REHBEIN, 2015). Sendo assim, os traços resultantes dessa transmissão podem se manifestar enquanto sintoma na maternidade, fenômeno que exige da mulher em sua capacidade de cuidado e identificação (ALT; BENETTI, 2008).

O tornar-se mãe é um momento no qual a história de uma mãe pode se sobrepor à da filha, “essa condição da mãe, que repercute em falhas na transmissão da maternidade, diz de sua castração e feminilidade, respectivamente, da sua não aceitação e de sua não realização” (REHBEIN, 2015, p. 167). Essas falhas maternas se repetem na história de maternidade da filha, e seus desdobramentos podem levar à recusa da maternidade.

Uma transmissão falha da maternidade se dá, por exemplo, nos casos de excesso do amor materno. A violência do excesso prende a filha nessa relação, impedindo seu acesso ao desenvolvimento sexual, e por consequência dificultando a relação com um parceiro e também a maternidade. Uma mulher que ficou identificada como falo da mãe também terá dificuldades para se reposicionar como mãe quando do nascimento do filho (REHBEIN, 2015).

A depressão acaba denunciando a onipotência materna ou, por outro lado, a carência da presença materna. Muitas vezes, é no pós parto que os nós da relação mãe-filha se presentificam, e a depressão denuncia, também, a falta de simbolização dessa história materna. As dificuldades da puérpera deprimida podem ocorrer devido a problemas na identificação com a mãe, que levam a uma impossibilidade de se identificar inconscientemente com o seu bebê durante a gestação. A partir disto, o fenômeno vai tomando proporções maiores, já que sem identificação materna, a mulher grávida conseqüentemente não consegue investir sequer no bebê imaginário, quem dirá no real (REHBEIN, 2015).

Na depressão pós-parto a criança é muitas vezes percebida como exaurindo a 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 (MORAES; CREPALDI, 2011, p. 64).

A puérpera deprimida não sustenta o “ser mãe” e tudo mais que a acomete ao assumir essa nova posição. Geralmente essa dificuldade tem raízes em sua história psíquica, nas falhas que ocorreram na transmissão da maternidade. Se a recém-mãe não conseguir se referenciar em sua própria mãe para cuidar de seu bebê, ambas as relações se entavam: com a mãe e com o filho.

O modo como ocorreu a separação entre mãe e filha ou o modo como isso não se realizou, ficará exposto no pós parto da puérpera. A relação ambivalente com a própria mãe é revivida no processo que faz de uma mulher, mãe; sempre assombrada pela ameaça de castração (RIVERA, 2007).

A intersecção entre feminilidade e depressão pós parto indica que, na história de uma filha, que se tornou mulher e/ou mãe, não houve na relação mãe-filha nas condições em que se estabeleceu, a construção narcísica e os traços identitários suficientes para sustentar minimamente ou efetivamente, decerto com as substancias

possíveis, advindas da mãe, ou percebidas e captadas na mãe pela filha, uma identificação materna favorável à puérpera e ao bebê. A puérpera deprimida apresenta falhas nesse processo de identificação com a mãe ao modo de ser mãe (REHBEIN, 2015).

O privilégio de dar a vida vem acompanhado de uma história, e essa história tem um peso (VALENTE; LOPES, 2008). Diante disso, a gravidez pode ter inúmeros significados na história entre mãe e filha. Tornar-se mãe já é correr o risco de se tornar, mesmo que inconscientemente, como a própria mãe; algumas mulheres podem desejar isso, mas outras recusam veementemente essa possibilidade, e há aquelas que recusam a maternidade como um todo (ELIACHEFF; HEINICH, 2004; REHBEIN, 2015).

A gravidez pode expressar um triunfo sobre essa mãe; no entanto, a depressão significa justamente um fracasso, na medida em que remete a mulher a uma identificação materna negativa ou inexistente (REHBEIN, 2015). No momento da gravidez, a mulher também pode ser tomada por um sentimento de querer voltar atrás, no sentido de permanecer na posição de apenas filha de sua mãe (SZEJER, 1999a).

Em suma, “algo acontece entre uma mãe e uma filha que parece ser determinante para a feminilidade de uma mulher” (RIBEIRO, 2009, p. 15). Não há dúvidas de que a relação mãe-filha tem influências diretas na vivência da maternidade. Inclusive, a mulher que aceita que sua filha se torne mãe também terá de arcar com o seu próprio deslocamento geracional de tornar-se avó. Em uma perspectiva transgeracional, a função das mães vai além da de genitora: elas se reconhecem como mulher e mãe, e ocupando esse lugar podem reconhecer o processo de suas filhas e arcar com os impactos disso em suas próprias travessias.

Há um caminho alternativo nessa mistura de passado e presente que pode acrescentar à mulher, ao invés de adoecê-la em meio a tantos conflitos. A maternidade também é uma oportunidade de cumplicidade e companheirismo com outras mulheres da família, já que a capacidade de transmitir a vida implica também em ser grata pela vida que lhe foi dada (ELIACHEFF; HEINICH, 2004). Às mulheres cabe a dura – mas possível – tarefa de suportar ter uma mãe e conseguir tornar-se uma.

Na busca da boa maneira de ser mãe, apta a produzir filhas capazes de suportar ter uma mãe e tornar-se uma por sua vez, é preciso não só afastar-se da palavra amor e deslocar o cursor dos polos tanto do excesso quanto da falta, mas também introduzir um terceiro termo entre mãe e filha, que deixará cada uma ocupar o seu lugar – nem mais, nem menos (ELIACHEFF; HEINICH, 2004, p. 80)

Mãe e filha devem estar dispostas a realizar o luto do que já representaram uma para a outra. A relação de intimidade e cuidado com a mãe deve dar lugar a uma diferenciação, cabendo a cada mulher assegurar-se de uma identificação feminina distinta da de sua mãe, afinal, a identidade materna se refere à própria mãe, mas a identidade de mulher será buscada na mãe e não encontrada. Sendo assim, é importante que a filha passe por um processo de separação e individualização, e perceba na mãe as falhas e a falta, para que possa se libertar da onipotência materna (intrusiva ou indiferente) e se tornar mulher, adquirir sua própria substância de sujeito feminino (REHBEIN, 2015; ZALCBERG, 2003).

Se não for dado o espaço para um terceiro na relação mãe-filha, esse espaço será novamente reivindicado quando a filha tornar-se mãe. O bebê recém-nascido torna-se o terceiro entre elas, e esse terceiro vem requisitando um espaço que não foi concedido sequer à função paterna, quem dirá a um bebê. É uma das possibilidades para que esse filho não consiga ser acolhido. Ao invés de representar um objeto no e do desejo da mãe, ele se torna representativo de um terceiro que a impõe renúncias e uma dedicação materna para a qual ela não está preparada. Ao se deparar com a maternidade, a mulher cai dessa relação por vezes ainda simbiótica com a mãe, e no rompimento dessa ligação pode ocorrer a depressão, num sinal de negação ao “ser mãe” (REHBEIN, 2015).

Zalcborg (2003) propõe que quando falamos do investimento de uma mãe em seu bebê, o que conta não é a quantidade de amor, mas a qualidade desse investimento, que está relacionada a um espaço existente entre mãe e filha. O respeito e acolhimento dados a esse espaço permitirão que ele possa vir a ser habitado por um terceiro, no caso o bebê.

Em uma perspectiva clínica, é possível que a puérpera deprimida consiga fazer um trabalho de identificação materna, por meio da transferência com o analista, para que possa se sentir apta a dar um lugar ao filho que acaba de nascer. O analista pode oferecer uma sustentação a essa mulher que deprimiu ao tornar-se mãe,

autorizando-a nesse lugar e apresentando o interesse do bebê pela dimensão pulsional e pelas trocas erógenas (BERNARDINO et al, 2011; REHBEIN, 2015).

2.2 A recém mãe e seu bebê

Durante a gravidez, a mulher pode vivenciar uma ilusão de completude, pois o filho traz a esperança de que a falta poderá ser preenchida; na relação da mãe com o feto, é como se nada os diferenciasse, e assim, nada apontasse para a falta. A grávida vive a sensação de completude inclusive no real, seu corpo passa a imagem fálica de um lugar vazio – útero – que agora está preenchido. Em meio a essa tomada do filho como promessa fálica, acontece o parto: condição que instaura e retoma a castração, produzindo marcas no psiquismo e inaugurando o momento em que a mãe se depara com o bebê real, que nascerá obrigatoriamente em um lugar diferente das idealizações dos pais.

O luto pela perda do bebê imaginário deve ser elaborado, a fim de que haja espaço psíquico para o bebê real. Zalcberg (2003) postula que a depressão pós parto está frequentemente associada ao fato de o filho ser tomado, desde a gravidez, como um objeto de gozo que preenche a mãe. O parto, que culmina na perda desse objeto, pode ser traumático e instaurar a depressão, denunciando a impossibilidade do luto.

Para Rivera (2007), a mãe deverá abrir-se para uma travessia que vai desde a tomada do filho como promessa fálica até a possibilidade de criação, na qual terá de se haver com o fato de que o bebê não a preenche.

Em uma conferência para a Sociedade Psicanalítica de Viena, Margarete Hilferding propôs que o nascimento provoca uma desilusão, já que o ideal nunca vai corresponder ao real. A psicanalista holandesa, ao discursar sobre as bases do amor materno em 1911, apresentou sua ideia de que o bebê representa para a mãe um objeto sexual natural, uma imagem intensamente investida que se desfaz quando surge a criança; sendo assim, antes de nascer o bebê é um ideal narcísico, que vai preencher aquilo que falta nos pais, e ainda não há amor nessa relação (BERLINCK, 2014).

A partir disso, a autora discorre que o amor materno é uma construção, que se dá no campo da linguagem, e não aparece imediatamente após o parto. O

nascimento é uma perda, que intrinsecamente exige um luto; e como toda desilusão, solicita também a melancolia:

A melancolia, assim concebida, é resultado da desilusão materna que, por sua vez, ocorre graças ao investimento narcisista num objeto sexual natural. A desilusão, ocorrendo no nascimento, produz o ódio e o desejo de vingança frequentemente manifestado na depressão pós-parto, no horror parricida e outras manifestações de repúdio materno (BERLINCK, 2014, p. 406).

As ideias de Hilferding são inovadoras no sentido de enfatizarem o quanto a perda da ilusão da completude é mobilizadora da vida psíquica. Isso nos leva também a pensar nos sentimentos contraditórios gerados em consequência do parto, que podem culminar às vezes em impulsos agressivos dirigidos ao bebê, diante da impossibilidade de elaboração da perda do prazer de ter a falta preenchida.

A partir do conceito de pulsão, Freud (1990b) também propõe um sujeito para além da ordem natural. Sendo assim, os cuidados desprendidos ao bebê por sua mãe também são permeados por questões pulsionais na via do desejo (STELLIN, 2011). Logo, a maternidade não pode ser pensada levando-se em consideração apenas a necessidade da criança de ser cuidada. O desejo materno vai atravessar a concepção dessa criança desde antes da mesma existir até a devoção para com as demandas do bebê real. E a depender da história de constituição subjetiva da mãe, isso vai ser dar de maneira adoecida ou não.

A parentalidade não é estabelecida, homens e mulheres deverão alcançar e construir o que é ser pai e mãe, e quando uma mãe se deprime, anuncia que não está dando conta de ocupar o lugar de mãe do seu filho. São muitas exigências e nos primeiros dias como mãe, a mulher enfrenta até a dificuldade de habitar o próprio corpo, que é diferente de qualquer forma que assumiu até então. Paralelamente a isso, a dependência do bebê e todas as demandas que ele expressa, seja no silêncio ou no choro, se tornam um estorvo para as mães que estão deprimidas. É como se o bebê se tornasse persecutório por ela se ver tão presa a ele; ele se torna uma parte dela, mas que lhe é estranha (REHBEIN, 2015).

Quando se fala de um bebê que parece estranho, retomamos Freud (1919/1996) em seu artigo intitulado “o Estranho”, no qual relaciona a estranheza ao que é assustador e provoca horror. O autor conclui que “o estranho é aquela categoria do assustador que remete ao que é conhecido, de velho, e há muito familiar” (FREUD, 1919/1996, p. 236), e questiona-se o que acontece para que o familiar venha a se

tornar estranho, difícil de lidar. Freud (idem) menciona que há uma preferência geral por abordar os aspectos positivos e conhecidos, e que o estranho acontece quando se extingue a distinção entre imaginação e realidade, quando algo que era até então imaginado se faz presente na realidade.

Talvez esse seja um dos processos concomitantes à maternidade: o bebê, até então uma parte da mãe, se comporta como familiar e conhecido, afinal os elementos que formam o bebê imaginário provém do narcisismo e das idealizações maternas. Quando o filho se torna real, encarnado em um corpo próprio, se torna um estranho: estranho ao corpo da mãe e também ao filho imaginário. “O confronto com uma parte do corpo como objeto estranho não é uma experiência exclusivamente feminina, mas dar à luz um filho convida tal vivência de forma particularmente aguda” (RIVERA, 2007, pp. 197). Diante de tamanha intensidade, como assimilar e elaborar que o bebê vai nascer como alguém-outro?

A mãe terá de se haver com uma perda difícil, já que é irreversível (SZEJER et al., 1999a). Mesmo os encontros entre mãe-bebê que restauram o narcisismo, como o momento da amamentação, mantém em si a marca da separação original, de uma perda que não termina (FREUD, 1917/1990). E caso essa perda não seja elaborada, é a criança quem paga com sua saúde psíquica, ficando no lugar do sintoma.

Perante tamanha perda, é de se esperar que leve um tempo para que a mãe elabore que o bebê é outro indivíduo, que ele lhe fará lidar com a alteridade e lhe demandará cuidado, presença, simbolização e linguagem. E simultaneamente a isso, o bebê também muda: ele vai se tornando cada vez mais expressivo, ganha peso, seu choro fica mais forte. É o reconhecimento mútuo entre mãe e filho. (REHBEIN, 2015).

O nascimento no sentido objetivo de ‘resultado do parto’ nem sempre significa o nascimento psíquico do bebê, que vai acontecendo na medida em que alguém o reconhece como humano, como alguém que é. O nascimento psíquico é o resultado de uma movimentação psíquica materna de dar caminho à pulsão, dando trânsito à excitação e evitando que ela se acumule em forma de angústia (CELES, 2004).

O bebê impõe um remanejamento psicológico. O pós parto é um dos momentos no qual a mãe lida com a ambivalência em relação a um ser que é real, com a oscilação entre a angústia e a felicidade de se deparar com um bebê que finalmente chegou (REHBEIN, 2015).

Os primeiros dias como mãe se encaixam num período não só de transição, mas de descentramento: durante a gestação, o bebê mantinha o mesmo centro de gravidade que a mãe, e o parto é a ruptura desse estado, inaugura o momento em que há um desequilíbrio tanto no corpo quanto no psiquismo maternos (FOLINO, 2014). Segundo Szejer (1999b), as mães se veem como dejetos, como restos da divisão que é o parto; a criança era simbólica e se torna real, e a distância entre as duas condições é difícil de ser atravessada.

O desejo de ter filho deve contemplar a existência dele: sua presença, sua alteridade, sua essência. Quando o bebê vem preencher outros objetivos, não há sustentação narcísica e nem desejo, e isso oferece possibilidades para que a mãe caia em um vazio, onde também pode se dar a depressão. Muitas vezes, ela até consegue amar o bebê que está dentro dela, a imagem idealizada de sua fantasia, mas não o faz com o bebê real e conseqüentemente rejeita a realidade de um bebê recém-nascido (ARRAIS, 2005).

2.3 A recém-mãe

A gravidez é um momento de reatualização de tudo que uma mulher teve que percorrer para tornar-se o que é: o que ela viveu em relação à mãe, às relações que estabelece com o seu parceiro, e todas as expectativas/frustrações que experimentará desde que se sabe grávida. A maternidade será vivida sempre de maneira única, cada mulher com suas especificidades: castrações, fragilidades narcísicas, falhas de transmissão da maternidade, dificuldades no vir-a-ser mulher e mãe, etc. (REHBEIN, 2015).

O encontro com um bebê proporciona à mãe uma experiência única, mas traumática em certo sentido, que vai demandar um remanejamento de seu funcionamento psíquico. O tornar-se mãe implica em um reencontro e remanejamento de ideais narcísicos e identificações, além de provocar um rearranjo nas pulsões ativas e passivas. Tais fatores serão determinantes na forma como cada mulher se

situará em face do ser mãe e em como cada criança será incluída nesse desejo (AGUIAR; SILVEIRA; DOURADO, 2011; FOLINO, 2014; REHBEIN, 2015).

O tornar-se mãe tem relação direta com a trajetória da mulher enquanto filha, as questões na relação com a mãe apontam as linhas de ruptura e queda no momento da maternidade. Ademais, o desejo de ter filho pode adquirir muitos sentidos diferentes: desejo de maternidade, desejo de estar grávida, desejo de dar à luz, de colocar no mundo uma criança, de deixar de ser filha e tornar-se mãe, de ultrapassar a própria mãe, de emancipar-se dela, ou até de tornar-se igual a ela (REHBEIN, 2015). No entanto, o bebê vai além disso.

É no confronto com o “algo a mais”, a alteridade do bebê, que a castração é revivida. A mãe terá de se haver com um bebê que será outro, que deixará de ser a rolha da falta materna para se tornar sujeito. Nos primeiros dias como mãe se dá a percepção de que embora ela seja autora de seu filho, não será a única; e esse choque pode ser vivido com muito sofrimento.

Szejer (1997) coloca a depressão e o choro como inerentes à tarefa de precisar criar um lugar para esse novo ser, vivenciando essa transição entre ideal e real. Para a autora, é preciso um certo tempo para transpor a distância entre mãe e filho, um tempo que vai exigir renúncias e a conscientização de que o bebê precisa de um lugar para si. Entretanto, para que ela possa reconhecer e legitimar o lugar do bebê, precisa ela mesma ter ocupado um lugar na primeira idade. Uma das questões que se coloca em voga na depressão pós parto diz da trajetória da mãe: foi permitido a ela habitar um lugar individual e singular em sua linhagem?

A puérpera deprimida revela impedimentos relacionados à castração, e conseqüentemente que o processo rumo a ser mulher não foi realizado satisfatoriamente, já que a função paterna não pôde cumprir sua função. Ela acaba se retirando do efeito que a função paterna deveria ter causado, e assim, não se responsabiliza pelo seu desejo. Isso não tem a ver com querer ou não ter filhos, se trata do porquê desse filho ser desejado, do lugar que ele ocupa no desejo da mãe; e a depender desse lugar vai ser possível ou não que a mãe chame o bebê para a vida, consiga estabelecer um laço com ele e permita que ele tenha a força necessária para viver (REHBEIN, 2015).

Em sua trajetória, a mulher precisará transitar do desejo de ter filho para o desejo de ser mãe (FOLINO, 2014). A depender de sua história, essa tomada de consciência pode provocar perturbações, graves desorganizações psicológicas. A depressão pode vir como um tropeço tanto na vivência dos lutos presentes quanto na reatualização dos lutos e separações não simbolizados na vida psíquica da mãe, já que considerando o parto como uma perda de objeto, nesse momento há um retorno da mãe aos primórdios da sua história, quando também foi um bebê e teve uma mãe (REHBEIN, 2015).

Se na constituição subjetiva da mãe, o próprio recém-nascer foi traumático, a identificação com o bebê e com o desamparo do mesmo fica prejudicada: Sjezer et al. (1999b) propõe que nesse momento, a história e o passado de sofrimento da mãe se colocam em questão, muito mais do que o presente do recém nascido.

A doença materna pode ser vista como um chamado, um grito de impotência e dificuldade frente ao ser mãe, principalmente porque o inconsciente atravessa essa condição. A exposição ao desamparo e ao caráter regressivo das emoções do recém-nascido suscita perturbadoras experiências e revivescências na história da puérpera (MORAES; CREPALDI, 2012).

Como já visto, o tornar-se mãe traz à tona traços muito primevos da constituição subjetiva da mulher. Caso ela tenha um narcisismo frágil, as exigências simbólicas e reais trazidas pela maternidade podem se tornar insuportáveis, já que assume-se ser necessária uma estrutura narcísica minimamente forte para ser uma mãe libidinalmente fálica, que obtém prazer em cuidar do filho. Por não suportar a alteridade, é como se cada renúncia em nome do bebê fosse um lembrete da castração, e os sintomas que emergem diante de uma transformação dessa magnitude são estratégias, ainda que sofridas, de proporcionar alguma continuidade à experiência de ser mãe (SZEJER, 1997).

Paralelamente a isso, a recém-mãe terá de se haver com vários lutos: da posição que ocupava durante a gestação, do corpo de garota que a partir de então sempre estará marcado pela experiência da gestação, do lugar privilegiado de grávida que a oferecia uma sensação de poder e completude, etc (SZEJER et al., 1999b).

Após o nascimento do bebê, a mulher enfrenta um período de transição e descentramento: enquanto grávida, o bebê era investido, e quando ele nasce, esse

investimento sai dela e vai com ele, instaurando um desequilíbrio em relação a quem ela é ou era. Essas alterações fazem parte de um processo de luto no sentido de aceitar a gravidez e a maternidade em todas as condições que isso implica (REHBEIN, 2015; SZEJER, 1997).

O corpo de uma gestante concentra-se exclusivamente no desenvolvimento fetal, adequando-se a todo momento para manter o bebê saudável. No momento do parto, a mulher enfrenta grandes mudanças:

Não só a mudança corporal, no sentido de que carrega um bebê no seu ventre, e de que a gestação produz marcas corporais que jamais poderão ser removidas, pelo seu aspecto físico (que inclui mudanças na estrutura do organismo e da apresentação do corpo) e mesmo psicológico (a mudança de posição na história e no cenário de suas relações), mas a perda de uma relação que se enlaça desde o período intra-uterino, desde a dependência fisiológica até a atenção aos movimentos fetais e as falas com as quais se comunica com o bebê, e que perdura no contato real, quando este pode se fazer. (VALENTE; LOPES, 2008. p.5)

A puérpera sente as transformações no real do corpo, seja por não ter mais um corpo de garota ou por ter agora um corpo que precisa atender a novas funções, como por exemplo a amamentação. Com a chegada de um bebê, a mãe troca de pele, perde sua identidade e precisará construir uma nova, e isso se soma à tomada de consciência da dependência total do filho em relação a ela (FOLINO, 2014). Junto do bebê real, a mãe precisará desenvolver um novo jeito de se relacionar, a partir de um filho que não corresponde às suas expectativas, e que a demandará esforços e renúncias.

A insatisfação diante de algumas nuances da maternidade é inevitável. A ambivalência, constituinte do desejo, pode acompanhar a mulher por toda a experiência de tornar-se mãe, e mesmo as mulheres que querem decididamente um filho podem titubear nesse querer (SZEJER, 1997). Além disso, é a ambivalência que vai distanciar o bebê da reivindicação fálica, barrando o excesso materno e permitindo que o bebê se torne um sujeito.

A maternidade é marcada pelo surgimento de um amor outro, que é circunscrito pela perda. É a partir da elaboração dessa perda que a mulher recém mãe poderá despertar para o seu potencial de criação. O reconhecimento da complexidade dos elementos conscientes e inconscientes que permeiam a experiência da maternidade podem ajudar a puérpera a transitar de uma condição passiva, respondente às demandas internas, até uma posição ativa de criação de sua

própria história e suporte para que se crie a história de seu filho (MORAES;CREPALDI, 2012).

É a posição ativa que permite à mãe reconhecer e perceber o bebê, podendo responder a ele. A mãe deprimida não consegue ser ativa, libidinalmente fálica com o filho. Sendo assim, não o marca com seus afetos, não o deseja com suas palavras e ações, afetando negativamente o estabelecimento do circuito pulsional do bebê. Por não conseguir realizar os cuidados necessários, acaba interrompendo a comunicação com o bebê, que é fator essencial para a sua constituição psíquica (BERNARDINO et al., 2011; REHBEIN, 2015).

Extremamente fragilizada, a puérpera que deprime sente-se aprisionada à nova rotina, com o peso de cuidar de uma criança. Tais questões a impedem de sentir prazer na relação mãe-filho, ela não tem motivação para quase nada, quem dirá para corresponder a tantas exigências (AZEVEDO; ARRAIS, 2005; REHBEIN, 2015).

As exigências exorbitantes feitas às mães (nos cuidados com o bebê, consigo mesma, com a casa e com o marido), as renúncias, a dedicação exclusiva que o bebê exige, a não expressão de seus próprios sentimentos e a impossibilidade de relatar a ambivalência em relação ao bebê são fatores que facilitam a instauração da depressão pós parto (ARRAIS, 2005; ELIACHEFF; HEINICH, 2004; REHBEIN, 2015)

É importante ressaltar que muitas vezes as mães deprimidas passam por um sofrimento duplo: além de se verem limitadas, impotentes e tomadas por uma tristeza profunda, também se sentem culpadas por todos esses sentimentos ruins que as acometem num momento tão esperado e culturalmente exaltado. A própria mulher desconhece seu sofrimento, um sofrimento que a sociedade também não legitima, o que contribui para que seja ainda mais difícil conhecer e enfrentar esses sentimentos tão complexos e contraditórios. (AZEVEDO; ARRAIS, 2006; REHBEIN, 2015).

O movimento depressivo que ocorre no pós parto, seja no baby blues, na depressão ou na psicose puerperal, pode estar sinalizando a necessidade de simbolizar, de a mulher se permitir falar sobre essa vivência e elaborá-la. Segundo Eliacheff e Heinich (2004), a depressão pode vir como uma solução que permite à mãe um tempo de recuo, uma pausa, mas para que ela se exclua de tudo que a interessa, inclusive do filho.

Arrais (2005), ao citar Winnicott, propõe que as mães podem entrar em depressão por se recusarem a viver essa renúncia de si mesma que a maternidade impõe, seja porque essa renúncia lhes pareça eterna, seja porque relutam em viver o real da experiência de ser mãe. Ela esclarece que em alguns casos, os conflitos que se presentificam na gravidez dizem de uma recusa da complexidade que a maternidade traz, para a qual a mulher tornada mãe pode não se sentir preparada, e não necessariamente de uma recusa do bebê.

Em suma, diante da vivência da maternidade, as mulheres se desmembram entre aquelas que conseguirão vivenciar os sentimentos conflitantes do processo de vir-a-ser mãe e aquelas que viverão essa condição como um estado patológico (JULIEN, 2013). A verdade é que, quando a mãe dá à luz e se coloca à luz também, tudo está exposto, sensível; já que deste lugar de onde veio o bebê, há muito mais para emergir. A mulher no pós parto pode demandar um espaço de escuta, algo que favoreça a elaboração do que já se passou e do que está por vir. “O parto é um princípio, e não um fim” (SZEJER, 1999, p. 46), sendo assim, o posterior ao parto deve ser acompanhado, e principalmente, há de se levar em consideração a revolução subjetiva que ele suscita.

Quando se fala de uma possível intervenção no período do pós parto, a abordagem diz muito mais de uma postura de cuidado e escuta do que necessariamente de um tratamento. Segundo as autoras, o atendimento no pós parto é uma oportunidade de cuidar desse momento intenso, que é capaz de adoecer em diferentes graus. A análise cumpriria a função de dar um acabamento ao parto, “juntar os cacos” que o parto despedaçou, oferecendo continuidade a essa experiência e permitindo que a mãe sustente psiquicamente a si, para conseqüentemente fazê-lo pelo bebê (SZEJER et al., 1999a; SZEJER, 1997).

Não é raro que se ouça das recém-mães que “agora me esqueceram, só querem saber do bebê”. A mulher grávida fala por meio do ventre, sua fala perpassa o discurso que seria do bebê; suas palavras ficam ocultas, e só se ouve o que diz respeito ao feto/bebê, que é promessa de vida. Ouve-se também o clássico “é normal, são os hormônios”, numa banalização do sofrimento que não nos permite compreendê-lo e nem acolhê-lo (SZEJER, 1997). Logo, é fundamental que a criança seja representada e investida, mas essa não é uma demanda unicamente do filho. A

mãe precisa de sustentação nesse momento tão delicado, que implica um remanejamento psíquico.

Contando, pai e mãe vão se dando conta. O vivido progressivamente vai se historicando. Fazer história é propriedade humana, humaniza. Nesse sentido, o atendimento psicológico pós parto é humanizador do nascimento (SZEJER et al., 1999b. p. 63).

Diante da importância de um suporte terapêutico no pós parto, é necessário ressaltar que falar deste momento também não é exclusividade da mãe. Com a chegada de um bebê, toda a família passa por um remanejo psíquico e assume novos lugares.

CONCLUSÃO

A construção do presente estudo foi baseada na trajetória do sujeito feminino em direção à maternidade, tendo como empecilho a depressão pós parto. A partir da leitura psicanalítica sobre o tema, pode-se pensar a depressão pós parto como uma tentativa de negar a maternidade, uma das possibilidades que reflete o quão difícil é ser mãe.

Além de todas as questões subjetivas já mencionadas, relativas à reedições edípicas e pré-edípicas, castração e luto materno, podemos pensar que gerar uma nova vida significa, no mínimo: sair do papel de filha para o papel de filha e mãe; construir a própria família; pular uma geração; saltar uma etapa em seu próprio desenvolvimento; desconstruir e reconstruir sua relação com a própria família; perguntar-se como foi a sua própria gestação e nascimento; colocar-se social e culturalmente como mãe, arcando com todo o peso que esse status é capaz de proporcionar, etc.

E como explicitado anteriormente, a gravidez e a maternidade trazem consigo representações e significados que nem sempre condizem com a realidade. Muito mais do que algo instintivo, estar grávida é uma experiência única e sem precedentes, e talvez a depressão pós parto faça mais sentido se nos permitirmos encarar a maternidade como a vivência complexa que ela é.

Diante disto, afinal, o que é ser mãe? O propósito aqui não é responder a esse questionamento, mas abrir possibilidades para reflexões no sentido de que não podemos imaginar uma resposta única para uma pergunta tão ampla e ao mesmo tempo tão particular. Isso também nos permite colocar em voga o quão aterrorizante pode ser a vivência das mães, que se veem na obrigação de corresponder a um padrão de “mãe perfeita” que sequer sabem definir com exatidão.

Parece faltar a compreensão de que investir libidinalmente no bebê e trazê-lo para a vida é uma questão de cuidado materno, e não de um cuidado tecnicamente perfeito. Ademais, é com o tempo e a convivência com o bebê que as mães vão se tornando mais aptas para desenvolverem suas funções maternas de forma satisfatória e saudável.

A ideia de trajetória nos indica que há um caminho a ser percorrido até que a menina possa se dizer mulher e também mãe. Por vezes, deixamos passar a

magnitude da experiência da maternidade. A começar pela descoberta de que espera um filho, até vivenciar a gravidez, o parto e o pós parto, existe essa travessia que a mulher vai realizar, de um modo sempre único. Ser mãe é viver constantemente um processo de reconhecimento: de si mesma, de cada nova situação que enfrenta e desse novo ser que depende integralmente dela.

Ainda causa um grande estranhamento o fato de que a gravidez e o puerpério podem ser vividos de maneira sofrida, adoecida. Como o nascimento de uma criança pode desencadear tamanho sofrimento? A verdade é que há um grande tabu pregando que a mulher deve estar sempre radiante com a experiência da maternidade, ainda que a realidade nos mostre que essa vivência pode ocorrer em meio a muita angústia e aflição.

A partir de relatos da clínica, pode-se perceber que as mães deprimidas sentem-se culpadas, e se julgam incapazes de cuidar de seus bebês “da melhor maneira”. Além disso, se sentem exaustas e com muita dificuldade para ceder às renúncias que a maternidade impõe.

Talvez nem as mães se dêem conta da grandiosidade do papel que desempenham, desconhecem seus próprios sentimentos em relação à gravidez, e quando os conhecem, muitas vezes a sociedade não os legitima. O susto e o impacto do parto caminham paralelamente à descoberta de que o “instinto materno” não tornará fácil a tarefa de ser mãe, e isso pode ser traumático. Existe toda uma cultura que prega a importância do pré-natal, mas e o pós? Se o parto é um recomeço, até quando vamos tratá-lo como um fim?

Não podemos ser radicais a ponto de dizer que a depressão pós parto é apenas uma das maneiras de vivenciar a maternidade, mas negligenciá-la e banalizá-la é um grande desserviço à sociedade. Podemos tentar compreendê-la, atribuir-lhe um sentido, e principalmente, dar voz às mães: elas saberão dizer com propriedade, mas precisam de espaço e de escuta.

As grávidas e recém-mães, deprimidas ou não, precisam elaborar a experiência da maternidade. Atualmente, existe uma obrigatoriedade social de ter filhos, mas não há suporte psíquico para tal. É preciso que as mulheres se perguntem pelo real desejo de serem mães, e que possam dar novos e próprios significados a tudo e ao tanto que a maternidade significa, para que possam dispor de uma

subjetividade desejante. Do contrário, serão mães em sofrimento e os filhos estarão prejudicados.

São poucas as mulheres que se autorizam a questionar o próprio desejo de ser mãe, já que a maternidade é referida sempre como natural e instintiva. No entanto, olhar para a maternidade de uma maneira mais sincera e se conscientizar de que ela pode gerar sofrimento em diferentes graus não faz essa experiência perder o brilho, mas pode proporcionar uma compreensão de que ser mãe é trabalhoso tanto física quanto psicologicamente. Até porque, no final das contas, o tornar-se mãe sempre será desafiador. É lidar todos os dias com as imensas dificuldades e, mesmo assim, escolher os motivos (sempre singulares) que fazem tudo valer a pena.

No momento que seria de extrema felicidade e de cuidados exclusivos com o bebê, dificilmente as mães procuram ajuda. No entanto, o atendimento psicoterapêutico nesse contexto pode ser um espaço para que as mães possam resgatar elementos importantes de toda a sua história, auxiliando na elaboração dos conflitos e contribuindo para que as demandas do bebê sejam encaradas de uma maneira mais saudável.

Em síntese, este artigo se propôs a uma análise psicanalítica do que se passa com a mulher recém-mãe que deprime, considerando as vicissitudes acerca desse adoecimento. Partindo do pressuposto de que a psicanálise apoia-se na clínica para pensar a teoria, o presente estudo se coloca como uma oportunidade de pensar o fenômeno da depressão pós parto teoricamente e clinicamente, abrindo possibilidades para estudos futuros.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, Denise Tomaz; SILVEIRA, Lia Carneiro; DOURADO, Sandra Mara Nunes. A mãe em sofrimento psíquico: objeto da ciência ou sujeito da clínica?. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 15, n. 3, p. 622-628, 2011.

ALT, Melissa dos Santos; BENETTI, Silvia Pereira da Cruz. Maternidade e depressão: impacto na trajetória de desenvolvimento. **Psicol. estud**, v. 13, n. 2, p. 389-394, 2008.

ARRAIS, Alessandra da Rocha. **As configurações subjetivas da depressão pós-parto: para além da padronização patologizante**. 2005. Tese (Doutorado). INSTITUTO DE PSICOLOGIA DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA CLÍNICA. Departamento de Psicologia Clínica, Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília.

AZEVEDO, Kátia Rosa; ARRAIS, Alessandra da Rocha. O mito da mãe exclusiva e seu impacto na depressão pós-parto. **Psicologia: reflexão e crítica**, v. 19, n. 2, p. 269-276, 2006.

BERLINCK, Manoel Tosta. As bases do amor materno, fundamento da melancolia. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, v. 17, n. 3, p. 403-406, 2014.

BERNARDINO, Leda Mariza Fischer; LAZNIK, Marie Christine; ARAÚJO, Gabriela Xavier de. As vicissitudes do encontro mãe/bebê:: um caso de depressão. **Estudos de Psicanálise**, n. 35, p. 49-55, 2011.

CAMPOS, Denise. Mãe e filha: da identificação à devastação. **Estados Gerais da Psicanálise**, 2002.

Celes, L. A. (2004). Nascimento psíquico. In R. O. Aragão (Org.), **O bebê, o corpo e a linguagem** (pp. 41-58). São Paulo: Casa do Psicólogo.

COUTINHO, Maria P.L.; SARAIVA, Evelyn R.A. Depressão pós-parto: considerações teóricas. **Estudos e pesquisas em psicologia**, v. 8, n. 3, 2008.

CRUZ, E. B. da S.; SIMÕES, G. L.; FAISAL-CURY, A. (2005). Rastreamento da depressão pós-parto em mulheres atendidas pelo Programa de Saúde da Família. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.*, 27(4), 181-188.

LIMA, G.G. (2002). A relação mãe-criança e a feminilidade: questões para clínica psicanalítica. In: Colóquio do LEPSI, 2004, São Paulo. **Anais do IV Congresso de LEPSI**, 2004, p.215-220

MORAES, Maria Helena Cruz; CREPALDI, Maria Aparecida. A clínica da depressão pós-parto. **Mudanças-Psicologia da Saúde**, v. 19, n. 1-2, p. 61-67, 2012.

ELIACHEFF, Caroline; HEINICH, Nathalie. **Mães-filhas**: uma relação a três. Trad. Claudia Berliner. São Paulo: Martins Fontes, 2004.

EMIDIO, Thassia Souza. **Diálogos entre feminilidade e maternidade**: um estudo sob o olhar da mitologia e da psicanálise. 2008.

FOLINO, Cristiane da Silva Geraldo. **Sobre dores e amores**: caminhos da tristeza materna na elaboração psíquica da parentalidade. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo. 2014

FONSECA, Vera Regina J.R.M. et al. Relação entre depressão pós-parto e disponibilidade emocional materna. **Cadernos de saúde pública**, v. 26, n. 4, p. 738-746, 2010.

FREUD, Sigmund. Sexualidade feminina _____. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1974, v. 21, originalmente publicado em 1931.

_____. A dissolução do Complexo de Édipo _____. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1976, v. 19, originalmente publicado em 1924.

_____. Conferência XXXIII. Feminilidade _____. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1976b, v. 22, originalmente publicado em 1933 [1932].

_____. Luto e Melancolia _____. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1990^a, v. 14, originalmente publicado em 1917.

_____. Os instintos e suas vicissitudes. _____. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1990b, v. 14, originalmente publicado em 1974.

_____. O estranho _____. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996, v. 17 originalmente publicado em 1919.

FRIZZO, Giana Bitencourt et al. O conceito de coparentalidade e suas implicações para a pesquisa e para a clínica: implication for research and clinical practice. **Journal of Human Growth and Development**, v. 15, n. 3, p. 84-93, 2005.

HALBERSTADT-FREUD, Hendrika. Electra versus Édipo. **Psychê**, v. 10, n. 17, 2006.

HISGAIL, Fani. O Complexo de Édipo: ontem, hoje e amanhã?. **Leitura Flutuante. Revista do Centro de Estudos em Semiótica e Psicanálise. ISSN 2175-7291**, v. 7, n. 1, 2015.

IACONELLI, Vera. Maternidade e erotismo na modernidade: assepsia do impensável na cena do parto. **Revista Percurso**, v. 34, p. 77 citation_lastpage= 84, 2005.

JERUSALINSKY, Julieta. Angústia na pós-maternidade. **Revista da Associação Psicanalítica**, p. 9-20, 2008.

JULIEN, Maria Claudia Gomes et al. **Depressão pós-parto: um olhar psicanalítico**. 2013. Tese de Doutorado. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, SP

LEONEL, Filipe. Depressão pós parto acomete mais de 25% das mães no Brasil, 2016. Disponível em <<http://portal.fiocruz.br/pt-br/content/depressao-pos-parto-acomete-mais-de-25-das-maes-no-brasil>>. Acesso em: 30 março 2017

LOPES, Clea Maria Ballão. As vicissitudes da constituição da função materna. 2012.

LOPES, Rita de Cássia Sobreira et al. O antes e o depois: expectativas e experiências de mães sobre o parto. **Psicologia: reflexão e crítica. Porto Alegre. Vol. 18, n. 2 (maio/ago. 2005), p. 247-254.**, 2005.

MORAES, Maria Helena Cruz de; CREPALDI, Maria Aparecida. A clínica da depressão pós-parto. **Mudanças**, v. 19, n. 1/2, p. 61-67, 2011.

PAVÃO CORRÊA, Fernanda; SERRALHA, Conceição Aparecida. A depressão pós-parto e a figura materna: uma análise retrospectiva e contextual. **Acta Colombiana de Psicología**, v. 18, n. 1, 2015.

REHBEIN, Mauro Pioli. Feminilidade e depressão pós-parto. 2015.

RIBEIRO, Marina Ferreira da Rosa et al. De mãe em filha: a transmissão da feminilidade. 2009.

RIVERA, Tania. Um amor outro– Ensaio psicanalítico sobre feminilidade, criação e maternidade. **Maternidade e feminismo: diálogos interdisciplinares**, p. 173, 2007.

SCHWENGBER, D. D. S.; PICCININI, C. A. A experiência da maternidade no contexto da depressão materna no final do primeiro ano de vida do bebê. *Estudos de Psicologia*, 22(2), 143-156, 2005.

STELLIN, Regina Maria Ramos et al. Processos de construção de maternagem. Feminilidade e maternagem: recursos psíquicos para o exercício da maternagem em suas singularidades. **Estilos da clinica**, v. 16, n. 1, p. 170-185, 2011.

STEVENS, Cristina Maria Teixeira. **Maternidade e feminismo: diálogos interdisciplinares**. Editora Mulheres, 2007a.

STEVENS, Cristina Maria Teixeira. O Corpo da Mãe na Literatura: uma ausência presente. 2007b.

SZEJER, Myriam. **Nove meses na vida da mulher: uma abordagem psicanalítica da gravidez e do nascimento**. Casa do Psicólogo, 1997.

SZEJER, Myriam et al. **Palavras Para Nascer a Escuta Psicanalítica Na Maternidade**. Casa do Psicólogo, 1999a.

SZEJER, Myriam et al. **Escuta psicanalítica de bebês em maternidade**. Casa do Psicólogo, 1999b.

TEPERMAN, Daniela. Família, parentalidade e época: articulações possíveis. **Moreira LVC, Rabinovich EP, organizadores. Família e parentalidade: olhares da psicologia e da história**. Curitiba: Juruá, p. 157-68, 2011 *apud* HISGAIL, Fani. O Complexo de Édipo: ontem, hoje e amanhã?. **Leitura Flutuante. Revista do Centro de Estudos em Semiótica e Psicanálise**. ISSN 2175-7291, v. 7, n. 1, 2015.

THEME, Mariza Miranda et al. Factors associated with postpartum depressive symptomatology in Brazil: the Birth in Brazil national research study, 2011/2012. **Journal of affective disorders**, v. 194, p. 159-167, 2016.

VALENTE, Thaysa Zubek; LOPES, Cléa Maria Ballão. A perda simbólica e a perda real: o luto materno. **Universidade Estadual do Centro-Oeste–UNICENTRO.[online]**, 2008.

ZALCBERG, Malvine. **A relação mãe e filha**. Elsevier Brasil, 2003.