

FUNÇÃO DO ANALISTA NA DEPRESSÃO PÓS-PARTO: UM LUGAR POSSÍVEL PARA A MÃE E PARA O BEBÊ¹

Ana Luiza Heideneich Silva Freire²
Anna Costa Pinto Ribeiro³

RESUMO:

A constituição psíquica perpassa por caminhos que vão além de um mero cuidador que responde às necessidades orgânicas do bebê, seja satisfazendo-o ou frustrando-o. Contudo, envolve que esse cuidador insira o bebê em uma rede com um saber imaginário e simbólico, para que possa haver a inscrição dos significantes do discurso do Outro no corpo do *infans*. Por essa via, o desamparo do bebê também está além da sujeição orgânica, tange um desamparo diante de saber o que lhe convém, que enunciará sua constituição, ou seja, dispõe uma dependência do simbólico, que é exclusivamente transmitido por meio do enlaçamento com o Outro. No que se refere à depressão pós-parto, nesta condição a mãe se encontra incapacitada de investir seu gozo no bebê, podendo, com isso, colocá-lo em um deserto simbólico, na ausência de significantes, oferecendo um grande risco ao bebê, com sérias consequências para a sua constituição psíquica. A fim de preservar o psiquismo do bebê, e a saúde mental da mãe, o analista sustentará a função materna para ambos, invocando na mãe, a curiosidade, no bebê, o interesse pelo jogo pulsional, para que a partir desse movimento a mãe possa fazer laço. Portanto, a encarnação da função materna feita pela figura do analista assume uma postura para além dos cuidados com o bebê, e implica ampliar esses cuidados para a mãe que se encontra em uma posição de sofrimento. Com o intuito de desenvolver discussões e reflexões acerca desde campo de estudo, recorre-se aos referenciais epistemológicos da psicanálise.

Palavras-chave: Depressão pós-parto. Constituição psíquica. Laço mãe-bebê. Clínica psicanalítica. Clínica com bebês.

THE ROLE OF THE ANALYST IN POSTPARTUM DEPRESSION: A POSSIBLE PLACE FOR THE MOTHER AND THE BABY

ABSTRACT:

Psychic constitution pervades ways that go beyond solely caring, as in responding to organic needs of the baby, whether to meet or frustrate them. It also involves, however, that the carer inserts the baby in a imaginary knowledge and network of symbolic, so it can inscribe signifiers to the discourse of the Other over the body of the *infans*. Through this perspective, the helplessness of the baby is also beyond organic

¹ Artigo de trabalho de conclusão de curso de Graduação em Psicologia do Centro Universitário Academia na Linha de Pesquisa de Práticas Clínicas. Recebido em 27/10/2020 e aprovado, após reformulações, em 27/11/2020.

² Discente do curso de graduação em Psicologia do Centro Universitário Academia (UNIACADEMIA). E-mail: analuizaheideneichsf@gmail.com

³ Doutora em Psicologia pela Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF) e docente do Centro Universitário Academia (UNIACADEMIA). E-mail: annaribeiro@uniacademia.edu.br

subjection, which leans on helplessness facing what is convenient to know, which will state his or her constitution, that is, it produces a dependence to the symbolic, exclusively transmitted through entwining with the Other. Regarding postpartum depression, the mother is unable to invest her joy in the baby, possibly then placing him or her in a symbolic desert, void of signifiers and offering major risks to the baby, with severe consequences for his or her psychic constitution. Aiming at preserving the baby's psyche, and the mother's mental health, the analyst will sustain the maternal role for both, invoking curiosity and interest for the baby through the drive focus, so that in this moment she can join the bond. Hence, the incarnation of the maternal function created through the role of the analyst takes a stance beyond baby care, to enhance this caring with a mother who is in distress. In order to do so, we resort to the epistemological references of psychoanalysis, intending to develop discussions and reflections on this field of research.

Keywords: Postpartum Depression. Psychic Constitution. Mother-child Bond. Psychoanalytic Clinic. Baby Clinic.

1 INTRODUÇÃO

Quando um psicanalista recebe em seu consultório um bebê acompanhado de seus pais, a quem o analista se dirige? Escuta-se o bebê? A mãe? Escuta-se o bebê pelo discurso materno? O pai? O vínculo entre a mãe e o pai? Prioriza-se a escuta do laço mãe-bebê? Todos esses elementos são extremamente importantes e a escuta do psicanalista irá se pautar diante do que se consegue apreender das relações.

Na clínica com bebês, na clínica com os que não falam, o sintoma está atrelado ao corpo, sendo a manifestação de seu mal-estar. Esse sintoma necessita de interpretação, decifrar uma linguagem que desarranjou o desenvolvimento do bebê. Precisa-se indicar para ele a rede de significações na qual ele está inserido, na qual ele é convocado a comparecer. Objetiva-se que os cuidadores possam movimentar os seus saberes inconscientes sobre o seu filho e que ratifiquem a antecipação do sujeito, possibilitando a reconstrução dos laços previamente rompidos, para que possa ser reinvestido.

A clínica da primeira infância permite que se possa compreender os ideais culturais no que concerne à relação mãe-bebê, situada no campo do amor puro, intrínseco à natureza do feminino, onde a mulher encontraria uma presumida completude. Sendo que muitas vezes esses ideais não necessariamente fazem parte da relação mãe-bebê. Diversas mulheres sentem-se confrontadas a esses ideais

frente à forma na qual realmente sentem, culpadas por não amarem incondicionalmente seus filhos ou até mesmo por não possuírem um saber natural acerca do processo de ser mãe e de como cuidar do bebê (JERUSALISNKY, 2014). A maternidade não se trata de um espetáculo romantizado como o que é propagado pelos meios de comunicação, é um encontro com o desconhecido. Cada mulher vai exercer sua maternagem de uma forma única, de acordo com a sua própria história e com os recursos psíquicos e sociais que possui (LEAL, 2019).

O estabelecimento do laço mãe-bebê não é consequência do instinto materno e nem do que é racionalmente aprendido. O enlace de ambos se alicerça nos cuidados que são direcionados ao bebê, cuidados esses que são permeados de operações psíquicas, que demanda a economia de gozo do Outro⁴ e da passagem de um saber que é puramente inconsciente (JERUSALISNKY, 2014).

O gozo materno endereçado ao bebê produz consequências determinantes para as inscrições que são constituintes do sujeito, nas quais o Outro captura a economia de gozo do bebê e a partir disso vai se estabelecendo o circuito pulsional. Nos cuidados direcionados ao bebê há a articulação do desejo da mãe na antecipação simbólica, que oferece suplência frente à imaturidade orgânica, atribuindo significados para os gestos, balbucios, choros do bebê e de supor que naquele bebê um sujeito possa de fato advir, para que a partir desse movimento ele realmente possa apropriar de si (JERUSALISNKY, 2014).

No que tange aos aspectos psíquicos do ciclo gravídico puerperal, sabe-se que este é um período no qual a mulher se vê defronte a diversas mudanças, no âmbito social/cultural, e a transformações dos processos psíquicos, o que requer uma reordenação dos mesmos. É um período eminente para crises. A mulher se encontra em um vazio paradoxal no qual ela é convocada a ser mãe (LEAL, 2019).

Frente aos aspectos psíquicos, há de se considerar o acometimento da depressão pós-parto. É uma condição que atinge cerca de 10% a 15% das mulheres, que pode ter início nas primeiras semanas pós-parto e persistir por até dois anos. É um quadro que se caracteriza primordialmente pelo que tem de incapacitante, que

⁴ A economia de gozo do Outro indica a condição desejante em vinculação com o bebê, a mãe se vê convocada em assumir e a interpretar o lugar do Outro. Consiste no endereçamento de interesse, do desejo que não seja desconhecido, para que o bebê possa vir a ser, se constituir por meio da antecipação simbólica e desejo do Outro (JERUSALINSKY, 2002).

abala a funcionalidade da mãe, não há disponibilidade psíquica para cuidar dela e do bebê, colocando o bem-estar de ambos em risco (SCHIAVO, 2018).

O analista, a partir da transferência, passa a encarnar o Outro primordial do bebê, que vai se dispor como articulador do desejo e a demanda, para que com isso ele consiga, pelo arranjo pulsional, enlaçar o bebê no campo de desejo do Outro. O analista articulará a sedução pulsional do bebê para que se possa capturar a mãe para a relação, investindo seu gozo no bebê (JERUSALINKSY, 2002).

Portanto, a encarnação da função materna pelo analista para a mãe e para o bebê assume cuidados para além do neonato, e amplia os cuidados para a mãe que está em sofrimento em situação de depressão pós-parto. Frente à análise e à discussão dos referenciais teóricos à luz da psicanálise, apresenta-se uma possibilidade de vinculação entre a mãe e o bebê.

Diante disso, o presente artigo visa abordar as questões que circundam a constituição psíquica do bebê atrelado à situação de depressão pós-parto bem como a função do analista frente a esse contexto. Para tal, discutir-se-á a respeito da clínica psicanalítica com bebês e suas particularidades; a função do analista, que encarna, temporariamente, a função do Outro para que seja possível a construção do laço mãe-bebê; os aspectos psíquicos pré-natais, os aspectos psíquicos do ciclo gravídico-puerperal e a justificativa de uma análise frente a essa conjuntura.

2 A CLÍNICA PSICANALÍTICA COM BEBÊS

No que tange à clínica psicanalítica com bebês, a partir da década de 1970 o bebê começou a se tornar alvo de diversos estudos de cunho científico⁵. Foi-se construindo uma outra forma de se compreender os bebês, a qual possibilita que haja uma clínica peculiar, que seja capaz de abarcar as especificidades desse momento imprescindível da constituição do sujeito, que requer um olhar e uma escuta que

⁵ Na década de 70 os bebês se tornaram alvos de pesquisas como: a publicação e divulgação da utilização da Escala de Avaliação do Comportamento Neonatal de Thomas Berry Brazelton em 1973. A teoria do apego contrastada com as noções de autismo normal e período simbiótico propostas por Margaret Mahler, Fred Pine e Anni Bergman em 1975. A teoria transacional de Arnold Sameroff em 1975. A competência da criança e reconhecer seu papel ativo na interação com o adulto ou com outras crianças proposto por Richard Bell e Lawrence Harper em 1977 entre outros estudos que colocam o bebê em foco (WENDLAND, 2001).

abarque as facetas de ser um bebê. As peculiaridades que envolvem o período da infância permitiram que fosse possível delinear intervenções por meio dos recursos simbólicos, que são apontados como fidedignos pela comunidade científica (BERNARDINO, 2008).

Há de considerar a importância das teorias desenvolvidas por Melanie Klein e Donald Winnicott, que tornaram possível que houvesse uma clínica na infância. Os referidos autores possibilitaram aos praticantes de psicanálise a ouvir e compreender as crianças de uma outra forma, o que promoveu uma difusão da psicanálise infantil e a criação de diversas teorias que tangem a infância e suas vicissitudes. A teoria e prática de Esther Bick, por exemplo, tornou possível que se entendesse um espaço para a observação de bebês e da relação mãe-bebê, o que acarretou um grande desenvolvimento no campo da psicanálise com bebês, e no que tange à formação de um analista (BERNARDINO, 2008).

O percurso que todo bebê deve percorrer se dá na passagem de apenas um corpo orgânico a sujeito que está inserido em um discurso, que o possibilita que construa sua existência simbólica. Presumem-se diversas operações pelas quais perpassam as relações entre bebê e cuidadores, operações estas que transmitirão para o pequeno a estrutura simbólica, na qual se desloca o gozo parental para aquele organismo vivo (BERNARDINO, 2008).

O saber inconsciente sobre o bebê, efeito da transgeracionalidade⁶ presente na relação, está intimamente vinculado ao investimento libidinal da função materna em seu filho, sendo um saber que introduzirá essa criança na cultura, na linguagem. Com isso, a clínica psicanalítica com bebês se faz quando esse saber inconsciente parental falha, quando vacila em certas situações. O eixo do atendimento psicanalítico se encontra na palavra, na demanda e na transferência (BERNARDINO, 2008).

A clínica com bebês se situa não só quando o saber inconsciente parental fracassa, mas também no manejo clínico frente a essa falha, que vai ser baseado na escuta, na sustentação de um lugar e nas intervenções. O encaminhamento de um bebê para o psicanalista se dá quando os profissionais de saúde ou aqueles que lidam

⁶ A transgeracionalidade envolve o material psíquico, uma “herança genealógica”, é inconsciente e não simbolizado, apresenta vácuos, elementos foraccludos, e é transmitido por gerações (REHBEIN; CHATELARD, 2013).

diretamente com a infância, sinalizam que existe algo que pressupõem que não está bem e que essa questão ultrapassa os cuidados deles (JERUSALINSKY, 2002).

Por meio desses encaminhamentos, os bebês chegam aos consultórios dos psicanalistas com diagnósticos orgânicos, pautados em um padrão do que é considerado “normal” na cultura, com prescrições de tratamento dos mesmos. É incontestável que a prática da interdisciplinaridade apresenta ganhos significativos no tratamento e se tratando da intervenção com bebês, é necessária essa prática. Principalmente quando os clínicos especialistas em estimulação precoce, em conjunto com outros profissionais, foram de extrema importância para a inscrição da clínica psicanalítica diante das adversidades que envolvem o desenvolvimento e no que envolve a constituição psíquica, advertindo que não precisa esperar para que seja possível intervir (JERUSALINSKY, 2002).

A clínica com bebês atua via detecção precoce de alguma adversidade por meio dos cuidadores e das próprias produções dos bebês, que vão indicar a existência de possíveis transtornos ou entraves na constituição psíquica e no laço. Com isso, não é necessário que espere o possível quadro patológico evoluir e se instaurar para que se intervenha, pois a intervenção é pautada por indícios clínicos⁷ que sustentam a hipótese diagnóstica de que algo do funcionamento psíquico do bebê não vai bem. Nesse momento ainda estão sendo estabelecidas as inscrições primordiais da constituição psíquica do bebê, por conseguinte, é um período no qual há uma maior absorção a inscrições e reinscrições (JERUSALINSKY, 2002).

Os bebês, muito precocemente, já apresentam formas de comunicação de seus impasses entre o campo simbólico e relacional. Desde cedo é possível identificar essas dificuldades por meio de um “pedido de ajuda”, o qual é possível detectar em seu corpinho. Essas manifestações ou sintomas são maneiras que o bebê consegue revelar seu mal-estar, porém necessitam de interpretação, de dar sentido simbólico

⁷ Os indícios clínicos são abordados por instrumentos de aplicação clínica, segue alguns: indicadores de Risco no Desenvolvimento Infantil (IRDI) é um instrumento que possibilita a apreensão referente à constituição subjetiva e os riscos provenientes da falha do laço mãe-bebê. Situa-se em quatro eixos: suposição do sujeito; estabelecimento da demanda; alternância presença-ausência; instalação da função paterna. Acompanhamento Psicanalítico aos 3 anos (AP3) é uma continuidade do IRDI, o qual deve-se aplicar em crianças de 3 anos de idade, submetidas anteriormente pelo IRDI. É realizado em dois momentos distintos: a) as entrevistas preliminares com os pais e a criança b) entrevista lúdica com a criança. Se orienta em quatro eixos: o brincar e a fantasia; o corpo e sua imagem; manifestação diante de normas e posição frente a lei; fala e posição na linguagem (CÉSARIS, 2013).

ao fenômeno que é dado a ver, do que é posto em cena, no que tange o ordenamento de suas funções corporais. Se torna explícito o trajeto de seus circuitos pulsionais, que mostram a forma ímpar do enlace com o Outro. Com isso, objetiva-se elaborar uma leitura que irá realizar intervenções no enlaçamento do bebê e seu corpo ao que ampara sua existência, as redes de significantes parentais. Dessa forma, é possível aos pais reinvestir no laço com o bebê (JERUSALISNKY, 2014).

A questão que permeia a linguagem na clínica com bebês é muito questionada. Dolto (2018) afirma que o bebê ainda não tem a linguagem verbal, mas ele tem uma linguagem que o permite se comunicar, e, por essa razão, se torna possível praticar a psicanálise na primeira infância. O analista se encontra no campo da linguagem, assim como o bebê mesmo que ainda não seja capaz de verbalizar.

A autora elucida a função do falar a verdade e do papel determinante que esta representa para o sujeito em constituição, é necessário que se fale ao bebê as verdades de sua vida, de sua história. Por vezes são realidades duras de serem faladas e escutadas, porém possibilitará ao sujeito a entrar no processo de se constituir e de se humanizar.

Dessa forma, no que diz respeito ao tratamento psicanalítico com bebês, a demanda endereçada ao analista é primordial para o início do tratamento. Essa demanda é fruto do que se lê no bebê vinculado às palavras, ou seja, localizar no campo simbólico o que se passa com o bebê. Contudo, faz-se necessário considerar que o bebê precisa de alguém que encarne o lugar do Outro para que seja possível identificar seus sinais de apelo e transformá-los em demanda. Por vezes, os cuidadores não estão disponíveis psiquicamente para ocupar esse lugar, com isso vê-se a função do analista que é “sensível a que algo ali fala, mas não é ouvido” (BERNARDINO, 2008, p. 21).

2.1 A FUNÇÃO DO ANALISTA

“Se somos psicanalistas é, antes de mais nada, porque alguns sujeitos na sua dor nos convocam a sê-lo”.
Szejer, 1999, p. 24

A clínica psicanalítica com bebês tem suas peculiaridades, porém não deixa de ser uma clínica psicanalítica. Existem duas facetas que orientam o olhar do analista: 1) posição dos pais frente ao tratamento, 2) lugar do bebê considerado como sujeito em processo de constituição. O eixo do atendimento psicanalítico se encontra na palavra, na demanda e na transferência (TEPERMAN, 2005).

No que tange à psicanálise com bebês, é imprescindível a escuta dos pais, que não se configura em um trabalho de orientação e nem em um processo de análise dos mesmos. Contudo, é indispensável que haja uma demanda e uma relação de transferência incipiente. A direção do tratamento se dá pela escuta analítica, pela transferência e com intervenções singulares. O objetivo é de reconhecer o lugar que essa criança está no discurso de seus cuidadores, ou seja, que seja compreendido o lugar de desejo do bebê na cadeia de significantes dos pais (TEPERMAN, 2005).

Quando nascem, os bebês estão inseridos em uma ordem simbólica que é anterior a ele, e à qual faz parte antes mesmo de sua existência, da qual irá se apropriar ao tornar-se sujeito e que vai se remodelando no discurso de seus cuidadores e de sua família, que supõe esse bebê como um sujeito que virá a falar. Com isso, as funções materna e paterna detêm um saber sobre o bebê e é por meio desse saber que são escutados na clínica. É através do discurso dos pais que se torna possível sabermos das marcas que envolvem a história do bebê, das suas inscrições primordiais, que são de extrema relevância para que se possa fundamentar a direção do tratamento (TEPERMAN, 2005).

De acordo com Quinet (2009), as demandas que emergem na clínica são trabalhadas pela psicanálise clássica, no entanto, a demanda real é de se desprender do sintoma, e é de suma importância que esta seja questionada. Na clínica com crianças os pais estabelecem uma demanda endereçada para o analista, que esse sintoma passe da condição de resposta para uma condição de questionamento, para que o mesmo seja incitado a decodificá-lo. Por meio da relação de transferência com o analista irão, inconscientemente, autorizar o tratamento. O tratamento psicanalítico na clínica com crianças pequenas envolve três partes: o Outro, o bebê e o analista.

No texto de Freud (1912) *A Dinâmica da Transferência*, o vínculo transferencial se institui como forma de resistência à investigação analítica. Dessa forma, o paciente atuaria para não recordar as suas vivências infantis reprimidas. No momento em que

se põe em ato esses conteúdos, o paciente entra em um processo regressivo inconsciente, no que tange à repetição dos conteúdos inconscientes referentes aos seus circuitos pulsionais. Esse movimento psíquico diante das experiências infantis proporciona um processo defensivo de resistência frente a figura do analista, que seria transmutado na relação transferencial. O analista começa a sustentar um lugar predeterminado na cadeia psíquica do analisando, convertido para a função de objeto das repetições do paciente. O processo analítico busca reverter a resistência transferencial, que impede o desenvolvimento do processo.

Ademais, o analista, de acordo com Freud (1916-1917), tem de se atentar para certas questões relacionadas ao vínculo transferencial: em que momento se estabelece a transferência, quais os impasses que ela impõe no processo analítico, quais os caminhos possíveis para ultrapassar essas dificuldades e as vantagens que se pode alcançar com esse movimento. Freud propõe que o analista não outorgue as determinações do paciente, mas que também não as refute de forma brusca. O analista precisa encontrar caminhos para que se supere a transferência por meio da interpretação, expondo ao paciente que o alicerce de seus sentimentos não está conectado com a situação vigente e que muito menos está direcionado à figura do analista. Trata-se de uma repetição inconsciente do que pertence a tempos primitivos da existência daquele sujeito, por meio da ação da regressão.

Na clínica com bebês, o analista alicerça seus primeiros passos em direção à criança apoiado nessa relação estabelecida com os pais, que se estabelece à maneira como Freud postula no mencionado texto, e o bebê é introduzido nesse âmbito transferencial. Ele reconhece o analista, se reconhece, e reconhece, sobretudo, o lugar que lhe é conferido, antecipado, o lugar de um sujeito do devir. O analista não se dispõe a marcar o bebê com seu ideal de eu, mas visa conduzi-lo em sua constituição por meio das marcas que carrega. A função do analista é de cuidar do que dá sentido à vida do bebê (TEPERMAN, 2005).

3 ASPECTOS PSÍQUICOS

3.1 ASPECTOS PSÍQUICOS PRÉ-NATAIS

É notório que o período da gestação e do puerpério podem ser um hiato de extrema vulnerabilidade psíquica para as mulheres. Elas estão sujeitas a um tipo de funcionamento psíquico bem específico denominado como transparência psíquica, no qual a mulher fica restrita a uma vulnerabilidade psíquica que se apresenta por meio de um afrouxamento do recalque, e, a partir disso, os materiais inconscientes e pré-conscientes emergem à consciência com facilidade (LEAL, 2019).

O hiato da gestação ao puerpério é um momento no qual as gestantes se voltam para seu próprio mundo, e essa introspecção a afasta gradualmente do mundo externo, para que dessa forma possam se preparar regressivamente para o nascimento do bebê. A ambivalência de sentimentos, marcada diretamente pela regressão é caracterizada por seus significantes infantis, bem como seus medos, que são claramente notados em seus discursos. Com isso, pode-se perceber que a imagem que cada gestante tem de si, o que vai retratando não somente quem ela é, mas quem ela foi, bem como a forma com a qual foi maternada (LEAL, 2019).

No que tange ao processo de regressão dessa mãe, ou seja, ao processo em que revive sua própria história, há um movimento de projeção desses conteúdos em seu bebê, que, por sua vez, fica carregado dos significantes maternos primitivos e de sua própria história. Em consonância, Winnicott (2000) ao descrever o conceito de preocupação materna primária, que diz de um estado de disponibilidade interna da mãe para investir afetivamente e cuidar de seu bebê, elucida:

Gradualmente, esse estado passa a ser o de uma sensibilidade exacerbada durante e principalmente ao final da gravidez. Sua duração é de algumas semanas após o nascimento do bebê [...], ela deve alcançar esse estado de sensibilidade exacerbada, quase uma doença, e recuperar-se dele (WINNICOTT, 2000).

Frente às condições vivenciadas pela mulher no período pré-natal, é de extrema importância que se discuta as questões acerca dos processos psíquicos que envolvem o ciclo gravídico-puerperal. Esta é uma fase diretamente influenciada pelas experiências desse momento anterior ao encontro do real do corpo do bebê.

3.1.1 Aspectos psíquicos do ciclo gravídico-puerperal

Culturalmente a relação entre mãe e bebê são permeados de uma presumida completude e no que concerne ao período da gestação, a psicanálise não se esquivou das ideologias que dão lugar central à mulher como conservadora primordial dos bebês, seja psíquica ou moralmente (JERUSALINSKY, 2014). Culturalmente, a representação do que é ser uma mãe está fundamentada no mito da mãe perfeita, sendo a maternidade um período pertencente a um ciclo de desenvolvimento do feminino.

É conferido à mulher um lugar de suposto saber, como se a maternidade e a maternagem fossem intrínsecas à natureza do feminino, que é resultado de observação e da aprendizagem cultural da idealização do que é ser mãe, fruto da intergeracionalidade (IACONELLI, 2012). A mulher se vê frente a uma dicotomia: corresponder a essas idealizações doutrinadoras que ainda são perpetuadas ou se posicionar ativamente perante o controle de seu corpo, por mais que lhes desautorizem a ocupar-se do mesmo.

Defronte a essa constante desautorização da mulher, para além do seu corpo, agora como figura materna, muitas vezes ela se vê diante da incredibilidade dos profissionais de saúde, que as destituem de tal função por não agir da forma esperada ou considerada como adequada. Com isso, pode-se acarretar intervenções por parte desses profissionais de forma desastrosa, até mesmo violentas (IACONELLI, 2012).

Os padrões e as pressões culturais diante dos quais as mulheres, regularmente, desempenham a maternidade, quando vinculados ao sentimento de incapacidade em se encaixar nos moldes de uma visão romântica desse processo. A culpa e ansiedade são geradas por esses ideais, dessa forma, desencadeando conflitos que preestabelecem a depressão pós-parto (LEAL, 2019).

Além das transformações sociais e culturais, a mulher também passa por diversas mudanças internas. Mudanças essas que são biologicamente determinadas, que se caracterizam por alterações metabólicas e hormonais complexas e também por ajustamentos intrapsíquicos e das relações interpessoais. Dentre os fatores psíquicos que envolvem complicações nos períodos da gestação, do parto e do puerpério, são notórias as transformações psíquicas que uma mulher passa nesse período, o que requer uma reordenação dos mesmos (ARRAIS; AZEVEDO, 2015).

No que tange aos aspectos psíquicos desse ciclo, há de se considerar que o pós-parto é um período de extrema vulnerabilidade para o acometimento de transtornos psiquiátricos, tais como a depressão pós-parto, disforia puerperal e as psicoses puerperais (CANTILINO, 2010). No presente artigo o enfoque será a depressão pós-parto.

Se o período da gestação se manifesta de uma forma complexa, não se pode esperar que o pós-parto se apresente de uma forma diferente. A maternidade é uma etapa inquietante e um tanto quanto ambivalente. Para além disso, o que os ideais da cultura reproduzem sobre esse domínio não se aproximam do que realmente é experienciado na maternidade. Frente ao nascimento do bebê, mulheres se deparam com um vazio, que se apresenta, acima de tudo, como um vazio de sentido acompanhado dos fantasmas de suas relações infantis (LEAL, 2019).

O vazio é variante da descontinuidade psíquica vivida após o parto entre o espaço do pré-natal e pós-natal, que designa um fenômeno nominado como *baby blues*. O *baby blues* é uma condição que advém do campo materno e convoca a mulher a vir a ser mãe, onde é necessário reacender a condição desejante dessa mãe pelo bebê. O *baby blues* é um estado pós-parto necessário, já a depressão pós-parto se encontra na falha dessa necessidade do psiquismo (LEAL, 2019).

A condição depressiva, que está intrínseca ao *baby blues*, está relacionada às perdas que a chegada do pequeno simboliza psiquicamente, uma perda que pode ser considerada semelhante a um luto.

Foi a partir da década de 1950 que começou a emergir estudos que englobariam os quadros de transtornos de humor. Brice Pitt (1968, *apud* Cantilino, 2010) foi o pioneiro desses estudos, nos quais descrevia o quadro clínico de depressão pós-parto de 33 mulheres, que classifica como “depressão atípica”. O termo depressão pós-parto é utilizado para qualificar todo e qualquer episódio depressivo que acomete mulheres no puerpério (CANTILINO, 2010).

De acordo com Schiavo (2018), a depressão pós-parto atinge cerca de 10% a 15% das mulheres, podendo ter início nas primeiras semanas pós-parto e persistir por até dois anos. Iaconelli (2005) fala sobre fatores de risco que podem ser um facilitador para que a mulher possa desenvolver o quadro da depressão pós-parto, por exemplo: episódios depressivos anteriores ou durante a gestação; adversidades nos

relacionamentos afetivos; questões sociais, como carência social, mãe solo (que cuidam de seus filhos sozinhas), transtornos conjugais e outros diversos fatores que apresentam risco para o desenvolvimento da doença.

A depressão pós-parto se caracteriza pelo que o quadro tem de incapacitante, abalando a funcionalidade da mãe, que não apresenta disponibilidade psíquica para cuidar dela e do bebê, colocando o bem-estar de ambos em risco. Os sintomas da depressão pós-parto, segundo Iaconelli, são:

Irritabilidade, mudanças bruscas de humor, indisposição, doenças psicossomáticas, tristeza profunda, desinteresse pelas atividades do dia-a-dia, sensação de incapacidade de cuidar do bebê e desinteresse por ele, chegando ao extremo de pensamento suicidas e homicidas em relação ao bebê (IACONELLI, 2005, p.1).

Por fim, o diagnóstico de sintomatologia da depressão pós-parto é de difícil identificação por consequência da justaposição de reações patológicas aos processos considerados normais do pós-parto. Por essa via os sintomas apresentados nos quadros depressivos são semelhantes a outros episódios depressivos. A particularidade dessa condição está diretamente ligada à qualidade e à rejeição da relação com o bebê, fazendo com que a mulher se sinta amedrontada e ameaçada por ele (GUEDES-SILVA et al. 2003).

Portanto, é de extrema importância que se consiga identificar o acometimento dessa condição precocemente para que se tenha a possibilidade de atenuar o tempo de duração e os possíveis efeitos da depressão na constituição psíquica do bebê, na qualidade do laço estabelecido entre mãe e filho e na condição psíquica da mulher.

4 JUSTIFICATIVA DE UMA ANÁLISE

No que tange à constituição psíquica do bebê, pode-se afirmar que é um processo que não acontece de uma forma espontânea, não é algo que se desenvolve e se matura com o passar do tempo, é imprescindível que haja a encarnação de um Outro. A prematuridade simbólica do bebê diz de uma condição de antecipação do Outro, ou seja, a necessidade de atribuir significados às suas competências primitivas (TEPERMAN, 2005). No que concerne à constituição do sujeito, se faz necessário

ressaltar a importância organizadora do laço mãe-bebê. Encarnar o Outro implica em realizar alguns movimentos endereçados a ele, que irão inseri-lo no campo da linguagem. Para tal, Bialer (2016) aponta que para se exercer a maternagem, além da disponibilidade psíquica da função, é necessária uma porção de loucura. Loucura essa que se difere da patológica, afastando-se da noção de doença mental, mas que ocupa uma posição estruturante da vinculação do laço mãe-bebê, em que se é capaz de supor um sujeito onde ainda não existe um. Para que se marque um bebê com suas próprias marcas, que serão o alicerce das identificações primordiais do pequeno, é necessária uma boa porção de loucura do Outro.

O bebê necessita dessas marcas para que, a partir delas, possa se constituir, sendo que elas resultam da visão de um sujeito com inúmeras possibilidades, mesmo que suas capacidades psíquica, cognitiva e motora ainda não sejam suficientes e desenvolvidas, o Outro as regará pelo toque, pelo olhar e pela voz, para que assim desabroche (BIALER, 2016).

A figura materna que encarna o Outro é responsável pela inscrição pulsional no bebê, e apresenta uma função simbólica e primordial de supor um sujeito no mesmo. Essa suposição se dá por meio da interpretação/tradução da mãe frente aos apelos do bebê diante das suas necessidades vitais. Ou seja, a partir do grito, do choro ou das expressões do bebê, a mãe interpretará frio, fome, desconforto, satisfação, vontade de aconchego, antecipando para o pequeno um universo de significações. O resultado desse movimento do Outro em direção ao bebê se dá como experiência de satisfação para o pequeno (TEPERMAN, 2005). De acordo com Infante (2000):

À mãe simbólica, o nome já diz, cabe a intermediação entre as necessidades de ordem fisiológica e biológica e a linguagem. É essa mediação que instituirá no bebê o funcionamento pulsional que caracteriza o ser falante (INFANTE, 2000, p. 95).

Ainda que o bebê seja totalmente dependente dos cuidados de um Outro, ele não se encontra passivo na relação com a mãe. Por meio de sua singularidade ele responde aos cuidados e às palavras endereçadas a ele. Nesse processo o bebê detém o desejo dos pais, movimento no qual se institui o circuito pulsional (TEPERMAN, 2005).

Laznik (1997) concebe a pulsão como consequência da requisição do Outro que, por meio da linguagem, articula o significante e o corpo, e a linguagem do Outro sobre os orifícios corporais do bebê estabelece as zonas erógenas. Com isso, o primeiro tempo pulsional (chamar) consiste em um tempo ativo, o recém-nascido se volta para um objeto externo a nível da pulsão invocante. Esse tempo se dá por uma satisfação orgânica, de uma função necessária para a vida.

O segundo tempo pulsional (ser chamado) descreve um momento reflexivo do bebê, no qual ele desloca a pulsão direcionada para alguma parte de seu corpo que é considerada como objeto. Nesse tempo, o bebê percebe a lacuna real da abstenção materna, ocorrendo a passagem de uma função materna simbólica para uma função materna real. É um momento caracterizado pela convocação do Outro e a resposta que o bebê fornece a essa convocação se dá no terceiro tempo pulsional (LAZNIK, 1997).

Já no terceiro tempo (se fazer chamar), se instala o convite ao Outro, momento no qual o bebê irá se mostrar, se fará de objeto do gozo desse Outro, “[...] quer dizer que a criança se assujeita a um outro que vai se tornar o sujeito da pulsão do bebê” (LAZNIK, 1997, p. 42). A instituição do circuito pulsional vai marcar a transição definitiva do bebê acerca do registo de necessidade para o domínio do desejo. Portanto, a sobrevivência orgânica não está mais em cena, mas sim o deleite pulsional.

Como um dos fundadores do corpo do bebê, assim como a pulsão escópica e a pulsão oral, a pulsão invocante se refere à condição da voz como objeto libidinal da pulsão na constituição psíquica do *infans*. A voz é primordial na encarnação da linguagem, por conseguinte, na construção da fantasia, e essa encarnação se inicia pela articulação da significância com a musicalidade da voz do Outro (CATÃO, 2010). No Estádio do Espelho a voz da mãe fundamenta o que apoia o bebê para que ele consiga reconhecer o reflexo da imagem como seu.

De acordo com Bentata (2009), a mãe abastece sua voz ao bebê desde o seu nascimento, mergulhada em sua loucura materna, falando em uma linguagem própria: o manhês, que seria o dialeto universal dos que exercem a função materna. Segundo o autor, o manhês atua como o canto das sereias, que atrai os bebês de forma arrebatadora e ao escutá-lo, faz-se pulsionalmente excitado.

Como outro movimento constituinte do psiquismo do bebê, a pulsão escópica se refere ao olhar, de acordo com Lacan (1988, *apud* Neves e Vorcaro, 2011, p. 284), que se especifica sendo “o mais inassimilável e inapreensível dentre os objetos”. O olhar dirigido ao organismo é primordial para se construir um suporte para que o bebê venha a se constituir. Se faz presente a condição desejante do Outro, que o *infans* irá depender do imaginário da função materna na estruturação de sua subjetividade. O olhar só contorna ao que acredita ver, pois é nele que se faz possível dar representatividade ao que falta. É por meio do olhar do Outro desejante que o sujeito vê a si. Portanto, “[...] a pulsão escópica funciona, assim, como constituinte. Ela convoca o ser, pelo desejo ao Outro, a comparecer e a existir por meio do dar-a-ver” (NEVES; VORCARO, 2011, p.284-286).

No que tange à depressão pós-parto, em consonância com os movimentos psíquicos necessários para que um bebê se constitua, torna-se notório que as consequências advindas dessa condição podem causar sérios impactos na relação mãe-bebê, sujeitando o bebê a riscos psíquicos. A depressão pós-parto produz uma danificação do processo de inserção do *infans* na linguagem, de estar no campo de desejo: o bebê não consegue fisgar o gozo do Outro, pois ele não se apresenta. Com isso, não ocorre a realização contínua de erogeneização de seu corpo, e ele não consegue dar significado ao mesmo (ARAÚJO; BERNARDINO, 2013).

A função do analista visa um lugar possível para que ambos se enlaçem frente a essa conjuntura, a de estabelecer uma posição mediadora de simbolização do real. Com a estruturação de um *setting* terapêutico que possibilita um espaço de escuta e de intervenção, assume, transferencialmente, a função materna para ambos. Objetiva-se elaborar uma leitura que irá realizar intervenções no enlaçamento do bebê e seu corpo ao que ampara sua existência às redes de significantes parentais. Dessa forma, é possível aos pais reinvestir no laço com o bebê.

O processo analítico de um bebê ou uma criança pequena se fundamenta quando é necessário oferecer-lhes as bases fundantes do seu psiquismo. O analista, inicialmente, entra para exercer essa função, proporcionando, para além, a vinculação entre a mãe e o bebê, o olhar do analista permite o constituir-se como desejável, olhar ao qual a mãe vem aos poucos se identificando. Ao se arriscar, circunstancialmente, o lugar do agente materno, na posição de quem supõe um sujeito, é necessário que

não destitua o cuidador primordial do lugar de saber de seu filho, que estimule-o no seu saber inconsciente.

Nesse panorama, o analista será autorizado a traduzir para o bebê a sua história e fazer dele um aliado com o intuito de seduzir a mãe, por conseguinte, tornar possível que ela esteja disponível psiquicamente para se ocupar da economia de gozo do bebê, possibilitando a instauração do circuito pulsional. O gozo do Outro é imprescindível no período das primeiras inscrições que irão constituir o psiquismo do bebê. O analista tem a função, então, de preservar a constituição psíquica do bebê, viabilizando a antecipação de um sujeito do devir, imerso no desejo do Outro, para que nas faltas deste Outro, ele possa se constituir desejante.

No que concerne ao pós-parto, a sanidade é custosa e o investimento na mãe é constitutivo, pois ela se encontra em um estado de abandono em sua singularidade subjetiva. Portanto, é crucial que se priorize a escuta de seu íntimo, sendo importante manejar o tratamento com respeito a alteridade psíquica que ali está disposta, sem juízo de valor.

Frente a essas condições, a psicanálise apresenta um papel crucial: o de permitir à mulher ressignificar esse período. É durante esse processo que a mulher tem a oportunidade incipiente de construir o seu ser mãe, que é fruto de aprendizagem não racional, de experiências vividas, sendo permeado de processos psíquicos. Dessarte, ser mãe é uma construção e reconstrução constante, é a partir do tratamento psicanalítico que se cria um espaço no qual uma mãe pode constituir-se, vir a ser. Ser mãe é fruto de aprendizagem não racional, mas das experiências vividas pela mulher, permeadas de processos psíquicos, portanto, é uma construção e reconstrução constante, é a partir disso que se cria um espaço no qual uma mãe pode constituir-se, vir a ser.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante de tudo o que foi discutido ao longo deste artigo, é notório que para se constituir, o *infans* carece do estabelecimento de um laço pulsional com um Outro, representado pela função materna, que irá referenciá-lo ao campo simbólico. A encarnação do Outro revela uma faceta no que tange ao campo da linguagem que

vincula o bebê à ordem simbólica, estabelecendo um saber que pode ser articulado apenas na ordem dos significantes.

O trabalho com bebês está relacionado à intervenção nos primórdios da constituição. É um período de abertura das inscrições inconscientes, que permite uma maior fluidez para as inscrições significantes. Dessa forma, os primeiros anos de vida compõem repercussões decisivas para a constituição psíquica.

Porém, a determinação do laço mãe-bebê não é inato, muito menos natural, e frente a determinados contextos não se dá de forma simples. Em situação de depressão pós-parto, a mãe encontra-se incapacitada psiquicamente de investir seu gozo no bebê, não apresentando disponibilidade para a encarnação do Outro, o que pode acarretar sérias consequências na constituição psíquica do neonato. No contexto da depressão, a função do analista é sustentar um lugar de escuta, de livre expressão da sua relação com a maternidade, como suas inseguranças, medos, angústias, sentimentos de inferioridade e inadequação, bem como expectativas referentes ao bebê e a si como mãe. Para que seja possível, a partir disso, que a mulher entre em um processo de elaboração e ressignificação, para que, por essa via, ela possa entrar em relação com seu bebê, autorizando-a como mãe.

A partir de todo o exposto no decorrer do texto, a figura do analista apresenta uma função imprescindível para que se estabeleça um lugar que seja possível o enlaçamento de ambos, mãe e bebê. Frente ao movimento de supor a existência de um sujeito no bebê, o analista logo assume a relação transferencial como condição de estabelecer o direcionamento do tratamento da díade. Apesar dos contratemplos e dos diversos desencontros característicos das relações humanas, o enlaçamento mãe-bebê pode se fazer possível.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, Gabriela Xavier de; BERNARDINO, Leda Mariza Fischer. As vicissitudes do encontro mãe/bebê: um caso de depressão. *In*: LAZNIK, Marie Christine. **A hora e a vez do bebê**. São Paulo: Instituto Langage, 2013.

ARRAIS, Alessandra; AZEVEDO, Katia. O mito da mãe exclusiva e seu impacto na depressão pós-parto. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 19, n. 2, p.

269-276, 2006. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722006000200013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 out. 2020.

BENTATA, Hervé. O canto de sereia: considerações a respeito de uma incorporação frequente da voz materna. **Reverso**, Belo Horizonte, n. 57, p.13-20, 2009.

BERNARDINO, Leda Mariza Fisher. É possível uma clínica psicanalítica com bebês? *In*: KUPFER, Maria Cristina Machado; TEPERMAN, Daniela. **O que os bebês provocam nos psicanalistas**. São Paulo: Escuta, 2008.

BIALER, Marina. A loucura materna e o laço mãe-bebê. *In*: RABELLO, Silvana; BIALER, Marina. **Laço mãe bebê: intervenções e cuidados**. São Paulo: Primavera, 2016.

CANTILINO, Amaury et al. Transtornos psiquiátricos no pós-parto. **Revista de psiquiatria clínica**, São Paulo, v. 37, n. 6, p. 288-294, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832010000600006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 out. 2020.

CATÃO, Inês. A voz na clínica psicanalítica com os que não falam. *In*: BARBOSA, Denise Carvalho; PARLATO-OLIVEIRA, Erika. **Psicanálise e clínica com bebês: sintoma, tratamento e interdisciplina na primeira infância**. São Paulo: Instituto Langage, 2010, p. 112-123.

CÉSARIS, Delia Maria Carmen de. **O uso dos instrumentos IRDI e AP3 no acompanhamento da constituição da imagem corporal/especular de crianças em centros de educação infantil**. 2013. 208 f. Tese (Doutorado – Programa de Pós-Graduação em Psicologia) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, 2013.

DOLTO, Françoise. **Tudo é linguagem**. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2018.

FREUD, Sigmund. A dinâmica da transferência (1912). *In*: **Observações psicanalíticas sobre um caso de paranoia relatado em autobiografia: (“O caso Schreber”): artigos sobre a técnica e outros textos (1911-1913)**. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

FREUD, Sigmund. **Conferências introdutórias à psicanálise (1916-1917)**. São Paulo: Companhia das Letras, 2014.

GUEDES-SILVA, Damiana et al. Depressão pós-parto: prevenção e consequências. **Revista Mal-Estar e Subjetividade**. Fortaleza, v. 3, n. 2, p. 439-450, 2003. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-61482003000200010&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 23 out. 2020.

IACONELLI, Vera. Depressão pós-parto, psicose pós-parto e tristeza materna. **Revista Pediatria Moderna**, v. 41, nº 4, p. 1-7, julho-agosto, 2005.

IACONELLI, Vera. **Mal-estar na maternidade: do infanticídio à função materna**. 2012. 130 f. Tese (Doutorado em Psicologia) Universidade de São Paulo - Instituto de Psicologia, São Paulo, 2012.

INFANTE, D. P. O outro do bebê: as vicissitudes do tornar-se sujeito. *In: A clínica com o bebê*. ROHENKOHL, Cláudia M. F. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000.

JERUSALINSKY, Julieta. **A criação da criança: brincar, gozo e fala entre a mãe e o bebê**. Salvador, BA: Ágalma, 2014.

JERUSALINSKY, Julieta. **Enquanto o futuro não vem: a psicanálise na clínica interdisciplinar com bebês**. Salvador: Ágalma, 2002.

LAZNIK, Marie Christine. Poderíamos pensar numa prevenção da síndrome autística? *In: WANDERLEY, Daniele de Brito. Palavras em torno do berço: intervenções precoces bebê e família*. Salvador: Ágalma, 1997.

LEAL, Fernanda Andrade. **A tristeza comum da mãe: reflexões sobre o estado psíquico do pós-parto**. Curitiba: CRV, 2019.

NEVES, Brenda R. da Costa; VORCARO, Ângela Maria Resende. Breve discussão sobre o traço unário e o objeto a na constituição subjetiva. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 17, n. 2, p. 278-290, 2011.

QUINET, Antônio. **As 4+1 condições de análise**. 12 ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2009.

REHBEIN, Mauro Pioli; CHATELARD, Daniela Scheinkman. Transgeracionalidade psíquica: uma revisão de literatura. **Fractal, Revista de Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, p. 563-583, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-02922013000300010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 nov. 2020.

SCHIAVO, Rafaela de Almeida. **Saúde mental na gestação: ansiedade, estresse e depressão**. Agudos: MaterOnline, 2018. Disponível em: <<http://materonline.com.br/ebook>>. Acesso em 20 out 2020.

SZEJER, Myriam. **Palavras para nascer: a escuta psicanalítica na maternidade**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.

TEPERMAN, Daniela W. **Clínica psicanalítica com bebês: uma intervenção a tempo**. São Paulo: Casa do Psicólogo, Fapesp, 2005.

WENDLAND, Jaqueline. A Abordagem clínica das interações pais-bebê: perspectivas teóricas e metodológicas. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 14, n. 1, p. 45-46, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722001000100004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 nov. 2020.

WINNICOTT, Donald Woods. **Da pediatria a psicanálise: obras escolhidas**. Rio de Janeiro: Imago, 2000.