

## Aspectos psicopatológicos da clínica com bebês: a função da pulsão ativa na constituição psíquica precoce em casos de depressão materna\*

Lou Muniz Atem

*Este artigo pretende investigar a clínica com bebês desde o ponto de vista da depressão materna. Primeiro, avaliando os efeitos da depressão materna e de crises agudas de angústia da mãe sobre o bebê recém-nascido. Segundo, investigando as reações do bebê à depressão, partindo da observação de que, ao contrário do que se pensa normalmente, os bebês são capazes de reagir, defender-se e oferecer saídas em condições de intensa carga afetiva, tal como o são a depressão ou crises de angústia excessiva, como o pânico.*

*Elabora-se, então, a hipótese de o bebê funcionando como um “anteparo à angústia materna” e minimizando os efeitos da angústia para a mãe e para si. Tal hipótese traz novas e importantes aberturas para a clínica, uma vez que permite que novas formas de intervenção sejam realizadas diretamente com os bebês, ampliando assim o horizonte clínico e criando indagações ainda incipientes no tocante à psicopatologia e metapsicologia psicanalíticas.*

**Palavras-chave:** Depressão materna, clínica com bebês, angústia, pulsão ativa

\* Artigo baseado em dissertação de mestrado defendida na PUC/SP, Programa de Psicologia Clínica, Núcleo de Psicanálise, em maio de 2002 e desenvolvida no Laboratório de Psicopatologia Fundamental da PUC/SP, com apoio da Fapesp. No mesmo ano, recebeu menção honrosa no Prêmio Pierre Férida de Psicopatologia Fundamental, entregue em Recife, em setembro/2002.

A partir de minha experiência clínica com bebês, pretendo abordar aqui alguns aspectos da constituição psíquica precoce, especificamente, alguns modos de constituição da pulsão ativa e sua importância para os primórdios da fundação do aparelho psíquico. Como já foi ressaltado por alguns psicanalistas (Laznik-Penot, 1991), a pulsão, para Freud, faz-se em três tempos: ativo, reflexivo e passivo. O 1º tempo – ativo – é aquele em que a pulsão vai em direção a um objeto externo; o 2º tempo – reflexivo – aquele no qual ela retorna ao próprio corpo, e o 3º aquele no qual, passivamente, faz-se objeto da pulsão ativa de um outro/Outro. Em minha experiência clínica, pude ver de que maneira a pulsão ativa pode não se restringir ao primeiro tempo do circuito pulsional, estando presente também no 3º tempo, dito passivo: neste texto, tentarei demonstrar como o bebê, ainda muito pequeno, pode reagir *ativamente* à depressão materna ou a crises de angústia de sua mãe.

A depressão materna (e também algumas crises de angústia agudas como, por exemplo, os ataques de pânico) tem como principal consequência para a relação mãe-bebê que a mãe em depressão deixe de realizar os cuidados necessários com o filho, o que por sua vez poderá interromper uma série de comunicações importantes de serem estabelecidas nas primeiras semanas e meses de vida.

Toma-se aqui como depressão materna aquela depressão distinta do chamado *baby blues*, estado de tristeza mais ameno que surge em grande parcela das mulheres puérperas (Szejer, 1999) a partir do segundo ou terceiro dia do pós-parto e tende a desaparecer um mês mais tarde. O *baby blues* diz respeito, então, além das questões hormonais envolvidas no pós-parto, a questões quanto ao nascimento do bebê, sua separação do corpo materno e à adaptação mútua que ambos – mãe e bebê – devem agora realizar.

O diagnóstico de depressão materna se inicia no momento em que, um mês após o parto, a mulher continua sentindo os sintomas que

caracterizavam o *baby blues* (tristeza constante, choro fácil, humor instável), porém, sem uma melhora significativa do quadro, ao contrário, havendo uma piora. Nesses casos, de resolução mais difícil, ao contrário do *baby blues* que diz respeito ao nascimento e questões aí envolvidas, na depressão materna normalmente é a história da mulher que está em jogo, sua ligação com as gerações anteriores, bem como questões referentes à feminilidade, à sexualidade, à maternidade; muito mais do que a chegada do recém-nascido propriamente dita.

Assim, clinicamente é diferente tratar de uma mulher que passa pelo *baby blues* e de outra que passa por uma depressão que diz respeito diretamente à sua posição diante do deixar de ser filha para tornar-se mãe, às suas possibilidades e dificuldades diante da maternidade.

### **A angústia materna e seus efeitos para o bebê**

Especialmente um fator tem me chamado a atenção na clínica com bebês: as possibilidades de reação deste a depressões ou crises de angústia maternos, reações surpreendentes no que diz respeito à capacidade que ele possui para suportar algo que porta intensas cargas afetivas, capacidade que não se esperaria de um bebê – ser com aparentemente poucos recursos psíquicos.

A partir de alguns acontecimentos clínicos dei-me conta de que, tanto em casos de mães em depressão quanto em casos de mães passando por crises de pânico, havia a tentativa do bebê de mantê-la em contato com ele de modo a fazer com que a depressão *não a deixasse desistir dele*.

O ensaio de Green (1988) “A mãe morta”, apesar de tratar dos efeitos da depressão materna especificamente sobre a criança, e não sobre o bebê, traz diversos fatores que nos permitem explorar melhor este terreno. A questão principal que permeia o ensaio é a da relação entre a posição depressiva em que está a mãe e a conseqüente perda do objeto primordial vivida pela criança, no caso; não uma perda real, material, mas uma perda subjetiva: como se a criança que está sob os cuidados de uma mãe que se encontra em depressão perdesse a mãe naquilo que é sua função principal – o investimento libidinal que ela faz na criança como parte fundamental da função materna.

Segundo Green, o fato de uma criança ser cuidada por uma mãe deprimida equivale, para a criança, a uma perda do objeto primordial, pois transforma o objeto vivo, “fonte da vitalidade da criança, em figura distante, átona, quase inanimada” (p. 239), o que irá pesar sobre ela no “destino de seu futuro libidinal, objetual e narcisista” (Ibid.). Tal situação pode vir a deixar a criança numa espécie de luto, aquilo que Green denomina de clínica do vazio: “... um desinvestimento

massivo, radical e temporário que deixa marcas no inconsciente sob a forma de ‘buracos psíquicos’” (p. 244). Uma vez que a criança está vivenciando suas primeiras relações de objeto, isto traz para ela marcas profundas e primitivas, levando a processos contínuos de ódio e reparação, numa tentativa de se refazer daquele “desinvestimento central” (Ibid.) que sofreu por parte do objeto primário.

Para o autor, além de levar a criança a um desinvestimento do objeto materno, este processo causaria uma identificação inconsciente com aquilo que ele denomina de “mãe morta” (leia-se depressiva): em vez de uma identificação com o próprio objeto de amor, ocorreria uma “identificação com o buraco deixado pelo desinvestimento feito pelo objeto” (p. 253), ou seja, em vez do amor ao objeto, a criança desenvolveria o ódio. Em minha leitura, esta identificação com o vazio deixado pela mãe, caso chegue às últimas conseqüências, poderá levar a uma depressão da própria criança, acontecimento que ainda requer esforços de investigação clínica e teórica.

Seguindo Green nos efeitos da depressão materna sobre a criança, teríamos, por parte desta, as seguintes reações:

1. Tentativa de manter vivo o Eu – o que se dá por meio do ódio que a criança acaba por desenvolver pelo objeto materno.
2. Tentativa de reanimar a “mãe morta”, distraíndo-a e fazendo-a sorrir, de modo a impedi-la de deprimir-se.
3. Rivalizar com o objeto de luto da mãe (aquele objeto pelo qual a criança supõe que a mãe esteja deprimida), no intuito de reter sua atenção.

Seguindo cada uma dessas reações, vê-se que são, essencialmente, reações *ativas*, reações que vão no sentido de fazer algo para produzir ou impedir algo. Assim, a depressão materna, antes de levar a uma depressão da própria criança (ou bebê), leva-a a posicionar-se *ativamente* em relação ao outro/mãe.

Considerando-se que Green fala, em princípio, da criança e não do bebê, vejamos quais seriam as principais reações e conseqüências da depressão materna especificamente sobre o bebê. Primeiramente, ele terá que desenvolver recursos para que possa vir a reanimar a mãe. São recursos ou maneiras que ele deverá encontrar para fisgar a atenção materna, para reter sua atenção de modo a fazer com que ela não desista do contato com ele – o que exigirá dele certos esforços psíquicos que normalmente não são exigidos de um bebê. Em segundo lugar, a depressão materna causará necessariamente uma perturbação na operação de alienação, que é a operação psíquica por excelência na qual o bebê é introduzido no contato com o outro e na dinâmica do desejo. Detenhamo-nos um pouco sobre esta questão, uma vez que, falar em uma perturbação na operação de

alienação, em se tratando de bebês, não é falar em qualquer coisa. Pela ótica lacaniana, vejamos rapidamente o conceito de *alienação* e algumas conseqüências da depressão materna para o bebê quando se dá neste momento.

Lacan (1998) chamou de *alienação* a operação psíquica na qual a pulsão de um determinado sujeito se submete, aliena, assujeita à pulsão de um outro, passagem não apenas necessária, mas fundante do aparelho psíquico. O primeiro período da vida, que levará à entrada do bebê no estágio do espelho (Lacan, 1998a), equivale ao momento em que ocorre a operação de alienação (embora a alienação não ocorra apenas nesse período). Seriam esses, principalmente os três primeiros meses de vida e a alienação, para ocorrer, depende da *qualidade* do laço parental com o bebê. Pode-se dizer também desta maneira: sem que esteja em ação uma circulação pulsional de afeto entre pais e bebês a alienação não ocorre ou ocorre de forma prejudicada, afetando o início da formação do aparelho psíquico.

Existem, então, inúmeras situações nas quais a operação de alienação é perturbada, situações nas quais o bebê não ocupa a posição de majestade conferida a todo bebê, sendo a depressão materna uma dessas situações. A mãe em depressão, não está em condições de permitir a entrada do bebê na operação de alienação, e isto se dá porque ela não se sente em condições de cuidar e desejar qualquer coisa que seja, incluindo aí o bebê.

Disso, podemos tirar algumas conseqüências para a clínica com bebês: uma, mais radical, é a de que uma perturbação drástica neste momento da vida pode levar ao autismo, condição na qual o que se vê é o esgotamento do desejo na própria criança, como bem demonstrou Laznik-Penot.<sup>1</sup> Mas que outras conseqüências (não tão radicais) uma perturbação na operação de alienação pode trazer para a constituição psíquica do bebê? Como entender e “ouvir” a clínica precoce quando se trata da angústia depressiva ou melancólica materna justamente num momento que exige do cuidador materno (ou daquele que cumpre esta função) exatamente a capacidade de doação e entrega que ele não está em condições de realizar?

A exigência de que o bebê venha a posicionar-se ativamente diante da depressão materna pode ter graus de variabilidade: pode tanto ser uma exigência excessiva que deixa o recém-nascido em estado de estresse e sofrimento, quanto podem ser exigências não tão excessivas, que em vez do estresse, levam a que

1. Para Laznik, a psicopatologia que caracteriza a *não entrada* na operação necessária de alienação ao desejo do outro é o autismo, dito de outro modo, é uma psicopatologia na qual o bebê não é valorizado como “sua majestade”, não chegando sequer a realizar a entrada na operação de alienação.

o bebê desenvolva recursos que se tornarão proveitosos para si ao longo de sua constituição.

No primeiro caso – em que exigências excessivas são feitas – se o bebê for atingido pela depressão materna por um tempo muito longo, sem que a mãe dê demonstrações de melhora, é o próprio bebê quem, após um sofrimento muito longo, poderá acabar deprimindo-se. Nestes casos, a depressão materna trará conseqüências muito mais graves se o atingido for um bebê e não uma criança maior cuja constituição já está mais organizada e estruturada. No segundo caso – em que as exigências feitas ao bebê não são tão grandes – caso ele consiga desenvolver recursos para reanimar a mãe e para gratificar-se sozinho quando isto não está sendo possível junto a ela, tais recursos podem vir a ser utilizados por ele em seu próprio benefício, enquanto recursos que servirão ao longo de sua constituição para que possa, futuramente, sobreviver psiquicamente em condições difíceis e nas quais é preciso ser criativo e inventivo.

#### **A angústia materna produzindo angústia no bebê: as manifestações corporais de apelo**

35

Examinem-se as três conseqüências da depressão materna citadas por Green. Pensando principalmente nos três primeiros meses de vida, a conseqüência que terá maiores efeitos sobre o bebê é a tentativa de reanimação da mãe, pois as outras duas – rivalização com o objeto de luto da mãe e ódio pelo objeto materno – ocorrerão mais tarde, quando ele já estiver mais estruturado psiquicamente. Então, na tentativa de sobreviver psiquicamente à angústia materna, o bebê desenvolverá também alguns recursos de apelo ao outro, aos quais chamamos de manifestações corporais de apelo.

Boukobza (2000), em artigo sobre a depressão no pós-parto, afirma que se pode identificar a depressão materna pelos efeitos devastadores que ela tem sobre a criança:

Uma mãe deprimida se retira para uma posição passiva, no limite às vezes da catatonia, na qual mesmo uma atitude receptiva suficientemente vivaz se lhe torna impossível [...] ela é, ela mesma, o bebê que espera “que lhe façam algo” e que sonha com um filho que se *auto-alimente*, que *não se mexa em seu berço* e que *nem mesmo se dirija a ela*. (p. 19 e 20, grifo meu)

Nestas manifestações corporais de apelo, a utilização do corpo como único meio de expressão é inerente e fundamental, uma vez que, por não falar, resta ao bebê apelar com o corpo, expressando aí sua angústia e desconforto.

Os chamados sinais de apelo,<sup>2</sup> são sinais dados por meio de funções e dinâmica corporais, indicando que algo não vai bem, de maneira que tais funções passam a funcionar como meios de apelo, ou seja; como formas encontradas pelo bebê para chamar a atenção do outro para que este perceba o que está ocorrendo com ele. São sinais expressos no e pelo corpo, como por exemplo, a perda de interesse libidinal pelo objeto primordial ou perturbações nas funções corporais de sono, alimentação e respiração. São sinais que apontam para fracassos nas operações de *alienação e separação* (aqui nos detivemos mais na alienação, pois falamos das primeiras semanas de vida), sendo necessário que haja uma intervenção para que tais operações voltem a acontecer.

Para Molina (1997), a facilidade com que a criança pequena desenvolve sintomas está ligada ao fato do recém-nascido possuir recursos escassos para lidar com a *contradição* de ser totalmente dependente e alienado ao Outro ao mesmo tempo em que, ao passar por um momento da constituição propriamente auto-erótico, prescinde totalmente do Outro: "... quando se trata de um recém-nascido ou um bebê com escassos recursos para lidar com esta contradição, de maneira a preservar a escolha pela saúde, (...) tal oposição fica ainda mais acentuada" (p. 17). Para a autora, tais conflitos geram sintomas ainda mais graves quando estão associados à perda das referências primordiais por separações precoces prolongadas, levando a alterações no desenvolvimento da imagem do corpo e na formação inaugural do eu.

Segundo Molina, separações muito precoces podem levar a sintomas de desorganização motora, os quais podem se estender até lesões neurológicas e desmantelamento sensorial, transtornos na organização dos ritmos biológicos e dos hábitos da vida diária, ou seja, tudo o que vinha sendo organizado pela função materna antes que a separação ocorresse. Para a autora, nessas condições pode haver uma progressiva devastação da organização psíquica global do bebê, a qual está em processo de aquisição e teve uma abrupta interrupção. Os sintomas mais frequentes no primeiro ano de vida seriam: "1. Falhas na constituição do narcisismo primário e das funções parentais acarretando sinais precoces de psicose ou deficiência mental, 2. Alterações funcionais somáticas, 3. Anomalias das bordas pulsionais (esfera respiratória, esfera oro-alimentar, esfera esfinteriana, esfera corporal) (Ibid., p. 18-9).

No caso que aqui investigamos – as depressões e crises de angústia maternas – que não dizem respeito a separações reais e bruscas da mãe, mas

2. Tais sinais estão sendo elaborados clínica e teoricamente pelo grupo INFANS – Unidade de Atendimento ao Bebê, ONG especializada no atendimento a bebês de 0 a 3 anos e seus cuidadores, situada em São Paulo, e da qual a autora faz parte.

sim a um distanciamento do sujeito materno, encontramos também tanto falhas na constituição do narcisismo primário quanto alterações funcionais somáticas e anomalias das “bordas pulsionais”. Este dado nos indica, então, que não é necessário haver uma real separação da mãe para que tais sintomas ou manifestações aconteçam.

### **Da metapsicologia da angústia ao bebê como anteparo à angústia materna**

A maioria dos autores (Szejer, 1999 e Boukobza, 2000) que trabalham sobre o tratamento precoce, principalmente aqueles que falam sobre a depressão materna, mencionam a capacidade que o bebê possui para ser um motivador, um reanimador, um anteparo<sup>3</sup> à angústia materna.

Na teoria freudiana, o conceito de angústia tem um desenrolar progressivo, no qual a angústia vai assumindo novas qualidades e funções, a partir da passagem da primeira para a segunda tópica. Resumidamente, na primeira teoria a angústia é angústia automática, uma reação, uma descarga imediata de intensa angústia, como resposta do sujeito a uma situação inesperada, abrupta e incontrolável. Pelo caráter repentino com que esta angústia o assola e pelo excesso de estímulos com que o toma, a situação na qual ela é produzida torna-se uma situação traumática. O trauma é, então, aquela situação na qual o excesso, o transbordamento de estímulos, não pode ser controlado, impedindo que o sujeito possa rapidamente se refazer ou que possa minimizar as conseqüências deste transbordamento. A angústia extrema produzida nesta situação deixará marcas mnêmicas – o trauma propriamente dito – possibilitando que, no futuro, o sujeito possa se valer desta experiência no intuito de *proteger-se* de uma nova situação traumatizante (Rocha, 2000).

O segundo momento da teoria da angústia refere-se justamente a essa *tentativa de autoproteção* realizada pelo sujeito quando depara-se novamente com uma situação de angústia. Na reformulação da teoria da angústia feita por Freud, o ego, na tentativa de amenizar ou atenuar a angústia vivida na situação traumática, acaba por produzir mais angústia, só que agora uma angústia “suportável” (Ibid., p. 129) que servirá para ele como um sinalizador/protetor em relação à situação traumática. Então, para que não viva uma angústia excessiva, o ego produz uma angústia suportável, preferível àquela outra causadora de descontrole e pânico.

3. Este termo, da forma como é utilizado aqui, não é encontrado nesses outros autores. Aparece no presente texto como proposta da autora do mesmo.

A neurose traumática, diferentemente do trauma, é a repetição de um evento doloroso, é a angústia sinalizadora mantendo o organismo em estado de alerta e preparação para que possa dominar uma nova invasão dolorosa. A angústia sinalizadora é uma *defesa* do ego que permite minimizar o impacto de traumas e a conseqüente dor psíquica causada por estes.

Para Rocha, a melhor forma de entender a angústia automática/descarga e a angústia sinalizadora, é relacionando-as com a questão da energia livre/desligada e energia ligada propostas por Freud como modos de funcionamento energético do aparelho psíquico. Assim, na angústia automática “*a libido trabalha inteiramente desligada e solta*, e, por esta razão, o sentimento que dela resulta reveste a conotação de uma força incontrolável, que deixa o sujeito desamparado, exposto a um perigo de aniquilamento” (Ibid., p. 132). Já na angústia sinalizadora, “... o que está em jogo é uma libido que pode ser ligada” (Ibid., p. 132) aos outros eventos psíquicos, mantendo para o sujeito a sensação de controle da situação.

Passando por esta rápida retomada da metapsicologia da angústia, voltemos à depressão materna, na qual a presença constante da angústia impede que a mãe possa manifestar júbilo<sup>4</sup> com a chegada do bebê, impedida que está de jubilar-se com tudo aquilo que a rodeia. A reação do bebê a isso traduz-se na tentativa de ser, ele próprio, o *elo*, aquele que pode fazer a ligação entre a libido materna e os objetos. Se, na angústia constante (angústia sinal) está contida a possibilidade de que a libido retorne aos objetos dos quais se desligara, de alguma maneira, esta é uma das funções que o bebê acaba exercendo para a mãe em depressão: a de religá-la a ele e aos objetos, fazendo com que sua pulsão retorne ao mundo e à vida (já que, no discurso depressivo, a morte ou a vontade de apenas dormir são presença constante).

Este aspecto – o bebê como elo que permite que a libido materna retorne aos objetos – aparece muito claro na clínica quando mães em depressão ou passando por crises de pânico, dizem que o que as está impedindo de piorar (da depressão) é o filho, o bebê cuja presença as chama para essa volta ao contato com ele e com as pulsões vitais. A hipótese que faço, é a de que o bebê atuaria nesses casos como um “anteparo” à angústia materna, como suporte ou barreira a impedir que a angústia materna transborde e torne-se insuportável para ambos. Principalmente em casos de crises de pânico nos quais uma angústia avassaladora

4. O júbilo materno vem sendo abordado como fundamental para os primórdios da constituição psíquica, à medida que é ao demonstrar prazer e satisfação pela presença do bebê que a mãe demonstra o investimento que ela faz nele, permitindo assim a especularização, a entrada do bebê no chamado estágio do espelho e na constituição do Eu.

e incontrolável é ameaça constante (essa angústia avassaladora se traduz, nas crises de pânico, por uma encenação da morte e do morrer [Costa Pereira, 2000]), o bebê estaria atenuando os efeitos dessa angústia tanto para sua mãe quanto para ele próprio, já que, neste momento, ele é quem sofre os efeitos daquilo que é vivido por sua mãe. No par mãe e bebê, está presente muito claramente então, a angústia sinalizadora, constante, com sua função de impedir o surgimento dessa outra angústia – a angústia incontrolável e insuportável que muitas vezes aparece, sem qualquer aviso ou preparação.

Esta hipótese, além de necessitar de maiores investigações, uma vez que traz inúmeras conseqüências para a clínica com o bebê no sentido de permitir intervenções antes não imaginadas; também precisa ser delimitada aos casos em que a depressão está presente. Em casos de mães psicóticas, por exemplo, o que ocorre é bem diferente disto que vemos na depressão: essas mães, quando se deparam com a condição de maternidade, podem vir a ter suas crises deflagradas e pioradas, pois o bebê; que viveu grudado e colado a seu corpo propicia com o nascimento (e conseqüentemente descolamento corporal do corpo materno), o retorno de questões paranóicas e alucinatórias próprias à psicose.

Assim, é em condições bastante específicas que podemos dizer que o bebê pode servir como um “anteparo à angústia materna”, condições que, até o momento, identificamos como sendo principalmente as da depressão ou de crises agudas de angústia materna.

A hipótese clínica levantada – sobre a capacidade que o bebê possui para fisgar a atenção do outro que dele cuida, para tentar reanimar a mãe (ou cuidador) caso este esteja em depressão, e para ser um anteparo à angústia – é um dado diagnóstico de extrema importância que nos permite, além de saber sobre os recursos e capacidades que o bebê possui, investigar também o quanto toda esta exigência pode estar sendo prejudicial para este bebê – abrindo-se assim uma nova indagação, ainda por ser explorada. Mas, quaisquer novas descobertas sobre as capacidades do bebê, em princípio, trazem consigo a chance de uma grande abertura à intervenção psicoterapêutica, já que, identificar as capacidades psíquicas que o bebê possui, quais são seus recursos e de que maneira os está utilizando, amplia enormemente as possibilidades de tratamento e intervenção com pais e bebês. No caso, uma intervenção que implica a prevenção, já que é uma intervenção voltada à saúde do bebê, para que ele próprio, identificado à depressão materna não venha também a se deprimir. Se o bebê tomado em tratamento estiver ainda em condições de fisgar a atenção do outro, e de ser isto que chamamos de “anteparo à angústia materna”, significa que os efeitos da depressão materna sobre ele ainda não foram tão devastadores e avassaladores. Neste caso, muito melhores serão as chances de uma intervenção clínica psicoterapêutica e ainda, de que esta intervenção tenha bons efeitos sobre a relação de pais e bebê.

É preciso então que se continue a investigar e pesquisar essas novas possibilidades que a clínica com bebês nos traz, cujos enigmas serão sempre criadores de novos enigmas, incluindo aí a clínica com crianças e adultos, uma vez que remetem sempre às questões arcaicas da relação de todo bebê, ou de todo ser, com seus cuidadores.

## Referências

- BADINTER, E. *Um amor conquistado – o mito do amor materno*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.
- BERLINCK, M.T. e FÉDIDA, P. A clínica da depressão: questões atuais. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. III, n. 2, p. 9-25, jun./2000.
- BOUKOBZA, C. Como um naufrago sobre um rochedo: a depressão materna do pós-parto. *Revista da Associação Psicanalítica de Curitiba*, Curitiba, ano IV, n. 4, p. 16-27, dez./2000. (Psicanálise e clínica de bebês).
- CAMAROTTI, M. C. (org.). *Atendimento ao bebê. Uma abordagem interdisciplinar*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.
- CHATEL, M.-M. *Mal-estar na procriação. As mulheres e a medicina da reprodução*. Rio de Janeiro: Campo Matêmico, 1995.
- COSTA PEREIRA, M. E. *Pânico e desamparo*. São Paulo: Escuta, 2000.
- ELIACHEFF, C. *Corpos que gritam. A psicanálise com bebês*. São Paulo: Ática, 1995.
- FÉDIDA, P. *Depressão*. São Paulo: Escuta, 1999.
- FREUD, S. (1895). Projeto para uma psicologia científica. In: *E.S.B.* Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. I.
- \_\_\_\_\_. (1914). Sobre o narcisismo: uma introdução. In: *E.S.B.* Op. cit. v. XIV.
- \_\_\_\_\_. (1915). Os instintos e suas vicissitudes. In: *E.S.B.* Op. cit. v. XIV.
- \_\_\_\_\_. (1917[1915]). Luto e melancolia. In: *E.S.B.* Op. cit. v. XIV.
- \_\_\_\_\_. (1917[1916]). Conferência XXVI: A teoria da libido e o narcisismo. “Conferências introdutórias sobre psicanálise”. In: *E.S.B.* Op. cit. v. XVI.
- \_\_\_\_\_. (1933). Conferência XXXII: Ansiedade e vida instintual. “Novas conferências introdutórias sobre psicanálise”. In: *E.S.B.* Op. cit. v. XXII.
- \_\_\_\_\_. (1933). Conferência XXXIII: A feminilidade. “Novas conferências introdutórias sobre psicanálise”. In: *E.S.B.* Op. cit. v. XXII.
- GREEN, A. A mãe morta. In: *Narcisismo de vida, narcisismo de morte*. São Paulo: Escuta, 1988.
- GUEDENEY, A. e LBOVICI, S. *Intervenções psicoterápicas pais/bebê*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1999.
- KNOBLOCH, F. *O tempo do traumático*. São Paulo: EDUC, 1998.

- LACAN, J. *O seminário. Livro II. Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.
- \_\_\_\_\_. O estádio do espelho como formador da função do eu. In: *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998a.
- LAZNIK-PENOT, M.-C. Poderíamos pensar numa prevenção da síndrome autística? In: WANDERLEY, D. B. (org.). *Palavras em torno do berço*. Salvador: Ágalma, 1997.
- \_\_\_\_\_. Anotações dos seminários clínicos e teóricos oferecidos pela Livraria Pulsional – Centro de Psicanálise, em agosto de 1997 e 1998.
- \_\_\_\_\_. Psicanalistas que trabalham em saúde pública. *Pulsional – Revista de Psicanálise*, São Paulo, ano XIII, n. 132, p. 62-78, abr./ 2000.
- MOLINA, S. E. O sintoma do bebê. *Revista da Associação Psicanalítica de Porto Alegre*, Porto Alegre: Artes e Ofícios, n. 13, 1997.
- ROCHA, Z. *Os destinos da angústia na psicanálise freudiana*. São Paulo: Escuta, 2000.
- ROHENKHOL, C. (org.). *A clínica com o bebê*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000a.
- \_\_\_\_\_. É possível formalizar os sinais patológicos na clínica com o bebê? Texto apresentado no II Encontro Latino-Americano dos Estados Gerais da Psicanálise, Instituto Sedes Sapientiae, São Paulo, 2001, mimeo.
- STRYCKMAN, N. O desejo de filho no homem e na mulher. *Revista da Associação Psicanalítica de Curitiba*, Curitiba, ano IV, n. 4, p. 91-108, dez./ 2000. (Psicanálise e Clínica de Bebês)
- SZEJER, M. *Palavras para nascer. Escuta psicanalítica na maternidade*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.
- WINNICOTT, D.W. A preocupação materna primária. In: *Da pediatria à psicanálise – Obras escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago, 2000.
- ZORNIG, S. A-J. *A criança e o infantil em psicanálise*. São Paulo: Escuta, 2000.
- ZYGOURIS, R. A criança do júbilo. *Pulsional Revista de Psicanálise*, São Paulo, ano XIII, n. 138, p. 31-46, out. /2000.

## Resumos

*Este artículo pretende investigar la clínica con bebés desde el punto de vista de la depresión materna. Primero, evaluando los efectos de la depresión materna y de crisis agudas de angustia de la madre sobre el bebé recién nacido. Segundo, investigando las reacciones del bebe a la depresión, partiendo de la observación de que, al contrario de lo que se piensa normalmente, los bebés son capaces de reaccionar, defenderse y ofrecer salidas, en condiciones de intensa carga afectiva, como lo son la depresión o las crisis de angustia excesivas como el pánico.*

*Se elabora así la hipótesis del bebé funcionando como una “pantalla a la angustia materna”, minimizando los efectos de la angustia para la madre y para sí. Tal hipótesis trae nuevas e importantes aperturas para la clínica, una vez que permite que*

*las nuevas formas de intervención sean realizadas directamente con los bebés, ampliando así el horizonte clínico y criando indagaciones aún incipientes en lo que se refiere a la psicopatología y la metapsicología psicoanalítica.*

**Palabras claves:** Depresión materna, clínica con bebés, angustia, pulsión activa

*Cet article vise à investiguer la clinique des bébés du point de vue de la dépression maternelle. Premièrement, en évaluant les effets de la dépression maternelle et des crises d'angoisse aiguës de la mère sur le nouveau né.*

*Deuxièmement, en investiguant les réactions du bébé à la dépression, en partant de l'observation que, au contraire de ce que l'on pense habituellement, les bébés sont capables de réagir, de se défendre et de trouver des issues en cas de surcharge affective, telle que la dépression ou les crise d'angoisse excessive, comme la panique.*

*On élabore alors l'hypothèse d'un bébé fonctionnant comme une "paroi contre l'angoisse maternelle" et minimisant les effets de l'angoisse pour lui-même et pour sa mère. Une telle hypothèse apporte de nouvelles et importantes ouvertures pour la clinique, dès lors qu'elle permet que de nouvelles formes d'interventions soient directement réalisées avec les bébés, élargissant de la sorte l'horizon clinique et créant des interrogations sur la psychopathologie et la métapsychologie psychanalytiques.*

**Mots clés:** Dépression maternelle, clinique des bébés, angoisse, pulsion active

42

*This article describes research in the area of clinical work with babies from the perspective of the mother's depression. First the article evaluates the effects of maternal depression and of acute anxiety crises suffered by mothers regarding their newborn babies. Second, the baby's reactions to its mother's depression is analyzed, based on the observation that, in contrast to what is usually thought, babies are able to react, defend themselves, and come up with solutions under conditions of intense affective atmospheres, such as depression, anxiety crises or panic.*

*The author posits the hypothesis that the baby functioning as a "shield against its mother's anxiety," minimizing the effects of the anxiety for the mother and for itself. This hypothesis brings up new and important inroads for the clinical work, since it enables new forms of intervention to be carried out directly with babies, thus expanding the horizon of clinical work and bringing up still incipient questions regarding psychopathology and psychoanalytic metapsychology.*

**Key words:** Maternal depression, clinical work with babies, anxiety, active drive