



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

KRISSIA RENATA DOS SANTOS SIQUEIRA

**O TORNAR-SE MÃE E A DEPRESSÃO PÓS-PARTO: A
POSSIBILIDADE DE RETORNAR À VIDA CRIATIVA POR MEIO DO
TRABALHO DE ANÁLISE**

**Brasília
2019**

KRISSIA RENATA DOS SANTOS SIQUEIRA

**O TORNAR-SE MÃE E A DEPRESSÃO PÓS-PARTO: A
POSSIBILIDADE DE RETORNAR À VIDA CRIATIVA POR MEIO DO
TRABALHO DE ANÁLISE**

Projeto de monografia apresentado ao Centro Universitário de Brasília (UniCEUB/ICPD) como uma das atividades programadas pelo módulo Metodologia Científica do curso de pós graduação em *lato sensu* em Teoria Psicanalítica.

Orientador: Profa. Dra. Lívia Milhomem Januário

Brasília, 18 de novembro de 2019

KRISSIA RENATA DOS SANTOS SIQUEIRA

**O TORNAR-SE MÃE E A DEPRESSÃO PÓS-PARTO: A
POSSIBILIDADE DE RETORNAR À VIDA CRIATIVA POR MEIO DO
TRABALHO DE ANÁLISE**

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: Prof. Dra. Lívia Milhomem
Januário

Brasília, ____ de _____ de 2019.

Banca Examinadora

Prof. Dr. Nome completo

Prof. Dr. Nome completo

**Aos meus pacientes, por me confiarem o recôndito de
seus sofrimentos, por me ensinarem constantemente
e, me tornarem desejante pelo conhecimento.**

AGRADECIMENTOS

Agradeço de maneira especial aos meus pais, pelo apoio, afago, compreensão, pela liberdade que sempre me deram para construir meu próprio mundo, respeitando meu espaço, minhas escolhas, minha maneira de existir e, dessa forma, fazerem com que eu me sinta incondicionalmente amada.

Meus irmãos, Angélica, Aysllan e João Pedro, por serem meus leais torcedores nessa jornada, meus primeiros e melhores amigos da vida. Me ensinaram desde a mais tenra infância sobre como aceitar as diferenças, sobre dividir e, viver uma vida compartilhada. Gratidão pela infância feliz que tivemos juntos, pelas brincadeiras, histórias que nos renderam bons aprendizados e risadas até hoje.

A minha amiga-irmã Natália Lima, a pessoa que compartilho as alegrias e angústias do viver. Tenho muita sorte de caminhar com alguém tão sensível, de espontaneidade e alegria incomparável. Conviver com a Nat é aprender todos os dias com seus gestos humanos. Gratidão pelo incentivo na psicologia desde a escolha no vestibular e, por ser também, uma inspiração profissional pra mim.

Meus amigos de graduação e pós-graduação, meus meninos Carlos Eduardo e Adriano, eles com certeza fizeram essa jornada mais leve e feliz. Cadú, com seu jeito criativo e brincalhão de encarar a vida, não tem mal humor que sobreviva perto dele. O Adriano, por ser tão presente nas jornadas estudos, trabalho, nos momentos de descontração. Ele me faz brilhar os olhos com sua busca pela ética, o compromisso com a profissão, com sua luta para realizar seus sonhos. Gratidão pela nossa amizade, pela paciência, por ser esse ser humano ímpar, dono de uma nobre simplicidade.

A minha orientadora Lívia Milhomem, agradeço pelos ensinamentos, pela referência que se tornou para mim desde o primeiro semestre de faculdade. Pelo conhecimento transmitido de forma singela, pelas orientações, pelas críticas construtivas que foram enriquecedoras e fundamentais na construção desse trabalho. Que bom que eu pude reencontrá-la nesse caminho de formação e ter o privilégio de tê-la como minha orientadora.

Perdi alguma coisa que me era essencial, e que já não me é mais. Não me é necessária, assim como se eu tivesse perdido uma terceira perna que até então me impossibilitava de andar mas não fazia de mim um tripé estável. Essa terceira perna eu perdi. E voltei a ser uma pessoa que nunca fui. Voltei a ter o que nunca tive: apenas as duas pernas. Sei que somente com as duas pernas é que posso caminhar. Mas a ausência inútil da terceira me faz falta e me assusta, era ela que fazia de mim uma coisa encontrável por mim mesma, e sem sequer precisar me procurar! Clarice Lispector, 1988).

RESUMO

O trabalho apresenta a depressão pós parto dentro do processo da constituição psíquica, com a intenção de refletir e problematizar a complexidade que pode estar presente no tornar-se mãe. Inicialmente, discute-se sobre as construções teóricas de Winnicott quando tudo vai bem nesse processo, enfatizando o relacionamento mãe-bebê na fase primitiva. Posteriormente, é exposto o sofrimento presente, quando esse desenvolvimento inicial não é satisfatório e, pode resultar em uma depressão pós parto ou suicídio. Adiante, apresenta-se um caso clínico que demonstra como se deu o sofrimento de uma paciente no período gestacional, na vivência de uma depressão pós parto, como também as consequências de tentativas de suicídio. Por outro lado, é exposto a sua capacidade de reintegrar-se e retornar à vida criativa por meio do trabalho de análise. Como resultado, observou-se a relevância do cuidado emocional e físico tanto do bebê, quanto da mãe, por meio da realização de um pré-natal psicológico que visa acompanhar as demandas emocionais da mulher e não apenas o pré-natal médico.

Palavras-chave: Teoria winnicottiana. Maternidade. Depressão pós parto. Suicídio. Construções em análise.

ABSTRACT

The aim of this study was to reflect on postpartum depression within the process of psychic constitution, with the intention of reflecting and problematizing the complexity that may be present in becoming a mother. Initially, we discuss Winnicott's theoretical constructions when all goes well in this process, emphasizing the mother-infant relationship in the early phase. Subsequently, the present suffering is reflected when this initial development is not satisfactory and may result in postpartum depression or suicide. Below, we present a clinical case that demonstrates how the suffering of a patient during the gestational period, experiencing postpartum depression, as well as the consequences of suicide attempts. On the other hand, its ability to reintegrate and return to creative life through analytical work is exposed. As a result, the relevance of the emotional and physical care of both the baby and the mother was observed, through the accomplishment of a psychological prenatal that aims to follow the woman's emotional demands and not just the medical prenatal.

Key words: Winnicottian theory. Maternity. Baby blues. Suicide. Constructions under analysis.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	10
1 REFLEXÕES SOBRE O TORNAR-SE MÃE	12
2 CONSTRUÇÕES DE D. W. WINNICOTT SOBRE O TORNAR-SE MÃE: QUANDO TUDO CAMINHA BEM	15
1.1 Preocupação Materna Primária	16
1.2 Funções Maternas: Holding, Manejo e apresentação de objetos	18
1.3 O olhar da mãe e o espelho	20
3 QUANDO TEMOS DIFICULDADES: O SUICÍDIO E A DEPRESSÃO PÓS PARTO	22
3.1 O suicídio do ponto de vista de Winnicott	22
3.2 A depressão pós parto	26
4 CONTRIBUIÇÕES CLÍNICAS E TÉCNICAS WINNICOTTIANAS	33
4.1 Funções do analista: holding, manejo e interpretação	33
4.2 O brincar	34
5 MARIA: A PACIENTE QUE TRANSFORMOU A DOR DO ABANDONO MATERNO EM UMA EXPERIENCIA DE CONTINUIDADE DE EXISTIR NO TORNAR-SE MÃE	38
5.1 O encontro com Maria e sua história clínica	41
5.2 Construções em análise: a identificação com a filha e o tornar-se mãe ..	42
5.3 O ser filha e o ser mãe	43
CONCLUSÃO	44
REFERÊNCIAS	49

INTRODUÇÃO

Sabe-se que a chegada de um bebê na vida de uma mulher traz consigo sentimentos ambivalentes e paradoxais. De acordo como Arraias (2005), a maternidade abre possibilidade de esperança, de continuidade do amor, de encontro com o outro. Mas, também, pode ser um momento de “caos” em que significativas transformações físicas e psíquicas ocorrem intensamente.

Para além de uma visão romantizada – construções de que a mulher tem uma tendência inata para ser mãe e amar incondicionalmente o seu bebê - a maternidade é um marco do desenvolvimento que exige uma resignificação de determinadas vivências. Esse processo pode levá-la a um momento de regressão e ansiedade, onde é possível que questões inconscientes primitivas venham à tona, deixando-a frágil e desamparada. Portanto, para que seja possível a construção de uma relação mãe-bebê saudável, é necessário que as dificuldades e os sofrimentos nessa fase seja legitimado. Que exista também espaço para que essa mãe seja cuidada, assim como seu bebê. De acordo com Arrais (2005, p. 47), “os mitos em torno da maternidade se tornam armadilhas sedutoras, que prendem as mães de maneira mais cruel, controlando- as e manipulando- as”.

Granato e Vaisberg (2009) corroboram com tais afirmações ao postular que, da gestação ao puerpério, a mãe vivencia uma experiência de extrema sensibilidade, podendo adentrar um campo de regressivo que comprometeria a função materna. Uma mãe regredida terá limitações para cuidar do seu bebê, já que virá à tona as suas necessidades mais primitivas e ela precisará lidar com isso.

Dessa forma, percebe- se a necessidade de abordar a realidade de como é a constituição de uma mulher como mãe e, de fato, como se dá a construção de um relacionamento mãe- bebê. Considerar as dificuldades e transformações que podem ocorrer na vida pessoal, emocional, social dessas mães, bem como as dificuldades e os sofrimentos que pode estar presente nesse momento da vida.

O objetivo geral dessa monografia é pensar a depressão pós- parto dentro de um processo de constituição psíquica, com a intenção de refletir e de problematizar

a complexidade que pode estar presente no tornar-se mãe por meio da teoria winnicottiana e outros autores que corroboram com o tema.

A monografia possui três objetivos específicos. O primeiro objetivo específico é refletir sobre a depressão pós- parto tomando como base a teoria winnicottiana. O segundo objetivo específico é discutir, por meio de um caso clínico, os desafios de uma mulher em seu tornar-se mãe. Por fim, o terceiro objetivo específico, é apresentar a possibilidade do desestruturar na maternidade e o integrar-se por meio dos percalços da relação mãe-bebê e das construções em análise.

Esse trabalho é organizado em cinco capítulos, além da introdução e das considerações finais.

No primeiro capítulo é realizado uma construção teórica sobre o tema tomando como base a teoria winnicottiana. Neste capítulo, apresenta-se o caminho percorrido pelo autor D. W. Winnicott na construção de seu arcabouço teórico sobre o tornar-se mãe quando tudo caminha bem. Nesse desenvolvimento, acrescento autores que publicaram trabalhos que também corroboraram com os temas expostos. A princípio, foi relatado a importância que Winnicott deu para o tratamento das mães com seus bebês, o olhar que direcionou aos aspectos mais primitivos da relação mãe-bebê, bem como sua concepção de uma mãe que consegue prover um ambiente suficientemente bom e a mãe que falha. Para discorrer sobre o tornar-se mãe quando tudo vai bem é desenvolvido apresenta-se o conceito de: preocupação materna primária, funções maternas primárias: *holding*, manejo e apresentação de objetos, o olhar da mãe e o papel do espelho.

No segundo, são realizadas reflexões sobre o tornar-se mãe. No terceiro, é pensado sobre as dificuldades do tornar-se mãe e sobre o suicídio e a depressão pós-parto como consequência de um desenvolvimento não satisfatório, quando fica difícil para a mãe.

No quarto capítulo, são expostas as contribuições clínicas e técnicas de Winnicott para isso é enfatizado os conceitos fundamentais do autor no que diz respeito as funções do analista, tais como o *holding*, manejo, interpretação e o brincar.

Por fim, no quinto, são expostos fragmentos de uma experiência clínica que ilustram o processo de sofrimento de uma paciente desde a gestação até os primeiros anos de maternidade. É apresentada a forma como se deu a depressão pós-parto, as tentativas de suicídio, o movimento de integração e retorno a vida criativa por meio do sentido que a paciente encontrou no ser mãe e nas construções em análise. Nesse último capítulo são também relacionados conteúdos colhidos na prática clínica com as construções teóricas desenvolvida no trabalho.

1 REFLEXÕES SOBRE O TORNAR-SE MÃE

A maternidade é, sobretudo, um momento de ambivalências e paradoxos onde significativas mudanças físicas e psicológicas ocorrem repentinamente na vida da mulher. É importante questionar o pensamento presente socialmente sobre a gravidez ser um momento de plenitude em que “todas” as mulheres estão aptas a experimentar esse processo de maneira romântica e universal. É importante trazer para a realidade, que a mulher ao passar pelo processo materno pode apresentar algum nível de sofrimento ou dificuldades, considerando a entrega profunda que é convidada a fazer ao seu bebê, e a necessidade de deixar de lado (por um tempo) suas questões egóicas para viver a simbiose com ele (RIBEIRO, 2018)

Esse capítulo abordará aspectos do tornar-se mãe, continuando como fonte inspiradora o autor D. W. Winnicott, que em sua teoria afirma com veemência a importância da relação mãe- bebê e o meio ambiente maternante como base para o desenvolvimento e amadurecimento saudável do ser humano.

Todavia, não podemos esquecer de ressaltar que a mulher também precisa de um ambiente que lhe forneça apoio e um meio saudável para que ela se desenvolva e tenha também as suas necessidades acolhidas. Por essa razão, é fundamental pensarmos como se dá o período gestacional do parto, o pós parto, bem como o estabelecimento do relacionamento da díade (mãe-bebê): adaptação materna, amamentação. Considerando que esses são pontos imprescindíveis para pensar a trajetória do tornar-se mãe.

O autor considera relevante considerar as mudanças que ocorrem na mulher que vai ter um bebê, essas mudanças são psíquicas e fisiológicas, sobre isso o autor se posiciona com a afirmação de que:

O fato é que normalmente a mulher muda em sua orientação sobre si mesma e sobre o mundo, mas por mais que essas mudanças sejam baseadas na fisiologia elas podem ser distorcidas por falta de saúde mental na mulher. É necessário pensar nessas mudanças em termos psicológicos [...] sem dúvida as mudanças fisiológicas sensibilizam a mulher para as mudanças psicológica [...], a mulher começa a mudar sua orientação e a se preocupar com as mudanças que estão ocorrendo dentro dela (WINNICOTT, 1960a/1983, p. 52)

A propósito, é importante destacar que a transição para maternidade não se dá espontaneamente a partir do nascimento de um filho. Sabe-se que há diversas questões por trás do tornar-se mãe: mitos e verdades, projeções, expectativas etc., esse é um ponto que será, fundamentalmente, abordado aqui.

Rocha (2003) acredita que no período da gestação a mulher interessa-se pelo bebê e transfere significativa parte do seu interesse pessoal para o filho, segundo a autora, na medida que a gravidez avança o interesse pelo bebê vai aumentando também. Conforme já vimos também, do final da gestação aos primeiros dias de nascimento ocorre a preocupação primária descrito por Winnicott (1956/2000), estágio que a mãe se identifica com filho a ponto de ficar submersa as necessidades do filho.

Contudo, concomitantemente, ela entra, em um estado de dependência devido a sua condição de fragilidade após o parto. Assim, por algum tempo, é minimizada a sua autonomia, pela necessidade de ser cuidada, de ter o apoio mais intenso do parceiro, de algum familiar ou profissional.

Rocha (2003) ressalta também a importância que a mãe tenha contato com a equipe obstétrica antes do parto para que através da conscientização dos procedimentos que serão realizados seja possível minimizar a ansiedade da mãe com relação ao trabalho de parto, mais que isso, ela precisa de alguém em que possa confiar e que possa prover a ela os cuidados necessários a este momento. Mas sabemos que nem sempre esse contato é possível, o que faz com que a mulher ir ao trabalho de parto insegura e com ansiedades inimagináveis.

Outro aspecto importante é que a equipe médica esteja capacitada para reconhecer o que a mãe carece, levando em consideração a sua maturidade emocional. No caso de uma mãe adoecida ou que mostre pouca imaturidade emocional, é necessária a identificação desta condição para que seja possível um tratamento adequado a sua demanda.

No evento natalício, a dupla (mãe-bebê) sofre uma série de modificações de seus estados, e dependendo das variáveis eles podem demorar dias para apreciarem a companhia um do outro (ROCHA, 2003). Aqui cabe pensar sobre um amor que não é uma tendência instintual, mas que precisa de tempo para ser construído. A autora relata também, o momento logo após o parto, ocasião em que os dois passaram por uma situação delicada e precisam de um espaço sem invasões, bem como de cuidados efetivos para ser recuperado o equilíbrio, recuperar a situação de continuidade de ser, em vez da reação a intrusão (BADINTER, 1985).

Outro momento delicado para a mãe amamentação, a alimentação diz respeito profundamente a relação entre os dois, nesse momento a mãe tem a oportunidade de praticar a relação de amor entre os dois. Winnicott (1965/1982, p.32), descreve que:

Estes dois, a mãe e o recém-nascido, estão prontos a unirem-se mutuamente pelos tremendamente poderosos laços do amor, e naturalmente, terão primeiro que se conhecer um ao outro antes de aceitarem, os grandes riscos emocionais envolvidos. Assim que chegarem a uma compreensão mútua – que pode acontecer logo ou só depois de alguma luta - passam a confiar no outro e a entender-se reciprocamente, e a alimentação começa a cuidar de si própria.

Na medida em que a mãe e o bebê vão estabelecendo vínculo, a mãe se identifica com o bebê, de maneira a estar atenta ao que ele precisa, o contato entre ambos aumenta, a mãe passa a saber mais sobre seu bebê e o bebê também aprende sobre ela (ROCHA, 2003). O cuidado e as descobertas seguem um processo natural em que técnicas e teorias perdem o sentido para que a dupla possa se entender e ir aos poucos aprendendo juntos.

2 CONTRUÇÕES DE D. W. WINNICOTT SOBRE O TORNAR-SE MÃE: QUANDO TUDO CAMINHA BEM...

D. W. Winnicott ao longo de sua trajetória como médico e psicanalista, dedicou seus estudos ao entendimento dos estágios mais primitivos do desenvolvimento emocional do ser humano. Em sua experiência, trabalhou constantemente com as mães e seus bebês, preocupando-se não somente com doenças de seus pacientes, mas também com suas condições físicas e psicológicas que se encontravam.

É possível afirmar que a essência de sua obra teve como ponto de partida a relação mãe-bebê, trazendo à tona a ideia de que o cerne da saúde mental do sujeito tem como base a primeira infância, e que a forma como a díade (mãe-bebê) se relacionam, é fundadora do psiquismo humano. O autor preocupou-se também com a forma como a mãe fornece um ambiente adequado as necessidades específicas do bebê, pois é por meio do “fornecimento de um ambiente suficientemente bom na fase mais primitiva capacita o bebê a começar a existir, a ter experiências, a construir um ego pessoal, a dominar os instintos e a defrontar-se com todas as dificuldades inerentes à vida” (WINNICOTT, 1956/2000, p. 404).

Dessa forma, é fundamental a provisão de um ambiente suficientemente bom, simbolizado pela presença da mãe que prover os cuidados físicos e emocionais do bebê, essa mãe que abre espaço para que exista a experiência de “continuidade do ser” – continuidade do ser que significa saúde, experiência criativa no espaço e tempo (FULGENCIO, 2008).

Por outro lado, esse ambiente pode falhar, por exemplo, se a mãe não conseguir sustentar uma adaptação suficientemente boa. Se essa falha materna for prolongada pode provocar reações que impedem a continuidade de existir do bebê, gerando uma ameaça de aniquilamento (WINNICOTT, 1956/2000, p.405). Aqui fica perceptível a importância de legitimar os sentimentos da mãe durante a gestação, puerpério e pós parto para que ela tenha saúde e consiga sustentar esse ambiente

adequado para o desenvolvimento saudável do bebê e para que possa entrar no processo, efetivamente, de tornar-se mãe.

1.1 A preocupação materna primária

Sabemos que o mundo estava lá antes do bebê, mas o bebê não sabe disso, e no início tem a ilusão de que o que ele encontra foi por ele criado. Esse estado de coisas, no entanto, só ocorre quando a mãe age de maneira suficientemente boa (WINNICOTT, 1941/2000, p.131).

Desde a gestação até o nascimento, o bebê, encontra-se em uma posição de dependência absoluta, na qual necessita da atenção da mãe de uma maneira especial, para poder ter as suas necessidades básicas atendidas e, a partir disso, entrar no processo de integração.

De acordo com Winnicott (1956/2000), para que a mãe seja capaz de entrar em contato com as necessidades mais sutis do seu bebê nesse momento de desenvolvimento primitivo, ela entrará em um estágio de sensibilidade especial denominado preocupação materna primária. A mãe preocupada será capaz de entrar em contato com aquilo que sua criança necessita, desde o final da gravidez até os primeiros dias de vida. Podemos afirmar que a preocupação materna primária é um estado natural de preocupação, em que a mãe se tornará inteiramente devotada as necessidades básicas do bebê.

A mãe que submerge a esse estágio identifica-se com o filho de tal maneira que consegue sentir-se no lugar dele: ela passa a sentir o que ele sente e o que ele precisa. A mãe e o bebê vivenciam uma relação fusional em que é possível pensar que não existiria um bebê sem a mãe e, uma mãe sem o bebê. Quando a mãe se coloca no lugar do bebê com finalidade de propiciar-lhe sustento e evolução, ela é capaz também de interpretar essas necessidades, como também simbolizá-las por meio da comunicação.

Assim, é fundamental ressaltar que, o desenvolvimento humano e a continuidade do ser, tem que como base um ambiente facilitador que deve ser

provido antes mesmo da chegada do bebê, ainda no período de gestacional. Por isso, a continuidade do ser é resultado da identificação da mãe que conseguiu sustentar um ambiente suficientemente através de sua capacidade de entrar no estágio de preocupação materna primária.

Segundo Winnicott (1956/2000), essa sensibilidade seria direcionada, a princípio, as necessidades corporais e aos poucos transformam-se em necessidades do ego.

Gradualmente, esse estado passa a ser de uma sensibilidade exacerbada durante e principalmente ao final da gravidez. Sua duração é de algumas semanas após o nascimento do bebê. Dificilmente as mães recordam depois que ultrapassam. Eu daria um espaço a mais e diria que a memória das mães a esse respeito tende a ser reprimida (p. 401).

Outro aspecto que vale destacar é que esse estágio é considerado como uma “quase doença” (caso não existisse uma gravidez), que poderia ser comparada a um estado de retraimento ou dissociação, uma fuga ou um distúrbio como um episódio esquizoide em que certo aspecto da personalidade fica mais forte temporariamente.

Para que a mãe consiga atravessar este momento de preocupação materna efetivamente, é necessário que ela tenha saúde para sustentar tanto a entrada quanto a saída. De modo que, consiga recuperar-se dele e, só conseguirá sair, quando o bebê for capaz de ir, gradualmente, alcançando sua independência. (WINNICOTT, 1956/2000).

Partindo da proposição de que só será possível para uma mãe cuidar da saúde do seu bebê se estiver saudável, podemos, mais uma vez, refletir sobre a importância dos cuidados não só com a criança, mas com a mãe também, desde o período gestacional até o desenvolvimento do tornar-se mãe. Isso significa que, o cuidado precisa ser, necessariamente, com a dupla. Diante dessa realidade, é importante pontuar que só será possível o estabelecimento de uma relação recíproca de afeto entre a díade (mãe-bebê) se a mãe estiver com saúde porque nessa condição será possível tolerar a imaturidade emocional e necessidades básicas de seu bebê.

Diante disso, cabe aqui ressaltar a necessidade de um pré-natal psicológico e não apenas do pré-natal médico. Ainda hoje, vemos quão desamparadas estão as

mães e os seus bebês no sentido de um cuidado emocional e psíquico. O foco do cuidado ainda é essencialmente médico e orgânico. No qual são negligenciados e não atendidos as demandas, as transformações e os sofrimentos decorrentes das construções de uma maternidade. Nesse sentido, essa monografia visa também contribuir para a importância desse acolhimento e escuta nessa fase da vida da mãe e do bebê.

1.2 Funções maternas: Sustentação, Manejo e Apresentação de objetos

Outra contribuição de Winnicott (1960a/1983) com relação ao tornar-se mãe, são as descrições que ele elabora no que diz respeito as funções maternas. Segundo o autor, a mãe suficientemente boa, ao entrar no estado de preocupação materna primária, consegue executar satisfatoriamente as funções de holding, manejo e apresentação de objetos.

Pelo olhar de Dias (2014, p .246):

Ao mesmo tempo que a mãe facilita, de forma especializada, cada uma das tarefas do bebê, o conjunto dos cuidados maternos constitui o ambiente total, e o modo de ser da totalidade dos cuidados configura um mundo para o bebê. O primeiro mundo em que o bebê habita é necessariamente um mundo subjetivo, cuja a característica fundamental é ser confiável. A confiabilidade ambiental significa sobretudo, previsibilidade: a mãe evita que alguma coisa inesperada surpreenda o bebê, interrompendo a continuidade do ser; a mãe é confiável quando, em meio as necessidades sempre variáveis do bebê, que ora está tranquilo ora excitado, mantém regulares, constantes e consistentes a si mesma e ao ambiente, de tal modo que, com o tempo, o bebê vai sendo temporalizado, tornando-se, plena repetição das experiências, capaz de reconhecer coisas e de predizer acontecimentos.

Winnicott (1960a/1983) explica que o *holding* é utilizado para definir os cuidados físicos, satisfazer as necessidades fisiológicas, como também a provisão ambiental anterior a definição de “viver com” – estado em que o bebê está fundido com a mãe e, também, percebe objetos como externos a ele. O *holding* é o primeiro espaço do bebê, lugar de confiança que permite a integração e a experiência de continuidade do ser, ele diz dos primeiros cuidados físicos e psíquicos com a criança que são providos pela mãe.

Por meio de uma provisão suficientemente boa há uma transição em que o ego do bebê, passa de não-integrado para integrado. Na não-integração, o bebê ainda não se vê como separado do outro, não se vê no próprio corpo, e não consegue se relacionar com o exterior. Nesse momento, ele experimenta ansiedades impensáveis.

É no *holding*, por meio dos cuidados da mãe, que o bebê vivencia o “estado unitário”, onde a criança se torna uma pessoa com individualidade própria. Aqui o lactante tem uma noção do “eu e não-eu”, tem a percepção do interior e exterior, esquema corporal, como também funções de entrada e saída. Por meio do *holding*, ocorre uma conquista básica que faz parte do curso do desenvolvimento saudável da criança, chamado processo de integração, onde o bebê consegue situar-se no tempo e no espaço, é o momento em que passa a constituir uma identidade, residir em seu corpo, criar um mundo subjetivo (WINNICOTT, 1945).

Por conseguinte, para que o bebê exista, repito que, são necessárias certas condições ambientais, que são providas pela mãe. A mãe representa um ego auxiliar que tem como função tornar o ego do lactante integrado, forte e estável (WINNICOTT, 1960a/1983). Não poderia existir um lactante, se não houver o cuidado materno, pois o bebê não poderia alcançar tais processos sem a ajuda da mãe.

Se tudo ocorrer bem nesse estágio, a criança conseguirá se diferenciar da mãe e, aos poucos, seu ego vai se tornando livre do auxílio do ego da mãe, acontecerá uma separação mental da mãe: “diferenciação de um self pessoal e separado” (WINNICOTT, 1960a/1983, p, 40). Em contrapartida, se esses cuidados falharem, essas conquistas poderão não ser alcançadas ou serão perdidas.

Além do *holding*, outra função materna é o *handling* (manejo), que diz da capacidade da mãe de manejar seu bebê para as suas funções e necessidades, bem como prover um ambiente tranquilo- que seja livre de invasões. Esse processo é essencial para o bem estar físico do bebê; é o manejo que possibilita ao bebê a experiência de sentir que está vivendo dentro de um corpo. Essa vivência é denominada por Winnicott (1945), como processo de personalização, que significa que o bebê, por meio do manejo materno, é capaz de realizar a união entre sua

psique e seu corpo. A autora Rocha (2006, p. 31), acrescenta que, “para que a coesão da psicossomática seja alcançada, o bebê precisa da participação ativa de um ser humano que cuide dele, que seja capaz de se envolver emocionalmente com seu corpo, reunindo-o nos braços e no olhar”. Quando é transmitido segurança que o bebê necessita, simultaneamente, ocorrerá a integração e a realização da psique com o corpo.

Por fim, a última função materna é a apresentação de objetos que caracteriza a terceira função materna, aqui a mãe ou quem exerce essa função de transicionalidade entre as duas realidades: o mundo interno e externo. É o processo que conduz o bebê a ter contato com a realidade. Dias (2014, p. 310), descreve que,

Assim que nasce, o bebê não tem nem o sentido da externalidade nem qualquer outro sentido da realidade. Para que algum sentido de realidade se inicie, é necessário que lhe seja propiciado o único que lhe é possível nesse ponto do amadurecimento: a realidade do mundo subjetivo. Sem o estabelecimento da realidade subjetiva não há como prosseguir nas conquistas graduais do amadurecimento.

O bebê ao realizar o processo de integração através do *holding*, após entrar no processo de inserção no corpo por meio do processo de personalização, a criança entra no processo de desenvolvimento da capacidade de se relacionar com objeto, de contato com a realidade. A mãe mostra o mundo a criança de maneira assimilável, e a criança ao mundo, protegendo-a na medida de suas necessidades, esse processo é chamado de realização.

1.20 olhar da mãe e o papel do espelho

Winnicott (1960a/1983, p. 40) enfatiza que, “Não existe isso que chamam de bebê, o que quero dizer, obviamente, é que sempre que vemos um bebê, vemos também um cuidado materno e sem o cuidado materno não haveria um bebê”. Após o extremo desamparo inicial do bebê ter sido suprido pelo cuidado total materno, em que as funções ambientais de segurar, manejar e apresentar objetos foi provido pela mãe. Assim como um ambiente que lhe faça sentir o mais próximo possível da

condição intrauterina, até ser possível a constituição de um verdadeiro self, e um relacionar-se com a mãe na qualidade de pessoa total, em que esse bebê consegue sentir sua existência como real e sua continuidade de ser é protegida.

Esse bebê satisfatoriamente segurado, manejado, que experimentou a de ilusão de onipotência passa a olhar a sua volta, provavelmente o bebê não olhe para o seio, mas para o rosto de sua mãe. Winnicott (1975, p. 154), se pergunta o que o bebê ver ali, e se dar conta de que, o que ele ver, não é o rosto da mãe, “e sim, a si mesmo, porquanto a mãe, quando está olhando para o seu bebê, reflete algo que se acha com o que ela vê nele, devido à autenticidade dos seus sentimentos em relação ao bebê”, e ser visto pelo olhar da mãe é o que legitima a existência do bebê como ser humano inteiro capaz de expressar sua autonomia e seus gestos espontâneos (FRANCHINI; CAMPOS, 2008).

A mesma autora pontua que mãe ao envolver o bebê em seus braços e em seu olhar, no cuidado demonstrado pelo amparo que existe no segurar, reúne as partes do bebê e sua harmonia psicossomática, o colocando em uma condição humana de inteireza.

Quando olho, sou visto; logo, existo. Posso agora me permitir olhar e ver. Olho agora criativamente e sofro a minha apercepção e também percebo. Na verdade, protejo-me de não ver o que ali não está para ser visto (ao menos que esteja cansado) (WINNICOTT, 1975, p. 157).

No entanto, segundo Winnicott (1975, p. 154), em casos que a mãe falha e não tem condições para atuar como um espelho, ela irá refletir o próprio humor, de forma com que o bebê não consiga ver a si mesmo, mas a rigidez das próprias defesas que foram transmitidas a ele.

A partir do exposto, é possível pensar que o papel do espelho é um cuidado essencial a ser oferecido para o bebê, pois é por meio dele que o gesto espontâneo, sua capacidade de sentir-se: “sentir-se real é mais do que existir; é descobrir um modo de existir como si mesmo, relacionar-se aos objetos como si mesmo e ter um eu para o qual retirar-se, para relaxamento (WINNICOTT, 1975, p.161)”.

Por fim, o autor, mais uma vez, confronta a sua teoria relacionada as funções da mãe com o bebê com a prática do analista com o paciente. Ele propõe que o entendimento do rosto da mãe como espelho para o bebê mostra que a psicoterapia não deve se basear somente em interpretações “argutas e apropriadas”, mas que trata-se de corroborar com o desenvolvimento do paciente a longo prazo, levando em consideração o que é trazido por ele ao *setting* (WINNICOTT, 1975, p. 157).

3 QUANDO TEMOS DIFICULDADES: O SUICÍDIO E A DEPRESSÃO PÓS PARTO

Neste capítulo, é descrito o suicídio e a depressão pós parto como consequência de um desenvolvimento inicial que não foi satisfatório, quando o indivíduo adocece por não conseguir apoderar-se dos estágios precoces do desenvolvimento. Discute-se, o conceito de verdadeiro e falso si-mesmo e sua relação com o suicídio, de acordo com a visão de Winnicott.

Para discorrer sobre depressão pós parto, primeiramente é investido um olhar para a maternidade como uma fase do desenvolvimento da mulher no qual se acrescenta uma dimensão ligada ao universo da feminilidade que vai além de transformações fisiológicas, mas vai ao encontro de um processo complexo de reorganização psíquica. É pensado no decorrer do desenvolvimento a depressão pura em um contexto histórico até o olhar psicanalítico, principalmente a abordagem de Freud e Winnicott. Por fim, relaciona-se os pensamentos desses autores com a depressão pós-parto.

3.1 O suicídio do ponto de vista de Winnicott

Para Faria (2007), Winnicott também mostrou preocupação com a questão do suicídio. Apesar de não publicar um texto específico sobre o tema. É possível perceber a sua preocupação por meio da avaliação dos riscos potenciais de suicídio,

não apenas em pacientes em extrema vulnerabilidade como os que apresentam psicoses, depressões, tendência antissocial e pacientes regredidos a total dependência. Mas, também, nas psiconeuroses.

Ainda de acordo com o mesmo autor, os impulsos destrutivos podem estar presentes na mais tenra infância e serem mostrados pelo brincar angustiado, por exemplo, quando uma criança desenha um navio que é atacado e naufraga sem esperança juntamente com o seu capitão. Pode estar presente no adolecer para o tornar-se real, na percepção do adulto, seja na vida amorosa, profissional, social e ou no tornar-se mãe. Segundo ele, “a possibilidade do suicídio ou da tentativa de suicídio torna-se presente a partir do ponto em que existe um ser humano cujo processo de amadurecimento esteja detido, devido ao impedimento da realização do ser homem” (FARIAS, 2007).

Para intervir e compreender melhor a questão do suicídio pela teoria de Winnicott, é necessário mergulhar na noção de cisão do ego como verdadeiro e falso si- mesmo.

O falso si- mesmo origina-se das primeiras relações objetais, quando o sujeito ainda não conseguiu relacionar-se com objetos externos, no estágio mais primitivo quando o bebê ainda não está integrado ou sua integração ainda é incompleta (FARIAS, 2007).

O termo verdadeiro si- mesmo é usado por Winnicott (1960b/1983) para descrever o sujeito que conseguiu apoderar-se estágios precoces do processo de desenvolvimento de maneira saudável: integrou-se, conquistou a capacidade de ser uma unidade, integrou o verdadeiro e falso si- mesmo e por fim separou-se da mãe. Se tudo ocorrer bem nesse processo de amadurecimento, a criança vai pouco a pouco integrando suas experiências no tempo e espaço, consegue habitar seu corpo e se ver separado da mãe, de tal forma que, há uma diferenciação do “eu e não-eu”.

No verdadeiro si- mesmo prevalece o gesto espontâneo e isso só será possível se a criança tiver os cuidados suficientemente bom provido pela mãe que o acolha em suas necessidades, que o proporcione a ilusão de onipotência e conduza seu desenvolvimento no sentido da saúde (FARIA, 2007). No gesto espontâneo tem

espaço para que a criança construa o mundo que deseja habitar, ao contrário da experiência de viver sob submissão e pressões do ambiente.

Como contraponto, temos a não adequação as necessidades do bebê, que é marcada pela intrusão do ambiente, isso ocorre quando a mãe não conseguiu prover as necessidades individuais de seu bebê e foi incapaz de legitimar a singularidade dele. Em consequência disso, em vez da experiência de um sujeito que teve espaço para a continuidade do ser e um lugar para expressar seus gestos espontâneos, temos um sujeito que se adapta ao ambiente. Dessa forma, o sujeito fica submisso ao ambiente e perde expressivamente o contato com o verdadeiro si- mesmo (FARIAS, 2007).

É importante frisar que o falso si- mesmo é caracterizado pelo ambiente que falhou no momento primitivo do amadurecimento do bebê. Assim, sob ameaça de aniquilamento, esse sujeito foi levado a construir defesas que oculta a totalidade do verdadeiro si- mesmo em contato com a realidade externa como forma de proteção.

Nesse contexto, Winnicott (1960b/1983, p. 131) apresenta cinco organizações desse tipo de defesa: 1) em um extremo, 2) menos extremo, 3) mais para o lado da normalidade, 4) Ainda mais para o lado da normalidade, 5) Na normalidade. Essa tipificação vai dos casos mais extremos em que o isolamento inibe toda criatividade e espontaneidade até situações em que o falso si- mesmo sustenta as relações de vida normal (FARIAS, 2007).

No entanto, a ênfase do tópico em questão está no tipo de defesa três (mais para o lado da normalidade), em Winnicott (1960b/1983, p.131) diz que

O falso self tem como interesse principal a procura de condições que tornem possível ao self verdadeiro emergir. Se essas condições não podem ser encontradas, então novas defesas têm de ser reorganizadas contra a exploração do self verdadeiro. Quando o suicídio é a única defesa que resta contra a traição do self, então se torna tarefa do falso self organizar o suicídio. Isso naturalmente envolve sua própria destruição, mas ao mesmo tempo elimina a necessidade de sua existência ser prorrogada, já que sua função é a proteção do *self* verdadeiro insultos.

Nesse contexto, o sujeito só consegue sentir-se real quando consegue manter sua vida secreta, mas quando precisa se submeter a situações de realidade compartilhada, ele pode se sentir atingido em sua essência. O sujeito busca

realização e nessa busca tem uma angustiante percepção de que suas relações com a realidade se findam antes mesmo que ele possa se inteirar delas. Farias (2007) acrescenta que:

Em tais situações, em que existe a percepção de que algo se perde a cada instante, numa vida que ainda não se tornou vida, o ser permanece suspenso sobre o abismo do aniquilamento, na expectativa que o falso si mesmo cumpra sua função de possibilitar a emergência a verdadeiro si-mesmo. Quando as condições para a emergência do verdadeiro si- mesmo não ocorrem, nos dirá Winnicott, podem se organizar novas defesas contra a sua expoliação e, se houver dúvida, o resultado será o suicídio. Essa solução extrema guarda, entretanto, é ainda, um gesto de esperança: o suicídio poderá ser o último, e talvez o único gesto espontâneo, numa tentativa de evitar aniquilamento do si- mesmo verdadeiro. Se esta for a única solução encontrada, pelo fato de não haver mais alternativas a traição do si- mesmo, será o falso- si mesmo que organizará e consumará o suicídio.

Sobre as implicações de casos clínicos em que existe a atuação de um falso si- mesmo, Farias (2007) alerta que há muito riscos, por exemplo, de ocorrer um trabalho analítico de anos baseado nas suposições metapsicológicas e traduções pulsionais em que o paciente se adapte as interpretações do analista e consiga até mesmo forjar cura. Ao contrário da atividade interpretativa, o autor convida o analista a esperar o tempo que o paciente precisa para comunicar a sua dor. Trata-se da construção de sentidos da experiência da dor do paciente que se estabelecerá por meio do relacionamento analista- paciente. Essa experiência não diz da prontidão para interpretar, mas, sobretudo, da disponibilidade do analista em acolher. Por meio desse acolhimento, o analista permite que o paciente viva um processo de regressão e consiga operar em direção a saúde e, por meio disso, seja possível retomar seu processo de amadurecimento. A Análise como um lugar onde seja possível operar, ser e agir através do si- mesmo verdadeiro. Dessa forma, o que é vivido passa a ser visto como pessoal e real. Então, se essas condições puderem ser encontradas, o suicídio não será a única forma vista pelo paciente de evitar que o si- mesmo verdadeiro seja afrontado e impedido de manifestar-se (GALVÁN, 2013)

3.2 A Depressão pós-parto

Sabe-se que a maternidade é uma fase do desenvolvimento da mulher ao qual se acrescenta uma dimensão ligada ao universo da feminilidade que vai além de transformações fisiológicas. É um momento em que a mulher vai adentrar a processo de reorganização emocional e psíquica, e buscar novas formas de lidar com a alteração de suas atividades, investimentos emocionais e afetivos, por exemplo: a alteração da identidade do ser filha para ser mãe - que implica numa retomada de conflitos e desejos infantis. A gestação remete a experiências com os pais, vivência edípica, conflitos ou separação dos pais, o seu ser filha, bem como expectativas do ser mãe. Partindo do pressuposto que a maternidade remete a mulher a questões da sua própria história de vida, a gravidez pode trazer à tona conteúdos, experiências e sentimentos profundos do passado. São sintomas que aparecem a partir de outros sintomas, então a experiência do ser mãe pode levar a mulher a entrar em contato com uma rede de significantes complexos e subjetivos.

Outro aspecto que é fundamental discorrer aqui é o movimento social e cultural direcionado à maternidade. Desde criança as mulheres são preparadas para serem amáveis, ternas, equilibradas, conseqüentemente mães acolhedoras e “perfeitas” em tempo integral. Uma visão romantizada sobre a maternidade fora construída ao longo do tempo e isso tem gerado um custo alto para a saúde emocional das mulheres (CORREA E SERRALHA, 2015). O sofrimento por não conseguir corresponder às expectativas sociais sobre o tornar-se mãe, abre espaço para um significativo sofrimento que, tem como a base, encarar o que é ideal e o que é vivido, podendo corroborar para um significativo sofrimento como a depressão pós-parto.

É possível observar que existe um mito sobre maternidade em que é idealizado felicidade plena, essas idealizações utópicas defende a ideia de que o pós-parto é um momento sublime, de plena realização para a mulher. Entretanto, sabe-se que existe uma probabilidade de que esse momento seja envolvido por sentimentos de desprezar, de perda e, conseqüentemente, de um sofrimento acentuado na vida da mulher.

Sendo assim, fatores como a não legitimidade desse sofrimento, a não preocupação com os sintomas da mulher da gestação ao pós- parto, a não reflexão sobre os sentimentos reais desse fase do desenvolvimento da mulher, até mesmo a não tomada de consciência e negligencia pela própria puérpera e ou rede de apoio. Assim, a não compreensão ou a percepção de que os sintomas apresentados são “normais”, pertencentes a situação, pode corroborar com a depressão pós-parto.

É importante frisar que a maternidade tem um sentido subjetivo para cada mulher; é um momentos únicos, particular, com vivências ímpares que dependem de fatores do curso de desenvolvimento de cada uma. Essa afirmação justifica o fato da depressão pós- parto não atingir todas as mulheres. Embora ocorra significativas transformações biopsicossociais comum a elas.

Antes de nos aprofundarmos no tema depressão pós-parto é necessário compreender a depressão em seu sentido amplo. A depressão pode ser definida de formas variadas dependendo da abordagem, áreas do saber, autores. Por isso, é importante discorrer minimamente sobre a trajetória que o conceito de depressão percorreu, a transformação na forma como a sociedade percebe, na cultura, no tempo.

Na Grécia, na época de Aristóteles, a melancolia era considerada uma característica de pessoas inteligentes, já na Grécia antiga a depressão ou qualquer tipo de sofrimento era condenado pela igreja porque consideravam que o amor e a misericórdia divina devia ser motivo de completude para os crentes, condenada pelo clero como doença da alma associada ao pecado, suspeita-se que frases preconceituosas ditas pelo senso comum como: “pobre não tem depressão”, “depressão é coisa de preguiçoso que não tem como que ocupar a mente” podem ser resquícios dessa visão postulada pela igreja católica na idade média. Contudo, a partir do renascimento, a depressão se torna tema das artes, literatura, peças de teatro, poesia, cultura etc., a depressão reintegra a ideia de que faz parte da individualidade de pessoas providas de conhecimento, que são capazes de ter um senso reflexivo (JULIEN, 2013).

A melancolia volta a ser aceita como nobre no Romantismo e, ao mesmo tempo, passa a ser estudada pela psiquiatria, mas ocorre uma modificação da

nomenclatura de melancolia para depressão. No momento atual percebe-se ainda certa intolerância da sociedade com relação a tristeza, dificuldade de falar e aceitar a dor como uma característica intrínseca a existência humana, há um auto- índice de pessoas enquadradas no Manual de Psiquiatria Americano (DSM). Mas, parece mais uma forma de padronizar por meio de um diagnóstico, do que realmente validar a dor do outro. Ressalta-se também os ganhos secundários da indústria farmacêutica com esses diagnósticos excessivos, não pensados em individualidade, mas impõe um viver homogêneo politicamente correto, enquadrado em um padrão social. Essas são características atuais da dor de existir que precisam ser refletidas em sua dimensão e complexidade (JULIEN, 2013).

Na psicanálise, a depressão foi pensada por diversos autores, Freud desde o início da sua obra se deu o trabalho de trazer uma visão mais humanizada e real quanto a dor de existir – em suas diversas forma. Sobre a depressão, o autor a renomeia como luto ou melancolia e dedica-se a escrever sobre. Freud (1917[1915] /2000), descreve que existe dois tipos de perdas relacionadas ao estado depressivo – uma que pode ser normal (luto) e outra patológica (melancolia). No luto, ocorre a perda de um ente amado, de um ideal, pátria, liberdade etc., nele é possível identificar o que se perdeu. Freud deixa perceptível que, nesse aspecto, não é necessário encaminhar para tratamento médico, pois esse estado não é patológico. Embora, uma sujeito em estado de luto fique distante de sua maneira normal de viver e careça de um tempo para elaborar a sua perda para poder novamente investir em si mesmo a energia perdida em algo ou alguém e o seu Eu fique novamente “livre desimpedido” (FREUD, 1917[1915] /2000).

A melancolia diz de um luto em nível mais intenso e profundo, segundo Freud (1917[1915] /2000), há um furo no psiquismo decorrente da perda de um objeto, na melancolia o sujeito sabe o que perdeu, mas não o que perdeu, seria uma perda de ordem inconsciente que pode estar intimamente relacionada às feridas narcísicas, há um empobrecimento do Eu. O doente se ver como indigno, incapaz, espera ser rejeitado. Ele perde seu amor próprio, sua autoestima é significativamente afetada, não consegue encontrar pontos positivos em si mesmo, pois há um vazio e empobrecimento do próprio eu.

Freud (1917[1915] /2000) diz que, as recriminações que deveriam ser direcionadas ao outro se voltam para o próprio Eu. Isso quer dizer que, a libido não foi deslocada para outro objeto, mas foi recuada para o Eu, esse processo é visto como uma identificação do Eu com o objeto amado, o que nos faz supor que, provavelmente, na melancolia a escolha objetual foi do tipo narcísica e o Eu se perde no outro. Essa afirmação justifica o fato dessa perda ser tão dolorosa, porque o sujeito lida com si mesmo, inconscientemente, da mesma maneira ambivalente como trata o objeto que perdeu – amor e ódio -, por isso pode chegar ao suicídio (FREUD, (1917 [1915] /2000).

Para Winnicott (1963, p. 200), a depressão “são padrões de conciliação entre o êxito e o fracasso no estado de desenvolvimento emocional do indivíduo”. Para ele, a depressão também pode ser normal ou patológica e a descreve em duas formas: depressão reativa e depressão esquizoide. A reativa seria uma forma de depressão mais no campo da normalidade porque seria possível através dela desenvolver uma capacidade de sentir-se no lugar do outro, de preocupar-se. Porém, expressar essa forma de depressão, só é possível para o indivíduo que apresente certo nível de maturidade e de integração do self. Já depressão esquizoide, o quadro clínico se parece com esquizofrenia, pois pode ocorrer algum nível de despersonalização e sentimentos de irrealidade.

Winnicott (1963, p. 200) ressalta também como seria o tratamento com pacientes depressivos, ele afirma que, “a psicoterapia desse tipo não seria diferente da neurose, exceto pelo fato de que, na transferência, a dinâmica mais poderosa está no relacionamento a duas pessoas baseado no que originalmente lactante e mãe”, o que nos remete a ideia inicial de que a capacidade para atravessar um luto ou uma depressão está ligado a como foi o processo de desenvolvimento primitivo do indivíduo e varia de acordo com a estrutura ambiental que foi provido inicialmente.

Arrais (2005) traz a ideia de que a depressão pós-parto está incorporada na trilogia das entidades: *baby blues*, psicose puerperal e depressão pós-parto. Esses seriam os transtornos depressivos e ansiosos que pode surgir no período perinatal. O *baby blues* não se trata de uma depressão pós-parto, mas de uma tristeza, estado de fragilidade que ocorre no terceiro dia de gestação, é identificado por fortes crises

de choro, sensibilidade excessiva, ansiedade, preocupação com a saúde do bebê. É o momento que a mulher começa a deparar-se, de fato, com o impacto das mudanças consequentes da maternidade, o *baby blues* pode durar cerca de uma semana até um mês, é considerado um distúrbio leve de humor e, segundo a autora, as chances de evoluir para uma depressão são mínimas.

Na psicose puerperal, Arraias (2005) diz que há uma distorção da realidade que são deturpações graves, podem ocorrer alucinações, alterações de ordem cognitiva entre outras alterações psíquicas, nela há uma probabilidade maior de ocorrer riscos de ataques ao bebê (infanticídio) ou contra a própria vida (suicídio). A psicose puerperal é considerada um transtorno de humor pela Classificação Internacional de Doenças (CID.10).

Sendo assim, é possível pensar o *baby blues* como um processo de luto que requer tempo para elaborar as complexas transformações que a mulher que acabou de dar a luz está imersa. Já a melancolia seria o estado de psicose puerperal e a depressão pós-parto, pois a mulher nessas instâncias, entra em um luto profundo que a incapacita de investir em si mesma, conseqüentemente não consegue investir em seu bebê. Nesse sentido é possível que ela esteja adoecida a ponto de partir para o ato, tentando contra a própria vida ou a vida de seu bebê.

A depressão pós-parto, de acordo com Donelli et al. (2016), é uma depressão com manifestações clínicas da depressão comum, mas os sintomas formas de se apresentar dependem de diversas circunstâncias, por exemplo, tem inclinação para ocorrer quando a mãe vivencia uma quebra de expectativa com relação ao filho e por meio da experiência aparece o desejo por retraimento, de se isolar, estresse, decepção, incapacidade de acolher o bebê, de se expressar e sobreviver ao momento delicado em que se encontra. Por outro lado, pode apresentar sintomas mais eufóricos como se mostrar falante, disposta, autossuficiente, esses excessos podem ser sinal também de uma depressão após o parto.

Segundo Correa e Serralha (2015, p.113-126), são inúmeros os fatores que podem corroborar para um depressão pós-parto, alguns deles seriam:

Problemas socioeconômicos; transtornos psíquicos que ocorrem em períodos anteriores à gestação; predisposição genética (nos casos de

indivíduos da família que já apresentaram algum tipo de transtorno; falta de suporte tanto social como emocional e psicológico; gestação não planejada; nascimento prematuro; criança com alguma doença; deficiência ou morte do neonato; dificuldade na amamentação ou para lidar com temperamento do bebê; problemas no parto ou histórico de partos anteriores problemáticos; antecedente de aborto induzido; mãe muito ansiosa; conflitos com o parceiro e a falta de apoio ou ausência deste; mudanças nos sistemas neuroendócrinos; eventos vitais negativos e estressantes durante esse período; perdas significativas e estresse; dificuldade de retornar ao trabalho ou de conciliar as antigas com as da maternidade; sobrecarga e falta de suporte por parte dos familiares e, por fim, um grande tempo sem ver o bebê após o parto.

A mesma autora afirma que, sobre o momento em que começa aparecer os sintomas, existe controvérsias sobre a opinião dos autores, há aqueles que acreditam que inicia na primeira semana, até autores que postulam que seja de dois a três meses após o parto. Portanto, é possível perceber que é presente uma dificuldade de descrever com exatidão o momento de início da depressão pós-parto. Mas que, as puérperas apresentam sintomas comuns: desanimo, sentimento de culpa, sono, ideias suicida, temor de machucar o filho, perda de apetite e de interesse de realizar as atividades que fazia etc.

Um outro aspecto que é importante destacar, é que o relacionamento com a mãe pode ser significativo nesse momento, pois se existir uma bom relacionamento entre mãe e filha na representações e no mundo mental da mulher é possível que ela se sinta mais segura para desempenhar sua função quando tiver um filho. Caso contrário, se essa relação for de desconfiança e agressividade, a mulher pode sentir insegura e angustiada (CORREA E SERRALHA, 2015). Tal afirmativa nos faz pensar que a relação da mulher com sua figura materna está intimamente ligada a forma como vai experimentar a sua maternidade. Ou seja, o modelo de maternagem – a mãe que eu tive, a mãe que eu sou, a mãe que eu quero ser- pode influenciar em uma Depressão pós-parto. Sendo assim, a maternidade não começa com a chegada do bebê, mas desde suas primeiras relações, sua infância, adolescência, no desejo de ser mãe ou não até a gestação e, a forma como a mulher vai lidar, depende também de como foi suas experiências e a sua estrutura ambiental no seu processo de amadurecimento.

Por fim, a depressão pós parto está diretamente relacionada à forma como uma mulher se constitui como sujeito, seus aspectos primitivos, as funções maternas primárias exercidas pela própria mãe como recebeu os primeiros cuidado como

holding, manejo, como se deu sua apresentação de objetos, bem como acolheu o olhar de sua mãe, todas essas variáveis vai dizer, essencialmente, do tornar-se mãe e a estrutura psíquica que tem para lidar com a maternidade.

4. CONTRIBUIÇÕES CLÍNICAS E TÉCNICAS WINNICOTTIANAS.

Neste capítulo será abordado as funções do analista, tais como, o holding, manejo, interpretação e o brincar. A teoria de Winnicott, convida o analista a buscar agenciar, no espaço terapêutico, o desenvolvimento de aspectos da vida psíquica que não puderam progredir por causa de falhas no processo primitivo, além de considerar a relação do analisa- analisando uma forma de estruturar o self e propiciar mudanças, como também um lugar onde o paciente encontre acolhimento em suas necessidades psíquicas.

O autor também, lança mão da ideia de uma forma menos rígida de conduzir uma análise, Winnicott (1960a), questiona as interpretações exageradas e, afirma que, a interpretação deve ser manejada em termos do amor e da ambivalência do indivíduo. Assim procedendo, é possível que o analista faça uma adaptação do *setting*, de acordo com a demanda do paciente, buscando realizar um trabalho terapêutico que autorize o fantasiar, a expressão de gestos espontâneos e do brincar criativo.

4.1 Funções do analista: sustentação, manejo e interpretação

É possível perceber a importância do conceito de *holding* descrito na teoria winnicottiana associado ao ambiente terapêutico, o autor se apropria da noção de ambiente *holding* para descrever o *setting* analítico – funções maternas e funções do analista. Em que a capacidade de analista prover um ambiente tranquilo e livre de invasões é fundamental para que o paciente consiga confiar e, ao mesmo tempo, ir se integrando. Nesse lugar, é autorizado que o sujeito desenvolva suas capacidades, que ele busque saúde para fortalecer seus laços sociais, afetivos, bem como tenha espaço para construir um modo melhor de lidar com suas questões.

Isso quer dizer que, por meio de uma análise, o *holding* suficientemente bom permite que o paciente encontre maneiras de sobreviver aos seus sofrimentos, bem como ressignificá-los. O *setting* terapêutico como sustento para o desamparo

apresentado, como espaço de acolhimento, de contenção. A análise como espaço em que o paciente vivencia determinadas experiências significativas, assim como no *holding* materno.

Na clínica winnicottiana a provisão de um ambiente analítico que corresponde as necessidades do paciente é mais importante do que o método interpretativo tradicional da psicanálise. Winnicott (1960a/1983), enfatiza o manejo do que a interpretação porque o manejo está intimamente relacionado a que tipo de cuidado o paciente – de maneira subjetivo – precisa. Já se a interpretação for exagerada será inútil para o paciente “o analista pode parecer muito esperto, e o paciente pode expressar admiração, mas no final a interpretação correta é um trauma, que o paciente tem que rejeitar, porque não é sua (WINNICOTT, 1960a/1983, p. 50)”.

De acordo com o autor a adaptação suficientemente boa do analista e a adaptação as suas necessidades individuais poderá ser vista pelo paciente “como algo que suscita esperança de que o verdadeiro Eu poderá finalmente correr os riscos implícitos em começar a experimentar o viver” (WINNICOTT, 1955-6/2000, p. 395). A adaptação suficientemente boa do analista poderá levar a mudança do paciente de um Eu falso para um Eu verdadeiro.

Por isso, o manejo do analista com o paciente está voltado para o desenvolvimento da criatividade, na ênfase na espontaneidade, do verdadeiro self em detrimento do falso. Assim, é autorizada pelo analista manifestações de um viver criativo, possível de ser experienciado no espaço potencial, na relação analítica (TELLES, 2011). O analista é convidado, sobretudo, a sustentar tais experiências do paciente ao longo do tempo.

4.2 O brincar

Segundo Franco (2003), existe uma raiz profunda que relaciona o brincar como forma de sublimar as pressões instituais na psicanálise. Nessa perspectiva, a brincadeira é pensada como uma fantasia que se oculta e o papel do analista seria

interpretar tais fantasias. Klein e seus seguidores, por exemplo, destacam a importância significativa da interpretação como forma de decodificar e dá sentido à brincadeira vivenciada no espaço analítico (FELICE, 2003).

Winnicott (1975) traz uma concepção diferente, ele volta sua atenção para o brincar como objeto de estudo, a descrevendo como primária. Ou seja, o brincar como universal da natureza humana, afirmando que:

... a brincadeira que é universal é própria da saúde: o brincar facilita o crescimento e, portanto, a saúde; o brincar conduz aos relacionamentos grupais; o brincar pode ser uma forma de comunicação na psicoterapia; a psicanálise foi desenvolvida como forma altamente especializada do brincar, a serviço da comunicação consigo mesmo e com os outros (WINNICOTT, 1971, p. 23).

O brincar para Winnicott não se atém apenas a crianças, mas também para os adultos. Em uma análise infantil, o terapeuta busca por meio do brincar abrir espaço para uma forma de expressão mais efetiva, pois somente o uso da linguagem verbal seria limitado para compreender a sutileza de conteúdos que a criança expressa por meio do brincar espontâneo.

Na análise de adultos, o brincar passa a existir através da escolha de palavras, inflexão da voz, na verdade, bem como no senso de humor. “Para ele o brincar é por sim mesmo uma terapia (WINNICOTT, 1975, p. 74)”. A análise é o espaço para compreender bloqueio, bem como para produção de conteúdos ricos. É por meio do brincar que a criança e o adulto desfrutam de sua capacidade de liberdade e criação (WINNICOTT, 1975).

A concepção do brincar ganha um novo sentido para Winnicott, a partir do desenvolvimento de seus estudos fenômenos transicionais, que funda uma área intermediária de experimentação, essa área corrobora com a realidade interna, como também com a externa – uma conexão entre o mundo psíquico e social construído (WINNICOTT, 1975, p. 14). É nessa área intermediária que encontram-se os objetos transicionais.

Introduzi os termos “objetos transicionais” e “fenômenos transicionais” para designar a área intermediária de experiência entre o polegar e o ursinho, entre o erotismo oral e a verdadeira relação de objeto, entre a atividade criativa primária e a projeção do que foi introjetado, entre o desconhecimento primário de dívida e o reconhecimento desta (Diga: “bigado”) (WINNICOTT, 1975, p, 14)

Winnicott estava interessando na área intermediária entre o subjetivo e aquilo que é objetivamente percebido. O autor propõe a relação sujeito- objeto como resultado da atitude do adulto de permitir a ilusão de onipotência da criança, nessa experiência ela apropria-se dos aspectos afetivos, motor do objeto que o interessa, e gradualmente, na medida em que o sujeito vai vivenciando a oportunidade de controle do objeto (usa, mutila, ama), então será possível que esse objeto ser descartado, ele vai se tornando menos interessante, e esse interesse vai sendo aos poucos investido em outras áreas da vida – no brincar, na vida social etc.

Para o adulto esse objeto é externo; para a criança, vem de dentro. É importante destacar que o uso efetivo desse objeto só é possível através da promoção de um ambiente suficientemente bom que possibilite a criança determinada vivência.

Para o autor, o brincar é o principal objeto de transicionalidade para criança, já na vida adulta essa área é expressa na religião, nas artes, na cultura. O brincar não tem topologia e temporalidade (WINNICOTT, 1975). Não está dentro e nem fora da subjetividade, mas existe um lugar e tempo fora do controle mágico do sujeito.

Concretizo minha ideia sobre a brincadeira, reivindicando que o brincar tem um tempo e um lugar. Não é dentro [...]. Tampouco fora, o que equivale a dizer que não constitui parte do mundo repudiado, do não-eu, aquilo que o indivíduo decidiu identificar (com dificuldade e até mesmo sofrimento) como verdadeiramente externo, fora do controle mágico. Para controlar o que está fora, há que fazer coisas, não simplesmente pensar ou desejar, e fazer coisas toma tempo. Brincar é fazer (WINNICOTT, 1975, p. 63).

Winnicott descreve a existência de um espaço potencial entre a mãe e o bebê, seria o lugar entre a realidade interna e a realidade externa, e é nesse terceiro lugar que acontece o brincar e as vivências culturais no qual fora citado (WINNICOTT, 1975, p. 76)

Parece plausível pensar a terapia como espaço potencial onde há duas áreas do brincar, a do analista e a do paciente. Um ambiente em que abre possibilidade para duas pessoas brincar, produzir, bem como aprender juntas. O *setting* terapêutico seria a extensão da relação da mãe com seu bebê, que também vai possibilitar a continuidade do ser/existir na construção analítica.

Winnicott (1975) diz que o brincar por si só é uma terapia, pois esse brincar do paciente traz consigo experiências oriundas de sua realidade interna e externa, bem como consome espaço e tempo de forma real e intensa. Quando o paciente se apropria desse ambiente como espaço potencial, o brincar ganha lugar para fluidez do viver rico em criatividade e elaborações de conflitos inerentes a existência humana.

5 MARIA: A PACIENTE QUE TRANSFORMOU A DOR DO ABANDONO MATERNO EM UMA EXPERIÊNCIA DE CONTINUIDADE DE EXISTIR NO TORNAR-SE MÃE

Após essa construção teórica sobre o tema do tornar-se mãe e da depressão pós parto, realizo agora uma construção clínica, tomando como base um caso clínico selecionado da minha prática.

5.1 O encontro com Maria e sua história clínica

Um primeiro aspecto que chama atenção nesse caso foi o fato de antes da primeira sessão a paciente fez o contato via mensagem e envia um vídeo solicitando à analista que o assista antes do primeiro atendimento, pois, segundo a paciente, dessa forma, seria possível compreender melhor a sua história.

Ao entrar no consultório pergunta sobre o vídeo. A analista, em uma atitude de acolhimento, devolve que deseja compreender o que a traz até a análise, mas que achava importante ouvi-la primeiro e posteriormente poderia assistir a gravação.

No vídeo a paciente faz um depoimento sobre o que ocorreu na sua vida nos últimos três anos de uma forma explicativa, mas no *setting* terapêutico ao relatar o que houve, começa a vivenciar, de fato, a sua dor, expressar o seu sofrimento, como também se sentia naquele momento ao lembrar do que aconteceu. Da primeira sessão até atualmente há inúmeras construções vivenciadas pela dupla - analista analisando - que serão melhores descritas no relato desse caso.

Maria (nome fictício), 33 anos, funcionária pública, casada. De acordo com a paciente, tudo começou na gestação, quando ela estava grávida da sua primeira filha. A paciente não conseguia dormir, tinha insônia, todos os dias acordava de madrugada, chegou a tomar remédio natural, mas imaginava que esses sintomas

eram consequências das alterações hormonais que fazem parte ao período de gravidez.

A filha nasceu de parto natural realizado em casa. De acordo com a paciente, foi um parto bonito e emocionante, ela afirma que foi o dia mais feliz de sua vida. No primeiro mês, tudo ocorreu bem, a mãe e o bebê conseguiam dormir e descansar juntas. No entanto, a partir do segundo mês, a insônia retornou mais forte, a paciente não conseguia dormir e começou a sentir ansiedade (sudorese, palpites no coração). Nesse momento, começa a aparecer limitações “físicas e psicológicas” para cuidar da criança. Nessa época procurou um psiquiatra, foi diagnosticada com transtorno de ansiedade e depressão pós-parto. A partir do diagnóstico, Maria começa um tratamento com medicação. Por essa razão precisou fazer o desmame com bebê para poder tomar os remédios. Ela expressa que essa foi uma decisão difícil.

É importante destacar que a paciente não é natural de Brasília, mudou para a cidade para casar-se. Então, na gestação e no período de pós-parto, teve como rede de apoio a família do marido, que a ajudou cuidar do bebê. A paciente conta que, mesmo com remédio, não se sentia bem, pediu ao médico para aumentar a dose, mas não resolveu. Dessa forma, começou vir à tona pensamentos suicidas, ela começa a sentir vontade de morrer e de se matar, na época em que os sintomas começaram a surgir, Maria conseguiu compartilhar com o marido. Por esse motivo, eles decidiram morar na casa da sogra até ela apresentar alguma melhora.

No terceiro dia em que estava na casa da sogra, Maria se joga pela janela do segundo andar (sobre esse episódio a paciente lembra de poucos detalhes). Na queda quebrou a base da coluna e a tíbia, fez cirurgia na coluna, e por pouco não ficou paraplégica. Após um mês, retorna para casa. Ficou três meses em cadeira de rodas, mas aos poucos foi voltando a andar. Outra consequência da queda foi a disfunção na bexiga: ficou sem controle da urina, precisou usar fralda. Sua mobilidade também ficou limitada, tem dificuldade em andar rápido, de subir degrau, não pode ficar muito tempo na mesma posição.

Após cinco meses dessa tentativa, mesmo fazendo tratamento psiquiátrico, medicada, tomando remédio para dormir, voltaram os pensamentos de morte.

Segundo a paciente, dessa vez não conseguiu compartilhar com ninguém. Maria foi até a farmácia, comprou insulina, “muita insulina” (sic), retornou para casa, entrou no banheiro e injetou toda insulina no corpo. Por sorte, a empregada da casa percebeu, chamou o marido que conseguiu rapidamente acionar ajuda médica e foi possível reanimá-la. A paciente ficou um tempo na UTI. Quando saiu a família decidiu interná-la em uma clínica. Maria diz que os remédios que tomava eram fortes; recorda que nessa clínica ela não conseguia aderir ao tratamento, não conseguia falar de seu sofrimento para os psiquiatras, para os psicólogos, diz que não era como as outras pessoas que conseguiam compartilhar: “é como se eu não fizesse parte daquele ambiente, não se identificava, é como se eu estivesse ausente, em outro plano (sic)”.

Ficou um mês internada nessa clínica, relata que começou a se sentir melhor, tentou retomar a vida. Ainda assim, não conseguia, pois mesmo após a internação, não sentia gosto pela vida, estava tudo diferente, o corpo mudou, começou a ganhar peso, passou de 65 para 90 quilos.

Algum tempo depois, Maria faz um procedimento médico para substituir a fralda por uma sonda interna. Atualmente, faz um alto cateterismo de quatro em quatro horas - passa a sonda na uretra para retirar a urina. Depois da internação, desse procedimento cirúrgico mais uma vez Maria pensa em retomar sua vida. No entanto, descobre uma infecção urinária concomitante a uma pneumonia grave, pegou algumas bactérias, sua imunidade ficou baixa, precisou tomar altas doses de antibióticos. A paciente relata que nesse momento “perdeu as forças (sic)” porque havia chegado ao limite das tentativas de retomar a sua vida. Assim sendo, entrou em um quadro depressivo onde só ficava deitada, “não sentia vontade de sair, não conseguia se arrumar, não dava conta de cuidar da filha, de cuidar da família, de estar com o marido, não sentia vontade de viver (sic)”.

Até que após alguns exames, uma equipe médica descobriu que ela tinha uma síndrome chamada *cushing* – uma síndrome rara onde o corpo produz altos níveis de cortisol. Segundo os médicos, essa síndrome começou na gestação. Logo após a paciente começar a tratar essa síndrome, começou a se sentir bem, perde peso, e mais uma vez busca retomar a sua vida. Dessa vez desejante, fez desmame

dos remédios psiquiátricos, desperta o interesse por procurar tratamento psicológico, faz solicitação para retornar ao trabalho.

A paciente afirma que, esse momento, é como se ela estivesse se afogando, há quase três anos, alguém jogou uma boia e ela voltou para o barco, mas quando ela volta está tudo diferente do que ela deixou, tudo fora do lugar. Agora ela rapidamente percebe que precisa se reinventar para suportar a nova realidade e conseguir reconstruir sua vida.

Há um ano e dois meses Maria está em análise. Nesse tempo ocorreram significativas mudanças. Maria apresenta um desejo profundo em mergulhar em suas questões, seus conflitos, seus afetos, dinâmica familiar e dar um novo sentido a sua história. Maria vive um processo de reconstrução em vários aspectos. Darei ênfase, a princípio, ao relacionamento com sua filha, Ana (nome fictício), que no início do tratamento analítico tinha dois anos e oito meses.

5.2 Construções em análise: a identificação com a filha e o tornar-se mãe

A primeira construção em análise que gostaria de ressaltar foi a possibilidade da paciente começar a se identificar com a filha e estabelecer uma relação saudável para ambas.

A paciente traz como se sente ao retornar de “nárnia” (termo usado pela paciente para dizer sobre o tempo que ficou doente), nas sessões apresenta uma força impressionante de retomar a maternidade, o amor por sua filha, sua autonomia, seus afetos, sua vida familiar.

O processo de reestabelecimento de vínculo com a filha, foi um dos aspectos sofrido e transformador para a paciente. No *setting*, Maria chorou a dor de não ter participado do processo de desenvolvimento da filha nos três primeiros anos de idade, expressa a dor de não poder ter a segurado o seu bebê no colo, amamentado, acompanhado os primeiros passos, as primeiras palavras,

brincadeiras... a dor de não ter participado de algum aniversário da filha. “É insuportável olhar as fotos da Ana nos primeiros anos de vida e perceber que eu não estava ali, mas difícil ainda é quando ela me pergunta onde eu estava porque não apareço nas fotos, eu não sinto culpa, mas é um puts, que merda... (sic)”.

Nas primeiras sessões a paciente fala intensamente de sua dificuldade em se aproximar da filha, pois nesse período em que esteve ausente, a criança elegeu outros cuidadores (pai, avó, tia avó), não tinha lugar para a mãe que chegou três anos depois. Por algum tempo, Ana mostrou-se agressiva com a mãe. Segundo Maria, todo amor da criança é direcionado para o pai. Maria se emociona em uma sessão ao relatar seu desejo em amamentar (com mamadeira) a filha, mas suas tentativas eram frustradas, porque a criança só queria se fosse o pai e fazia um “escândalo” quando ela tentava. É um tempo em que Maria tem sede de maternidade, no entanto precisar suportar a dor de não ser correspondida pela filha e ter esperar o tempo dela.

Outro episódio marcante que parece mexer com a paciente é quando ela tenta dar banho em Ana, mas ela tem uma crise de choro no banho chamando pelo pai. Aqui falamos da hesitação com de uma mãe que tenta se aproximar de uma vez da filha, talvez buscando suprir as necessidade que não conseguiu atender nos primeiros estágios de desenvolvimento da criança, por exemplo o cuidado com alimentação, com o corpo da criança.

No decorrer dos primeiros meses de análise, Maria foi apresentando-se ambivalente. Ao mesmo tempo que aparecia uma mãe desejante em construir um laço afetivo com a filha, percebia-se também uma mãe agressiva diante da demanda da criança, por exemplo quando traz em seu discurso sobre corrigir com palmadas, “filho tem que respeitar e obedecer a mãe (sic)”.

Gradualmente, foi sendo interpretado no espaço analítico esses sentimentos. E logo, Maria consegue elaborar que essa era uma maneira que ela encontrou de se auto-afirmar na relação com a filha, “já que Ana não estava conseguindo reconhecer o seu afeto, precisaria ao menos reconhecer a figura de autoridade na qual ela representa (sic)”. O curioso é que, aos poucos, as duas vão se aproximando e uma

comunicação efetiva vai tomando o lugar da agressividade na qual as duas reagiam inicialmente nessa relação.

Aqui me ocorre pensar no estágio de ausência de hesitação pensado por Winnicott, em que essa mãe se aproxima da filha eufórica, transbordando, incapaz de sondar e decodificar o ambiente primeiro. Na medida em que vai sendo trabalhadas essas questões na análise, por meio da transferência, a paciente consegue também ter um olhar mais sensível direcionado a filha. Tal afirmação pode ser justificada ao observar a capacidade que essa mãe vai construindo de se aproximar da criança por meio do brincar, de explorar seu ambiente, e conseguir se colocar no lugar da menina, percebendo seu estado, suas faltas, suas necessidades.

Há uma sessão que marca a escuta da analista que é quando Maria começa a brincar com a filha e Ana traz um brincar muito primitivo como brincadeiras relacionadas a sons, “apareceu- sumiu” etc. Maria relata que as vezes Ana fica infantilizada querendo ser bebê. Por outro lado, reitera que gosta dessa experiência e de permitir que Ana reviva essa experiência de ser bebê as vezes, já que as duas não puderam vivenciar no passado. Relata sabe a hora do limite e de educar, “mas que também é uma realização que a fez sentir verdadeiramente mãe, “parece que eu preciso também disso, eu viro uma criança com ela (sic)”.

5.3 O ser filha e o ser mãe

Interessante que, ao passo que Maria vai vivenciando as dificuldades da reconstrução desse laço materno, percebe-se que ela vai entrando em contato também com demandas relacionadas ao relacionamento com seu ser filha. Maria relata ter sido adotada e ter vivido um relacionamento significativamente difícil com sua mãe. No *setting* verbaliza que a vida inteira, “tudo que queria era uma mãe e passou a vida inteira buscando alguém que a maternasse (sic)”: a mãe adotiva, a madrasta, uma tia do marido que a acolheu quando ela mudou para Brasília. Relata o desamparo materno que sente em relação a sua mãe adotiva, e a dor de ter feito “tudo” para ser amada por ela, mas não conseguiu. De acordo com Maria, as duas se davam bem até a adolescência quando ela obedecia o “regime totalitário” e até

essa fase do desenvolvimento Maria era a filha que fazia tudo para agrada-la, cuidava da casa, das irmãs.

Entretanto, Maria começa a descobrir o mundo além do olhar da mãe, segundo a paciente as duas vivem anos de acentuados conflitos até ela chegar ao limite e fugir para a casa do pai deixando avisado por um bilhete. Nas sessões fala de um desamparo, de uma profunda solidão que vivia em casa e na relação com a mãe. Traz que embora tenha explorado as descobertas da adolescência, gostava de estudar, “estudava muito para prestar vestibular, tanto que foi aprovada em cinco Universidades pelo Brasil, mesmo ouvindo cotidianamente a mãe dizer que ela nunca seria alguém na vida” (sic).

Segundo a paciente desde que ela começou a fazer faculdade a mãe a humilhava, tinha crises de gritos, falando que ela se achava melhor porque estudava, sempre enfatizando os estudos como algo negativo. Nas sessões Maria consegue falar da raiva que sente pela mãe, se autoriza a poder sentir ódio e dizer que não consegue amar amá-la, fala também que acha que ela sente inveja porque foi a única filha que conseguiu casar com um homem “bom, que a ama, valoriza, que estudou, passou em um concurso (sic)”. Consegue verbalizar o quanto se sentiu sozinha quando teve sua bebê, o quanto gostaria de ter uma mãe para dividir os sofrimentos da vida, para poder contar. Relembra o sofrimento que passou e não teve o apoio de sua mãe.

Tem uma sessão específica que Maria deita no divã em posição fetal e chora como um bebê falando sobre essa “mãe narcísica” que só te diminui, te desvaloriza (sic)” e diz para terapeuta: “você sabe o que é uma pessoa fazer uma criança sentir tanto ódio a ponto de tomar a atitude de cortar todas as sandálias dela com a tesoura (sic)” ...

Maria relata que muitas vezes chora quando está longe da filha e do marido. Diante das dificuldades do cenário atual, reconhece que precisa de ajuda e que guarda suas angústias para sofrer na sessão. “Aqui é o lugar que eu me acabo de chorar, sofro, me recomponho e volto mais uma vez para casa fortalecida para viver e amar a minha família (sic)”. Repetidamente verbaliza que não consegue viver sem terapia, e quando precisa faltar ou viajar a vida se torna um caos. Quando Maria

falta, retorna desorganizada, existe significativa dificuldade de a paciente pausar a fala para o analista fazer alguma pontuação ou finalizar a sessão.

CONCLUSÃO

O objetivo desse trabalho foi pensar a depressão pós parto dentro de um processo de constituição psíquica, com a intenção de refletir e problematizar a complexidade que pode estar presente no tornar-se mãe, por meio da teoria winnicottiana e outros autores que corroboram com o tema. Assim, foi possível descrever a trajetória que as mulheres percorrem até poderem estabelecer um vínculo efetivo com seu bebê. Buscou-se também desconstruir o mito de que esse momento é de plena felicidade, que a mulher é por instinto preparada para ser mãe, pois, percebe-se que se tudo não ocorrer bem, esse momento pode ser de sofrimento tanto para a mãe, quanto para o bebê. Para a mãe conseguir cuidar do seu bebê, ela precisa estar bem. Isso significa que, o cuidado precisa ser, necessariamente, com a dupla.

Winnicott (1960a/1983, p. 40) enfatiza que, “Não existe isso que chamam de bebê, o que quero dizer, obviamente, é que sempre que vemos um bebê, vemos também um cuidado materno e sem o cuidado materno não haveria um bebê”. Após o extremo desamparo inicial do bebê ter sido suprido pelo cuidado total materno, em que as funções ambientais de segurar, manejar e apresentar objetos foi provido pela mãe. Assim como um ambiente que lhe faça sentir o mais próximo possível da condição intrauterina, até ser possível a constituição de um verdadeiro self, e um relacionar-se com a mãe na qualidade de pessoa total, em que esse bebê consegue sentir sua existência como real e sua continuidade de ser é protegida.

Sendo assim, para que a mãe consiga suprir tais necessidades do bebê é importante que ela tenha também os cuidados necessários, como a realização de um pré-natal psicológico, visando que a mulher tenha um espaço de acolhimento e escuta, não apenas o pré-natal médico. Pois, ainda hoje, vemos quão desamparadas estão as mães e os seus bebês no sentido de um cuidado emocional e psíquico. O foco do cuidado ainda é essencialmente médico e orgânico. No qual são negligenciados e não atendidos as demandas, as transformações e os sofrimentos decorrentes das construções de uma maternidade.

Rocha (2003) ressalta a importância que a mãe tenha contato com a equipe obstétrica antes do parto para que através da conscientização dos procedimentos que serão realizados seja possível minimizar a ansiedade da mãe com relação ao trabalho de parto, mais que isso, ela precisa de alguém em que possa confiar e que possa prover a ela os cuidados necessários a este momento e que a equipe médica esteja capacitada para reconhecer o que a mãe carece, levando em consideração a sua maturidade emocional. No caso de uma mãe adoecida ou que mostre pouca imaturidade emocional, é necessária a identificação desta condição para que seja possível um tratamento adequado a sua demanda.

Nessa perspectiva observou-se a relevância de ter uma assistência profissional e o amparo da rede de apoio também no período pós-parto. Visto que é um momento em que a mulher adentra um estado de dependência, onde é reduzida sua autonomia em razão da condição de fragilidade que se encontra após ter vivenciado a complexidade inerente ao período gestacional, ao parto, bem como é o momento em que a mãe tem os primeiros contatos com seu bebê e inicia mais intensamente a construção do tonar-se mãe. Nesse sentido, essa monografia visou também contribuir para a importância desse acolhimento e escuta nessa fase da vida da mãe e do bebê.

Considerando que o desenvolvimento primitivo poderá refletir nas demandas da vida adulta. Winnicott (1955-6/2000), faz uma íntima relação das funções maternas com as funções do analista no trabalho terapêutico, sendo fundamental que o analista tenha a capacidade de prover um ambiente tranquilo e livre de invasões, baseada no holding, manejo, interpretação, na permissão do brincar, pois assim, será possível para o paciente ir aos poucos se integrando e, desenvolvendo suas capacidades subjetivas. Tal afirmativa nos permite pensar que, é por intermédio dessa provisão que o paciente pode recuperar sua saúde.

Sobre o caso clínico exposto nesse trabalho, compreendi que, no processo analítico com Maria, o setting terapêutico exerceu a função de sustento para o desamparo apresentado, na medida em que a paciente vai encontrado norte para suas necessidades físicas e psíquicas, vai integrando também as suas experiências no ambiente externo. O que me faz entender que o *setting* é considerado como

espaço de acolhimento, de contenção, bem como e sustento de determinadas experiências.

Vale ser ressaltado também a capacidade de um brincar espontâneo e criativo que Maria foi aos poucos adquirindo e, tanto nas suas expressões em análise, como na relação com a filha. O brincar serviu como um elo, para a comunicação entre as duas se desenrolasse de maneira efetiva. O brincar foi utilizado na relação mãe- bebê como forma de educar, ouvir e acolher. Assim, por meio do lúdico, as duas puderam se entender e retomar a construção desse vínculo que foi rompido pela depressão pós-parto e pelas impossibilidades decorrentes das tentativas de suicídio. Essa mãe percebe o *setting* também, como espaço potencial que a auxilia a se adaptar as constantes mudanças de sua vida. Dessa maneira, ela abre espaço para que a filha possa também se expressar espontaneamente e encontrar amparo em suas mudanças. Tal hipótese, me fez pensar que a experiência emocional entre analista/analizando é reflexo da relação mãe- bebê – a paciente ao encontrar uma ambiente suficientemente bom na análise, passa a dar conta de prover esse ambiente para filha também.

Winnicott (1986-1971, p. 179 faz uma tentativa de descrever o fator ambiental referente a vários estágios iniciais do desenvolvimento emocional.

No entanto, para uma compreensão mais completa da questão, é possível lembrar que os estágios iniciais jamais serão verdadeiramente abandonados, de modo que ao estudarmos um indivíduo de qualquer idade, podemos encontrar todos os tipos de necessidades ambientais, das mais primitivas as mais tardias.

Por fim, considero que Maria faz das sessões o seu lugar para retomar essa dor profunda, de ordem tão primitiva, uma dor relevante que encontrou saída na fala, que pode ser vivenciada, compreendida, acolhida, principalmente elaborada.

REFERÊNCIAS

- ARRAIAS, Alessandra Rocha. *As configurações subjetivas da depressão pós-parto: para além da padronização patologizante*. Tese (doutorado em psicologia) – Universidade de Brasília, Brasília, 2005.
- BADINTER, Elisabeth. *Um amor conquistado: O mito do amor materno*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.
- DIAS, Oliveira Elsa. Os estágios primitivos: dependência absoluta. In____. *A teoria do Amadurecimento D. W. Winnicott* [recurso eletrônico] 3ª ed. Rev. – DWW editorial. São Paulo, 2014.
Disponível em: https://pt.scribd.com/read/405700690/A-teoria-do-amadurecimento-de-D-W-Winnicott-3-Ed#n_search-menu_638343 acesso em: 20 ago. 2019
- FARIA, Flavio Del Matto. A questão do suicídio na teoria de D. W. Winnicott. *Winnicott e-prints*, São Paulo, V.2. n.1, 2007. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-432X2007000100003#enda acesso em: 06 out. 2019.
- FELICE, Eliana Marcello. O lugar do brincar na psicanálise. *Psicologia teórica e prática*. V. 5, n.1, p. 71-79, 2003. Disponível em: <http://editorarevistas.mackenzie.br/index.php/ptp/article/view/1181/880> acesso em: 20 ago. 2019.
- FRANCHINI, Cristiane Bach; CAMPOS, Elisa Maria. O papel do espelho em um centro de atenção psicossocial. *Psicol. Estud.* V 13, n. 3, Maringá, 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722008000300024&lng=en&nrm=iso&tlng=pt acesso em 02 out. 2019.
- FRANCO, Sergio de Gouvêa. O brincar e a experiência analítica. *Ágora*. Rio de Janeiro. V. 6, n.1, Rio de Janeiro, 2003. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-14982003000100003&script=sci_arttext acesso em: 20 ago. 2019.
- FULGENCIO, Leopoldo. O brincar como modelo do método psicanalítico. *Rev. Brasileira de psicanálise*. V. 42, n. 1, p. 124-135, 2008. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbp/v42n1/v42n1a13.pdf> Acesso em: 23 ago. 2019
- FREUD, Sigmund (1856-1939). “Luto e melancolia”. In____. *Conferências introdutórias à psicanálise (1916- 1917)*. Vol.10. Tradução e notas Paulo cesar de Souza. 1ª ed. São Paulo. Companhia de letras, 2014.
- GABRIELA, Bruno Galván. *O conceito de falso si- mesmo na teoria do amadurecimento pessoal de D. W. Winnicott*. Tese de Doutorado apresentada ao instituto de psicologia da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2013.
- GRANATO, Tania Mara; VAISBERG, Tania Maria. Narrativas interativas sobre o cuidado materno e seus sentidos afetivos emocionais. *Psico. Clin.* Rio de Janeiro,

V.25, n. 1, p. 17-35, 2013. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-56652013000100002 acesso: 23 ago. 2019.

JULIEN, M.C.G. *Depressão pós-parto: um olhar psicanalítico*. São Paulo, 2013. Disponível em: <https://tede2.pucsp.br/bitstream/handle/15318/1/Maria%20Claudia%20Gomes%20Julien.pdf> acesso em: 25 out. 2019

ROCHA, Marlene Pereira. *Elementos da Teoria Winnicottiana na constituição da maternidade*. Tese de mestrado apresentada a Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo, 2006. Disponível em: <https://tede2.pucsp.br/handle/handle/15511> acesso em: 25 out. 2019.

TELLES, Karin Kristina Prado. *O manejo terapêutico em Winnicott: a clínica contemporânea*. Tese doutorado apresentada à faculdade de ciências e Letras de Assis- UNESP, ASSIS, 2011. Disponível em: <https://repositorio.unesp.br/handle/11449/105601> acesso em: 25 out. 2019

WINNICOTT, D. W. (1955-6). "Formas clínicas de transferência". In____. *Da pediatria à Psicanálise*. Rio de Janeiro: Imago, 2000.

WINNICOTT, D. W. "O brincar uma exposição teórica". In____. *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago, 1975.

WINNICOTT, D. W. "O brincar: A atividade criativa e a busca do eu (self)". In____. *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago, 1975.

WINNICOTT, D. W. (1965). "Alimentação do bebê". In____. *A criança e o seu mundo*. Traduzido da reimpressão, publicada em 1965, por Penguin books Ltd, Rio de Janeiro: Imago. Ed. 1982.

WINNICOTT, D. W. (1956). Preocupação materna primária. In____. *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago. Ed. 2000.

WINNICOTT, D. W. (1941). A observação de bebês numa situação padronizada. In____. *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago. Ed. 2000.

WINNICOTT, D. W. (1896-1971). Preocupação materna primária. In____. *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago. Ed. 2000.

WINNICOTT, D. W. (1960a). Teoria do relacionamento paterno infantil. In____. *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre, Artmed, 1983.

WINNICOTT, D. W. (1960b). Distorção do ego em termos de falso e verdadeiro self. In____. *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre, Artmed, 1983.