

DM
HART/D1

INSTITUTO SUPERIOR DE PSICOLOGIA APLICADA

SER PAI EM “TEMPOS DE DOR”

O COMPORTAMENTO PARENTAL DE COMPANHEIROS DE
MULHERES COM DEPRESSÃO PÓS-PARTO

Débora Martins


DISSERTAÇÃO ORIENTADA POR PROF. DR. ANTÓNIO PIRES

Tese submetida como requisito parcial para obtenção do grau de:

MESTRE EM PSICOLOGIA DA GRAVIDEZ E DA MATERNIDADE

ISPA 2008



 **ISPA** Instituto Superior de Psicologia Aplicada
Centro de
Investigação e
Desenvolvimento

Registo: 18350
Data: 26/06/09

Tel.: 21 831 17 50 • bibli@ispa.pt

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação do Prof. Dr. António Pires apresentada no Instituto Superior de Psicologia Aplicada para obtenção do Grau de Mestre na especialidade de Psicologia da Gravidez e da Parentalidade conforme a despacho da DGES nº 6037 / 2007 publicado em Diário da Republica
2ª série de 23 de Março, 2007

Agradeço especialmente às mães e aos pais que tão generosamente se dispuseram a partilhar comigo as suas histórias.

Aos colegas Pediatras que se interessaram por este trabalho e se ofereceram para prestar o seu testemunho, e em especial ao Director Clínico por me ter possibilitado a recolha deste material no seu espaço que não nomearei aqui por questões de privacidade dos intervenientes.

Ao Professor Doutor António Pires por mais uma vez ter acreditado na minha proposta de trabalho e me ter dado o seu suporte.

Ao meu querido amigo João, por ter sido o primeiro a confiar neste projecto.

E especialmente à minha filha e à minha mãe que adoro e que durante estes anos acabaram por ser privadas da minha companhia e atenção sem nunca me deixarem desistir!

Obrigada a todos pela confiança que depositam em mim!

Índice

I ESTUDO DE REVISÃO DE LITERATURA	0
A FAMÍLIA E A DEPRESSÃO PÓS-PARTO	0
Resumo	0
Introdução	1
Depressão Pós-parto	3
O que é a depressão pós-parto	6
A Mãe e a Depressão Pós-parto	9
Transição para a Maternidade	9
Factores predisponentes da depressão pós-parto	11
<i>História pessoal</i>	11
<i>Temperamento do bebé</i>	11
<i>Factores conjugais</i>	12
Relação mãe-bebé num contexto de depressão pós-parto	13
Depressão pós parto e o Desenvolvimento Infantil	16
Consequências psicológicas no desenvolvimento infantil	16
Depressão pós-parto e vinculação	17
O Bebé e a Depressão Pós-parto	19
O impacto da depressão pós-parto nos estilos interactivos	19
O Pai e a Depressão Pós-parto	22
A transição para a paternidade	22
A relação pai-bebé num contexto de depressão pós-parto	24
Conclusão	25

Referências Bibliográficas	27
II ESTUDO EMPÍRICO	40
O COMPORTAMENTO PARENTAL DE COMPANHEIROS DE MULHERES COM DEPRESSÃO	
PÓS-PARTO	40
Resumo	40
Abstract	40
Introdução	41
Método	44
Metodo	44
Participantes	44
Procedimento	45
Análise de dados	46
Resultados	47
Esquema do Comportamento Parental dos Companheiros	
De Mulheres com D.P.P	52
Discussão	53
Referencias Bibliográficas	57
III ANEXOS	60
ANEXO I ENTREVISTAS	63
1- 1ª Entrevista semi-directiva ao José (pai)	61
2- 2ª Entrevista semi-directiva ao José (pai)	66
3- Excerto de Acompanhamento Psicológico da Joana (mãe)	70
4- Entrevista semi-directiva ao João (pai)	71
5- Comentários da Joana em consulta relativos ao companheiro	75

6- 1ª Entrevista semi-directiva com o Pedro (pai)	76
7- 2ª Entrevista semi-directiva com o Pedro (pai)	80
8- Excertos do Acompanhamento Psicológico à Lena (mãe)	83
9- Apontamentos de observação participante do Pedro e da Lena	85
10- Excerto de uma 1ª Consulta de Psicologia Pediátrica	86
11- Apontamentos de observação durante entrevista clínica do Rui, da Vera e filha de ambos	87
12- Excerto da 1ª Consulta de Psicologia a uma mãe com DPP e ao seu companheiro	90
13- Excerto de Acompanhamento Psicológico a uma mãe com DPP	94
14- Excerto de Acompanhamento Psicológico na Consulta de P. Pediátrica a uma mãe que teve DPP	97
15- Entrevista a um Pediatra (1)	100
16- Entrevista a um Pediatra (2)	105
ANEXO II CATEGORIAS	109
Lista de Categorias	109
Categorias Principais	114
ANEXO III MEMORANDOS	114
Categorias Principais	118
Categorias relativas aos sentimentos paternos	118
Categorias relativas aos sentimentos maternos	124
<i>Depressão Pós- parto</i>	124
<i>Recuperação</i>	126
Categorias relativas aos Filhos da Depressão pós-parto	127

I

ESTUDO DE REVISÃO DE LITERATURA

A FAMÍLIA E A DEPRESSÃO PÓS-PARTO

Resumo

A depressão pós-parto constitui uma situação de risco para a mãe, para o bebé, para o pai e restante família. Numa tentativa de amenizar os efeitos nefastos da depressão pós-parto, alguns investigadores debruçaram-se sobre a função do pai durante esse período. O companheiro de uma mulher com depressão pós-parto tanto pode ser um elemento desencadeador desta patologia, como parece ter um papel crucial para o seu desaparecimento, representando o membro com maior influência na alteração do comportamento da mãe e no seu restabelecimento.

Perceber o que sentem, pensam e que comportamentos assumem face à depressão das companheiras e de que forma isso interfere na recuperação destas mulheres foi o objectivo desta revisão de literatura, com o propósito de nos permitir perceber os mecanismos da depressão pós-parto, e as repercussões e os comprometimentos que pode ter ao nível das dinâmicas familiares que se estabelecem entre os diferentes membros.

Key Words: Depressão Pós-parto, Transição para a parentalidade; Desenvolvimento infantil; Relação mãe-bebé, Relação pai-bebé,

Introdução

A depressão pós-parto irrompe durante o ajustamento da mulher a um acontecimento de vida tão importante como é o nascimento de uma criança. Um acontecimento que requer esforços muito grandes de adaptação a um vasto conjunto de tarefas que implicam um novo papel, bem como significativas mudanças na relação com o cônjuge (Whiffen, 1992). O nascimento de um filho parece ser um grande desencadeador de stress, quer para a mãe, quer para o casal parental, que tem de se acostumar a uma nova realidade.

Diversos autores referem a ocorrência de problemas emocionais tanto nas mães como nos pais, nomeadamente depressões, psicoses pós-parto e manifestações psicossomáticas, após o nascimento do primeiro filho (Cooper & Murray, 1995; Klaus, Kennell e Klaus, 2000; O'Hara, 1997; Szejer e Stewart, 1997).

Considerada actualmente um dos factores predisponentes de dificuldades ao nível do desenvolvimento infantil, o papel exercido pela depressão pós-parto, tem sido abordado por inúmeros investigadores nas últimas décadas, devido às evidências de que o estado depressivo da mãe pode ter repercussões negativas no estabelecimento das primeiras interacções com o bebé e, em consequência disso, no desenvolvimento afectivo, social e cognitivo da criança (Cummings & Davies, 1994; Dodge, 1990; Field, 1998; Tronick & Weinberg, 1997).

A pouca disponibilidade emocional de uma mãe em sofrimento faz inibir grande parte dos comportamentos vinculativos do bebé que, confrontado com uma resposta insatisfatória ou mesmo ausente, vai desistindo progressivamente de a procurar. Segundo Cummings e Davis, (1994), a severidade dos sintomas depressivos aumenta a tendência de perturbação nos relacionamentos de vinculação. Como tal, a depressão materna após o nascimento, pode ser um factor impeditivo de uma vinculação segura, uma vez que a leitura e a adequação da mãe às necessidades do bebé se encontra comprometida.

Apesar dos imensos estudos no que concerne à mãe e ao bebé em situação de depressão pós-parto, são muito poucos, ou quase nenhuns os referentes ao impacto que esta patologia feminina tem no homem, o que o faz sentir, e de que forma afecta a sua vivência como pai e como companheiro. Tal como na maior parte das investigações

sobre parentalidade, tem-se ignorado o papel do pai. No entanto, os que existem consideram que o progenitor parece ter um papel determinante na forma como a nova mãe se adapta à maternidade.

Há evidências de que uma relação pré-natal pobre com o companheiro aumenta a probabilidade da ocorrência de uma depressão pós-parto (C. Cowan, Cowan, Heming & Miller, 1991; Gotlib et al, 1991; Whiffen, 1988), mas também que o apoio do pai, faculta um efeito protector contra a insatisfação marital e o stress maternal após o nascimento do primeiro filho, altura em que se dá um declínio acentuado na qualidade do relacionamento conjugal (Feldman, 2000).

De acordo com Stern (1997) o principal papel do marido/pai será o de funcionar como uma matriz de apoio, protegendo a mãe fisicamente, promovendo as suas necessidades vitais, afastando-a das exigências de uma realidade externa, para que ela possa dedicar-se as tarefas de manter o bebé vivo e promover o seu desenvolvimento psíquico e afectivo. Ao ajudá-la e ao protegê-la ele está a permitir-lhe estar com o bebé sem pressões e de forma descontraída, favorecendo assim interacção entre a mãe e o filho, contribuindo para uma melhor parentalidade.

Naturalmente, os pais cujas companheiras fazem uma depressão têm tendência a aproximam-se mais dos seus filhos, acabando por compensar instintivamente as dificuldades da mãe. Aumentando o cuidado a ter com o filho o pai acaba por prover um modelo de interacção sensível e adequada às necessidades da criança, contrabalançando a relação insuficientemente boa entre a mãe e o bebé (Belsky, Gilstrap & Rovine, 1984; Chabrol, Bron & Le Camus, 1996, Hops & cols., 1987; Parke, 1996).

Por ser uma situação de risco quer para o desenvolvimento infantil quer para o bem-estar e harmonia familiar, parece-me lícito que os técnicos de saúde mental se preocupem em como intervir na depressão pós-parto. Após algumas leituras sobre o assunto, o “pai” surgiu-nos como um possível elemento regulador do equilíbrio familiar nas situações de depressão, despertando-nos a curiosidade e acordando em nós a vontade para efectivar esta investigação. Como tal, decidimos tentar compreender de que forma vivem, sentem e que comportamentos assumem os companheiros das mulheres que passaram por uma depressão pós-parto, na relação com as mães e com os respectivos filhos e qual a melhor forma de os ajudar a ajudar as mães a ultrapassar este tempo de dor e sofrimento o mais rapidamente possível.

Depressão Pós-parto

Tanto a gravidez, como o parto e o pós-parto, são marcados por acentuadas mudanças no relacionamento conjugal, nos papéis familiares e sociais, e nas rotinas diárias dos membros da família. Como consequência de todas essas mudanças e readaptações, os meses que se seguem ao nascimento de um bebê constituem um período de elevado risco para a saúde mental da mulher (Parry, 1999). Esta circunstância advém do facto de a mulher ter de se adaptar a um conjunto de mudanças que se verificam a nível biológico, psicológico, conjugal e familiar, as quais pode resultar em desequilíbrio, ou despoletar o desenvolvimento e a aquisição de novas competências psicológicas e sociais (Figueiredo, 1997).

A ocorrência de depressão materna neste período da vida pode ter um efeito devastador quer para a mãe, quer para a criança e para a restante família, nomeadamente o cônjuge. Diversos autores tem enfatizado que o período pós-parto, particularmente o referente ao nascimento do primeiro filho, é propício ao surgimento de problemas emocionais tanto nas mães como nos pais, destacando-se as depressões, as psicoses pós-parto e as manifestações psicossomáticas (Cooper & Murray, 1995; Klaus, Kennell e Klaus, 2000; O'Hara, 1997; Szejer e Stewart, 1997). Os sintomas da depressão materna podem não ocorrer imediatamente no período após o nascimento do bebê, mas nalgum outro momento do desenvolvimento da criança, principalmente ao longo do seu primeiro ano de vida, e o seu início é usualmente lento e gradual (Cooper & Murray, 1995; Cummings & Davis, 1994; Klaus et al., 2000; Murray, Cox, Chapman e Jones, 1995).

A depressão pós-parto caracteriza-se essencialmente pela presença de uma elevada ansiedade, culpabilidade e baixa auto-estima. A extrema ansiedade está relacionada com a preocupação da mãe relativa aos cuidados e bem-estar do bebê. Na maior parte das vezes as mães desenvolvem uma grande culpabilidade por não se sentirem capazes de amar e cuidar do bebê de modo adequado conduzindo a uma quebra de auto-estima materna, uma vez que a mãe considera que não está a desempenhar adequadamente o seu papel.

O elevado risco para a saúde mental da mulher associado ao puerpério tem sido sucessivamente explicado tendo em conta as modificações atrás assinaladas, sendo que os autores têm vindo a privilegiar nas suas explicações as dificuldades associadas às mudanças biológicas (Paffenberg, 1982); psicológicas (Nicolson, 1989), conjugais (Whiffen, 1992) e familiares (Kraus & Redman, 1986), decorrentes do nascimento do bebé (Cit. em Figueiredo, 2001).

As primeiras mudanças associadas à maternidade acontecem ao nível biológico. O corpo muda progressivamente durante a gravidez, e de uma forma abrupta após o nascimento do bebé. Entre os factores de ordem biológica, O'Hara (1997) destaca as drásticas mudanças hormonais que ocorrem na mulher nos primeiros cinco dias após o nascimento do bebé. Nos dias que se sucedem ao parto dá-se uma diminuição muito significativa dos valores de estrogénio e da progesterona, que foram aumentando significativamente durante a gravidez e um aumento brusco da prolactina de forma a permitir a lactação. Para O'Hara, estes factores podem desempenhar um importante papel etiológico na depressão materna.

Para além dos factores biológicos, Reading e Reynolds (2001) classificaram os outros factores de risco para a depressão materna em três categorias.

A primeira diz respeito à *qualidade dos relacionamentos interpessoais* da nova mãe. Diversos estudos demonstraram que um relacionamento conjugal pobre, ou ausência de um confidente estão fortemente associados com a depressão materna (Beck et al., 1992; Pfof, Stevens e Lum, 1990; Romito et al., 1999).

. Ao nível psicológico acontece um elevado número de mudanças na sequência do nascimento de um bebé, nomeadamente as que dizem respeito à autonomia e no que se refere à identidade, uma vez que a mulher tem de integrar uma nova identidade, a "identidade materna", no quadro da sua identidade pessoal. Vai deixar de ser a "filha cuidada", para passar a ser a "mãe cuidadora".

. A nível conjugal é igualmente possível identificar um conjunto de alterações que têm essencialmente a ver com o desempenho de um novo papel, o papel parental que deverá ser conciliado com a vida de casal sexuado.

. Também a nível familiar acontecem, varias transformações, uma vez que a presença do bebé vai interferir com o equilíbrio existente entre os diferentes membros deste sistema. (Figueiredo, 1997).

Uma segunda categoria de factores relatada por Reading e Reynolds (2001) está relacionada à *gravidez, ao parto e à ocorrência de eventos de vida stressantes*, como,

por exemplo, uma gravidez indesejada, nascimento prematuro ou morte do bebé, doença séria na família, não amamentação, e problemas de saúde ou dificuldades comportamentais do bebé. Para O'Hara (1997) estes eventos negativos provavelmente serão mais significativos durante este período, se estiverem a interferir na habilidade da mãe de proporcionar um cuidado adequado ao seu filho.

A terceira categoria de factores relacionados à depressão materna descrita por Reading e Reynolds (2001) e O'Hara (1997) diz respeito à *adversidade económica*. Problemas financeiros, preocupações com dívidas e desemprego materno ou paterno são apontados como factores de risco para a depressão. Já variáveis sócio demográficas, como idade, nível educacional, e estado civil da mãe, parecem não apresentar uma associação significativa com a ocorrência da depressão materna (Romito et al., 1999).

Segundo Cutrona e Troutman, *o temperamento do bebé* também tem sido mencionado como um factor de precipitação da depressão materna (Cutrona & Troutman, 1986). Bebés com temperamento difícil foram descritos como apresentando mais reacções emocionais intensas, choro vigoroso por longos períodos de tempo. Além disto, estas crianças eram dificilmente acalmadas quando irritadas, demoravam a aceitar pessoas estranhas, novos alimentos ou rotinas desconhecidas, e as suas funções biológicas (sono, apetite, excreção) eram irregulares e difíceis de prever. Os resultados revelaram que o temperamento do bebé contribuiu directa e indirectamente para a depressão materna nos meses que se seguiram ao parto. Mães de bebés com temperamento difícil tenderam a apresentar uma diminuição de sentimentos de competência e bem-estar geral.

De acordo com Romito e cols., uma das razões pela qual, as mulheres sentem uma maior dificuldade de adaptação à maternidade prende-se com o facto das expectativas delas relativas a este momento especial da sua vida, tenderem a ser um tanto irreais (Romito e cols., 1999), ou seja, elas criam um padrão idealizado de mãe que querem seguir: uma cuidadora competente, sempre controlada, incondicionalmente amorosa, capaz de dar conta das tarefas domésticas, do cuidado do bebé, de um emprego a tempo inteiro e ainda atender às exigências do cônjuge. Segundo Dunnewold (1996), quando a mulher se apercebe de que não consegue dar conta de todas estas tarefas da forma como idealizou previamente, o contacto com a realidade e com a sua incapacidade de resposta adequada, contribui largamente para a imergência de sentimentos de frustração, tristeza, depressão, raiva, ansiedade, culpa e menos valia.

O que é a Depressão Pós-parto?

A depressão pós-parto trata-se de uma depressão que se desenvolve especificamente em volta do desempenho do papel materno e do bebé (Beck, 1992; Hopkins, Campbell & Markus, 1989; Pitt, 1968). A depressão pós-parto tem sido definida como uma perturbação do humor que se desenvolve, num elevado número de mulheres, na sequência de um parto; pode ser identificada pela presença de um episódio depressivo major que surge na total ausência de sintomatologia psicótica e se estabelece em estreita relação temporal e temática com o nascimento do bebé, tendo início entre o 2º e o 3º mês do pós-parto. (O'Hara, 1997 cit. em Figueiredo, 2001).

Este termo, depressão pós-parto foi definido pela primeira vez por Pitt em 1968, na sequência do primeiro estudo empírico sobre esta perturbação. Este autor tal como outros sentiu a necessidade de criar uma categoria distinta de diagnóstico, alertando para a especificidade da depressão pós-parto em relação à depressão ocorrida noutros períodos de vida.

Existem algumas diferenças na depressão pós-parto relativamente à depressão decorrente de outros contextos. Uma delas é a baixa ocorrência de ideação suicida e de comportamento suicida junto das mulheres que desenvolvem depressão pós-parto (Appleby, 1996; Pitt, 1996). Um outro aspecto e talvez o de maior incidência, quando comparado a outras alturas da vida de uma mulher, é a diminuição do desejo e do prazer sexual e a alteração dos padrões da actividade sexual depois do nascimento do bebé. (Krumar & Robson, 1984). O elevado número de queixas físicas, como dores de cabeça, falta de apetite, relativamente ao número de sintomas cognitivo-emocionais é também um dos aspectos característicos assinalado por diversos estudos (Augusto et al., 1996, Troutman & Cutrona, 1990).

Segundo Pitt existem dois aspectos que se encontram invertidos na depressão pós-parto: o agravamento matinal dos sintomas está ausente e as mudanças de humor são mais intensas ao final do dia, e a insónia quando está presente é uma insónia de adormecimento e não a insónia matinal tão característica das perturbações de ansiedade.

A depressão pós-parto ocorre em cerca de 10% das puérperas e pode levar de seis semanas a três ou quatro meses para se manifestar (Cooper & Murray, 1995; Dunnewold, 1997; O'Hara, Zekoski, Phillips, & Wright, 1990).

Diversos autores têm reconhecido a existência de estreita relação entre o *timing* de início do episódio depressivo e o parto (O'Hara, 1997). Os estudos revelam que em mais de 75% dos casos o início da depressão pós-parto tem lugar entre o segundo e o terceiro mês do puerpério (Cooper, Campbell, Day, Kennerly & Bond, 1988; Cox, Murray & Chapman, 1993; Leadbeater & Linares, 1992, Kurmar & Robson, 1984; Watson, Elliot, Rugg & Brough 1984). Sinalizando a 10 semana após o parto, como a semana em que um maior número de mulheres parece iniciar uma depressão pós-parto, considerando ser este o momento ideal para se realizarem acções de despiste (Oates, 1996).

A depressão pós-parto tem geralmente a duração de 3 a 4 meses e raramente permanece até 12 meses após o parto, embora por vezes os sintomas se possam manter até á idade de um ou dois anos do bebé. Segundo alguns autores, a depressão pós-parto tem normalmente uma duração entre 2 a 31 semanas, 15 semanas em média (Campbell, Cohn, Flanagan, Popper & Meyers, 1992, Campbell & Cohn, 1997). E em geral não difere, em relação ao tempo de duração, dos episódios depressivos que não tiveram início no pós-parto (O'Hara, 1997). Sendo referido que a remissão espontânea dos sintomas, 2 a 6 meses após o início da depressão, parece suceder de forma similar ao que acontece quando o episódio depressivo se verifica em outras alturas da vida da mulher (Cooper & Murray, 1995; O'Hara, 1997).

Caracteristicamente a depressão pós-parto compreende alterações de apetite e perturbações do sono, dificuldade em dormir especialmente após amamentar o bebé, crises de choro, desatenção, problemas de concentração, falta de energia e desinteresse em actividades que antes eram consideradas agradáveis (Dunnewold, 1997). Também podem ocorrer ideias de suicídio e sentimentos de culpa excessivos. Os sintomas tendem a ter uma duração razoável de tempo e podem prejudicar as actividades normais da mulher (O'Hara, 1997).

De modo geral, a literatura indica que a depressão ao longo do primeiro ano de vida do bebé tende a ser leve (O'Hara, Neunaber & Zekoski, 1984; Steiner & Tam, 1997; Whiffen & Gotlib, 1989). No entanto mesmo leves, estes sintomas podem trazer muito prejuízo para a nova mãe, especialmente porque é esperado que a mulher se sinta feliz com a chegada do bebé (Maldonado, 2000). De acordo com Steiner e Tam (1997), o facto da depressão pós-parto ser geralmente leve ou moderada faz com que frequentemente ela não seja diagnosticada, podendo eventualmente tornar-se tão severa que seja necessário o internamento.

As circunstâncias psicossociais da vida das mulheres com depressão pós-parto têm sido cada vez mais referenciadas, como sendo os factores de maior responsabilidade na emergência desta perturbação (Cooper & Murray, 1998; Hendrick & Altshuler, 1999; Kumar, 1996; Wibe & Anechiga, 1999). As adversidades de carácter social (Murray & Cooper, 1997), as dificuldades na relação conjugal (Gotlib, Whiffen, Wallace & Mount, 1991), a ausência de suporte social (Berthiaume, David, Saucier & Borgeat, 1996) e os acontecimentos adversos de existência (O'Hara, 1994) são os factores que parecem congregam maior consenso entre os investigadores e clínicos, tendo em conta os estudos empíricos mais recentes. (Figueiredo, 2001)

Segundo Cooper, os factores que melhor permitem predizer a emergência de uma depressão pós-parto são: a ausência de suporte social e historia anterior de depressão. A presença de uma destas variáveis dobra o risco da mulher desenvolver uma depressão pós-parto (Cooper, e al. 1996). Os acontecimentos adversos na vida da mulher, tais como: o desemprego materno e paterno, o abandono por parte do pai da criança e as grandes dificuldades financeiras (O'Hara, 1997; O'Hara, Neunaber & Zekoski, 1984) também parecem potenciar o surgimento da depressão pós-parto.

As características do bebé também parecem ter um papel importante na emergência da depressão materna, Murray, Stanley, Hooper, King e Fiori-Cowley (1996), ao avaliarem o comportamento neo-natal de bebés de mães primíparas que na gestação foram avaliadas como estando em risco de desenvolver uma depressão após o nascimento do filho, descobriram que um funcionamento motor pobre e um alto nível de irritabilidade entre o décimo e o décimo quinto dia após o nascimento estiveram associados ao início da depressão da mãe dois meses depois do parto. De acordo com os autores, esses resultados indicam que factores neo-natais podem ter um impacto significativo no estado mental da mãe.

A prematuridade e ou os problemas neo-natais de saúde (Alfaya & Schermann, 2001), o temperamento difícil ou comportamento negativo, são factores predisponentes de maior dificuldade no cuidado do bebé. A irritabilidade e a falta de controlo motor do bebé parecem estar relacionadas com uma maior incidência de depressão. Os bebés problemáticos são mais difíceis de cuidar, logo, as mães sentem-se menos competentes no desempenho do seu papel. Este facto interfere significativamente na auto-estima materna e pode ter implicações negativas no estabelecimento de uma relação positiva com o bebé (Figueiredo, 1997).

A Mãe e a Depressão Pós-parto

Transição para a Maternidade

Ter um filho não é só ter de o cuidar, ter um filho implica uma mudança de paradigma, de percepções e de prioridades que exige um ajustamento materno nem sempre fácil de alcançar. Como afirma Blum (2007), a transição para a maternidade é período de desenvolvimento complexo e extremamente importante na vida de qualquer mulher (Cowan & Cowan, 1992; Raphaël-Leff, 2001; Stern, 1995). As abordagens psicanalíticas enfatizam que, são poucas as experiências na vida de uma mulher com tanto poder transformativo, como a gravidez e a maternidade (Cohen & Slade, 2000). Estas experiências transformativas descritas nas abordagens psicanalíticas podem conduzi-las a uma angústia e conflito consideráveis quando determinados factores não são devidamente negociados, nomeadamente a redefinição do self e do outro, contendo ambivalências. Factores que segundo Blum (2007), têm um papel central, nas formulações da dinâmica das Depressões pós-parto.

Segundo Stern (1997) com a chegada do bebé, a nova mãe vê-se confrontada com uma tarefa de reelaboração de esquemas a respeito de si mesma que englobam todos os aspectos do seu ser. A reavaliação da sua identidade pode ser acompanhada de um sentimento de perda (de liberdade, de autonomia) subjacente ao sentimento de ganhos (ter um filho, adquirir o estatuto de mulher adulta) com a maternidade, possíveis desencadeadores da sintomatologia depressiva. A nova mãe tem de mudar o centro da sua identidade de filha para mãe, ou de profissional para mãe de família. Tal reorganização é importante para ela poder alterar os seus investimentos emocionais, a sua distribuição de tempo e de energia relativa as suas actividades. O autor denomina esta nova e única organização psíquica da mãe, que surge com o nascimento do bebé de “*constelação da maternidade*”.

Para Winnicott (1978), neste período a mulher entra num estado especial, denominado “*preocupação materna primária*”, cujo objectivo é dotar a mulher/mãe de uma sensibilidade especial que a leve a preocupar-se com seu bebé.

No entanto, quando a mãe não consegue adaptar-se a esta nova constelação familiar emerge a depressão pós-parto. Segundo Dunnewold (1996), a nova mãe pode apresentar

mudanças extremas nos padrões de apetite e de sono em sequência das dificuldades em conciliar o sono após alimentar o bebê à noite. Problemas de concentração, choro, perda de energia e interesse por actividades comuns e um aumento de irritabilidade e sensibilidade.

Para Maldonado (2000), a severidade da depressão parece estar relacionada com uma grande frustração relativamente às expectativas relacionadas com o nascimento do filho, com o papel de mãe, com as características do bebê e com o tipo de vida que é estabelecido após a chegada da criança. Por vezes as mães idealizam a maternidade de tal forma que quando a realidade de um bebê absorvente e de uma série de tarefas acrescidas se lhes impõe elas não têm a estrutura necessária para as aguentar. Este desajuste despoleta nas mães um sentimento de incapacidade e tristeza. Muitas vezes estas mulheres apresentam um intenso sentimento de culpa, por pensarem que não estão a conseguir corresponder às expectativas dos outros relativamente ao que seria ser uma boa mãe.

Ferber and Feldman (2005) por sua vez, descobriram que as mães que se preocupavam mais elas, com as suas dores e com o seu desconforto, do que com os filhos, demonstravam índices mais altos de ansiedade e depressão, seis semanas após o nascimento do bebê.

Vliegen e Luyten (2007a) estudaram o papel do auto-crítica e da dependência, sugerindo que estas dimensões da personalidade parecem estar ambas relacionadas, de forma diferente, com a depressão pós-parto. Enquanto a auto-crítica está relacionada com a intensidade da depressão, ou seja com o nível de ansiedade, a dependência está relacionada com a severidade da depressão. Num estudo mais recente, Vliegen e Luyten (2007b) exploraram a relação entre a irritação a auto-crítica e a depressão, chegando à conclusão que as mães com depressão pós-parto demonstraram possuir uma maior predisposição para a irritação. Sendo que, as mães mais dependentes, teriam níveis mais baixos de irritação uma vez que virariam a sua zanga contra o self, enquanto as mães mais auto-críticas demonstraria, uma maior irritação e stress que expressariam com hostilidade/zanga, apresentando comportamentos semelhantes aos identificados nas depressões major. Mais tarde, acrescentaram que a auto-crítica estaria relacionada com a ausência de sentimentos positivos (amor, prazer) e a presença de sentimentos negativos (tristeza, medo, zanga, culpa/vergonha) enquanto a dependência, por contraste, estava associada apenas com os afectos negativos, com a tristeza, o medo, a culpa e a vergonha. (Vliegen e Luyten (2007c).

Factores predisponentes da Depressão Pós-parto

Historia Pessoal

As mães deprimidas são muitas vezes descritas como sendo mulheres com percepções desvalorizadas de si próprias enquanto mulheres e enquanto mães. Os sentimentos de frustração e de insatisfação consigo próprias como mulheres parecem continuar-se no seu papel maternal e reflectem-se na qualidade das interacções fantasmáticas e comportamentais que estabelecem com os filhos. Para além de se sentirem incompetentes como mães, as representações mentais das suas próprias mães surgem muito desvalorizadas; a capacidade contentora e a qualidade maternal estão aqui praticamente ausentes. Estas mulheres experienciam frequentemente dificuldades no relacionamento com a família; falta de suporte emocional por parte do marido ou situações de conflito com a família de origem, nomeadamente com a mãe.

Selma Fraiberg (1980) considera que na relação entre mãe-filho se repete a relação infantil que se estabeleceu com a própria mãe (ou outros personagens importantes na infância). A qualidade desta relação de objecto irá assim determinar a adequação e a competência do desempenho das futuras mães. Também Stern (1985, 1989, 1991) e Main (1985) confirmaram a existência de uma transmissão intergeracional de padrões interactivos. Para Mary Main (1985) a qualidade da representação mental que uma mulher tem da sua mãe pode predizer o tipo de padrão de vinculação que esta irá estabelecer com o seu filho(a). A memória, sob a forma de representações mentais de interacções passadas, parece servir como guia para as interacções presentes, as quais irão determinar a qualidade das interacções futuras (Marques, 2003).

Temperamento do Bebê

São vários os factores desencadeadores da depressão, no entanto alguns autores voltam a equacionar o temperamento do bebé como um factor importante, por exemplo, Cramer e Palácio-Espasa (1993) consideram que a depressão pós-parto é mais determinada pelas vicissitudes da interacção mãe-bebé do que por uma patologia preexistente da mãe. De acordo com estes autores, as mães têm tendência a projectar constantemente intenções no seu bebé. Se os conteúdos destas projecções forem benevolentes, o bebé é vivido com alegria e sentido como uma recompensa. No entanto, se o bebé for percebido como insatisfeito, raivoso e crítico, dá-se uma queda na

autoconfiança materna, causando sentimentos de depressão. A contribuição do temperamento do bebé na precipitação da depressão materna, tem vindo a demonstrar que, diante de um bebé mais difícil, as mães percebem-se com tendo um desempenho maternal deficitário (Cutrona & Troutman, 1986).

Teti e Gelfand (1991), afirmavam, num estudo realizado com mães deprimidas e respectivos bebés dos 3 aos 13 meses, que o impacto das percepções maternas sobre as dificuldades percebidas no temperamento dos bebés parecia depender dos sentimentos de auto-eficácia da mãe. Os estudos demonstraram que o temperamento difícil do filho podia fazer diminuir os sentimentos de auto-eficácia da mãe. Segundo os autores é provável que as mulheres com bebés difíceis, mas com altos níveis de auto-eficácia materna, tenham recursos pessoais e sociais que viabilizem o estabelecimento de relações sensíveis e harmoniosas com seus filhos. No entanto, as mulheres que desenvolveram sentimentos de insegurança e dúvida como resposta às dificuldades do bebé, tenderiam desinvestir e a abandonar, os desafios do relacionamento com um “bebé difícil”, e seriam menos criativas e com maior número de insucessos ou seja, respostas inadequadas, nas interações mãe-bebé. Efectivamente e conforme afirmaram Aiello-Vaisberg e Granato (2002), a mãe precisa de aprender a sobreviver aos ataques de cólera de seu bebé, à sua indiferença, à sua recusa ou extrema voracidade e à falta de sono que ele lhe impõe; em suma, precisa de renunciar aos seus próprios interesses para poder cuidar eficazmente do seu filho.

Para Dunnewold (1996), as mulheres com depressão não se sentem boas mães, pensam-se incapazes de cuidar dos filhos. Para além disto, sentem-se um peso para o marido, família e amigos. A autora acrescenta que, atormentadas por dúvidas a respeito de si mesmas, algumas mulheres que anteriormente se consideravam competentes e bem-sucedidas, começam a sentir-se incompetentes e com falhas. O sentimento de menos-valia pode despoletar na mãe pensamentos suicidas e mesmo preocupações em magoar o bebé.

Factores Conjugais

Os factores conjugais, nomeadamente o apoio do companheiro, parece ter um impacto muito favorável na forma como a nova mãe se adapta à maternidade. Efectivamente, o nascimento de um filho também faz balançar o relacionamento entre o casal, no entanto e tal como afirma Feldman (2000) quando nasce o primeiro bebé há

um declínio na qualidade do relacionamento conjugal, mas o envolvimento e o apoio por parte do pai, proporciona um efeito protector importante, contra essa insatisfação conjugal e também contra o stress da mãe durante esse período.

De acordo com Stern (1997) o principal papel do marido seria a de funcionar como matriz de apoio, protegendo a mãe fisicamente, promovendo as suas necessidades vitais, afastando-a das exigências de uma realidade externa, para que ela possa dedicar-se as tarefas de manter o bebé vivo e promover o seu desenvolvimento psíquico e afectivo. Ao ajudá-la e ao protege-la ele está a permitir-lhe estar com o bebé sem pressões e de forma descontraída, favorecendo assim interacção entre a mãe e o filho. Na verdade os homens sempre tiveram essa função, mas actualmente e devido ao facto da família se encontrar diminuída o seu papel é ainda maior (cit. em Sotto-Mayor & Piccinini, 2005).

Para Anderson, Beach e Kaslow (2002), a falta de um relacionamento confiável com o marido constitui um factor de grande vulnerabilidade no desenvolvimento de depressões em mulheres. Se elas não acreditarem que o marido possa ser a sua “base segura”, não procurarão o apoio dele, porque não acreditam que ele possa oferecê-lo. Segundo os autores, casais em que a esposa apresenta depressão materna parecem demonstrar menos apoio um ao outro do que casais onde não há depressão. A pouca segurança na vinculação (entre ambos) parece determinar o ajustamento do casal e a conduta adoptada na resolução dos conflitos conjugais.

Relação Mãe-bebé num Contexto de Depressão Pós-parto

A depressão materna é um problema que tende a afectar seriamente a relação mãe-bebé, especialmente quando não há ninguém que possa apoiar e/ou substituir as funções maternas comprometidas pela depressão. A mãe deprimida é uma mãe que olha sem ver que reage sem interagir. Estas mulheres parecem ter imensa dificuldade em fazer leituras adequadas das necessidades dos seus bebés, e como tal a qualidade da resposta surge enviesada criando assim um desencontro relacional que pode conduzir à desistência, quer por parte da mãe que se sente incompetente na sua função materna, quer por parte do bebé incompreendido e insatisfeito. Uma das consequências possíveis da depressão materna é que na ausência de um feedback positivo, o bebé venha a desenvolver um estilo de interacção deprimido (Field & Cols., 1988).

Nos últimos anos, são vários os autores que se têm interessado por esta temática e quase todos eles são unânimes em afirmar que a depressão materna interfere significativamente na qualidade da interacção da díade. Os resultados mostraram que as mães deprimidas, quando comparadas às mães não deprimidas, interagem menos com os seus filhos, apresentam mais expressões negativas do que positivas, são menos responsivas, menos espontâneas e denotam menores níveis de actividade (Cohn, Campbell, Matias, & Hopkins, 1990; Field, 1984; Field et al., 1985; Field et al., 1988).

As mães com depressão pós-parto parecem apresentar mais dificuldades em aliciar os seus filhos para a interacção e em manter o diálogo interactivo. Field (1995) descreveu algumas situações de interacção face-a-face, referindo que as mães deprimidas passavam menos tempo a olhar, a tocar ou a falar com os seus bebés. Consequentemente, os seus filhos apresentavam níveis de actividade mais baixos, vocalizavam menos, e mostravam menos expressões faciais positivas e mais negativas durante as interacções. Os bebés também desviavam o olhar mais frequentemente, e protestavam mais, mostrando uma maior insatisfação. Segundo o autor quando não há dificuldades na interacção mãe-bebé, a mãe ajusta cuidadosamente o seu comportamento ao do bebé, estimulando-o adequadamente. Nesse contexto, os comportamentos atentos e afectivos maternos e do bebé tornar-se-iam sincrónicos. Mas se a mãe não está emocionalmente disponível às exigências do seu bebé, os comportamentos da díade converter-se-iam em comportamentos assincrónicos. Isto porque o bebé seria privado, temporária ou permanentemente da mãe enquanto importante regulador externo da estimulação, o que lhe acarretaria falhas no desenvolvimento ou manutenção de modulação da excitação e na organização de comportamentos atentos e afectivos (Field, Healy, Goldstein & Guthertz, 1990). Este facto desencadeia no bebé uma desorganização comportamental, que faz com que diminua o nível de respostas contingentes em relação à mãe. Essa diminuição, segundo os autores, reflecte a aprendizagem do bebé, ou seja, ele percebe que o seu comportamento exerce um efeito mínimo no comportamento materno e desiste. A inibição das reacções por parte do bebé parece aumentar a frustração materna, fazendo com que a mãe utilize estratégias intrusivas no sentido de obter respostas do seu filho.

As expressões afectivas das díades durante a interacção mãe-bebé também foram investigadas nalguns estudos sobre o impacto da depressão da mãe em estágios mais avançados do desenvolvimento do bebé (Hart, Jones, Field, & Lundy, 1999; Radke-Yarrow, Nottelmann, Belmont, & Welsh, 1993; Seiner & Gelfand, 1995). Num desses

estudos, os autores examinaram diferenças na ocorrência de algumas expressões de afecto nas mães deprimidas e não-deprimidas e nos seus bebés (Radke-Yarrow, Nottelmann, Belmont, & Welsh, 1993). Os resultados revelaram que as mães deprimidas mostraram mais afecto negativo do que mães não-deprimidas e apontaram também para uma correlação entre o afecto das mães e dos bebés. McElwain e Volling (1999) afirmaram que mães com elevada sintomatologia depressiva demonstravam pouco afecto, apresentando, quer um estilo intrusivo, hostilidade e coerção, ou então uma grande passividade e afastamento quando interagem com os seus bebés. Também Jacobsen considerou que o padrão de interacção mãe-bebé, em mães que apresentam depressão pós-parto, é caracterizado por um desinteresse, negligência ou frieza na resposta interactiva materna, provocando respostas semelhantes nos seus filhos (Jacobsen, 1998).

Vários autores se têm interessado pelo impacto que a depressão materna têm, na forma como o bebé explora os brinquedos no final do primeiro ano de vida, associando desta forma o tipo de exploração ao posterior desenvolvimento cognitivo da criança (Hart, Field, Delvalle, & Pelaez-Nogueras, 1998; Lawson, Parrinello, & Ruff, 1992; Tamis-LeMonda & Bornstein, 1989). Mais especificamente, os autores referiram que os comportamentos maternos de introduzir brinquedos e manter a atenção do bebé num determinado brinquedo, pelo qual ele demonstrou um interesse prévio, estariam associados a um posterior aumento na exploração de objectos por parte do bebé, enquanto que o redireccionamento da sua atenção e a manifestação de intrusividade por parte da mãe, estariam relacionados a um posterior decréscimo nessa exploração. Field (2000) reconsiderou parcialmente este modelo, propondo que as mães deprimidas que possuam um estilo de interacção intrusivo, embora ainda forneçam uma estimulação pouco adequada, possam facilitar o seu desenvolvimento, pois elas estimulam verbalmente o bebé, o que acaba por contribuir para o seu desenvolvimento cognitivo. O mesmo não ocorre com as mães deprimidas que possuem um estilo de interacção apático, que caracterizava grande parte dos participantes dos estudos de Field (1992, 1995, 1997), de Field e cols. (1985,1988).

Também Schwengber examinou diversos comportamentos interactivos entre as mães e os seus bebés de um ano de idade. Os resultados revelaram que as mães deprimidas exibiam menos comportamentos facilitadores da interacção (introduzir brinquedos, manter atenção no brinquedo, expressar prazer e alegria e demonstrar ternura e afeição...), em comparação com as mães sem indicadores de depressão. Os

resultados encontrados revelam que os bebés de mães deprimidas não se mostram tão animados na exploração. Os resultados revelaram também que, embora não tenham sido encontradas diferenças entre os grupos quanto à introdução de brinquedos, as mães deprimidas introduziam mais brinquedos com os meninos do que com as meninas e estas meninas mostravam mais afecto negativo. Esses resultados corroboraram evidências a respeito da uma maior intrusividade e envolvimento activo na interacção das mães deprimidas com os meninos (Radke-Yarrow et al., 1995).

Todos estes estudos parecem sugerir que a exposição da criança a estilos de interacção pouco adequados, como ocorre na interacção dos bebés com as suas mães deprimidas, representa um risco para o desenvolvimento cognitivo e afectivo da criança. Analisados de forma conjunta, os estudos apontam para o facto da depressão da mãe interferir significativamente na qualidade da interacção com o bebé, tanto nos primeiros meses após o parto como em momentos mais avançados do desenvolvimento

Depressão Pós-parto e Desenvolvimento Infantil

Consequências Psicológicas no Desenvolvimento Infantil

Os filhos de pais deprimidos têm de facto sido objecto de numerosos trabalhos ao longo das últimas duas décadas. Os primeiros estudos foram realizados nos anos 70, quando pesquisas sobre filhos de pais com esquizofrenia conduziram ao uso de uma população de pais com doença afectiva, para comparação. Verificou-se então que os filhos de pais com doença afectiva apresentavam um grau de perturbação tão acentuado, senão maior, que os filhos de pais com esquizofrenia (Fisher et al., 1980; cit. em Marques, 2003).

Na sequência destas primeiras observações relativas ao impacto adverso da depressão materna no desenvolvimento da criança, um elevado numero de estudos empíricos foi conduzido e os efeitos adversos desta perturbação foram observados ao longo dos diversos anos de estudo (Murray, Hipwell, Hooper, Stein & Cooper, 1996), quer no *desenvolvimento cognitivo*, sugerindo uma associação entre distúrbios na qualidade da interacção com a mãe deprimida no primeiro ano de vida do bebé e o baixo desenvolvimento cognitivo aos dezoito meses (Murray, Fiori-Cowley, Hooper, &

Cooper, 1996; Cogill, Caplan, Alexandra, Robson & Kumar, 1986; Figueiredo, 1997) e aos quatro anos de idade (Hay & Kumar, 1995) sobretudo nos rapazes (Murray, Fiori-Cowley, Hooper & Cooper, 1996), quer no *desenvolvimento emocional* (Caplan, Cogill; Alexandra, Robson, Katz & Kumar, 1989), quer ainda ao nível do *comportamento* em crianças dos vinte e oito e trinta e seis meses de idade (Leadbeater, Bishop, & Raver, 1996), sendo que as crianças das mães que tiveram depressão pós-parto apresentam padrões inseguros de vinculação ao ano de idade (Lyons-Ruth, Connell, Grunebaum & Botein, 1990) e mais tarde comportamentos inadequados na escola (Sinclair & Murray, 1998). Estes efeitos parecem resultar, primeiramente da interacção e dos cuidados inadequados que as mães com depressão pós-parto têm para com os seus bebés (Murray, Stanley, Hooper, King & Fiory-Cowley, 1996).

Cummings e Davis consideraram que uma exposição contínua à falta de disponibilidade e sensibilidade de uma mãe deprimida pode ser um factor de risco para criança na primeira infância. Corroborando estes estudos outros autores têm também documentado problemas emocionais, cognitivos e de comportamento em filhos de mães com depressão (Goodman & Gotlib, 1999; Gotlib et al., 1991; Jacobsen, 1998; McElwain & Volling, 1999).

Depressão Pós-parto e Vinculação

Uma das funções primárias do sistema da vinculação é orientar os indivíduos a procurar as figuras de vinculação em busca de conforto e apoio durante períodos de necessidade ou tristeza (Bowlby, 1989).

Os bebés nascem com um sistema comportamental específico, designado por *comportamentos de vinculação*, cujo objectivo é manter ou estabelecer a proximidade com uma figura adulta capaz de o proteger do perigo, ou seja, a *figura de vinculação*, que é normalmente, a mãe ou a pessoa que lhe proporciona os cuidados básicos e assegura a sua sobrevivência. Assim, a figura de vinculação serve de “base segura” para a criança. A mãe, figura de vinculação, funciona como um porto de abrigo, um “refúgio seguro” (Ainsworth et al., 1978) para onde a criança volta sempre que se sente ameaçada ou insegura.

Inúmeras investigações empíricas revelaram que as relações de vinculação bem estabelecidas, ou seja, relações de vinculação segura, contribuem consideravelmente

para um desenvolvimento emocional, cognitivo e social adequado durante a infância e idade adulta (Weinfield et al. 1999). Qualquer percalço na sua organização terá reflexos quer ao nível do comportamento quer ao nível da saúde mental da criança (Lyon-Ruth & Jacobvitz, 1999) e do adulto.

A natureza e a qualidade das relações estabelecidas e o suporte emocional recebido durante a infância e a adolescência, parecem funcionar como factores de protecção ou de risco para as perturbações emocionais na idade adulta.

A depressão materna pode ser um factor impeditivo de uma vinculação segura uma vez que a leitura e a adequação da mãe às necessidades do bebé se encontra comprometida. A pouca disponibilidade emocional de uma mãe em sofrimento faz inibir grande parte dos comportamentos vinculativos do bebé que confrontado com uma resposta pouco satisfatória ou mesmo ausente vai desistindo progressivamente de a procurar. A severidade dos sintomas depressivos aumenta a tendência de perturbação nos relacionamentos de vinculação. Padrões de vinculação inseguros podem ser entendidos como a maneira que a criança encontrou de lidar com os conflitos e as falhas do comportamento maternal, que ocorrem em famílias deprimidas (Cummings & Davis, 1994).

Martins & Gaffan (2000) através de uma meta análise que incluiu sete estudos verificaram uma associação entre depressão materna e o padrão de vinculação a partir do paradigma da *strange situation*. Os bebés de mães deprimidas apresentavam menos vinculações seguras e mais vinculações evitantes e desorganizadas do que os bebés das mães sem depressão do grupo de controlo (cit. em Motta et al., 2005).

Outros estudos apontam para as implicações da depressão pós-parto na qualidade do vínculo estabelecido entre a mãe e a criança aos dezoito meses (Murray et al., 1996). Os autores encontraram que mães que estiveram deprimidas dois meses após o nascimento foram menos sensíveis e atentas aos bebés aos dezoito meses. Além disso, mostraram-se menos afirmativas e mais negativas em relação ao desenvolvimento dos filhos. Os autores concluíram que a qualidade do vínculo era influenciada não só pela depressão materna após o nascimento do bebé, mas também pelas experiências da mãe sobre o seu próprio nascimento e a natureza do relacionamento com sua própria mãe.

Efectivamente a depressão materna parece estar etiologicamente relacionada com uma história de vinculação insegura da própria, que se repete, quando o quadro depressivo da mãe se transforma no factor desencadeador de uma nova vinculação insegura, desta mãe com o seu bebé (Atkinson, Paglia, Coolbear, Niccols, Parker e

Guger, 2000; Belsky, Rovine e Taylor, 1984; Coyl, Roggman e Newland, 2002; Cummings e Davis, 1994; Hipwell, Goossens, Melhuish e Kumar, 2000).

O Bebê e a Depressão Pós-parto

Impacto da Depressão nos Estilos Interactivos

Quanto ao bebê, a literatura indica que a depressão materna pode afectá-lo de diferentes formas. Os bebês tendem a ser particularmente vulneráveis ao impacto da depressão materna, porque dependem muito da qualidade dos cuidados e da responsividade emocional da mãe (Campbell, Cohn & Meyers, 1992). De acordo com Cohn, Campbell, Mattias & Hopkins (1990), a falta de responsividade materna nos primeiros meses parece provocar uma mudança desenvolvimental no bebê, facto que tem vindo a ser relacionado com um baixo envolvimento com pessoas e objectos, no final do primeiro ano de vida, podendo vir a ter implicações importantes para a criança, mesmo quando há remissão da patologia materna. Efectivamente os bebês de mães deprimidas quando comparados aos de mães não-deprimidas, exibem menos afecto positivo e mais afecto negativo, um menor nível de actividade, menos vocalização, costumam distanciar o olhar, apresentam sinais de maior aborrecimento, protestos mais intensos, mais expressões de tristeza e raiva, menos expressões de interesse e uma aparência depressiva mesmo com poucos meses de idade (Cohn & cols., 1990; Field, 1984; Pickens & Field, 1993).

Diversos estudos têm demonstrado que os bebês tendem a espelhar o comportamento predominante da sua mãe, independentemente de ele ser positivo ou negativo. Por exemplo Hoffman e Drotar (1991) revelaram que os bebês de mães deprimidas, à semelhança das suas mães, apresentaram menor grau de afecto positivo e de expressão emocional, como se espelhassem o estilo interactivo da mãe. Resultados semelhantes foram encontrados por Pickens e Field (1993) num estudo sobre interacção mãe-bebê face a face.

Os bebês de mães deprimidas evidenciavam menos interesse pelas actividades e mais expressões de tristeza e raiva do que os bebês de mães não deprimidas. É possível que estes bebês estivessem mais tristes e chateados ao interagir com suas mães. A menor

frequência de expressões de interesse encontrada nos bebés de mães deprimidas talvez se deva ao facto destas mães serem muito menos expressivas e possuírem um repertório mais limitado de expressões faciais despertando menos interesse nos bebés.

Outro factor que pode influir na presença ou ausência do estilo de interacção deprimido é a idade em que o bebé se encontra. Os bebés com poucas semanas de convívio com a mãe tenderiam a estar menos afectados pela depressão materna do que bebés mais velhos. Por exemplo, no estudo conduzido por Whiffen e Gotlib (1989) não foram encontradas diferenças, quanto à responsividade e actividade física nos comportamentos de bebés de dois meses, filhos de mães deprimidas e não deprimidas, avaliados através da Escala Bailey de Desenvolvimento Infantil. Campbell, Cohn e Meyers (1992) também não encontraram diferenças em situações de interacção face a face, alimentação e brincadeira nas díades mãe-bebé, com bebés dessa idade.

No estudo de Campbell, Cohn e Meyers (1992), as mães que continuaram deprimidas quando o bebé tinha seis meses eram menos positivas com a criança nas situações avaliadas do que as mães não deprimidas. Além disso, os bebés das mães com indicadores de depressão apresentaram mais afecto negativo, como rejeitar os brinquedos, chorar, vocalizar negativamente e afastar-se ou resistir ao contacto, do que os bebés de mães sem indicadores de depressão. A cronicidade do episódio depressivo da mãe é um factor que provavelmente está relacionado com a idade do bebé (Campbell, Cohn & Meyers, 1992; Field, 1992, 1995; Goodman & Gotlib, 1999).

Field, Healy, Goldstein e Guthertz (1990) mostraram que bebés de três meses de idade com mães deprimidas apresentavam um estilo de interacção deprimido, mas se a sua mãe já tivesse recuperado da depressão aos seis meses, este padrão de comportamento tendia a desaparecer, apresentando um desenvolvimento normal com um ano de idade. Já os bebés de mães que permaneciam deprimidas ao longo do primeiro ano de vida da criança, desenvolveram um estilo de interacção deprimido, além de apresentarem desenvolvimento motor e mental inferior à média e estarem abaixo da curva normal de crescimento, especialmente com relação ao peso.

As evidências de que as interacções face-a-face, entre os bebés e as suas mães, diferem em função da depressão pós-parto sugerem que o estado afectivo da mãe pode repercutir-se também no tipo de vocalizações que utiliza ao interagir com o bebé. Bettes (1988) avaliou as implicações da depressão pós-parto em relação a duas características da linguagem materna: tempo de expressão vocal, pausas e o uso de entonação da voz. A autora verificou que mães deprimidas apresentavam vocalizações significativamente

mais baixas para responder às vocalizações de bebés de quatro meses, assim como apresentavam mais variações vocais e pausas, e eram menos aptas a utilizar a entonação exagerada que é característica da linguagem materna.

Segundo Field (2000), as mães deprimidas têm tendência a desenvolver dois estilos diferentes de interacção com o seu bebé. Um primeiro estilo, “intrusivo” em que elas estimulam excessivamente os bebés, e um segundo “apático”, onde existe pouca estimulação, sendo que, qualquer dos estilos parece fornecer estimulações inadequadas para a criança levando a que esta desenvolva um comportamento hiperactivo, ou seja, com irritação e grandes níveis de actividade ou então um estilo de interacção deprimido, com baixo padrão de actividade e apatia, ambos na tentativa de se defender da estimulação inadequada da sua mãe.

Uma importante contribuição das mães para o desenvolvimento neuro-psicológico dos filhos é fornecer uma regulação externa para que eles desenvolvam adequadamente a sua auto-regulação (Field, 1992, 1995). Bebés de mães com depressão crónica provavelmente precisariam muito desta hetero-regulação, pois parecem estar biologicamente desregulados desde o nascimento, já que apresentam desde o início níveis elevados de hormonas relacionados com o stress (norepinefrina e cortisol). Facto que poderá estar na origem dos seus padrões de sono desregulado e do comportamento desorganizado encontrados nas avaliações feitas pela Escala de Brazelton, e da grande activação do lobo frontal direito nos electro-encefalogramas, logo após o nascimento.

Uma vez que a mãe deprimida falha ao responder adequada e sensivelmente ao seu bebé, esse fica ainda mais vulnerável a uma possível desorganização comportamental. Dessa forma, os bebés podem ficar mais insensíveis e rejeitantes aos estímulos provindos da mãe, como uma estratégia para se defender do comportamento materno (Field, 1992).

Outros estudos dentro do género sugerem uma possível imaturidade do sistema nervoso simpático dos bebés de mães deprimidas. Os níveis elevados de cortisol e frequência cardíaca mais elevada, podem dever-se ou a uma falha da mãe em proteger e “tamponar” os factores stressantes ou a uma maior susceptibilidade genética do eixo HPA.

Bugental et al. (2003) avaliaram o efeito de duas variáveis, a indisponibilidade emocional materna e a rigidez materna através de punições físicas, nos níveis de cortisol basal e pós-stressores de 44 bebés no 2º ano e vida. A indisponibilidade foi dividida em *intencional*, em mães que mantiveram um estratégia de retirada ao longo dos 2 anos e

não intencional, em mães deprimidas. Os resultados revelaram que os níveis de cortisol basal foram bastante elevados nas crianças cujas mães tinham uma indisponibilidade intencional, mas esses índices foram ainda mais altos quando a indisponibilidade materna não era intencional, sendo que muitos autores sugerem que a elevação da produção de glicocorticoides nessa fase inicial do desenvolvimento está relacionada no curto prazo, com a maneira adaptativa de lidar com o stress que não é “tamponado” por um cuidador adequado (Cit. Em Motta et al. 2005).

Resumindo, as pesquisas feitas nos últimos anos têm sido unânimes em considerar que existe uma estreita relação entre os padrões de cuidados primários e o desenvolvimento da criança, demonstrando alterações ao nível do sistema neuroendócrino e comportamental em crianças que sofreram privação de cuidados adequados ou vivenciaram altos níveis de stress, sendo que é do nosso conhecimento que uma mãe deprimida tem um padrão de cuidado do bebé que não é suficientemente bom, principalmente quando a depressão se estende por vários meses. As mães deprimidas têm uma grande dificuldade em conter os estímulos stressores e em promover estímulos adequados que favoreçam a aprendizagem de novas estratégias adaptativas.

O Pai e a Depressão Pós-parto

Transição para a Paternidade

Actualmente é cada vez mais comum a presença do pai no cuidado a ter com o bebé. As consultas de pediatria são a prova viva dessa realidade. Há cada vez mais homens interessados em aprender tudo sobre as necessidades básicas dos seus filhos e a melhor forma de suprimir essas mesmas necessidades. Parece ser um ponto assente que a imagem que passam da sua função paterna é cada vez mais valorizada. Pela primeira vez na história do mundo, os homens querem ser apreciados pelo facto de serem pais atentos e cuidadores.

A transição para a paternidade, ou o período de tempo que medeia entre o início da gravidez e os primeiros meses de vida do bebé, é um tempo em que muitos homens começam a interessar-se bastante pela função paternal e tudo o que lhe diga respeito

(provedor da família e marido), altura em que estes papéis se salientam bastante (Farrell, Rosenberg, & Rosenberg, 1993).

Consequentemente, quando esse tempo é vivenciado com sentimentos de sucesso e competência relativamente ao papel paternal isso resulta num saudável ajustamento à parentalidade, no entanto, quando está associado a sentimentos de falha e incompetência pode levar a um ajustamento pobre e deficiente ao papel parental (P.A. Cowan, 1988; Higgins, Klein & Strauman, 1987; Lawton & Coleman, 1983).

Os resultados indicam que a forma como os homens se vêem a eles próprios antes e após o nascimento do 1º filho é relevante para a compreensão da motivação para essa mudança de papéis, o seu bem-estar psicológico e o seu envolvimento com a criança.

Apesar da parentalidade ser conotada como mais central na concepção feminina do que masculina, os pais demonstraram ser como as mães ao construírem uma visão prévia e futura de si mesmos, como pais (Hooker et al., 1996).

O papel paternal é um componente central da identidade de um indivíduo, como tal é natural que os pais estabeleçam metas relativas ao seu self paternal (Antonucci & Mikus, 1988; Hawkins, Christiansen, Sargent, & Hill, 1983; Hooker, Fiese, Jenkins, Morfei & Schwagler, 1996).

A discrepância entre o self real e o self ideal pode influenciar a experiência do papel paternal bem como outras dimensões da personalidade tais como o bem-estar psicológico (Lawton & Coleman, 1983).

Tal como referiu Antonucci e Mikus (1988), nem todos os pais amadurecem com a experiência, algum regridem com o ressurgimento de velhas questões, têm ciúmes dos filhos, ressentem-se com a perda de liberdade e de espontaneidade, no entanto, a parentalidade providência a oportunidade para o crescimento, facilitando a resolução dessas mesmas questões (Antonucci & Mikus, 1988; P.A. Cowan, 1988). A transição para a parentalidade tem o potencial de mudar a forma como os homens pensam e sentem acerca de si próprios e do meio ambiente que os cerca.

Os homens que valorizam imenso o seu papel de pais e que têm internalizados ideais parentais terão um maior conceito de self investido no papel paternal do que os homens que não dão muito valor à parentalidade (Minton & Pasley, 1996) e quanto mais perto estiverem do seu ideal de self parental, mais tempo parecem dedicar aos seus filhos demonstrando uma maior gratificação e envolvimento.

Pelo contrário, os homens que apresentam grandes falhas entre o seu ideal de self parental e o seu self trabalhador tendem a envolver-se menos no cuidado com os filhos e

apresentam um índice mais elevado de depressão após o seu nascimento. À medida que crescem os sentimentos depressivos também aumentam as atitudes negativas relativas ao cuidado a ter com a criança.

As atitudes dos pais parecem estar ligadas com a responsividade dos filhos na interacção pai-filho assim como à sociabilidade da criança.

O calor paternal, sensibilidade e reciprocidade na interacção com os filhos parece ser um prenúncio de uma vinculação mais segura na primeira infância (Cox, Owen, Henderson, & Margand, 1992).

Por sua vez, a depressão paterna durante a infância parece exacerbar os efeitos da depressão materna. Sendo que as crianças cujo ambos os pais se encontram deprimidos correm um risco acrescido de desenvolver psicopatologia do que as que apenas um dos pais se encontra deprimido (Weissman et al; 1984).

A ausência de depressão paterna é um factor protector no contexto de depressão materna. É certo que o envolvimento paterno pode ser capaz de satisfazer as necessidades desenvolvimentais da criança relativamente à previsão e cuidados maternos quando os cuidados maternos se encontram comprometidos pela depressão.

Conrad e Hammnen (1993) descobriram que a presença de um pai saudável, diminuía a probabilidade de problemas de comportamento nos filhos das mães deprimidas.

A Relação Pai-bebé num Contexto de Depressão Pós-parto

Vários estudos têm mostrado que o pai pode amenizar os efeitos negativos da depressão materna na relação da mãe e do bebé. Nos casos em que o pai está presente, o seu papel passa a ter grande relevância para a família, uma vez que a sua participação como mediador da interacção mãe-bebé pode ter uma influência directa sobre o desenvolvimento da criança (Brazelton & Cramer, 1992). Para além disso, o pai pode prover um modelo positivo, tanto aumentando os cuidados com seus filhos quanto apoiando a mãe deprimida, o que acaba por contribuir para uma melhor parentalidade. Os poucos estudos que consideraram o papel do pai no contexto da depressão materna sugerem que, nestas situações, o pai pode exercer um papel protector para o desenvolvimento infantil (Hossain & cols., 1994; Hops & cols., 1987). O pai pode amenizar os possíveis efeitos da depressão materna quando a sua esposa não estiver a

conseguindo fazê-lo ao prover um modelo de interacção sensível e responsivo às necessidades do bebé. Estes autores parecem acreditar que uma interacção positiva entre o pai e o bebé pode compensar parcialmente uma interacção negativa ou insuficientemente boa na relação mãe-bebé (Belsky, Gilstrap & Rovine, 1984; Chabrol, Bron & Le Camus, 1996, Hops & cols., 1987; Parke, 1996).

Hops, Biglan, Sherman, Arthur, Friedman, e Osteen (1987) mostraram que quando havia um bom relacionamento conjugal, os pais das famílias em que a mãe estava deprimida tinham um maior envolvimento com as suas crianças do que as próprias mães. Também Hossain, Field, Gonzalez, Malphurs, Del Valle e Pickens (1994) revelaram que os pais das famílias cujas mães estavam deprimidas apresentaram mais expressões faciais positivas e vocalizações do que as mães deprimidas, e os bebés também mostraram mais expressões faciais positivas e vocalizações ao interagirem com os pais do que com as mães.

Em situação de depressão materna, estes pais tendem a ficar mais próximos dos filhos do que os pais cujas esposas não estão deprimidas, provavelmente numa tentativa de compensar as dificuldades do cônjuge no cuidado com as crianças. Em situações de depressão materna o contacto com o pai ou outro adulto não deprimido e familiar à criança deverá ser promovido a fim de minimizar o impacto negativo que esse facto poderá ter para o seu desenvolvimento.

Apesar do papel do pai poder ser determinante é importante que essas famílias, cuja mãe apresente depressão, sejam acompanhadas através de actividades de prevenção e intervenção visando a promoção da saúde mental tanto das mães, como dos bebés e das suas famílias.

Conclusão

Após uma extensa revisão de Literatura em que procurámos compreender a fundo a depressão pós-parto em todas as suas vertentes concluímos que esta patologia parece ter um profundo impacto na mãe, no bebé, no pai e restante família, afectando as relações entre os diferentes membros e comprometendo, por vezes, o desenvolvimento infantil dos filhos do casal.

Por se acharem deprimidas, estas mães, encontram-se menos disponíveis para interagir com os bebés, tendo imensa dificuldade em se sintonizar com os filhos, e por conseguinte, em responder às necessidades da criança ou em conter as suas ansiedades. Os padrões de interacção desadequados das mães conduzem a formas de funcionamento desadequados nos filhos tendo implicações no posterior desenvolvimento da criança, ou seja, na forma como reage e se comporta nas interacções com os outros.

A fragilidade emocional materna e o contexto em que está inserida parecem determinar a eminência de uma depressão pós-parto. A presença de suporte social na maternidade tem sido constantemente associado à qualidade do ajustamento da mulher às mudanças que ocorrem e à qualidade dos cuidados que presta ao bebé durante esse período (Dawson, Robinson, Butterfield, VanDoorninck, et al. 1991; Oackley, 1992; Sheppard, 1994). A maternidade é portanto, um acontecimento que requer esforços muito grandes de adaptação a um vasto conjunto de tarefas que implicam um novo papel, bem como significativas mudanças na relação com o cônjuge (Whiffen, 1992). Sendo que este parece ter um papel determinante como elemento desencadeador ou protector do aparecimento de uma depressão pós-parto na mulher.

Como podemos perceber, existem evidências de que ambas, a relação com o companheiro e o temperamento do bebé aumentam a probabilidade da ocorrência de uma depressão pós-parto, quando coincidentes com outras fontes de risco. (Murray, Stanley, Hooper, & King, 1996), no entanto também sabemos que a ajuda, a protecção e a compreensão por parte do pai facilitam a adaptação materna e estimulam a relação da mãe com bebé, uma vez que a sua participação como mediador dessa interacção, parece ter uma influência directa sobre o desenvolvimento da criança (Brazelton & Cramer, 1992). Nestas situações o contacto com o pai não deprimido deverá ser promovido pois desempenhará um efeito protector para o bebé, minimizando o impacto negativo da depressão materna. (Hossain & cols., 1994; Hops & cols., 1987).

Após uma revisão exaustiva, pareceu-nos claro que, no período perinatal os ajustamentos são necessários entre a mãe e o bebé mas também entre o marido e a mulher, os disfuncionamentos são por vezes inevitáveis, mas frequentemente transitórios se intercedermos suficientemente cedo. Intervir na depressão materna permite-nos evitar a transmissão transgeracional de psicopatologia, uma vez que a depressão pós-parto leva a uma desorganização da parentalidade e do ambiente familiar, conduzindo a um posterior funcionamento desadaptado da criança e do futuro indivíduo. No entanto para que o possamos fazer da melhor maneira possível serão

necessários estudos que nos elucidem acerca dos diferentes elementos da família e da forma como esta patologia influencia e condiciona a sua vivência diária, nomeadamente o pai.

Apesar de existirem imensas investigações sobre depressão pós-parto, como esta revisão de literatura assim o atesta, a maior parte delas centrou-se na mãe e no bebé, nomeadamente no impacto que esta patologia tem ao nível da interacção e as consequências no desenvolvimento infantil. Muito poucos são os estudos em que o pai apareça como primeiro interveniente ou em que a sua vivência, nomeadamente as angústias, temores e comportamentos sejam de facto valorizados neste contexto.

Referência Bibliográficas

- Aiello-Vaisberg, T., M., J. & Granato, T., M., M. (2002). A preocupação materna especial. *Psicologia Clínica*, 14, 87-92.
- Alfaya, C. & Schermann, L. (2001). Depressão materna em mães de recém-nascidos com tratamento intensivo neonatal. *Psico*. 32, 115-129.
- Anderson, P.; Beach, S. R. H. & Kaslow, N. J. (1999). Marital discord and depression: the potential of attachment theory to guide integrative clinical intervention. In T. Joiner & J. Coyne (Orgs.). *The interactional nature of depression* (pp. 271-297). Washington, DC: APA.
- Antonucci; T.; Mikus, K. (1988). The power of parenthood: Personality and attitudinal change during transition to parenthood. In G.Y. Michaels & W. A. Goldberg (Eds), *The transition to parenthood: Current theory and research* (pp.243-258). Cambridge, M.A.: Cambridge University Press.
- Appleby, L. (1996). Suicidal behaviour in childbearing women. *International Review of Psychiatric*, 8 (1), 107-115.
- Areias, M. E.G., Kumar, R., Barros, H. & Figueiredo, E. (1996). Comparative incidence of depression in women and men, during pregnancy and after childbirth. *British Journal of Psychiatry*, 169, 30-35.

- Atkinson, L., Paglia, A., Coolbear, J., Niccols, A., Parker, K. C. H. & Guger, S. (2000). Attachment security: a meta-analysis of maternal mental health correlates. *Clinical Psychology Review*, 20, 8, 1019-1040.
- Augusto, A.; Kumar, R. Calheiros, J.M.; Matos, E.; Figueiredo, E. (1996). Post-natal depression in an urban area of Portugal: comparison of childbearing women and matched controls, *Psychological Medicine*, 26, 135-141.
- Beck, C. T., Reynolds, M. A. & Rutowsky, P. (1992). Maternity blues and postpartum depression. *Journal of Obstetric, Gynaecologic and Neonatal Nursing*, 21, 4, 287-293.
- Belsky, J., Gilstrap, B. & Rovine, M. (1984). The Pennsylvania infant and family development project, I: Stability and change in mother-infant and father-infant interaction in a family setting at one, three and nine months. *Child Development*, 55, 692-705.
- Belsky, J., Taylor, D. & Rovine, M. (1984). The Pennsylvania infant and family development project II: The development of reciprocal interaction in the mother-infant dyad. *Child Development*, 55, 706-717.
- Berthiaume, M.; David, H.; Saucier, J. & Borgeat, F. (1996). Correlates of gender role orientation during pregnancy and postpartum. *Sex Roles*. 35(11-12); 781-800
- Besser, A.; Blatt, S.; Luyten, P.; & Vliegen, N. (2007). Vulnerability to Postpartum Depression from a Psychodynamic Perspective: Systematic Empirical Base. Commentary on Issues Raised by Blum. "Psychodynamics of Postpartum Depression". Submitted to: *Psychoanalytic Psychology*.
- Blum, L. (2007). Psychodynamics of postpartum depression. *Psychoanalytic Psychology*. 24, 45-62
- Bowlby, J. (1989). *Uma base segura: Aplicações clínicas da teoria do apego*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Brazelton, T. B. & Cramer, B. G. (1992). *As primeiras relações*. São Paulo: Martins Fontes.
- Bugental, D., B.; Martonell G., A.; Baarraza, V. (2003). The hormonal costs of subtle forms of infant maltreatment. *Horm. Behav.* 43, 237-44.
- Campbell, S.B., Cohn, J.F. (1997). The timing and chronicity of postpartum depression: Implications for infant development. In Murray, and Cooper, (Eds). *Postpartum depression and child development*. (pp-165-197). New York: The Guilford Press.

- Campbell, S.B., Cohn, J.F., Meyers, T. (1992). Depression in first-time mothers: Mother-infant interaction and depression chronicity. *Developmental Psychology*, 31, 349-357.
- Caplan, H. L., Cogill, S. R., Alexandra, H., Robson, K.M., Katz, R. & Kumar, R. (1989). Maternal depression and the emotional development of the child. *British Journal of Psychiatry*, 154, 818-822.
- Chabrol, H.; Bron, N. & Le Camus, J. (1996). Mother-infant and father-infant interactions in postpartum depression. *Infant Behaviour and Development*, 19, 149-152.
- Cogill, S.R.; Caplan; H.L.; Alexandra ,H.; Robson; K.M. & Krumar, R. (1986), Impact of maternal postnatal depression on cognitive development of young children. *British Medical Journal*, 292, 1165-1167.
- Cohen, L. & Slade, A. (2000). The psychology and psychopathology of pregnancy: Reorganization and transformation. In C. Zeanah (Ed.), *Handbook of infant mental health* (2nd ED). (pp.20-36). New York: Guilford Press.
- Cohn F. C.; Tronick, E. (1988). Specificity of infant's response to mother's affective behaviour. *Journal Am. Academic Child Adolescent Psychiatry*. 28(2):242-8.
- Cohn, J.F; Campbell, S.B; Mattias, R. & Hopkins, J. (1990). Face-to-face interactions of postpartum depressed and nondepressed mother-infant pairs at two months. *Developmental Psychology*, 26, 15-23
- Cooper, P. & Murray, L. (1995). Course and recurrence of pos-natal depression: evidence for the specificity of the diagnostic concept. *British Journal of Psychiatry*, 166, 191-195.
- Cooper, P., Murray, L., Hooper, R. & West, A. (1996). The development and validation of a predictive index for postpartum depression. *Psychological Medicine*. 26, 627-634.
- Cooper PJ, Campbell EA, Day A, Kennerley H, Bond A (1988) Non-psychotic psychiatric disorder after childbirth. A prospective study of prevalence, incidence, course and nature. *Br J Psychiatry* 152: 799-806.
- Coyl, D., Roggman, L. & Newland, L. A. (2002). Stress, maternal depression, and negative mother- infant interations in relation to infant attachment. *Infant Mental Health Journal*, 23, 145-163.
- Cowan, C.& Cowan. P.(1992). When partners become parents: *The big life change for couples*. New York: Harpers Collins.

- Cowan, C., Cowan, P., Heming, G., & Miller, N. (1991). Becoming a family: Marriage, parenting and child development. In P. Cowan & E. M. Hetherington (Eds.), *Family transitions. Advances in family research series* (pp. 79–109). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Cox JL, Murray D, Chapman G (1993) A controlled study of the onset, duration and prevalence of postnatal depression. *Br J Psychiatry* 163: 27–31.
- Cox JL, Holden JM, Sagovsky R (1987) Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry* 150: 782–786.
- Cox, Owen, Henderson, & Margand (1992). Prediction of infant-father and infant-mother attachment. *Developmental Psychology*, 28,3,474-483
- Cramer, B. & Palácio-Espasa, F. (1993). *Técnicas psicoterápicas mãe/bebê*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Crockenberg, Susan C.; Leerkes Esther M. (2003) Parental Acceptance, Postpartum Depression, and Maternal Sensitivity: Mediating and Moderating Processes. *Journal of Family Psychology*, 17, 1, 80–9.
- Cummings, M. E. & Davies, P. T. (1994). Maternal depression and child development. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 35, 73-112.
- Cutrona, C. & Troutman, B. (1986). Social support, infant temperament, and parenting self-efficacy: A mediational model of postpartum depression. *Child Development*, 57, 1507-1518.
- Dawson, P.M.; Robinson, J. I.; Butterfield P.M.; VanDoornink, W.J. et al. (1991) Supporting new parents through home visits: Effects on mother-infant interaction. *Topics in Early childhood Special Education*, 10 (4), 29-44.
- Dodge, K. A. (1990). Developmental psychopathology in children of depressed mothers. *Developmental Psychology*, 26, 1, 3-6.
- Dunnewold, A. L. (1996). Evaluation and treatment of postpartum emotional disorders. *Professional Resource Press: Sarasota, Florida*.
- Dunnewold, A. L. (1997). *Evaluation and treatment of postpartum emotional disorders*. Sarasota: Professional Resource Press.
- Feldman, R. (2000). Parents' convergence on sharing and marital satisfaction, father involvement, and parent-child relationship at the transition to parenthood. *Infant Mental Health Journal*, 21, 176-191.

- Ferber; S. & Feldman, R. (2005). Delivery pain and the development of mother infant interaction. *Infancy*; 8, 43-62.
- Field, T. (1984). Early interactions between infants and their postpartum depressed mothers. *Infant Behaviour and Development*, 7, 527-532.
- Field T; Healy B; Goldstein S; Perry S; Bendell, D. (1988). Infants of depressed mothers show “depressed” behaviour even with non depressed adults. *Child Development*. 59, 1569-79.
- Field, T.;Healy, B.; Goldstein, S.; Guthertz, M. (1990). Behaviour state-matching and synchrony in mother-infant interactions of non-depressed versus depressed dyads. *Developmental Psychology*, 26, 7-14.
- Field, T., Sandberg, D., Garcia, R., Vega-Lahr, N., Goldstein, S. & Guy, L. (1985). Pregnancy problems, postpartum depression, and early mother-infant interactions. *Developmental Psychology*, 21, 1152-1156.
- Field, T. (1992). Infants of depressed mothers. *Development and Psychopathology*, 4, 49-66.
- Field, T. (1995). Infants of depressed mothers. *Infant Behaviour and Development*, 18, 1-13.
- Field, T. (1997) Depressed mothers and their infants. In: L. Murray & P.J. Cooper (Orgs), *Postpartum depression and child development* (pp. 221-236.). New York: The Guilford Press.
- Field, T. (1998). Maternal depression effects on infants and early interventions. *Preventive Medicine*, 27, 200-203.
- Field, T. (2000). Infants of depressed mothers. *Stress, Coping and depression*. 3-22. Mahawah, New jersey: Lawrence Earlbaum associates.
- Figueiredo, B. (1997) Depressão pós-parto, interacção mãe-bebé e desenvolvimento infantil, Dissertação apresentada às provas de Doutoramento em Psicologia Clínica na Universidade do Minho.
- Figueiredo, B. (2000). Psicopatologia do Desenvolvimento da Maternidade. (pp.347-379) In Soares, I. & colaboradores. *Psicopatologia do Desenvolvimento: Trajectórias* (in) adaptativas ao longo da vida. Coimbra: Quarteto.
- Figueiredo B. (2001). Perturbações Psicopatológicas do Puerpério. In C. Canavarro (Ed.), *Psicologia da Gravidez e da Maternidade* (pp. 161-188). Coimbra: Quarteto Editora.

- Figueiredo, B. (2001). Depressão pós-parto: Considerações a propósito da intervenção psicológica. *Psiquiatria Clínica*, 22 (3), 329-339.
- Figueiredo, B. (2003). Os primórdios da construção do próprio no contexto da interacção mãe-bebé. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 2, 311-322.
- Figueiredo, B. (2004). Psicopatologia da Maternidade e da Paternidade. *Revista do Centro de Estudos Populações e Sociedade*, In Press
- Figueiredo, B. (2006). Qualidade das relações significativas da mulher na gravidez. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 1, 003-025.
- Fisher, L. et al. (1980). Child competence and psychiatric risk. (I-IV). *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 168 (6), 323-355.
- Fraiberg, S., Adelson, E., & Shapiro, V. (1980) Ghosts in the nursery: a psychoanalytic approach to the problems of impaired infant-mothers relationships. In S. Fraiberg (Ed.), *Clinical studies in infant mental health* (pp, 164- 195). New York: Basic Books.
- Frizzo; G.; Piccinini, C. (2005) Interacção mãe-bebé em contexto de depressão materna: Aspectos teóricos e empiricos. *Psicologia em Estudo*. Maringá. 10 (1), 47-55
- Goodman, S. H. & Gotlib, I. H. (1999). Risk for psychopathology in the children of depressed mothers: a developmental model for understanding mechanisms of transmission. *Psychological Review*, 106, 3, 458-490.
- Gotlib, I. H., & Whiffen, V. (1989). Depression and marital functioning: an examination of specificity and gender differences. *Journal of Abnormal Psychology*, 98, 23-30.
- Gotlib, I. H.; Whiffen, V.; Wallace, P. M. & Mount, J. H. (1991). Prospective investigation of postpartum depression: Factors involved in onset and recovery. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 2, 122-132.
- Gotlib, I. H. & Goodman, S. H. (2002). *Children of depressed parents: Mechanisms of risk and implications for treatment*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Hart, S., Field, T., Del Valle, C., & Pelaez-Nogueras, M. (1998). Depressed mother's interactions with their one-year-old infants. *Infant Behaviour and Development*, 21, 519-525.
- Hart, S., Jones, N. A., Field, T., & Lundy, B. (1999). One-year-old infants of intrusive and withdraw depressed mothers. *Child Psychiatry and Human Development*, 30(2), 111-120.

- Hay, D.F. & Kumar, R. (1995). Interpreting the effects of mother's postnatal depression on children's intelligence: a critique and re-analysis. *Child Psychiatry and Human Development*, 25, 3, 165-181.
- Hawkins, A. J., Christiansen, S. L., Sargent, K. P., & Hill, J. E. (1993). Rethinking fathers' involvement in child care: A developmental perspective. *Journal of Family Issues*, 14, 531-550.
- Hendrick, V. & Altshuler, L.L. (1997). Biological determinants of postpartum depression. Em L.J. Miller (Org.). *Postpartum mood disorders*, (pp.65-82) Washington: American Psychiatric Press, Inc.
- Hipwell, A. E., Goossens, F. A., Melhuish, E. C. & Kumar, R. (2000). Severe maternal psychopathology and infant-mother attachment. *Development and Psychopathology*, 12, 157-175.
- Hoffman, Y. & Drotar, D. (1991). The impact of postpartum depressed mood on mother-infant interaction: like mother, like baby? *Infant Mental Health Journal*, 12, 65-80.
- Hooker, Fiese, Jenkins, Morfei & Schwagler, (1996). Possible selves among parents of infants and preschoolers. *Developmental Psychology*, 32,3, 542-550.
- Hops, H., Biglan, A., Sherman, L., Arthur, J., Friedman, L. & Osteen, V. (1987). Home observations of family interactions of depressed women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 341-346.
- Hopkins, J, Campbell, S.B. & Marcus, M. (1989). Postpartum depression adjustment: Overlapping constructs? *Journal of Affects Disorders*, 17, 251-254.
- Hossain, Z., Field, T., Gonzalez, J., Malphurs, J., Del Valle, C. & Pickens, J. (1994). Infants of "depressed" mothers interact better with their nondepressed fathers. *Infant Mental Health Journal*, 15, 348-357.
- Klaus, M., & Redman, E.S. (1986). Postpartum depression: an interactional view. *Journal of Marital and Family Therapy*, 12 (1), 63-74.
- Klaus, M., Kennell, J. H. & Klaus, P. (2000). *Vínculo: Construindo as bases para um apego seguro e para a independência*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Kumar, R. Robson, K.M. (1984). A prospective study of neurotic disorders in childbearing women. *British Journal of Psychiatry*, 144, 36-47
- Kumar R. (1996). Post natal mental illness: A transcultural perspective. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 29, 250-264.
- Kumar R. 1997. 'Anybody's child': severe disorders of mother-infant bonding. *British*

Journal of Psychiatry, 171, 175–181.

- Lawton, J. & Coleman, M. (1983). Parents' perception of parenting. *Infant Mental Health Journal*, 4, 4, 352-361.
- Leadbeater, B. J. Linares, O. (1992) depressive symptoms in black and Puerto Rico adolescents mothers in the first 3 years postpartum. *Development and Psychopathology*, 4, 451-456.
- Leadbeater, B.; Bishop, S & Raver, C. (1996). Quality of mother-toddler interactions, maternal depressive symptoms, and behaviour problems in preschoolers of adolescent's mothers. *Development Psychology*, 32, 2, 280-288.
- Lyons-Ruth, K., Connell, D. Grunebaum, H. Botein, S. (1990). Infants at social risk: maternal depression and family support services as mediators of infant development and security attachment. *Child Development*, 61, 85-98.
- Lawson, R., Parrinello, R., & Ruff, H. (1992). Maternal behaviour and infant attention. *Infant Behaviour and Development*, 15, 209-229.
- McCourt, Christine (2006). Becoming a parent. *Transition to parenting and relationships in practice – Working with women*. 3, 49-67.
- McElwain, N. L. & Volling, B. L. (1999). Depressed mood and marital conflict: Relations to maternal and paternal intrusiveness with one-year-old infants. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 20 (1), 63-83.
- Main, M., Kaplan, N., & Cassidy, J. (1985). Security in infancy, childhood and adulthood: A move to the level of representation. In I. Bretherton, & E. Waters (Eds.), Growing points of attachment theory and research. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 50 (1-2), 66-104.
- Maldonado, M. T. (2000) *Psicologia da gravidez*. São Paulo: Saraiva.
- Marques. C. (2003) Depressão materna e representações mentais. *Análise Psicológica*. 1(XX), 85-94
- Minton, C. & Pasley, K. (1996). Fathers' Parenting Role Identity and Father Involvement. *Journal of Family Issues*, 17, 1, 26-45.
- Moro, M. (2005). Os ingredientes da parentalidade. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 8 (2), 258-73.
- Motta, M; Lucion, A.; Manfro; G. (2005). Efeitos da depressão materna no desenvolvimento neurobiológico e psicológico da criança. *Revista de Psiquiatria R.S.* 27 (2), 165-176.

- Murray, D., Cox, J., Chapman, G. & Jones, P. (1995). Childbirth: Life event or start of a long-term difficulty? *British Journal of Psychiatry*, 166, 595-600.
- Murray, L.; Cooper, P. (1997). Effects of postnatal depression on infant development. *Arch. Dis. Child.* 77, 99-101.
- Murray L., Stanley C., Hooper R., King F. & Fiori-Cowley A. (1996). The role of infant factors in postnatal depression and mother-infant interactions. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 38, 109-119.
- O'Hara, M. (1997). The nature of postpartum depression. In L. Murray & P. Cooper (Eds.). *Postpartum depression and child development*, (pp. 3-31). New York: Guilford.
- O'Hara, M., Neunaber, D., & Zekoski, E. (1984). Prospective study of postpartum depression: prevalence, course, and predictive factors. *Journal of Abnormal Psychology*, 93, 158-171.
- O'Hara, M. (1985). Social support, life events, and depression during pregnancy and the puerperium. *Archives of General Psychiatry*, 43, 569-573.
- O'Hara, M.; Rehm, L.; & Campbell, S. (1982). Predicting depressive symptomatology: Cognitive-behavioral models and postpartum depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 91, 457-461.
- O'Hara, M.; & Swain, A. (1996). Rates and risk of postpartum depression—a meta analysis. *International Journal of Psychiatry*, 8, 37-54.
- O'Hara, M. (1997). The nature of postpartum depressive disorders. In: L. Murray & P.J. Cooper (Eds), *Postpartum depression and child development*, (pp. 3-31). New York: Guilford.
- O'Hara, M. & Swain, A. (1996). Rates and risk of postpartum depression—a meta-analysis. *International Review of Psychiatry*, 8, 37-54.
- Oliveira, C.; Pedrosa, A. & Canavarro, M. (2005). Stress e adaptação nos processos de transição para a parentalidade. In A. Marques Pinto e Cols . *Stress e bem-estar*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Oackley, A. (1992). Social support in pregnancy: methodology and findings of a 1 year old follow-up study. *Journal of Reproductive and infant Psychology*, 10 (4), 219-231.
- Oates, M. (1996). Psychiatric services fore women following childbirth. *International Review of Psychiatry*, 8 (1), 87-98.

- Paley, B.; Cox, M.; Harter, K.; Margand, N. (2002) Adult attachment stance and spouses' marital perceptions during the transition to parenthood. *Attachment & Human Development*, 4 (3), 340-360.
- Paffenberg, R. (1982). Epidemiological aspects of post-partum mental illness. *British Journal of Preventive Social Medicine*, 18, 189-195.
- Parke, R. (1996). *Fatherhood*. London: Harvard University Press.
- Parry, B. (1999). Postpartum depression in relation to other reproductive cycle mood changes. In L. Miller (Ed.) *Postpartum mood disorders*. (pp. 21-46). Washington DC: American Psychiatry Press.
- Pfost, K. S., Stevens, M.J. & Lum, C. U. (1990). The relationship of demographic variables, antepartum depression and stress to postpartum depression. *Journal of Clinical Psychology*, 46, 5, 588-592.
- Piccinini, C., A.; Seidl de Moura, M., L.; Ribas, A., F., P.; Bosa, C., A.; Oliveira, E., A., F.; Pinto, E., B.; Schermann, L.; Chahon, V., L. (2001). Diferentes perspectivas na análise da interação pais-bebê/criança. *Psicologia Reflexão e Crítica*, 14, 469-485.
- Pickens, J. & Field, T. (1993). Facial expressivity in infants of depressed mothers. *Developmental Psychology*, 29, 986- 988.
- Pitt, B. (1968). Atypical depression following childbirth. *British Journal of Psychiatry*, 114, 1325-1335.
- Pitt, B. (1973). Maternity blues. *British Journal of Psychiatry*, 122, 431-433.
- Pitt, B. (1978). Introduction. In M. Sandler (Ed.), *Mental illness in pregnancy and the puerperium* (pp.1-6). Oxford: Oxford University Press.
- Raphaël-Leff, J. (2001). (2001). *Pregnancy : The inside story*. London: Karnac.
- Radke-Yarrow, M. & Zahn-Waxler, C. (1990) Research on affectively ill parents: some considerations for theory and research on normal development. *Development and Psychopathology*, 2, 349-366.
- Reading, R. & Reynolds, S. (2001). Debt, social disadvantage and maternal depression. *Social Science e Medicine*, 53, 441-453.
- Romito, P. ; Saurel-Cubizolles, M. ; Lelong, N. (1999). What makes new mothers unhappy: Psychological distress one year after birth in Italy and France. *Social Science e Medicine*, 49, 1651-1661.

- Seiner, S. & Gelfand, D. (1995). Effects of mother's simulated withdrawal and depressed affect on mother-toddler interactions. *Child Development*, 66, 1519-1528.
- Sinclair, D.; Murray, L. (1998). Teacher reports of adjustments to school of postnatally depressed and well mother's children. *British Journal of Psychiatry*, 172, 58-63.
- Sotto-Mayor; I. & Piccinini, C. (2005). Relacionamento conjugal e depressão materna. *Psico*, 36 (2), 135-148.
- Steiner, M. & Tam, W.Y.K. (1997) Postpartum depression in relation to other psychiatric disorders. Em L.J. Miller (Org.), *Postpartum mood disorders* (pp. 47-64) Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Stern, D. (1985). *The interpersonal world of the infant: a view from psychoanalysis and developmental psychology*. New York: Basic Books.
- Stern, D. (1989). The representation of relational patterns: developmental considerations. In A. Sameroff, & R. Emde (Eds.), *Relationship disturbances in early childhood*. New York: Basic Books.
- Stern, D., Robert-Tissot, C., Besson, G., Busconi-Serpa, S., de Mural, M., Cramer, B., & Palace, F. (1989). L'entretien R: une méthode d'évaluation des représentations maternelles. In *L'évaluation des interactions précoces entre le bébé et ses partenaires* (pp. 151-177). Paris: Eshel, Genève: Médecine et Hygiène.
- Stern, D. (1991). Maternal representations: a clinical and subjective phenomenological view. *Infant Mental Health Journal*, 12 (3), 174.
- Stern, D. (1995). *The Motherhood Constellation. A unified view of parent-infant psychotherapy* New York: Basic Books.
- Stern, D. (1997). *A constelação da maternidade: o panorama da psicoterapia pais/bebé*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Szejer, M. & Stewart, R. (1997). *Nove meses na vida da mulher: uma abordagem psicanalítica da gravidez e do nascimento*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Tamis-LeMonda, C., & Bornstein, M. (1989). Habituation and maternal encouragement of attention in infancy as predictors of toddler language, play and representational competence. *Child Development*, 60, 738-751.
- Teti, D. & Gelfand, D. (1991). Behavioral competence among mothers of infants in the first year: the mediational role of maternal self-efficacy. *Child Development*, 62, 918-929.

- Teti, D.M. & Gelfand, D.M. (1997) Maternal cognitions as mediators of child outcomes in the context of postpartum depression. In: L. Murray & P. J. Cooper (Orgs). *Postpartum depression and child development* (pp. 136- 163), New York, NY: The Guilford Press.
- Tronick, E. Z., & Weinberg, M. K. (1997). Depressed mothers and infants: failure to form dyadic states of consciousness. In L. Murray & P. J. Cooper (Orgs.), *Postpartum depression and child development* (pp. 54-81). Nova York: Guilford.
- Trountman, B. & Cultrona, C. (1990). Non psychotic postpartum depression among adolescent mothers. *Journal of Abnormal Psychology*, 99 (1), 69-78.
- Watson, J.; Elliot, S.; Rugg, A. & Brought, D. (1984). Psychiatric disorder in pregnancy and the first postnatal year. *British Journal of Psychiatry*, 144, 453-462
- Weissman et al; (1984) Six-month prevalence of psychiatric disorders in three communities 1980 to 1982. *Arch Gen Psychiatry*, 41,10, 959-67.
- Weinberg, M. K., & Tronick, E. Z. (1998). The impact of maternal psychiatric illness on infant development. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59(suppl 2), 53-61.
- Whiffen, V. & Gotlib, I. (1989). Infants of postpartum depressed mothers: Temperament and cognitive status. *Journal of Abnormal Psychology*, 98, 274-279.
- Whiffen, V. (1988). Vulnerability to postpartum depression: A prospective multivariate study. *Journal of Abnormal Psychology*, 97, 467-474.
- Whiffen, V. (1990). Maternal depressed mood and perceptions of child temperament. *The Journal of Genetic Psychology*, 151, 329-339.
- Whiffen, V. (1992) Is postpartum depression a distinct diagnosis? *Clinical Psychology Review*, 12 (5), 485-508.
- Winnicott, D. (1978). Preocupação materna primária. Em *Textos seleccionados: da pediatria à psicanálise* (Trad.:J. Russo), (pp.491-498). Rio de Janeiro: Francisco Alves. (Original pub. em 1945).
- Vliegen, N. (2006). Personality and affective relational dynamics in early motherhood and in infant interaction. Theoretical, empirical and clinical perspectives. Unpublished PhD manuscript, University of Leuven.
- Vliegen e Luyten (2007) Systematic empirical investigation of vulnerability to postpartum depression from a psychodynamic perspective: Commentary on issues raised by Blum. *Psychoanalytic Psychology*. 25, 2, 392-410.

Vliegen, N., & Luyten, P. (2007a). Dependency and self-critical perfectionism in postpartum depression and anxiety: A case-control study. *Manuscript submitted for publication.*

Vliegen, N., & Luyten, P. (2007b). The role of aggression in postpartum depression. *Manuscrito submetido para publicação*

II

ESTUDO EMPÍRICO

O COMPORTAMENTO PARENTAL DE COMPANHEIROS DE
MULHERES COM DEPRESSÃO PÓS-PARTO

Resumo

Os últimos estudos acerca da DPP parecem concluir que o apoio do companheiro, têm um impacto muito favorável na forma como a nova mãe se adapta à maternidade. Descobrir de que forma os pais vivem a DPP das suas companheiras e a influência que isso tem no comportamento do casal e na relação com o bebé foi o nosso objectivo. Utilizamos a Grounded Theory e investigámos 7 casos de Depressão Pós-parto. Participaram 13 sujeitos, 5 homens e 8 mulheres. Concluimos que: os companheiros das mulheres com depressão pós-parto referem alguma “*perplexidade*”, face a esta situação inesperada que parece vir “*reactivar vivências e conflitos anteriores*” nomeadamente a relação precoce com as próprias mães e outros significativos. A “*expectativa face à companheira*” determina nuns casos a emergência de “*ressentimento*” e noutros uma “*compreensão*” que os leva a ajudá-las neste difícil período das suas vidas. Independentemente dos diferentes comportamentos adoptados pelos pais todos eles acabam por “*assumir o papel maternal*” numa tentativa de compensar a indisponibilidade materna.

Palavras Chave: Depressão Pós-parto, Comportamento Parental, Impacto na Família, Sentimentos paternos, Relação pai/mãe, Relação pai/bebé.

Abstract

The latest studies about PPD seemed to conclude that marital factors, especially partner's support, have an auspicious impact in the way that mothers adapt to motherhood. Discover how do fathers live the PPD of their mates, and in what way does that influence the couple behaviour and the relationship with the baby was our objective. In this study we used Grounded Theory and investigated 7 cases of PPD; add

13 participants, 5 men and 8 women. And we have concluded that partners of PPD refer some “*perplexity*” towards this unexpected situation that seems to “*reactivated experiences and anterior conflicts*” namely their premature relationship with their one mother’s and significant others. The “*expectation towards mate*” determines the eminence of “*resentment*”, or of a “*comprehension*” that leads them to cope with this difficult period of their lives. Independently of the different behaviours adopt by fathers all of them end by “*assuming maternal role*”, in attempt to compensate mother’s unavailability.

Key words: Post-partum depression; Parental behaviour; Family impact; Father’s feelings; Father/mother relationships and Father/baby relationship.

Introdução

Tanto a gravidez, como o parto e o pós-parto, são marcados por acentuadas mudanças no relacionamento conjugal, nos papéis familiares e sociais, e nas rotinas diárias dos membros da família (Sotto-Mayor & Piccinini, 2005). Como consequência de todas essas mudanças e readaptações, os meses que se seguem ao nascimento de um bebê constituem um período de elevado risco para a saúde mental da mulher (Parry, 1999). Diversos autores têm considerado que o período do pós-parto, particularmente o referente ao nascimento do primeiro filho, é propício ao surgimento de problemas emocionais tanto nas mães como nos pais, destacando-se as depressões, as psicoses pós-parto e as manifestações psicossomáticas (Cooper & Murray, 1995; Klaus, Kennell e Klaus, 2000; O’Hara, 1997; Szejer e Stewart, 1997). Os factores associados a esta patologia resultam na sua maioria de componentes psicossociais, como eventos de vida negativos, dificuldades na relação com o companheiro, ou um parco apoio social, e de componentes psicológicas, nomeadamente sintomatologia depressiva e ansiosa durante a gravidez. (Monti e Agostini, 2006).

A ocorrência de depressão materna durante esta fase, pode ter um efeito devastador quer para a mãe, quer para a criança e para a restante família, nomeadamente o cônjuge. A convivência diária com uma mulher deprimida pode desencadear no homem o aparecimento de doenças do foro psiquiátrico, como perturbações da

ansiedade, episódios de depressão generalizada ou ainda o desenvolvimento de humor depressivo (Meighan, Davis, Thomas & Droppelman, 1999). Quer o envolvimento excessivo, com o filho recém-nascido, que reduz substancialmente o tempo que dedica ao companheiro (Barnes, 2006), quer a hipercrítica constante da mãe relativa à falta de envolvimento paterno, fazem com que o pai se sinta excluído e abandonado, favorecendo o aparecimento de sintomatologia depressiva. Apesar dos homens serem menos propensos a desenvolver depressão pós-parto, ela também pode manifestar-se em figuras masculinas, apresentando sintomas físicos e psicológicos idênticos aos maternos (Bielawska-Batorowicz & Kossakowska-Petrycka 2006; Meighan, Davis, Thomas & Droppelman, 1999,; Zerkowitz & Milet, 2001).

Uma mulher com depressão pós-parto é uma mulher que está menos disponível, para o companheiro e para o bebé. É uma mãe que olha sem ver e cuida sem sonhar. Logo, é natural que este comprometimento tenha um impacto significativo nos outros que a rodeiam. Considerada um dos factores predisponentes de dificuldades ao nível do desenvolvimento infantil, a depressão pós-parto, tem sido abordada por inúmeros investigadores nas últimas décadas, devido às evidências de que o estado depressivo da mãe pode ter repercussões negativas no estabelecimento das primeiras interacções com o bebé e, em consequência disso, no desenvolvimento afectivo, social e cognitivo da criança (Cummings & Davies, 1994; Dodge, 1990; Field, 1998; Tronick & Weinberg, 1997). Nesse sentido e numa tentativa de amenizar os seus efeitos, alguns autores debruçaram-se sobre a função do pai durante esse período. O pai surge neste contexto como um elemento crucial, com um duplo papel, uma vez que dele parecem depender o bem-estar da companheira e o desenvolvimento do bebé.

Como afirma Feldman (2000) quando nasce o primeiro bebé há um declínio na qualidade do relacionamento conjugal, mas o envolvimento e o apoio por parte do pai, proporcionam um efeito protector importante contra essa insatisfação conjugal e também contra o stress da mãe durante esse período. De acordo com Stern (1997) o principal papel do marido será o de funcionar como uma matriz de apoio, protegendo a mãe fisicamente, promovendo as suas necessidades vitais, afastando-a das exigências de uma realidade externa, para que ela possa dedicar-se as tarefas de manter o bebé vivo e promover o seu desenvolvimento psíquico e afectivo. Ao ajudá-la e ao protegê-la ele está a permitir-lhe estar com o bebé sem pressões e de forma descontraída, favorecendo assim interacção entre a mãe e o filho. Segundo Barnes (2006) é importante que o companheiro seja capaz de transmitir segurança, demonstrar-lhe que não está sozinha,

que irá melhorar e principalmente que está a desempenhar bem o seu papel maternal. Ao cuidar da mãe o pai está a cuidar do filho, uma vez que o bebé necessita de uma mãe carinhosa, atenta e contentora.

Segundo Brazelton & Cramer, (1992) quando o pai está presente serve de mediador da interacção da mãe com bebé, parecendo ter uma influência directa sobre o desenvolvimento da criança e exercendo um papel protector desse mesmo desenvolvimento (Hossain & cols., 1994; Hops & cols., 1987).

Hops, Biglan, Sherman, Arthur, Friedman, e Osteen (1987) mostraram que quando havia um bom relacionamento conjugal, os pais das famílias em que a mãe estava deprimida, tinham um maior envolvimento com as suas crianças, do que as próprias mães. Ao proporcionar um modelo de interacção sensível e adequada às necessidades do bebé, os pais compensam parcialmente a interacção negativa ou insuficientemente boa da relação mãe-bebé (Belsky, Gilstrap & Rovine, 1984; Chabrol, Bron & Le Camus, 1996, Hops & cols., 1987; Parke, 1996). Estes estudos sugerem-nos que os pais em situação de depressão materna, têm tendência a ficar mais próximos dos filhos do que os pais cujas companheiras não estão deprimidas, provavelmente numa tentativa de compensar as dificuldades da mãe, no cuidado com as crianças.

A transição para a parentalidade é de facto uma experiência complexa (Arrendel, 2000; Cohen & Slade, 2000; Cowan & Cowan, 1992; Raphael-Leff, 2001). Sentimentos intensos e ambivalentes e representações conflituosas fazem parte dela, e ter um filho nem sempre é sinónimo de alegria e felicidade, em determinados casos, este acontecimento é encarado pelos pais como algo perturbador, mesmo que o seja inconscientemente (Gross & Akker, 2004). Quando assim acontece o pós-parto é vivenciado por ambos os pais como um “tempo de dor” podendo emergir sintomas psicopatológicos que devem ser diagnosticados e intervindos o mais rapidamente possível. Por ser uma situação de risco quer para o desenvolvimento infantil quer para o bem-estar e harmonia familiar, parece-me licito que os técnicos de saúde mental se preocupem, em como interceder na depressão pós-parto. Promover a interacção de um outro significativo, como por exemplo o pai, pode ser uma solução possível.

Apesar de recentemente proliferarem os estudos empíricos e clínicos relativos à experiência da paternidade, o foco destas contribuições continua a ser a perspectiva maternal (Vliegen, 2006). São comuns os trabalhos acerca do impacto favorável que o comportamento paterno assume na relação com mãe deprimida e respectivo bebé, mas pouco ou nada acrescentam relativamente à forma como o pai vivencia essa experiência,

o que evoca dentro dele e faz determinar o seu comportamento. Para melhor compreender o comportamento parental e a forma como experimentam a depressão pós-parto das companheiras decidimos enveredar por um método qualitativo, a Grounded Theory. Perceber o que, sentem, pensam, e como se comportam na relação com a mãe e com o bebé, e que impacto isso tem na recuperação materna, foi o objectivo deste estudo.

Método

Neste estudo utilizámos a Grounded Theory desenvolvido por Glaser e Strauss (1967). É um método mais indutivo do que dedutivo onde partimos do geral para o particular. Utilizando o contexto de descoberta, este método permite-nos desenvolver uma teoria sobre o comportamento parental dos companheiros de mulheres com depressão pós-parto, ajustada à realidade que os representa, e não a partir de ideias pré-concebidas baseadas em teorias anteriores.

Participantes

No nosso estudo analisámos 7 casos de Depressão Pós-parto e participaram 13 sujeitos, 5 homens (pais) e 8 mulheres (6 mães com D.P.P. e 2 pediatras). Ao todo recolhemos 5 entrevistas de 3 pais, (2 deles foram entrevistados em dois momentos distintos); 2 relatos de 2 casais em consulta de psicologia; 4 relatos de acompanhamentos psicoterapêuticos de 4 mães em consulta de psicologia, sendo que, duas delas são casadas com 2 dos pais entrevistados. E para finalizar entrevistámos 2 pediatras que se ofereceram para partilhar connosco a sua experiência, em situações de depressão pós-parto das mães, num contexto de Consulta Pediátrica.

Os pais tinham idades compreendidas entre os 30 e os 39 (30, 35, 35, 36, 39) as mães entre 27 e os 38 (27, 29, 32, 33, 34, 38) e as pediatras entre os 42 e os 45 anos. A idade dos filhos variava ente os quatro meses, e os oito anos (4m, 4m, 18m, 1, 3, 3, 5, 5, 8 anos).

Todas estas mulheres tinham deprimido gravemente após o nascimento dos filhos, 4 após o nascimento do 1º filho e as outras duas após o nascimento do 2º filho. Ambas as pediatras têm filhos.

As habilitações académicas dos pais variavam entre o 9º ano e o grau de mestre, e a das mães do 12º ano ao mestrado também.

Procedimento

O objectivo deste estudo foi estudar os comportamentos e as atitudes dos pais cujas companheiras tenham passado por uma depressão pós-parto. A escolha dos pais como objecto do nosso estudo deveu-se essencialmente ao facto destes serem as pessoas com maior contacto com os bebés e com as respectivas mães com depressão pós-parto, o que faz deles os sujeitos ideais, pela proximidade física, relacional e afectiva, para testemunhar esta realidade e ajudar a ultrapassá-la. No entanto, e porque desejávamos perceber o impacto que o comportamento paterno poderia ter nas companheiras decidimos alarga-lo às mães com depressão tentando perceber as circunstâncias, as necessidades, os sentimentos, os receios e a forma como vivem a relação com o companheiro e com os filhos durante a depressão. Posteriormente surgiu-nos a ideia de os observar de fora de forma isenta por um terceiro elemento e acrescentámos a visão de dois pediatras. Temos esperança de que os resultados advindos destes relatos, que no fundo acabam por ser histórias de vida, possam servir há posteriori para nos ajudar a ajudar outros pais, que pela posição privilegiada na constelação familiar, poderão tornar-se excelentes auxiliares, imprescindíveis na intervenção/ prevenção a estes bebés/famílias.

Os dados foram recolhidos através de entrevistas semi-estruturadas, relatos de consulta e observações participantes, e categorizados de forma sistemática, permitindo-nos perceber o Processo Social Básico em questão.

As entrevistas e as consultas foram realizadas numa Clínica Pediátrica e num Consultório de Psicologia com a devida autorização dos responsáveis Clínicos.

Os nomes dos participantes e dos respectivos filhos foram alterados de forma a manter a confidencialidade dos mesmos.

As entrevistas foram gravadas em áudio e transcritas posteriormente e os relatos de consulta e as observações participantes foram transcritos após as mesmas sendo que alguns dados se basearam em apontamentos pré-existentes como é o caso dos acompanhamentos prolongados.

As entrevistas semi-directivas consistiam numa pergunta inicial aberta acerca da experiência da parentalidade num contexto de depressão pós-parto. “*Como é que tem sido ser pai do... no contexto de depressão pós-parto da sua companheira?*”. À medida que a entrevista ia decorrendo iam surgindo novas perguntas cuja intenção foi explorar os “sentimentos” e “atitudes” paternas, e quando nos pareceu pertinente voltamos a entrevistar os mesmos pais e a colocar novas questões que pudessem enriquecer e elucidar melhor o estudo. O tempo e a duração de cada entrevista foi variável (45’ a 130’), dependendo essencialmente do que cada indivíduo tinha para dizer, uma vez que a nossa escuta atenta e empática nos levou a respeitar o ritmo de cada um dos intervenientes. O mesmo se passou nos relatos de consulta em que ambos os pais estiveram presentes, neste caso os dados foram recolhidos durante a história clínica realizada na primeira consulta e foi-lhes permitido expressar os sentimentos e as preocupações de forma espontânea, que transcrevemos posteriormente. Os excertos de consulta das mães, são essencialmente resumos dos acompanhamentos prolongados e neste caso interessou-nos especialmente contextualizar o sintoma e perceber a vivência da depressão pós-parto na relação da mãe com a constelação familiar e o impacto das atitudes paternas e suas repercussões na recuperação materna.

Às pediatras foram realizadas entrevistas semi-directivas, gravadas em áudio e descritas posteriormente em que lhes foi pedido que nos relatassem a sua experiência com mães com depressão pós-parto e a dinâmica, a que assistiam na consulta, entre estes casais.

Análise dos Dados

Após a transcrição das entrevistas, procedeu-se à análise dos dados de acordo com a Grounded Theory. Codificámos, categorizámos e comparámos os dados entre si, estabelecendo relações entre as diversas categorias que foram emergindo da análise dos mesmos. O processo iniciou-se com a codificação aberta, que consistiu na leitura minuciosa das frases com o objectivo de encontrar incidentes, pô-los à margem do texto, categorizá-los ou seja, dar-lhes um nome que represente o fenómeno, criando-se assim categorias. Estas categorias foram sendo sistematicamente comparadas e contrastadas umas com as outras, levando a categorias mais complexas e inclusivas.

Simultaneamente, foram elaborados memorandos auto-reflexivos com a definição de cada categoria. Estes memorandos permitiram documentar e enriquecer o processo analítico, e expandir o corpo dos dados. De seguida, foram reunidos os dados recolhidos

na codificação aberta, estabelecendo-se relações entre as categorias e subcategorias. Por fim, identificou-se a categoria principal, e realizou-se a codificação seletiva relacionando-a com a categoria central e com as outras categorias e validando essas relações, confrontando-as com os dados já existentes. O Processo Social Básico emergiu como a categoria que melhor explica o comportamento dos companheiros de mulheres com depressão pós-parto, e foi seleccionado com base na centralidade desta categoria em relação às outras categorias, na frequência de ocorrência e na forma com que se relaciona com as outras categorias, nas suas implicações e consequências.

Resultados

Após uma análise atenta das entrevistas e relatos pudemos concluir que a depressão pós-parto das mães é descrita como um *Tempo difícil*, altura de grande sofrimento para ambos os membros do casal. Ocasionalmente na maior parte das vezes por **circunstâncias familiares** adversas causadoras de grande **perturbação familiar** e consequentemente de dificuldades de adaptação à parentalidade, a depressão pós-parto tem o condão de se transformar rapidamente num tempo de dor e confusão, também para o pai, que se vê apanhado de surpresa numa situação que não previu, não controla e nem sabe como resolver. Estas *Circunstâncias* podem estar relacionadas com **vivências anteriores**, à própria **gravidez** ou de factos alheios à mãe, **afastamentos paternos**, mortes de familiares próximos, entre outros.

Os pais referem não ter saudades desse tempo descrevendo a vivência familiar da altura como um verdadeiro caos, pautado pelo **cansaço** e **desespero**. *Tempo difícil* que caracterizam essencialmente pela *Indisponibilidade materna* e por um *Bebé problemático*.

Com a depressão pós-parto a disponibilidade das mulheres diminui imenso. A **tristeza** leva a que se sintam extremamente frágeis. O cansaço acumulado das noites sem dormir, deixa-as extenuadas e causa-lhes um sentimento de **incapacidade** relativa ao que quer que seja, nomeadamente de cumprir com as tarefas da maternidade, diminuindo-lhes a tolerância e aumentando a **irritabilidade** e o **distanciamento** afectivo.

São as **mães intelecto**, as mães funcionais que querem executar tudo na perfeição mas não se deixam “tocar” afectivamente pelos seus bebés. Um dos primeiros sinais de depressão pós-parto das mães relatados pelos pais parece ser uma irritação permanente, como se nada estivesse do seu agrado. Refilam porque estão cansadas, porque não conseguem, porque os pais fazem ou deixam de fazer, revelando uma grande **insatisfação**, com o bebé, com o companheiro, com a casa e essencialmente consigo próprias.

Nos casos mais graves, chega mesmo a acontecer a **rejeição** dos filhos, acabando elas por delegar a responsabilidade dos seus cuidados a outros. A tendência para o **isolamento** faz com que tenham imensa dificuldade em pedir ajuda e em se deixar ajudar.

É comum rejeitarem os companheiros demonstrando alguma **agressividade** na relação com eles. A **irritabilidade** constante, a **exclusão do pai** e o **evitamento sexual** acabam por exercer uma influência nefasta na relação conjugal que quase sempre deixa sequelas no casal.

O *bebé problemático* surge muitas vezes associado à depressão materna. É um bebé que pelas suas características físicas ou de temperamento se torna difícil de cuidar. **Insatisfeito, exigente, irritável, inconsolável, prematuro** ou **doente**, parece impossível de satisfazer ou acalmar. Normalmente são bebés com perturbações do sono, ou que choram sem parar. E que por isso mesmo fazem com que as mães se sintam rejeitadas ou incompetentes aumentando os afectos depressivos maternos e instaurando o mal-estar no dia a dia dos pais, desesperados. Consequência ou causa da depressão da mãe, não sabemos

Perante este quadro a maior parte dos pais entrevistados confessa ter sentido uma certa *Perplexidade* face ao comportamento da companheira. Como se tivessem sido apanhados de surpresa. Por vezes essa perplexidade surge acompanhada de sentimentos de **choque, incompreensão, confusão** ou desilusão, como por exemplo: “Não estava à espera.”, “Não percebo porque é que ela está assim”, “Não é suposto que uma mãe rejeite, recuse ou se sinta incapaz de cuidar do seu filho”.

O “*Bebé problemático*” e a “*Indisponibilidade materna*” parecem “*Reactivar conflitos anteriores*” nestes homens, que acabam por reviver, durante este período, a relação precoce com a própria mãe, família, irmãos ou outros significativos. Para os pais, o bebé que as mães parecem não ser capazes de cuidar, é uma parte deles. Por

vezes **identificam-se ao filho** e colocam-se no lugar dele e sentem o desamparo e a **rejeição** como se deles se tratasse.

A qualidade das **vivências anteriores**, parece influenciar a capacidade de adaptação que revelam nesta situação, assim podem oscilar entre ajudar, criticar, desamparar ou abandonar. Estas vivências passadas vão determinar o tipo de *“Expectativas face à companheira”*.

Segundo pudemos perceber as expectativas dos pais assentam num modelo de maternidade pré-concebido que tem como base as suas vivências anteriores na relação com o feminino materno, ou seja com os modelos de “mãe” aos quais tiveram acesso sejam eles: a sua mãe, avós, tias, amigas ou outras. Um factor muito importante relativamente à expectativa dos pais, prende-se com a **idealização da figura materna**, que pressupõem, **cuidadora e capaz de sonhar os filhos**, referindo muitas vezes o “instinto maternal”, que segundo eles, parece ter desaparecido, ou nunca ter existido nestas mães. Um outro aspecto tem a ver com a **consciência da importância** da mãe neste período da vida do bebé. Homens mais conscientes do impacto da indisponibilidade da mãe relativamente ao bebé acabam por ser mais exigentes e menos tolerantes. A **ausência de expectativa** e de exigência, por parte do pai, parece tornar a “falha” materna mais admissível. Estes pais revelam uma maior **aceitação**.

Quer a idealização quer a consciência da importância materna fazem com que o pai reaja de forma mais agressiva e menos tolerante. Estes homens expressam um *“Ressentimento”* face à companheira que consideram não ter cumprido com a sua parte. São comuns sentimentos de **tristeza, zanga e de traição** face ao projecto de maternidade concebido por ambos, tais como os sentimentos de **rejeição** e abandono provocados pelo isolamento a que elas os devotam, queixam-se essencialmente da **falta de tempo para o casal**. Por vezes o ressentimento condu-los ao **afastamento** da díade da qual se sentem excluídos.

O *“bebé problemático”* também provoca *“ressentimento”* nos pais, uma espécie de mágoa. É um **filho intruso**, um bebé que veio adoecer a mãe, desequilibrar o quotidiano, entrepor-se ao casal e desagregar a família.

Se alguns homens reagem de forma mais intolerante e crítica, outros há que se dedicam a ajudar a companheira, assumindo um papel **cuidador** e contentor das suas angústias e dificuldades. Estes pais, menos comuns, revelam uma verdadeira *“Compreensão”*, **preocupação com a mãe**, ajudam-na nas tarefas domésticas e **partilham os cuidados com o bebé**. Parecem-nos ser homens com estruturas mais

depressivas e experiências de desamparo ou negligência anteriores, sem expectativas nem modelos maternos pré-definidos. Cuidadores, **acalmam** e preocupam-se em **ajudar a mãe**, para que elas possam continuar a cuidar um bocadinho deles e dos filhos.

Independentemente dos diferentes afectos e atitudes face às mães todos estes homens assumem um comportamento comum relativamente aos filhos que considerámos ser o Processo Social Básico, o de “*Assumir o Papel Maternal*” ou seja, vêm-se na eminência de ter de se apossar do papel maternal, no cuidado com os filhos, para que as necessidades básicas do bebé sejam satisfeitas. Ao se depararem com a indisponibilidade/incapacidade da companheira face ao bebé, e perante o sofrimento da criança e da mãe, quase todos os homens referem uma **preocupação com o bebé** sentindo-se na obrigação de **cuidar do filho**, ocupando literalmente o lugar da mãe, e estabelecendo com eles uma **relação privilegiada**.

Os comportamentos paternos sejam eles quais forem, parecem ter um impacto na recuperação materna.

Quando os pais decidem “*Assumir o papel maternal*”, as mães sentem-se espoliadas. Algumas mães referem ainda estar ressentidas e melindradas pelo facto de terem sido os companheiros, normalmente contentores e carinhosos a tratar dos filhos, como se o facto da ajuda deles e da relação especial que criaram com os filhos as tivesse **expropriado do seu papel maternal** afirmando que sentiram que eles competiram com elas, reforçando assim o seu sentimento de **incapacidade**.

As mulheres que desenvolvem depressão pós-parto parecem na sua maioria muito inseguras da sua competência maternal. “Eu não conseguia cuidar dela e acalma-la”, sentindo uma grande **frustração** cada vez que não conseguem aquietar o bebé, desempenhar convenientemente as tarefas domésticas, cumprir horários ou mesmo gerir comentários/críticas sobre a forma como cuidam da criança.

A **culpa** que sentem pela falta de disponibilidade relativamente aos filhos, ainda agrava mais a **mágoa** de não se sentirem mães “suficientemente boas”. Tem tendência a isolar-se e rejeitar ajuda de terceiros, uma vez que aceitar auxílio é reconhecer incapacidade de levar a cabo o seu papel maternal. “Quando a minha sogra se ofereceu para me passar a roupa, fiquei furiosa”.

O “*Ressentimento*” dos pais relativamente a elas, agrava os **sentimentos depressivos**, e a baixa auto-estima. Estas mães costumam ter fragilidades narcísicas, um auto-conceito desfavorecido e uma dificuldade imensa em lidar com o “olhar do outro”,

ou seja, com a opinião dos outros, neste caso, relativamente à forma como cuidam do seu bebé.

Normalmente relatam vivências anteriores perturbadas por conflitos e/ou desamparos. Esta reactividade tem tendência a agravar-se quando o filho, por razões várias não corresponde ao que esperam dele, ou seja, quando o bebé não as gratifica, ou porque chora muito, porque é pouco atractivo ou porque é pouco expressivo. “Ela não me queria, parecia que o meu colo tinha picos”.

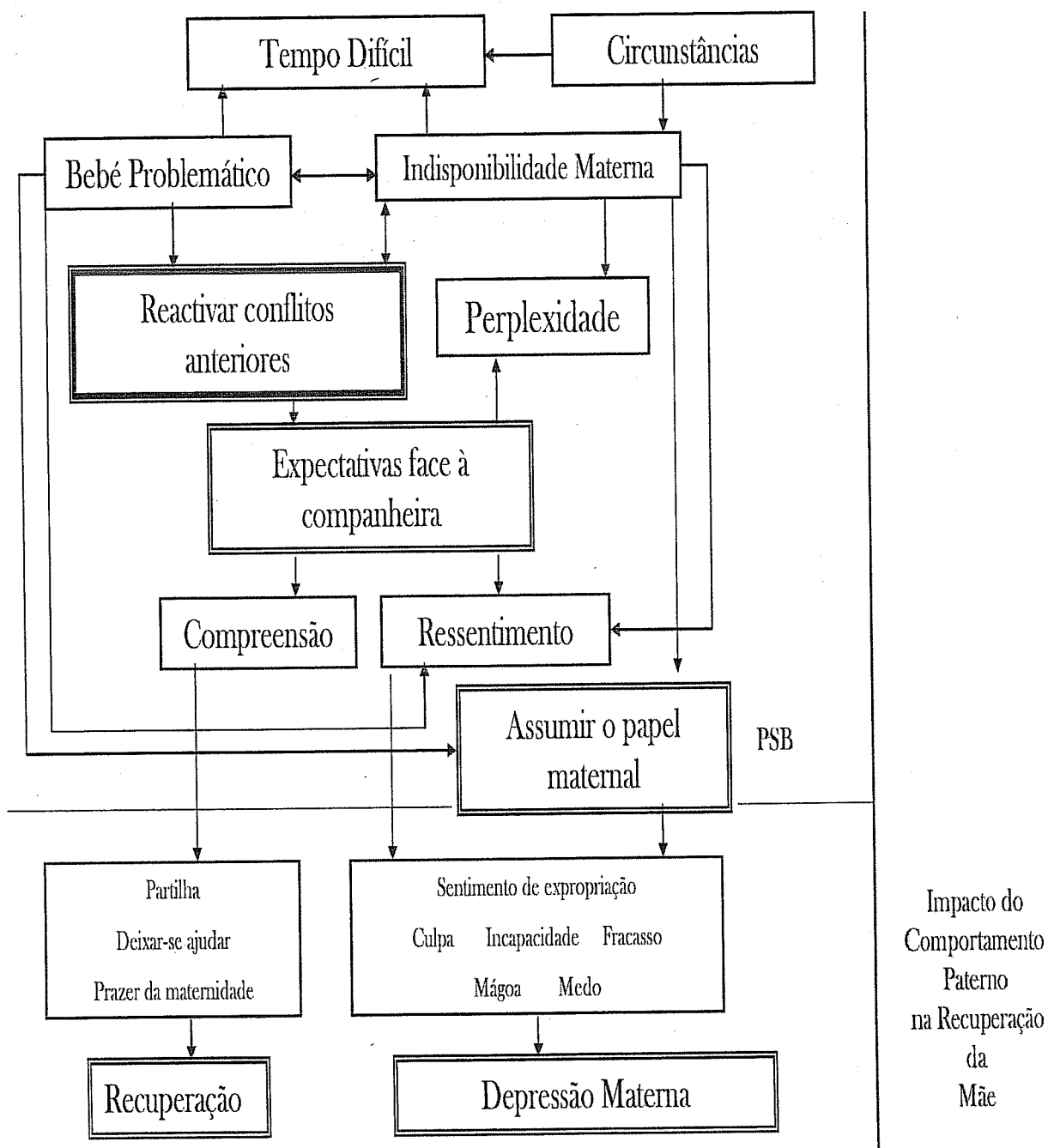
As mães demasiado rígidas e controladoras são aquelas que pior reagem, porque a sua exigência e perfeição acabam por colidir com as necessidades e comportamentos sempre imprevisíveis do bebé durante os primeiros meses de vida. Estas mães parecem querer agendar cada aspecto do seu dia e da sua interacção com a criança sentindo-se permanentemente frustradas quando nada acontece como planearam. A depressão pós-parto é vivida com uma dor imensa por estas mulheres, é algo que as envergonha e atormenta. Ao sentirem-se postas em causa por um pai mais exigente, que as questiona ou ocupa o seu lugar, não suportam o sentimento de **culpa** e **fracasso**, porque vêem reflectido o que sentem como uma falha irreparável e deixam-se afundar cada vez mais na depressão. Mais do que os outros, a sua consciência grita-lhes a sua indisponibilidade, incapacidade e distanciamento, daí ficarem tão reactivas aos comentários vindos do exterior.

Quando questionados relativamente às suas atitudes face às mães e aos filhos, quase todos os pais consideraram prioritário ocupar-se dos bebés pois consideram que são mais delicados, indefesos e dependentes enquanto as companheiras são adultas e devem ser capazes de se cuidar sozinhas. No entanto, quando isso acontece, ou seja, quando os pais demonstram uma verdadeira “*Compreensão*”, uma **preocupação com as mães** e as ajudam, a “*Recuperação*” é muito mais rápida e a depressão ultrapassa-se sem grandes traumas ou consequências. A **partilha de sentimentos**, sem culpas nem recriminações, a **ajuda nos cuidados ao bebé** e na arrumação da casa permite-lhe descansar, dormir, reparar as energias que as noites mal dormidas e o stress de um bebé exigente lhes roubaram.

É muito importante que o pai compreenda que não pode e não deve ocupar o lugar da companheira na relação com o filho, deve sim, e caso ela rejeite o bebé, ajudá-la a estabelecer com ele uma nova relação descontaminada de fantasmas e dores internas que inconscientemente se projectam. Acordá-las sem as pressionar vai ajudá-las a recuperar a mulher e a amante adormecidas, necessárias para o redescobrimento da

identidade e para o equilíbrio do casal e da família. Só assim estarão disponíveis para vivenciar em pleno o **prazer da maternidade!**

Esquema do Comportamento Parental dos Companheiros de Mulheres com D.P.P



Discussão

A depressão pós-parto pode ser interpretada como a dificuldade de lidar com a complexidade dos processos psicológicos ligados à gravidez e à emergência da parentalidade. O período que se segue ao nascimento de uma criança é um momento de ajustamento psico-fisiológico para ambos os membros do casal que se vêm confrontados com uma nova realidade. Ter um filho, implica uma mudança de identidade pessoal e social tal como uma reestruturação total de papéis, tarefas e comportamentos, quer a um nível individual, quer ao nível da dinâmica familiar, de forma a acomodar da melhor maneira possível, o novo membro da família. Quando uma mãe deprime após o nascimento de um bebé, todo o sistema fica comprometido afectando não só o desenvolvimento relacional do bebé, como o bem-estar psicológico do pai que se vê confrontado como uma situação dolorosa e inesperada que põe em risco a estrutura familiar.

Muito se tem escrito acerca da depressão pós-parto e das consequências que esta tem na mãe e na criança mas muito poucos estudos se debruçaram seriamente sobre impacto que a esta patologia tem nos pais, o que evoca dentro deles, de que forma reagem e que tipos de relação estabelecem com os filhos. Este trabalho pretendeu ser um exemplo daquilo que ainda há para descobrir acerca destes e de outros aspectos, do comportamento parental destes homens e do seu papel como elemento protector e reparador destas mães em sofrimento, aspectos que poderão servir para uma melhor compreensão e intervenção mais eficaz e atempada dos técnicos evitando assim consequências irreversíveis ao nível da relação mãe-bebé, do desenvolvimento mental das crianças e da desestruturação familiar tão comum neste período.

Segundo pudemos perceber, após uma análise atenta dos resultados, a depressão pós-parto das companheiras (nomeadamente a indisponibilidade materna, pautada pela irritação e crítica constantes, por uma tristeza inexplicável e incapacidade de cuidar da casa e do bebé, juntamente com o isolamento e rejeição do companheiro), parece evocar uma série de conflitos e vivências anteriores nos pais que se vêm reportados à relação precoce com a sua mãe e respectiva família, tendo tendência a colocar-se no “lugar do filho”. Estes sentimentos, que também podem ser reactivados pelo bebé problemático (insatisfeito e difícil de contentar, prematuro, imperfeito ou que ocupa um determinado

lugar na constelação familiar, potencialmente traumático para um dos pais), colocam estes filhos num lugar fantasmático no interior dos pais, potenciando as reacções negativas e dificultando a adaptação parental.

De facto, tal como afirma Blum (2007), o nascimento de um filho e a emergência da parentalidade são eventos que implicam uma reactivação do vivido de perda dos objectos primitivos, principalmente quando no passado não foram elaborados, transformando-se em manifestações directas e indirectas em relação ao filho. Este acordar das vivências e conflitos anteriores acontece com ambos os pais e determina a forma como se adaptam ao bebé. No entanto, ao contrário do que seria de esperar, este estudo confirmou que são os pais mais carentes, com estruturas depressivas, que viveram privações afectivas e desamparos relacionais, aqueles que melhor reagem à depressão materna. Poderíamos pensar que a experiência anterior de desamparo os levaria a intentar comportamentos de abandono ou revolta face à companheira indisponível, no entanto o que vimos acontecer é a emergência de um sentimento de protecção face ao bebé, que têm de ajudar a sobreviver e, uma compreensão e cuidado para com estas mulheres, não vão elas “deixa-los cair a ambos”. Também se tornou claro, que estas experiências passadas acabam por estar subjacentes às expectativas que construíram relativamente à mãe dos seus filhos, condicionando as suas atitudes enquanto pais e companheiros.

A idealização da mulher enquanto mãe, comum em pais com experiências positivas relativas à maternidade, e a consciência clara da importância da relação precoce entre a mãe e o bebé, por formação ou bom senso, tornam-nos mais exigentes e críticos evocando neles uma série de ressentimentos. São vulgares os sentimentos de traição face a um projecto de maternidade, comprometido pela inadequação da companheira ao papel maternal, bem como tristeza, mágoa, e fortes sentimentos de exclusão e rejeição desencadeados, quer pelo isolamento afectivo, quer pelo evitamento sexual a que são votados nesse período, e uma grande zanga que os leva, por vezes, a afastar-se. Este comportamento paterno aumenta significativamente a culpa e o sentimento de fracasso maternal mantendo o afecto depressivo. A crítica diminui-lhes a auto-estima e mantém viva a fragilidade narcísica de não serem “mães suficientemente boas”, tão difícil de ultrapassar, aumentando a tonalidade depressiva e criando assim um efeito de bola de neve que pode durar anos e deixar marcas profundas na dinâmica do casal.

Os homens com experiências anteriores de desamparo ou eles próprios com estruturas mais dependentes e depressivas tendem a ser mais tolerantes e indulgentes com as companheiras, aceitando com naturalidade e sem grande alarido o estágio em que estas se encontram. Na ausência de modelos e expectativas os pais tendem a ser mais compreensivos e a ajudar a mãe. Estes pais cuidam da companheira para manter a família que tanto prezam, por necessidade e porque são naturalmente mais cuidadores. Ao cuidarem dela podem manter a ilusão de estarem a ser cuidados. São normalmente sujeitos que “cresceram sozinhos” e por isso não esperam nada de ninguém. Talvez escolham mulheres frágeis porque o facto de se sentirem úteis e necessários diminui-lhes a angústia de perda.

A compreensão e a ajuda partilhada parecem ser as atitudes mais eficazes na recuperação materna. Ao sentirem-se protegidas e acolhidas pelos companheiros, as mães acabam por se conciliar com as suas falhas ganhando mecanismos que lhes permitem superar as dificuldades iniciais. Aceites e confiantes recuperam rapidamente a relação com o bebé, evitando-se maiores consequências.

Ao longo deste estudo conseguimos perceber que em situação de depressão pós-parto, quase todos os pais tendem a ficar mais próximos dos filhos e assumir o papel maternal, numa tentativa de compensar as dificuldades da companheira no cuidado com as crianças. A emergência deste comportamento deu-nos conta de uma verdadeira preocupação paterna relativa à saúde e bem-estar dos filhos o que de alguma forma contradiz um pouco a ideia de que o pai se torna mais negligente e se distancia da díade.

Feinenmann (2000), refere, que determinadas atitudes maternas podem evocar sentimentos de falta de confiança e de incompetência paternal levando a que o pai, (sem saber o que fazer, nem com a mãe nem com o bebé) se ausente de casa deliberadamente tentando evitar sentimentos de maior angústia. De facto, como nos foi dado a perceber, quando a mãe o escorraça ele não tem outra alternativa senão afastar-se, mas isso parece acontecer nas mães mais dependentes que se colam aos filhos de forma exclusiva e doentia, mas nos casos em que elas desamparam os bebés ou se distanciam afectivamente deles, os pais naturalmente cuidam-nos (de uma forma quase instintiva) e não os abandonam. Que foi o que vimos acontecer com os pais que entrevistámos, no entanto devemos salientar o tipo de população estudada (instruída e classe social média-alta) porque não sabemos se numa população mais carenciada ou mais jovem, o padrão de comportamento se mantém.

Apesar de benéfico para o bebé, como consideram Hossain & cols. (1994) e Hops & cols. (1987), defendendo que em casos de depressão pós-parto o contacto com o pai não deprimido deverá ser promovido pois este desempenhará um efeito protector para o bebé, minimizando o impacto negativo da depressão da mãe, essa atitude não ajuda na recuperação materna uma vez que, nestes casos, a mãe tem tendência a sentir-se expropriada no seu papel maternal.

Devemos questionar-nos se a substituição ou compensação de um elemento para o outro será benéfico a longo prazo, o papel do pai, por muito maternal que seja não substitui uma relação saudável e equilibrada com a mãe e poderá pôr em risco a emergência desta criando uma lacuna relacional.

De facto uma mãe deprimida pode ser uma mãe abandonica que provoca sentimentos de rejeição e desamparo quer no pai, quer no bebé. Mas uma mãe com depressão pós-parto também é uma mulher “regredida” e aflita e na maior parte das vezes, muito cansada, que necessita de amparo e de um porto seguro para se reencontrar. Poucas mulheres escolheram deliberadamente “negligenciar” um filho e quando o fazem, normalmente é porque, por questões várias, não o conseguem fazer de outra maneira. Ajudar os homens a entender estes fenómenos sem se sentirem traídos, zangados, abandonados ou postos em causa, auxiliando-os na compreensão face às fragilidades maternas de uma mulher com depressão pós-parto e ao impacto que o seu comportamento pode ter na mãe, no bebé, no casal e em toda a família parece-nos fundamental uma vez que ele, o pai, é o elemento mais apto para devolver o equilíbrio à mãe sem a desestruturar nem colocar em causa o lugar desta no coração dos filhos. Proporcionar-lhe um ambiente seguro, estável, de apoio e compreensão quer ao nível físico e pragmático da questão, como são por exemplo as tarefas domésticas, quer psicológico, de a deixar expressar as suas dores, medos e irritações sem julgamento, pode ajudá-las a ultrapassar os afectos depressivos e a recuperar rapidamente os seus sentimentos de competências maternal que julgavam “perdidos”.

A nossa sugestão passaria por a criação de grupos de trabalho de “Apoio Psicoterapêutico às Famílias das mães com depressão pós-parto” que interviessem ao nível familiar, individual ou em grupo, em que se pudessem apoiar no período de transição para a parentalidade, ajudando-os a expulsar os fantasmas interiores de cada elemento do casal, conceder uma identidade própria ao bebé despovoada de analogias, expectativas e ilusões e elaborar em conjunto uma série de alternativas ao nível do funcionamento da dinâmica familiar, nomeadamente redes de apoio à mãe deprimida. O

pai surge-nos de facto como elemento essencial deste projecto, uma vez que ele será a estrutura ideal, para que a mãe fragilizada se reestruture. Por essa razão considerámos pertinente ouvi-los a eles. Sentimos no entanto que muito existirá a explorar neste campo, nomeadamente ao nível dos afectos mais primários do pai, das suas vivências anteriores, (tipos de vinculação maternos) e do tipo de relação/vinculação estabelecida entre o casal. Para além de que são poucos ou nenhuns os estudos que aprofundem as expectativas dos companheiros face às suas mulheres e às mães dos seus filhos e de que forma determinam as suas escolhas e comportamentos. Esta informação ajudar-nos-ia a entender melhor os afectos e as condutas que se escondem por detrás das acções/reacção maternas e paternas face à parentalidade.

Referências Bibliográficas

- Arrendel, T. (2000). Conceiving and investigating motherhood: The decade's scholarship. *Journal of marriage and the Family*, 62 (4), 1192-207.
- Barnes, D. (2006). Postpartum depression: its impact on couples and marital satisfaction. *Journal of Systemic Therapies*, 25(3), 25-42.
- Barrows, P. (2003). La place de père dans les psychothérapies parents-enfants: A la recherche du fantasme dans la chambre d'enfants. *Devenir*, 15, 237-261.
- Belsky, J., Gilstrap, B. & Rovine, M. (1984). The Pennsylvania infant and family development project, I: Stability and change in mother-infant and father-infant interaction in a family setting at one, three and nine months. *Child Development*, 55, 692-705.
- Bielawska-Batorowicz, E. and Kossakowska-Petrycka, K. (2006). Depressive mood in men after the birth of their offspring in relation to a partner's depression, social support, father's personality and prenatal expectations. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 24(1), 21-29.
- Blum, L. (2007). Psychodynamics of postpartum depression. *Psychoanalytic Psychology*, 24(1), 45-62.
- Brazelton, T. B. & Cramer, B. G. (1992). *As primeiras relações*. São Paulo: Martins Fontes.

- Chabrol, H.; Bron, N. & Le Camus, J. (1996). Mother-infant and father-infant interactions in postpartum depression. *Infant Behaviour and Development*, 19, 149-152.
- Cohen, L. & Slade, A. (2000). The psychology and psychopathology of pregnancy: Reorganization and transformation. In C. Zeanah (Ed.), *Handbook of infant mental health* (2nd ED). (pp.20-36). New York: Guilford Press.
- Cooper, P. & Murray, L. (1995). Course and recurrence of pos-natal depression: evidence for the specificity of the diagnostic concept. *British Journal of Psychiatry*, 166, 191-195.
- Cowan, C.& Cowan. P.(1992). When partners become parents: *The big life change for couples*. New York: Harpers Collins.
- Cummings, M. E. & Davies, P. T. (1994). Maternal depression and child development. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 35, 73-112.
- Dodge, K. A. (1990). Developmental psychopathology in children of depressed mothers. *Developmental Psychology*, 26, 1, 3-6.
- Feldman, R. (2000). Parents' convergence on sharing and marital satisfaction, father involvement, and parent-child relationship at the transition to parenthood. *Infant Mental Health Journal*, 21, 176-191.
- Field, T. (1998). Maternal depression effects on infants and early interventions. *Preventive Medicine*, 27, 200-203.
- Gross, H. And Akker, O. (2004). Editorial: the importance of the postnatal period for mothers, fathers and infant behaviour. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 22(1), 3-4.
- Hops, H., Biglan, A., Sherman, L., Arthur, J., Friedman, L. & Osteen, V. (1987). Home observations of family interactions of depressed women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 341-346.
- Hossain, Z., Field, T., Gonzalez, J., Malphurs, J., Del Valle, C. & Pickens, J. (1994). Infants of "depressed" mothers interact better with their nondepressed fathers. *Infant Mental Health Journal*, 15, 348-357.
- Klaus, M., Kennell, J. H. & Klaus, P. (2000). *Vinculo: Construindo as bases para um apego seguro e para a independência*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Meighan, M., Davis, W., Thomas, P. and Droppelman, G. (1999). Living with postpartum depression: the father's experience. *MCN American Journal of Maternity and Child Nursing*. 24, 202-208.

- Monti, F., & Agostini, F. (2006). *La depressione postnatale*. Carocci editore: Roma.
- O'Hara, M. (1997). The nature of postpartum depression. In L. Murray & P. Cooper (Eds.). *Postpartum depression and child development*, (pp. 3-31). New York: Guilford.
- Parke, R. (1996). *Fatherhood*. London: Harvard University Press.
- Parry, B. (1999). Postpartum depression in relation to other reproductive cycle mood changes. In L. Miller (Ed.) *Postpartum mood disorders*. (pp. 21-46). Washington DC: American Psychiatry Press.
- Raphaël-Leff, J. (2001). *Pregnanc : The inside story*. London: Karnac.
- Sotto-Mayor, I. & Piccinini, C. (2005). Relacionamento conjugal e depressão materna. *Psico*, 36 (2), 135-148.
- Stern, D. (1997). *A constelação da maternidade: o panorama da psicoterapia pais/bebê*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Szejer, M. & Stewart, R. (1997). *Nove meses na vida da mulher: uma abordagem psicanalítica da gravidez e do nascimento*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Tronick, E. Z., & Weinberg, M. K. (1997). Depressed mothers and infants: failure to form dyadic states of consciousness. In L. Murray & P. J. Cooper (Orgs.), *Postpartum depression and child development* (pp. 54-81). Nova York: Guilford.
- Vliegen, N. (2006). Personality and affective relational dynamics in early motherhood and in infant interaction. Theoretical, empirical and clinical perspectives. Unpublished PhD manuscript, University of Leuven.
- Zelkowitz, P. and Milet, T. (2001). The course of postpartum psychiatric disorders in women and theirs partners. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 189, 575-58.

III

ANEXOS

ANEXO 1

Entrevistas

1) 1ª Entrevista semi-directiva ao José (pai)

Nome: José

Idade: 36 anos

Habilitações académicas: Licenciado

Filha com 5 anos e outra com 1 ano

O José é um homem alto, e bem constituído, “uma espécie de grande pai-mãe”. Trabalha com crianças, e tem um jeito especial para estar com elas. Tem 36 anos, é casado há 6 anos e tem duas filhas. A Margarida de 1 ano e a Catarina de 5 anos.

O José chega bem-disposto, pergunta-me o que desejo saber e digo-lhe que quero saber tudo. “Como é que tem sido ser pai da Margarida nessas circunstâncias, de que forma isso interferiu na sua vida e na da sua mulher, e que tipo de relação estabeleceu com a sua filha”.

O seu discurso é extremamente organizado e percebo que se preparou para me explicar a situação da melhor forma que encontrou.

Refere que a Margarida nasceu aos 8 meses de gravidez, e que a companheira não teve tempo para se preparar. Já da primeira filha isso tinha acontecido.

Ele estava a trabalhar fora de Lisboa no dia em que ela foi à maternidade e a obstetra já não a deixou sair.

Segundo ele, o facto da bebé ter nascido um mês antes e a mãe não ter conseguido organizar o quarto da mais velhinha e as roupas da pequenita, deixou-a nervosa e irritada. Quando voltou da maternidade vinha mais frágil e muito reactiva. Já durante a gravidez o José a tinha sentido

Discurso claro

*Parto pré-termo
Falta de tempo para se preparar
Repetição*

*Afastamento
paterno/ausência*

Parto pré-termo

Falta de tempo para se preparar

Fragilidade materna 1

alterada, com mudanças de humor repentinas e muito menos paciência do que o habitual.

Considera que não consegue relacionar-se com as filhas durante a gravidez da mulher, só depois delas nascerem é que ganham espaço dentro dele e por isso quando nasceu a Margarida a sua grande preocupação era a Catarina, tanto que acabou por não passar a primeira noite na maternidade com a mulher porque tinha receio que a Catarina, com quem tem uma relação privilegiada sofresse muito, quer com a ausência da mãe, quer com o nascimento da irmã.

Lembra-se de quando o seu irmão mais novo nasceu, e projectou isso na filha, toda a angústia que sentiu nesse momento, e só o facto de imaginar a Catarina a passar por isso sozinha, sem ninguém por perto o fez decidir que ela seria a prioridade. A mulher não aceitou bem essa decisão, apesar de ter sido só uma noite e de ter ficado com a sua mãe, ficou muito magoada com ele e faz questão de lhe dizer que na altura em que ela mais precisava, ele não esteve.

Afirma que provavelmente não esteve suficientemente atento, nem valorizou o que era importante para ela. Mas a filha pareceu-lhe ser o ser mais vulnerável e a sua aliança foi com ela. Refere também ter sentido que tinha traído a Catarina. Sempre foi muito ligado a ela e não geriu muito bem a chegada de um segundo filho, apesar de ter sido um bebé programado. “Tenho pensado muito nisto, quando é que nós descobrimos o segundo filho, sabes, não é automático. E eu não descobri a Margarida à nascença”.

No início, deixou que a mãe tomasse conta do bebé e afastou-se um pouco. “Eu não consegui muito bem comunicar com ela, não estava a entrar bem na coisa, cuidava do bebé, mas não sentia essa ligação”. Deixou a

Gravidez perturbada

Relação posterior ao parto

Preocupação com o primeiro filho

Afastamento paterno/ Ausência

Preocupação com o primeiro filho

Reactivar conflitos anteriores

Identificação ao filho

Ressentimento materno/pai

Ausência/ afastamento paterno

Desvalorização paterna

Identificação ao filho

Traição ao 1º filho

Descoberta do 2º filho

Ausência/afastamento paterno

Dificuldade inicial

Margarida ao cuidado da mãe. “Era como se passasse a existir um filho para cada um, eu ficava com a Catarina e ela tinha a Margarida”.

No início tudo parecia correr mais ou menos bem, apesar de já na gravidez ele ter sentido que “ela investiu muito pouco e estava com um feitiço meio choné”, até que alguns dias depois de voltar para casa a mulher começou a stressar com uma série de questões principalmente com a comida e os cocós do bebé.

A comida, segundo o José é um aspecto muito importante para a mulher, que descreve como sendo muito pragmática e um pouco superficial não relação com as miúdas, tendo uma capacidade de empatizar com as emoções, bastante diminuta, aspecto que ele, por defeito de profissão valoriza bastante.

Mas depois e com o passar do tempo começou a ficar profundamente intolerante e irritadiça. A bebé, começou a não dormir, e quando dormia era muito mal e a chorar muito durante a noite. “Foi aí que resolvi que tinha de lhe deitar a mão, comecei a perceber que não podia ficar muito longe daquilo, que tinha de ir lá fazer o que era da minha competência. Eu estava a perceber que aquele bebé não estava a receber o suficiente”.

Depois mais tarde a Catarina começou também a reflectir o comportamento desorganizado da mãe. Ela que tinha largado as fraldas de noite, muito cedo, começou a fazer chichi na cama e a mãe reagiu extremamente mal. “Ela começou a reagir aquilo com uma violência... zangava-se, gritava tanto que eu tive de me meter e de chamar à atenção para o facto daquele comportamento ser um indício de que algo não estava bem com a menina. E zanguei-me, e reagi com alguma violência, porque aquilo não fazia sentido, ela estar a fazer aquilo.” Para além dos

Gravidez perturbada

Preocupações maternas funcionais

Mãe Funcional

Indisponibilidade materna/distanciamento

Consciência da importância

Indisponibilidade materna/irritabilidade

Bebé problemático /inconsolável

Assumir papel maternal

Preocupação com o bebé

Perturbação familiar/irmãos

Indisponibilidade materna/irritabilidade

Perturbação familiar/irmãos

Ressentimento paterno/zanga

xixis, os desenhos da Catarina também reflectiam a sua dor e desorganização. E a relação familiar começou a deteriorar-se.

A determinada altura a Margarida não dormia nada e a mãe não era capaz de a conter. Ainda hoje refere o José, contam-se pelos dedos das mãos as vezes que a mãe a consegue pôr a dormir. “Ela por e simplesmente não é capaz!”. “Quando a Margarida chorava muito ela ficava profundamente irritada, pegava no bebé e dava-mo. Ela ficava muito nervosa e eu percebia que ela não era capaz de pôr aquela criança a dormir, de a tranquilizar”.

Pergunto se ele sente uma reactividade da mãe relativamente à Margarida ao que ele me responde que, “Há definitivamente uma baixa tolerância a reacções não expectáveis”. Talvez este bebé a faça sentir posta em causa como mãe? Atrevo-me a dizer. O José considera que não, que este é um bebé de sonho, loura de olho azul, o bebé que qualquer mãe desejaria ter, para além de que é uma sedutora. Mas que este, foi sempre o problema da mãe, já na 1ª filha era a mesma coisa, “quando os bebés não fazem aquilo que ela espera, o índice de tolerância à frustração é muito baixo” e depois “descarrega em cima de mim” que considera “o responsável por todos os seus problemas”. “E eu só para não haver mais chatices passava as noites com a Margarida e deixava-a dormir”.

Nestas alturas a companheira afirmava que “estava tudo mal, tudo errado”, que “não era assim que devia ser”, “que dava muito trabalho, que não tinha tempo para ela”. Confessa que muitas vezes sentiu que a mulher estava a ser egoísta e só pensava nela e nas suas prioridades ou bem-estar. Chamava os pais por tudo e por nada para lhe fazerem as coisas mais banais e os pais, que já sabiam como ela era vinham acudir-lhe.

Perturbação familiar/irmãos/casal

Bebé problemático

Indisponibilidade materna/incapacidade

Indisponibilidade materna/irritabilidade

Indisponibilidade materna/incapacidade

Frustração materna

Bebé de sonho

Frustração materna

Agressividade com o pai/zanga

Assumir papel maternal

Frustração materna/insatisfação

Ressentimento paterno/zanga

Regressão materna

Fala disto com alguma zanga, “eu também tinha expectativas relativamente a ela enquanto mãe, que ela fosse mais... E às vezes dizia-lhe, chamava-a a atenção para o facto de ela não estar a fazer bem as coisas, de não conseguir conter emocionalmente aquele bebé”. “Naturalmente eu não estava à espera de ter de fazer um conjunto de coisas, como por exemplo: imaginar que uma mãe não é capaz de pôr o bebé a dormir. Porque se é mãe deve ser capaz de o fazer!”. “Ela era muito rápida a deixar o bebé, passava-me a Margarida para o colo e eu aos poucos fui deixando um bocadinho a traição à Catarina e fui cuidando da Margarida. Eu tinha de chegar lá, tinha de ajudar aquele bebé, tinha de descobrir aquele bebé”.

Sente que gosta muito das filhas, mas que as ama de forma diferente “sabes há uma necessidade mais presencial da Margarida para se amar”.

Eu pergunto-me se será do bebé, ou serão os pais? Esta bebé que fez com que a mãe se sinta tão incompetente, cansada e incapaz ao ponto de desistir, e que o pai parece ter tido tanta dificuldade em sonhar. Quem será ela e que sentimentos evocará nestes dois.

O José confessa que este bebé lhe deixou uma mágoa, “talvez porque a Margarida complicou a minha vida com a mãe. Haverá talvez alguma projecção de alguma culpa e de alguma mágoa”.

“Eu lembro-me de estar com ela ao colo e ela não querer dormir e de ter pensamentos menos bons relativamente àquilo, e de dizer a mim próprio, tens de te acalmar porque ela está a sentir estas coisas”.

Refere ainda que o mal-estar se devia mais ao facto de pensar que não deveria ser ele a adormecer a filha todos os dias ou a sossegá-la quando chorava, do que propriamente à presença dela. Sentia uma espécie de

*Expectativa face à
companheira*

*Ressentimento
paterno/crítica*

*Expectativa face à
companheira*

*Ressentimento
paterno/crítica
Indisponibilidade
materna/distanciamento*

*Preocupação com o
bebé*

*Descobrir o 2º filho/
sonho ausente*

*Bebé problemático/
insatisfeito
Frustração materna/
incapacidade
Descobrir o 2º filho
/sonho ausente*

*Ressentimento paterno/
filho intruso
Perturbação
familiar/casal*

*Bebé problemático/
Perturbação do sono*

Culpa

*Ressentimento
paterno/zanga*

“traição” por parte da companheira. “A questão é que tenho de o fazer porque o outro não é capaz!” para terminar confessa: “Sinto que penalizei a Sara, que a castiguei, e a chamei à atenção para aquelas que eram as falhas dela!”. Para além do facto de ter ocupado a seu lugar, digo eu. Agora que já passou mais, ela, mãe diz que, não tem saudades da filha bebé, que gosta muito mais dela agora. E pede-lhe espaço. “Não te metas em tudo, até te metes nas roupas das miúdas!”.

2) 2ª Entrevista semi-directiva com o José (pai)

Voltamos a encontrar-nos para uma segunda entrevista. Tinha alguma curiosidade relativamente a certos assuntos que não tinha falado com o José. Comecei por lhe perguntar em que contexto é que a gravidez da Margarida tinha surgido. E o José acabou por confessar que apesar de desejado a Margarida não tinha sido um bebé programado, mas que não foi esse o motivo que esteve na origem da depressão pós-parto da mãe porque existiam planos de ter um segundo filho.

Questiono-o se alguma vez antecipou as dificuldades que este bebé iria trazer a ambos, se teve medo que ele viesse interferir na vida familiar do casal ou se alguma vez pensou que a Sara fosse reagir da forma como reagiu e o José responde que não, que nunca esperou que isso fosse acontecer, eles já não eram pais de primeira viagem e com a primeira filha tinham se saído muito bem.

Considera que foram as características do bebé e as circunstâncias anteriores ao nascimento que o fizeram sentir o que sentiu.

*Ressentimento paterno/
traição
Ressentimento paterno/
zanga/crítica*

*Assumir o papel
maternal*

Exclusão do pai

Gravidez imprevista

Perplexidade

*Bebé problemático
Circunstâncias
familiares*

No entanto refere que o problema é que o segundo filho não é um presente, não é um filho “sonhado” no aspecto de não trazer nada de novo ao casal. “Não vem cumprir nada, nenhuma função”.

Digo-lhe que faz sentido, no fundo eles já são pais, enquanto um primeiro filho lhe traz a concretização de algo e os acrescenta e os transforma em pais, o 2º filho não.

Penso para mim que um filho sem projecto, sem expectativa é um filho que serve de espelho para as projecções dos pais. O facto de não ser idealizado, de não ter uma identidade previa transforma-o num receptáculo dos fantasmas paternos.

Estes filhos são normalmente filhos que se impõem aos pais. Os pais não criam um espaço para a sua vinda e eles vêem-se obrigados a impor-se e a abrir o seu próprio espaço).

Digo-lhe que provavelmente essa é a razão da Margarida ser tão sedutora, como se ela soubesse que tinha de conquistar um espaço, ocupado pela sua irmã.

“Sim, sem dúvida, às vezes eu costumo dizer que a natureza a dotou de uma extrema beleza para garantir que apesar de todo o tumulto do seu nascimento ela fosse amada e desejada pelos pais. E sem dúvida, ela olha para mim e eu rendo-me aos seus encantos.”

Peço-lhe que me conte um bocadinho da sua história pessoal, e a relação que tem com a mãe e percebo que o José é o segundo filho de uma fratria de cinco, tem um irmão da mãe e do pai, dois irmãos só da mãe e um só do pai. Uma família complexa. O José tinha cinco anos quando os pais se separaram e ele e o irmão mais velho ficaram a viver com os avós paternos e com o pai. A mãe saiu de casa e não conseguiu vencer aquilo que segundo o

*Descobrir o 2º
filho/sonho ausente*

*Descobrir o 2º
filho/sonho ausente*

*Reactivar conflitos
anteriores*

Tornar-se visível

Tornar-se visível

Tornar-se visível

*Vivências anteriores/
divórcio dos pais/
ausência materna*

José era a força e a poder deste avós. Ele não se recorda bem dessa época, sente que a mãe se desorganizou por razões que desconhece e que os avós paternos não lhe deixaram qualquer alternativa.

O José adorava os avós e tinha com eles uma excelente relação.

Descreve a mãe como uma grande mulher e uma excelente pessoa. Mais tarde acabou por viver alguns anos lá em casa e lembra-se de a ter visto cuidar dos mais novos e sente que ela tratou muito bem estes irmãos. Como mãe considera que ela consegue sonhar os filhos e antecipar-lhes as necessidades. É uma mãe pragmática mas atenta aos problemas dos filhos, e talvez isso tivesse feito com que ele exigisse da Sara o mesmo tipo de abordagem.

Pergunto-lhe se com ele, ela também conseguia fazê-lo e o José responde-me que francamente não se lembra, era muito pequenino, e não tem memórias da altura. Mas que ela foi um modelo de mãe na forma como cuidou dos filhos mais novos.

No entanto não consigo deixar de pensar que ele sentiu ciúmes destes irmãos que acabaram por ter uma mãe que ele não teve e confronto-o com isso, com a sua dor face ao nascimento da Margarida e o seu medo de trair a Catarina e que ela se ressentisse.

E ele diz que talvez, que se lembra perfeitamente de ter sentido uma dor imensa quando nasceu o seu irmão do meio, lembra-se de não poder ir ver a mãe á maternidade e da tristeza de pensar que alguém ocupara o seu lugar. E ninguém se preocupou com o que ele estava a sentir, por isso tentou que a Catarina não tivesse que passar pelo mesmo, por isso fez esta aliança com ela.

Mas se voltasse atrás ter-se-ia preocupado um bocadinho mais com a Sara, a sua mulher. Porque

*Vivências anteriores/
perturbação materna/
domínio dos avós*

*Idealização da figura
materna/cuidadora*

*Idealização da figura
materna/sonhar os filhos*

*Expectativas face à
companheira*

*Idealização da figura
materna/cuidadora*

*Reactivar conflitos
anteriores/
rivalidade ente irmãos*

Identificação ao filho

*Reactivar conflitos
anteriores*

*Identificação ao filho
Preocupação com o
primeiro filho*

*Reconsideração/arrepen
dimento*

considera que se o tivesse feito, talvez ela tivesse conseguido ultrapassar parte das suas dificuldades. “Mas eu não consegui, estava demasiado zangado com ela, demasiado traído por ela não estar a cumprir o seu papel de mães e por ter de ser eu, a cumpri-lo, ela estava muito focada nela e nos problemas dela, mas tens razão, se tivesse cuidado mais dela poderia ter invertido o processo e quem sabe tudo tivesse sido diferente”.

*Ressentimento
paterno/zanga
Ressentimento
paterno/traição*

*Indisponibilidade
materna*

*Reconsideração/arrepen
dimento*

3) Excerto de Acompanhamento Psicológico da Joana (mãe)

Nome: Joana; (mulher do João)

Idade: 34 anos

Habilitações Académicas : Licenciatura

Filha com 3 anos

Segui a Joana há uns três anos atrás na sequência de uma depressão pós-parto.

A Joana veio à consulta enviada pela pediatra da sua filha Ana. A bebé tinha na altura três meses de idade e a Joana queixava-se de não conseguir cuidar da filha. Sentia que não era capaz de sintonizar-se com ela, a Ana chorava imenso, não dormia e ela não sabia como consola-la.

Combinamos fazer uma terapia semanal que durou mais ou menos 2 anos em que exploramos a sua história e os motivos que a levaram à depressão.

A Joana deprimiu na sequência de um incidente familiar complicado. Nomeadamente um episódio bizarro, passado com a sua irmã mais velha, adoptiva, pouco tempo após o casamento da Joana.

A Joana conta profundamente perturbada que a sua irmã, teve um filho em circunstâncias muito peculiares, ou seja, teve uma gravidez secreta, escondida de todos, inclusive do seu marido e pariu o bebé em casa, mais propriamente na casa de banho com o pretexto de que estava com cólicas, guardando-o dentro de uma mala, no escritório.

O marido, ouvindo chorar baixinho acabou por encontrar o filho dentro da mala e levou a mãe e o bebé para o hospital.

Quando a Joana soube disso ficou chocada e revoltou-se contra a irmã e contra a mãe que defendeu a filha adoptiva

*Indisponibilidade
materna/incapacidade*

*Bebé problemático/
irritável*

*Circunstâncias
Familiares*

*Circunstâncias
familiares*

*Circunstâncias
familiares*

Revolta conta a família

ficando indiferente ao “crime” que esta houvera cometido...

A sua indignação face à desresponsabilização do hospital e da própria família face ao sucedido, uma vez que nada nem ninguém supervisionou a qualidade e os cuidados parentais desta mulher ao filho, fez com que ambas, mãe e irmã deixassem de lhe falar até hoje.

Quando a Joana engravidou, e mesmo após o nascimento da sua filha, nem a mãe, nem a irmã se dignaram a visitá-la, dar-lhe os parabéns ou sequer demonstraram qualquer interesse em ver a bebé.

O isolamento, quase ostracismo em que ficou, uma vez que os pais eram divorciados e o pai vivia longe, fragilizou-a de tal modo que não teve outra hipótese senão deprimir.

4) Entrevista semi-directiva ao João (pai)

Nome: João (Marido da Joana)

Idade: 35 anos

Grau de Instrução: Mestrado

Filha com 3 anos

O João ofereceu-se para fazer esta entrevista assim que soube do meu trabalho, já nos conhecíamos, uma vez que acompanhou a mulher na primeira consulta.

Comecei por lhe perguntar quando é que ele se tinha apercebido de que a mulher estava deprimida. E o João respondeu que se apercebeu que a Joana não estava bem, mais ou menos um mês e meio após o nascimento da Ana. Sentia-a muito irritada e intolerante, reagia como se a bebé fosse a culpada por todas e quais queres situações, como se

Revolta contra a família

Rejeição familiar

Rejeição familiar

Isolamento

Consciência das dificuldades da companheira

Indisponibilidade materna/ irritabilidade

exigisse à filha de um mês que se adaptasse e tivesse outro tipo de reacções. O que a ele lhe parecia absurdo uma vez que a considerava uma mulher com bom senso.

Quando chegava a casa a Joana estava sempre pronta para lhe entregar a filha, como se quisesse livrar-se dela o mais rapidamente possível e era o que fazia. Assim, quando o João vinha do trabalho dedicava-se a cuidar do bebé. Considera que apesar de não estar à espera, a verdade é que a Joana já apresentava sinais de depressão durante a gravidez. Talvez pelo facto de se sentir sozinha a tenha fragilizado. O João refere também que ela trabalhou excessivamente durante esse período. A Joana é funcionária num banco e tinha de ficar lá até muito tarde a organizar o trabalho. Estava a adaptar-se a uma nova função e o stress era demasiado. Para além disso vinha de Lisboa todos os dias de transportes o que a deixava extenuada.

Quando o questiono se a Ana foi um bebé desejado, ele responde que sim, ambos queriam muito este bebé. O João afirma até que sempre pensou que o facto de terem um filho a ajudasse a ultrapassar a separação da mãe e da irmã. “Eu pensei que a filha lhe iria fazer bem, lhe iria diminuir a solidão e a dor, que ela iria ultrapassar o estado depressivo em que se encontrava após o episódio com a irmã”, e continua, “nunca pensei que ela reagisse assim, ela era uma mulher tão tradicional, sempre tão ligada à família. Antes de se separarem ela vivia colada à mãe e à irmã. Pensava que ela se iria dedicar à filha da mesma forma. Mas não, era como se não quisesse ligar-se à filha, como se apesar de a cuidar, a estivesse a rejeitar. Como se a filha fosse a culpada de tudo o que lhe estava a acontecer. Quando chegava a casa lá estava ela, desejando libertar-se da filha para ter um espaço e um momento só para ela”.

Perplexidade

*Indisponibilidade
materna/ rejeição*

Assumir papel maternal

Gravidez perturbada

Isolamento

Trabalho em excesso

Cansaço

Bebé desejado

*Expectativas face à
companheira*

*Rejeição familiar
materna*

Perplexidade

*Vivências
anteriores/dependência*

*Indisponibilidade
materna/ rejeição*

E o que é que o João fazia?

“Eu cuidei sempre dela, ela tem uma ligação muito mais próxima comigo do que com a mãe. As vezes eu acho que a Joana se recente disso. Ela percebe que a filha brinca mais comigo e penso que tem pena. Hoje tem pena de não ter estado com a Ana dessa maneira, mas não pode voltar atrás. A Ana porta-se muito melhor comigo, ela é um bebé com um carácter muito forte, é um bebé exigente, sempre foi. Ela e a Joana chocam-se muito. Ela não sabe dar a volta à filha. Não tem paciência.”

“Acha que o facto da Ana ter sido um bebé mais difícil pode ter contribuído para as dificuldades da Joana?”

“Sim, também, foi um conjunto de coisas. O excesso de trabalho, porque a Joana não parou. Não se preparou para a mudança, para a chegada da filha. O bebé chorava muito, não dormia e era muito exigente. Ao fim de algum tempo, a Ana estava de rastos, sem dormir, sem descansar o suficiente. E depois foi a questão das ajudas. Ela não teve ajuda de ninguém. Passava os dias sozinha, ninguém a vinha visitar. Ninguém a vinha ajudar, só eu à noite. Estava sempre sozinha.”

“Não era fácil” digo, ao que o João responde: “não, penso que para ela não foi fácil”.

“Sentia-se zangado com ela?” pergunto e ele afirma que não, que nunca se zangou com ela, mas que sem dúvida sentiu uma grande perplexidade. “não esperava essa reacção da Joana”. Quando o questiono relativamente às expectativas ela afirma claramente que sim, que tinha outras expectativas relativamente à mulher. “Tinha uma ideia diferente do que era ser mãe. Para mim as mães pecavam todas pelo exagero. Ficavam focadas nos filhos, não pensavam nem faziam mais nada.”

*Indisponibilidade
materna/distanciamento*

*Assumir o papel
maternal*

Ressentimento materno

*Relação privilegiada
com o bebé*

*Bebé
problemático/exigente*

*Indisponibilidade
materna/incapacidade*

*Trabalho em excesso
Falta de tempo para se
preparar*

*Bebé
problemático/exigente*

Cansaço

Isolamento

Ausência de suporte

Sofrimento materno

Perplexidade

*Expectativas face à
companheira*

“Ou seja, esperava que ela se tivesse apaixonado pela filha?”.

“Mais, mais do que isso, esperava que ela não conseguisse sequer afastar-se da filha. E era exactamente o contrário. Ela precisava de se afastar dela. Ainda hoje é assim e eu não compreendia.”

“Como foi a ligação com a sua mãe?”

“ A minha mãe é uma mulher simples, eu sou o único filho e ela esteve sempre em casa. Mal sabe ler. Mas acho que nem tem a ver com a minha mãe, porque ela cometeu muitos erros e pertence a uma outra geração. Eu nunca esperei nem desejei que a Joana ficasse em casa a cuidar da Ana.”

“Então em quem é que se baseavam os seus modelos?”.

“Olhe, por exemplo numa amiga nossa que fez uma depressão pós parto pelas razões opostas. Ela não conseguia sequer dormir para estar sempre a tomar conta do filho. Não deixava ninguém cuidar dele, de tão ligada que estava ao bebé. Era um exagero, mas pronto. Era assim que eu julgava que a Joana ia ser. Muito ligada à filha, como era ligada à família quando eu a conheci.”

“Hoje quando olho para traz considero que não fiz o que devia ter feito. Devia ter-lhe dado muito mais apoio. Eu ajudava-a a cuidar da Ana quando chegava, e para mim era muito mais difícil porque no dia a seguir tinha de ir trabalhar e às vezes nem tinha dormido de noite. Mas ela teria precisado de outro tipo de apoio nomeadamente durante o dia, altura em que ficava muito sozinha e sem apoio. Eu via na cara dela quando chegava a casa uma espécie de desamparo.”

“Considera então que a sua preocupação era mais direccionada para a filha ou para a mãe?”.

*Expectativas face à
companheira*

Incompreensão

Vivências anteriores

*Reactivar conflitos
anteriores*

*Expectativas face à
companheira*

*Idealização da figura
materna*

*Expectativas face à
companheira*

*Reconsideração e
arrependimento*

*Assumir o papel
maternal*

*Reconsideração e
arrependimento*

Isolamento

Ausência de suporte

“Definitivamente eu preocupei-me mais com o bebê. Para mim o mais importante era que o bebê estivesse bem. A mãe era crescida que se desenrascasse. Eu achava que ela tinha a obrigação, como um adulto que era de dar a volta à situação. Hoje percebo que devia ter tido outra postura.”

“Para terminar, como é que se descreve enquanto pessoa João? Preocupa-se mais consigo ou com os outros?”

“Bem, não sei, acho que me preocupo mais com os outros.”

“É um cuidador?”

“Sim acho que sim que posso ser considerado um cuidador”

5) Comentários da Joana em Consulta relativos ao companheiro

Das consultas que tive com a Joana ela descreve-me o marido como um homem muito tolerante e carinhoso. Que cuida muito bem da filha. Às vezes queixava-se que ele se preocupava demasiado com a Ana em detrimento dela (mãe). O José não gostava de passar tempo fora sem a filha e ela tinha necessidade de estar só com ele. A relação do pai com a filha é muito boa. A Ana tem uma verdadeira adoração pelo pai. Às vezes muito ressentimento da parte da Joana (tal como o José descreve sentir). Há uma nostalgia do tempo perdido, que não volta.

Segundo a Joana, a relação do pai com a Ana era um bocadinho excessiva.

A sogra era descrita como sendo um pouco manipuladora, fazendo-se de vítima para levar o filho a fazer o que ela quer. Refere que ele se sentia culpado acabando na maior parte das vezes por ceder.

*Preocupação com o
bebê
Expectativas face à
companheira
Reconsideração e
arrependimento*

Cuidador

Cuidador

*Assumir o papel
maternal
Ressentimento materno*

Pai dependente

*Relação privilegiada
com o bebê*

Pena

Ressentimento materno

*Vivências
anteriores/culpa*

6) 1ª Entrevista semi-directiva com o Pedro (pai)

Nome: Pedro (marido da Lena)

Idade: 39

Habilitações académicas: Licenciatura

Filha com 8 anos

Filha com 5 anos Clara

Segui a Lena há 5 anos atrás, altura em que me procurou por estar a passar por uma depressão pós-parto. Actualmente voltou a procurar-me por se encontrar novamente deprimida ao que eu lhe pedi se podia entrevistar o companheiro. O Pedro aceitou e foi ter comigo à clínica.

Senti que chegou à vontade, já me conhecia de acompanhar a Lena. O facto de me saber dentro do assunto permitiu-lhe falar sem subterfúgios daquilo que foi a sua experiência como companheiro de uma mulher com depressão pós-parto.

Começou por me dizer que foram tempos muito difíceis, a Clara, segunda filha do casal, era um bebé muito difícil que chorava de dia e de noite sem parar e que eles, pais, se sentiam incapazes de acalmar. Apesar de terem uma filha mais velha, não eram pais de primeira viagem, este bebé, foi tão diferente e tão mais difícil, que nem “gosta de se lembrar”.

Quando lhe pergunto, como é que se apercebeu que a Lena não estava bem, ele diz que foi para aí a partir do 2/3 mês da Clara. A bebé parecia inconsolável, e chorou para aí até

Discurso Claro

Tempo difícil

*Bebé problemático/
irritável*

Querer esquecer

*Bebé problemático/
inconsolável* 16

aos 3 ou 4 meses de idade. E quando ele chegava a casa do trabalho dava com as duas a chorar, mãe e filha.

A Lena, a companheira, chorava, chorava e verbalizava “eu não a quero, só me apetece joga-la pela janela”. Todo o seu comportamento reflectia essa rejeição. Não é que ela lhe desse a menina para a mão ou não a cuidasse, mas, sentia-se que ela só o fazia por obrigação e com grande sacrifício. “Era como se fosse um castigo, ela não conseguia tirar nenhum prazer nisso”, “e repetia tantas vezes que a queria deitar fora, mas que não podia...” que o Pedro passou a ir almoçar a casa, muitas vezes, para ver como elas estavam. Aparecia de surpresa. Pergunto-lhe se tinha medo que a Lena fizesse mesmo mal à filha, ao que ele responde que não. “Ela não lhe fazia mal. Tinha medo era do estado mental dela, ela não estava nada bem”, “eu estava francamente preocupado com ela”.

“Sentiu-se traído por ela, por estar a reagir daquela forma?” Pergunto. “Não, mas fazia-me confusão. Era suposto, que ela gostasse da filha, que existisse ali algum carinho e afecto e eu não sentia nada disso. E isso fazia-me confusão. Mas depois pensava, como seriam os dias dela, a ouvir o bebé a chorar e a gritar o dia inteiro e pensava que se calhar, se fosse eu, também não aguentaria. Nós nem descansávamos à noite, ela só dormia a andar de carro e levava-mos a noite a andar de um lado para o outro, mal parávamos o carro, ela recomeçava a gritar. Era desesperante. Eu também não sabia lidar com a situação, e quando isso acontecia, quando eu já estava quase a entrar em desespero, em pânico por não a conseguir calar, ela lá vinha tomar conta dela.”

Pelo que pude perceber, a Lena sempre tomou conta da Clara. O Pedro continua, “quando a Clara tinha 2 meses teve uma bronquiólite e teve de ficar internada uns dias no

Choro fácil

*Indisponibilidade
materna / rejeição*

Cuidado funcional

Sacrifício

*Indisponibilidade
materna/rejeição*

Preocupação com a mãe

Preocupação com a mãe

*Perplexidade/confusão
Expectativas face à
companheira*

Perplexidade/confusão

Compreensão

Cansaço

*Bebé problemático/
irritável*

Desespero

Cuidado funcional

Doença do bebé

hospital. Nessa altura a Lena ficou desesperada. Sentia-se profundamente culpada. Como se a doença reflectisse o facto de ela não estar a cuidar deste bebé como deve ser, e ela dizia: é castigo, eu não sou uma boa mãe e ela agora está doente.”

Segundo o Pedro, esta culpa ainda acompanha a Lena, sendo que ele já a avisou inclusive, que ela é demasiado permeável com a Clara, mais do que com a Rita, a mais velha. “Ela deixa-a fazer tudo, penso que tenta compensá-la por aquela altura”. “E o pai, como é que reage?”, pergunto. “Eu sou mais exigente com ela, às vezes a Lena acusa-me de ser muito exigente, mas a Clara é muito persistente e muito sedutora, manipula-nos com muita facilidade e às vezes a mim chateia-me. Por exemplo de manhã, vou com todo o jeitinho acordá-la para a vestir e levar à escola e ela diz: “não te quero a ti, quero a mamã”, fico mesmo chateado. Ela é muito ligada à mãe”.

“Acha que pode ter ficado algum ressentimento relativamente à Clara por ela ter transtornado tanto a vossa vida?”. O Pedro responde: “Não, acho que não, no entanto é como lhe digo, pode ser que inconscientemente isso aconteça, porque a Lena acusa-me de ser mais duro e mais inflexível com ela. Nunca tinha pensado nisso.”

“ O seu casamento ficou afectado por esta experiência?”, atrevo-me a perguntar: “Sim, foram tempos muito difíceis, e eu já não sabia o que havia de fazer mais para consolar a Lena. Para a fazer sair daquela situação.” “ Ajudava-a a cuidar da Clara?” pergunto, ao que ele e me responde que “ às vezes, mas ela não deixava, ela, parece que quanto mais culpa sentia mais se agarrava a ela. E às vezes eu também não conseguia. Ficava desesperado. Mas muitas vezes passei a noite acordado a andar de carro de um lado para o outro e no outro dia tinha de ir trabalhar...”.

Culpa

Fracasso

Não ser boa mãe

Culpa

Permissividade materna

Exigência paterna

Tornar-se visível

Dependência da mãe

*Ressentimento paterno
/filho intruso*

Tempo difícil

Desespero

Preocupação com a mãe

Exclusão do pai

Culpa

Desespero

Cansaço

Confesso-lhe que a mulher me confidenciou que uma das dificuldades que sentiu foi relativamente à Rita, a filha mais velha do casal. Sentiu que tinha traído a Rita quando trouxe a Clara para casa. Tinha medo de não ser capaz de amar aquele bebé como amava a Rita. E pergunto-lhe o que é que pensa acerca disso. Se por acaso sentiu o mesmo e o Pedro com um ar espantado responde: “Não, e até acho estranho porque a Clara foi um bebé planeado por nós e muito desejado. Por que é que ela sentiu isso?” pergunta e eu explico-lhe que lhe fez lembrar o nascimento do irmão. Ele sorri e diz:

“ Há pois é, já temos falado sobre isso, ela sempre achou que os pais gostavam mais do irmão do que dela, mas sabe, eu sou o mais novo! (Ri). No entanto lembro-me dos meus irmãos se ressentirem e dizerem que os meus pais gostavam mais de mim do que deles. É curioso, não tinha pensado nisso!”.

Despedimo-nos e ficámos de nos encontrar posteriormente caso fosse necessário.

Traição ao 1º filho

Bebé desejado

Reactivar conflitos anteriores

Rejeição familiar

Reactivar conflitos anteriores/ rivalidade entre irmãos

7) 2ª Entrevista semi-directiva com o Pedro (pai)

Após a primeira entrevista senti alguma curiosidade em voltar a falar com o Pedro para perceber em que contexto é que a Clara tinha nascido. O Pedro acabou por me confessar que a Clara tinha sido um bebé planeado mas na realidade acabou por nascer numa altura pouco favorável.

Esta gravidez surgiu quando estavam a construir uma casa nova, e por isso encontravam-se a viver na casa dos pais da Joana. Logo é natural que a Lena se sentisse mais vulnerável uma vez que se encontrava fora do seu ambiente, e num processo de transição para um novo lar.

Eles foram vivendo a gravidez ao mesmo tempo que faziam o ninho para acolher esta nova filha.

Apesar de ter sido um bocadinho complicado devido à falta de privacidade, a gravidez foi bem aceite por ambos. Um segundo filho fazia parte dos planos e a gravidez até estava a correr bem.

O Pedro confessa que nunca pensou que este bebé viesse a destabilizar a família como destabilizou. Foi apanhado de surpresa.

A primeira experiência deles enquanto pais tinha sido bastante positiva e gratificante e nada o levava a crer que com esta filha fosse diferente. Nunca lhe passou pela cabeça que a Lena se destabilizasse tanto. O Pedro considera que o facto de o nascimento ter coincido com a mudança de casa possa ter influenciado todo o processo de adaptação.

Quando tudo começou a acontecer, ele lembra-se de falar com a companheira. Apesar da situação difícil em que se encontrava a Lena procurava-o para falar e verbalizava-lhe tudo o que sentia e pensava. Ele tentava não a julgar e

Bebé desejado

Gravidez inoportuna

Gravidez inoportuna

Circunstâncias familiares/ Mudança de casa

Bebé desejado

Perturbação familiar

Perplexidade

Circunstâncias familiares/mudança de casa

Compreensão

Partilhar sentimentos

dizia-lhe para ter calma que tudo se iria resolver. Ajudava-a a cuidar do bebé e acima de tudo tentava ao máximo cuidar dela (mãe).

O Pedro considera que se esforçou, tentava sempre reforçar o facto da situação ser transitória, de tudo ir melhorar à medida que a Clara fosse crescendo, de não valer a pena ela estar tão aflita, porque tudo iria passar.

Quando lhe pergunto se a Lena se deixava ajudar ele refere que sim, que ela lhe pedia e aceitava de bom grado a sua colaboração.

No entanto, não pode deixar de se lembrar do esforço acrescido, do cansaço de sair do trabalho e de levar a noite a andar de carro de um lado para o outro porque a Clara não parava de chorar a noite inteira e eles já não sabiam o que fazer, era desesperante.

De tudo o que se passou, considera que o pior foi a distância que se gerou entre o casal. O bebé era tão exigente que eles deixaram de ter tempo para eles. O cansaço impunha-se de tal maneira que eles caíam na cama e adormeciam, e isto foi causando um afastamento entre ambos e deteriorando a intimidade. Sinto que fala disto com algum ressentimento e mágoa. O facto da Clara ser um bebé difícil veio comprometer a relação dos pais. Considera que nunca mais voltaram a ser como dantes. Ainda hoje sofrem com as alterações consequentes da depressão pós-parto da mãe.

Pergunto-lhe se isso alterou a forma como se relaciona com esta criança, uma vez que ela parece ter sido a responsável pelo afastamento da mãe e se sente que de alguma forma isso pode ter tido influência no desenvolvimento da filha.

O Pedro acha que não, alias porque considera que a Clara é uma criança muito sedutora e agradável e aparentemente confiante. Talvez tenha sido muito mais protegida e mimada para tentar compensar qualquer coisa. (Eu julgo que ele se

Partilhar cuidados com o bebé
Preocupação com a mãe

Acalmar a mãe

Deixar-se ajudar

Cansaço

Bebé problemático/ Irritável
Desespero

Perturbação familiar/ casal
Bebé problemático/ Exigente
Cansaço

Falta de tempo para o casal

Ressentimento paterno/filho intruso

Perturbação familiar/ casal

Tornar-se visível

Protecção/mimo
Culpa

refere à animosidade que os pais possam ter sido na relação com ela, mas não digo nada). “Ela é, uma verdadeira princesa”.

Peço-lhe para me falar da sua mãe e da relação que te teve com ela. Descreve-a como uma mulher simples e humilde, muito trabalhadora e com pouca consciência das suas atitudes na relação com os filhos. Considera-a muito pragmática e muito terra a terra.

O facto de ser o mais novo de quatro irmãos e de ter sido o único a estudar fez com que a mãe o tivesse preferido sempre aos outros filhos, o que trouxe problemas na relação com os outros irmãos e lhe causou e ainda lhe causa um certo mal-estar. Os irmãos têm alguns ciúmes/inveja dele e isso afasta-os.

No entanto, considera que o facto de ter sido o preferido não significa que se tenha sentido protegido ou amparado pelos pais, pelo contrário, o Pedro cresceu em auto-gestão.

A partir do 5 ano, altura em que foi para o 2º ciclo que a mãe deixou de resolver os assuntos dele. Nunca foi à sua escola, não lhe comprava o passe ou se preocupava com as coisas dele.

O Pedro acabou por crescer sozinho, foi para o Porto estudar aos 15 anos e mais tarde para a faculdade em Lisboa. Trabalhava e estudava.

Sente que nunca esperou nada de ninguém, desde muito cedo que aprendeu a lutar por aquilo que queria e lhe fazia falta. O facto de não ter expectativas permitiu-lhe aceitar o que a vida lhe traz de bom e de menos bom.

Considera que isso foi o que fez com que não se sentisse zangado com a Lena. Percebeu que se queria que ela continuasse a funcionar teria que cuidar dela.

É efectivamente um cuidador, não esperando nada de ninguém sem expectativas relativamente aos outros. O Pedro

*Ressentimento
paterno/materno*

*Vivências anteriores/
Mãe funcional*

*Vivências anteriores/
Filho preferido*

*Vivências anteriores/
Rivalidade entre irmãos*

*Vivências anteriores/
Crescer sozinho*

*Vivências anteriores/
Mãe negligente*

*Vivências anteriores/
Crescer sozinho*

Aceitação

Ausência de expectativas

Ausência de expectativas

Cuidador

Ausência de expectativas

não espera que cuidem dele. Cuida dos outros para ter a certeza que vai receber algo, mesmo pouco.

Nunca lhe passou pela cabeça zangar-se com a companheira. Custava-lhe sim vê-la a sofrer. Afirma que nunca se sentiu rejeitado por ela, mas sente muitas vezes que ela se alheia e vai para o mundo dela, onde ele não cabe. Às vezes fica triste mas já percebeu que ela faz o melhor que pode.

É um facto que a sua aceitação da realidade lhe permitiu não se sentir frustrado. O Pedro demonstrou uma capacidade de adaptação muito grande e uma tolerância imensa, o que provavelmente ajudou a Lena a recuperar.

8) Excertos do Acompanhamento Psicológico à Lena (mãe)

Nome: Lena (mulher do Pedro)

Idade: 38

Habilitações académicas: licenciatura

Filha com 8 anos

Filha com 5 anos

Da Lena, lembro-me que durante a sua depressão referia sentir-se muito mal consigo e com o seu corpo. Não estava a recuperar da mesma forma e estava com imensa dificuldade em se adaptar ao novo bebé, que segundo ela, a rejeitava, como se soubesse das dificuldades da mãe. Tinha mudado de casa há poucos meses e ainda estava a acomodar-se ao novo ninho, que não sentia como suficientemente seguro. Era uma casa grande, pouco acolhedora que evocava o seu desamparo, vivido na infância com uma mãe deprimida e um pai alcoólico.

Cuidador

Compreensão

Preocupação com a mãe

*Indisponibilidade
materna/isolamento
Ressentimento
paterno/tristeza*

Aceitação

Compreensão

Não aceitar o corpo

*Dificuldade de
adaptação ao bebé
Sentir-se rejeitada pelo
bebé*

*Circunstâncias
familiares/mudança de
casa
Vivências anteriores/
Mãe depressiva/pai
alcoólico*

Para além disso, não conseguia aproximar-se sexualmente do marido por se sentir deformada, e dizia que provavelmente ele iria procurar alguém. Tinha muito medo que ele a trocasse por outra no entanto era quase impensável ter relações com ele.

Quando lhe sugeria começar a fazer ginástica e a ter tempo para cuidar dela e do seu bem-estar, reagia mal, e afirmava que tinha de cuidar do bebé. A Lena não conseguia aceitar o que sentia, estava profundamente ferida no seu narcisismo materno. Culpava-se por não ser capaz de amar a filha, que sentia como uma estranha, uma intrusa, quer entre ela e a Rita, quer entre ela e o marido, porque a reflectia “no seu pior”.

O facto deste período não estar a correr bem, deixava-a extremamente debilitada, porque o considerava como um fracasso da sua parte, “mais um”, uma falha, uma hemorragia, que nada nem ninguém conseguia fazer parar.

Mesmo relativamente à terapia, a Lena, fez imensa resistência. Largar o bebé, para vir à consulta cuidar dela, era reconhecer perante os outros, o fracasso de mulher-mãe que ela era, acabando por ter desistido ao fim de pouco tempo abandonando o tratamento a meio. Quando voltou, afirmou que queria acabar o que tinha começado.

A Lena descreve o Pedro como se fosse uma espécie de “homem perfeito” que resolve sempre tudo e lhe apara os golpes e coloca-se perante ele como uma menina. Às vezes ressentia-se com ele porque a faz sentir incapaz e incompetente, sente-se sempre aquém deste homem. Ambivalência, “amor-ódio”, tão comum nas relações de dependência.

Não aceitar o corpo

Medo de ser traída

Evitamento sexual

Culpa

Resistência

Culpa

*Ressentimento
paterno/Filho intruso*

Fragilidade materna

Fracasso

Resistência

Fracasso

Marido ideal

*Dependência do
companheiro*

*Ressentimento materno/
pai*

9) Apontamentos de observação participante do Pedro e da Lena

O Pedro tem uma história familiar dura. Tem 5 irmãos, saiu cedo de casa e é uma espécie de “self-made-men”, muito independente e competente em termos profissionais. A família é a sua rede de apoio e valoriza-a bastante. É um verdadeiro cuidador, extremamente eficaz como pai, marido e profissional. Emocionalmente dependente da companheira que trata como uma filha.

A Lena é uma mulher dependente, adesiva e insegura. Narcisismo frágil. Focada no olhar do outro e incapaz de se definir em termos identitários, quer ao nível pessoal, quer como profissional.

Relação demasiado próxima com o irmão sente-se um bocadinho mãe dele para compensar provavelmente uma culpabilidade anterior aquando do seu nascimento.

Muito baixa auto-estima, só o que os outros têm é que é bom, ela deseja ter, mas espera sempre que lhe dêem porque não se sente capaz de mudar ou conquistar. Postura passiva, acomodada mas profundamente insatisfeita.

Com as filhas é meiga e doce, mas demasiado permissiva, tem dificuldades de separação e não consegue impor-se.

*Vivencia anteriores/
Crescer sozinho*

Importância da família

Cuidador

Dependência emocional

Dependência emocional

Insegurança

*Vivencias anteriores/
Culpa*

Insegurança

Insatisfação

Permissividade materna

10) Excerto de uma 1ª Consulta de Psicologia

Pediátrica

Nome: Rui

Idade: 35

Habilitações académicas: 9º ano

Filha com 5 anos

Filho com 18 meses

Nome: Vera

Idade: 33

Habilitações académicas: 12º ano

Filha com 5 anos

Filho com 18 meses

Este é um excerto de uma entrevista clínica realizada aos pais relativamente à sua filha mais velha para quem marcaram a consulta.

O Rui e a Vera entram na sala, vêm preocupados com a filha mais velha, porque ela se tem portado muito mal. Desde que o irmão nasceu ela está mais agressiva e recusa-se a fazer seja o que for que a mãe lhe peça. As duas estão de costas viradas e com graves dificuldades de comunicação.

Quando iniciei a história clínica da menina o pai começou a falar do que percebi ter sido uma depressão pós-parto da mãe.

Pai – Desta filha, eu fui quase mãe, eu é que tratei dela, é que lhe dava os biberões, é que lhe mudava a fralda.

Criança irrequieta

Dificuldades de comunicação

*Assumir papel maternal
Cuidar do bebé*

Mãe – Ela não queria o meu peito e eu tinha muito medo de cuidar dela, era tão pequena que tinha medo de lhe fazer mal. Fazia-me confusão.

Pai – Pois, a ela tudo lhe fazia confusão, tinha medo de a magoar. Eu não, eu dava-lhe banho, e punha-a a dormir.

Mãe – Quando vinha para o meu colo parecia que tinha picos, não gostava, desatava logo a chorar.

Pergunto se a Vera deprimiu após o parto e ela responde:

Mãe – Eu não sei, se calhar, chorava por tudo e por nada, quando a via a chorar desatava a chorar também.

Pais – Pois era, às vezes choravam as duas e lá tinha eu que acalmar a bebé. Por isso é que ela é tão apegada a mim, ainda hoje é o pai para tudo.

Mãe – Ela é muito mais o pai, este aqui, (aponta para o bebé que tem ao colo), nem o quer, começa logo a gritar. Ela não, ela é toda pai, ela nem sequer gostava de mim.

Pai – Quer dizer, ela nunca foi ao médico, nem assim, mas sim, eu cá acho que ela deprimiu. Mas eu cá não me importava de cuidar da minha filha. Eu fazia-lhe tudo.

Mãe – Sim, ele fazia-lhe tudo, era bem feito, e ela só o queria a ele.

11) Apontamentos de observação durante entrevista clínica do Rui, da Vera e filha de ambos

Esta menina é uma menina simpática e bem-educada, com um desejo imenso de agradar. Está zangada com os pais, porque ainda não é capaz de aceitar o nascimento do irmão. Situação que tem vindo a agravar-se especialmente entre ela e a mãe.

Esta mãe, que não a amamentou, nem foi capaz de a cuidar, estabeleceu com o irmão uma relação simbiótica de grande

Sentir-se rejeitada pelo bebé

Indisponibilidade materna/incapacidade Assumir o papel maternal Sentir-se rejeitada pelo bebé

Choro fácil

Cuidar do bebé

Relação privilegiada com o bebé

Sentir-se rejeitada pelo bebé Ressentimento materno

Assumir papel maternal Cuidar do bebé

Ressentimento materno

Tornar-se visível

Ciúmes do irmão

Indisponibilidade materna/ Incapacidade

dependência a que a menina tem de assistir, uma vez que apesar da idade do bebé, ela faz questão de continuar a dar-lhe peito. Não trabalha e está em casa, unicamente a cuidar deste filho.

A Vera é uma mulher profundamente imatura e projectiva, isso percebe-se no seu discurso, nomeadamente no que diz respeito aos primeiros tempos da filha. O bebé não gostava dela, não gostava do peito, não a queria. Actualmente continua a projectar a sua inadequação, afirmando que ela a quer irritar e que a quer agredir. Afirma que não sabe dizer não porque não consegue ver os filhos a sofrer, “não aguenta”.

Declara que ainda hoje é muito dependente da sua mãe, quando o marido se ausenta a trabalho ela pega nos filhos e vai dormir para casa da mãe ou então esta vai para casa dela, porque não é capaz de ficar sozinha. Esta dependência reflecte-se também nos hábitos familiares, quando pode dormir com os filhos e tira o marido da sua cama, “senão ficam muito apertados”. Não há diferenciação nem limites. Sinto-a tão infantil como a filha.

Refere que não estava preparada para ser mãe, “não conseguia, tinha muito medo, e achava que não era capaz de cuidar dum bebé”. Alguma das opções que toma, dão conta dessa imaturidade e da ausência de disponibilidade para com a menina. Deixa os filhos fazerem tudo, porque assim não tem que cuidar deles nem se chatear com nada. Tem uma verdadeira intolerância à frustração. Só faz o que lhe apetece. O Rui por sua vez parece apreciar o lugar de cuidador, diz-se orgulhoso do seu papel maternal e sinto que de alguma forma compete com a mulher, ela também o sente e diz-lhe o claramente quando se refere ao mais novo “mas este filho é meu, e não to dou nem to empresto”. Sentiu-se espoliada, da

Dependência emocional/filho

Imaturidade emocional

Sentir-se rejeitada pelo bebé

Projectão da agressividade

Imaturidade emocional

Dependência emocional

Regressão materna

Exclusão do pai

Imaturidade emocional

Indisponibilidade materna/incapacidade

Permissividade materna

Frustração materna

*Cuidador
Assumir o papel maternal*

Sentimento de expropriação

primeira vez ele roubou-lhe o protagonismo do seu papel maternal e isso é perceptível.

Sorriem, vão contando isto tudo a brincar, demonstrando alguma cumplicidade. O pior já passou.

O Rui, muito satisfeito afirma que ainda hoje é ele que põe a filha a dormir, sente-se envaidecido por isso, a sua postura é a de um homem simples mas actual, um pai à séria e isso dá-lhe prazer, sente-se valorizado. Este homem também tem tal como a filha necessidade de ser importante para alguém. A depressão, a dependência e a imaturidade da companheira permitiram-lhe isso.

Ela agradece-lhe ao mesmo tempo que deixa muito claro que não quer repetir, desta vez este filho fá-la sentir importante como mãe, “só fica com ela, só a quer a ela” e a mãe sente que já é capaz de fazer tudo bem. Já não se sente, diminuída, envergonhada e desvalorizada como se sentiu com a filha.

A filha não a “narcisou” enquanto mãe,” ela só me quer agredir, faz de propósito” fê-la parecer incapaz e incompetente, o filho pelo contrário, transmite-lhe uma sensação de poder, de segurança de se saber e sentir amada e necessária. E isso faz toda a diferença!

Sentimento de expropriação

Relação privilegiada com o bebé/filha

Orgulho

Necessidade de agradar

Ressentimento materno

Ser valorizada como mãe

Fracasso

Fracasso

Ser valorizada como mãe

12) Excerto da 1ª Consulta de Psicologia a uma mãe com DPP e ao seu companheiro

Nome: Lara

Idade: 27

Habilitações académicas: 12ºano

Filho com 4 meses

Nome: Carlos

Idade: 30

Habilitações académicas : 12 ° ano

Filho com 4 meses

Este é um excerto de uma primeira consulta de Psicologia, realizada a uma mãe com depressão pós-parto e ao seu companheiro.

A Lara veio à consulta porque têm um filho com 4 meses e de algum tempo para cá sente-se muito instável, chora, irrita-se, isola-se e sente-se profundamente infeliz sem saber porquê. Está a viver há dois anos com o Carlos, pai do seu filho, com que tem uma relação estável. Este bebé foi um bebé planeado pelos dois, e muito desejado. Apesar do Carlos já ter sido casado anteriormente este é o primeiro filho de ambos.

A situação começou a correr mal ainda no fim da gravidez, a Lara teve uma pré-eclampsia, e tiveram que lhe provocar o parto às 35 semanas.

Quando nasceu o bebé teve de ficar na incubadora, foi aspirado, ventilado, e apesar de ter nascido com quase 3 kls teve de ser alimentado por sonda.

*Choro fácil
Indisponibilidade
materna/Irritação/
Isolamento*

Bebé desejado

*Gravidez
Perturbada/doença*

*Bebé
problemático/doente*

Devido ao seu estado de saúde, a Lara ficou sem ver o filho durante três dias, e quando chegou à neonatologia sentiu-se muito triste por encontrar o seu filho, na incubadora, ligado a uma série de eléctrodos e com uma sonda. O bebé estava com uma infecção grave, a tomar antibióticos e ficou internado durante mais 10 dias. Sentia-se desesperada e queria voltar para casa.

Os primeiros tempos com o bebé correram bem, sentia-se competente, e não tinha medo de cuidar do Duarte. A Lara é a segunda de uma fratria de 5, e o irmão mais novo ainda só tem 10 anos.

No entanto, nestes últimos tempos, a Lara tem se sentido cada vez pior. Queixa-se que não consegue ter as coisas em ordem, e fica muito irritada, tem medo de não ser uma boa mãe, de falhar e de fazer mal as coisas e sente-se culpada por ter deixado de amamentar.

Considera que estas inseguranças se devem à vida que levou, os pais eram muito desregrados, viveram intensamente os anos 60 e continuavam a agir de uma forma deslimitada. A Lara e os irmãos cresceram ao “Deus dará”, com ajuda de terceiros porque nem o pai nem a mãe tinham um emprego fixo. E apesar de trabalharem em casa os miúdos funcionavam em auto-gestão. Lembra-se das suas dificuldades em aceitar regras, em cumprir os horários escolares, em ser responsável. Estava sempre de castigo porque não compreendia que tinha de se submeter aos outros. Considera que a necessidade que tem de ter a casa arrumada e as coisas em ordem vem daí, porque na casa dos pais era sempre o caos permanente! Já na altura se esforçava por ter o seu cantinho em ordem para “poder pensar”.

Actualmente e desde que nasceu o bebé, fica muito stressada por não conseguir manter a casa arrumada e a roupa em dia. Às vezes está eléctrica e parece uma barata tonta, outras

Choque inicial

*Bebé
problemático/doente*

Angústia materna

Vivências anteriores

Fragilidade materna

*Indisponibilidade
materna/incapacidade*

*Não ser boa mãe
Culpa*

*Reactivar conflitos
anteriores/ Pais
negligentes
/Irresponsáveis*

*Vivências anteriores/
Crescer sozinho*

*Imaturidade
emocional/deslimite*

*Não ter a casa
arrumada*

*Reactivar conflitos
anteriores*

*Não ter a casa
arrumada*

deita-se e sente-se incapaz de fazer seja o que for, inclusivamente cuidar do Duarte, que faz com muito esforço. Nessas alturas lembra-se das palavras do seu pai “miúda mal comportada, hei-de te virar nem que seja à pancada!”. Sempre foi muito batida pelo pai, e se sentiu rejeitada, o patinho feio, tendo por isso tendência para se isolar. Ainda hoje, principalmente agora, só tem vontade de estar sozinha, de não falar, nem ver ninguém.

Refere que quando se mudou para o Alentejo aos 13 anos de idade, foi muito humilhada pelos colegas que a ridicularizavam e nunca se adaptou.

Sente-se muito mal com o seu corpo, está gorda, e tem vergonha de ir à rua, antes tinha um corpo de modelo e durante muito tempo foi cantora e bailarina num conjunto espanhol, agora nem consegue olhar para o espelho.

Considera que não sabe quem é, perdeu as referências, nem sabe o que irá fazer daqui para a frente. Tem medo que o filho não goste dela, que ache que ela não é/foi uma boa mãe como ela acha que os pais não o foram para ela.

Quando lhe proponho que se deixe ajudar, a sua primeira reacção é uma recusa, quer ser ela a cuidar do filho e não gosta que ninguém mexa nas suas coisas. A sogra ofereceu-se para lhe cuidar da roupa mas ela recusou.

Sinto-a muito sozinha, não tem família aqui, estão todos no Alentejo. Ela veio embora para Lisboa para viver com o Carlos. Digo-lhe que fazia bem em sair um pouco com algumas amigas, que podia levar o bebé ou deixa-lo com a sogra mas a Lara torce o nariz “eu nem sei o que hei-de conversar e depois acho que estão sempre a olhar para mim e a julgar o que digo e o que faço”.

No fim desta conversa falei um pouco com o marido da Lara que pediu para falar comigo. Tinha ficado na sala de espera a cuidar do bebé.

*Indisponibilidade
materna/incapacidade*

*Reactivar conflitos e
anteriores/ mal
tratos/rejeição*

*Indisponibilidade
materna/ Isolamento*

*Reactivar conflitos
anteriores*

Não aceitar o corpo

Não aceitar o corpo

Não saber quem é

Não ser boa mãe

*Resistência em ser
ajudada*

*Solidão
Isolamento*

*Resistência em ser
ajudada*

Insegurança

O Carlos sente que precisa de ajuda, não sabe como lidar com a Lara, não sabe o que fazer nem o que dizer quando ela está assim. Reconhece que está assustado com a situação. Ele próprio já viveu uma relação difícil com uma mulher depressiva de quem se divorciou e não quer passar pelo mesmo!

Não percebe porque é que ela está assim, chora, irrita-se, grita com ele e por vezes quando ele se oferece para a ajudar a cuidar do filho reage muito zangada e não o deixa aproximar do Duarte. Refiro que talvez se sinta posta em causa como mãe e isso a faça sentir mal. É o Carlos confirma, a Lara fica muito irritada quando não é capaz de fazer as coisas e “vira”, muda de humor com muita facilidade, fica agressiva, isola-se e recusa-se a sair de casa. Reconhece que às vezes perde a paciência com ela e também se zanga porque sente que ela não é capaz de “conter a frustração”, “quando é contrariada e ou posta em causa fica assim e já não sei o que fazer, e afasto-me”.

Consigo perceber que o Carlos está ressentido com a Lara, que esperava mais dela, que não a percebe, que se sente rejeitado pela indisponibilidade dela e pela incapacidade de aceitar ajuda e pergunto-lhe ao que me responde que sim, por isso a convenceu a vir, porque não a compreende e já não consegue ajudá-la mais, está a ficar sem paciência.

No fim falamos todos juntos, apercebo-me que a Lara percebe a frustração do Carlos, que isso a deixa ainda mais insegura porque está completamente vulnerável, eles não são casados e ela deixou tudo para vir viver com este homem. Tem receio que ele também a considere uma má mãe, e uma péssima mulher porque já nem consegue manter a casa limpa e arrumada para além do receio que deixe de a desejar porque engordou e não consegue retomar a sua vida sexual.

Desespero

Reactivar conflitos anteriores

*Choro fácil
Indisponibilidade materna/ irritabilidade
Resistência em ser ajudada
Exclusão do pai*

Frustração materna

Indisponibilidade materna/ irritabilidade

Frustração materna

Afastamento paterno

Ressentimento paterno

*Sentimento de rejeição
Resistência em ser Ajudada*

Incompreensão

Ressentimento materno /zanga

*Insegurança
Fragilidade materna*

*Não ser boa mãe
Não ter a casa arrumada
Medo da rejeição/traição*

13) Excerto de Acompanhamento Psicológico a uma mãe com DPP

Nome: Rute

Idade: 32

Habilitações Literárias: Licenciada

Filho com 4 meses

A Rute vem à consulta enviada pela pediatra do seu filho por considerar que ela estará a passar por uma depressão pós-parto. Quando chega queixa-se essencialmente de um cansaço extremo que a impede de cuidar convenientemente do filho e da sua casa. Relata uma série de acontecimentos complexos durante a gravidez, altura em que teve internada algum tempo e teve de ficar de repouso devido a uma pré-eclampsia, um parto difícil e demorado, e um pós-parto marcado pela morte do sogro dias depois do nascimento do filho, pelo desemprego do marido e por uma série de problemas físicos da própria que a levaram a ter de suspender a amamentação por algum tempo devido à medicação, comprometendo a sua saúde e a qualidade do leite, que segundo a própria nunca mais foi o mesmo.

A Rute considera que começou a fraquejar após uma otite de proporções gigantescas tinha o seu filho um mês e pouco. O facto de se sentir fisicamente doente e incapaz de cuidar do bebé convenientemente fê-la desmornar, não aceitava que isto lhe tivesse a acontecer, ela tinha-se preparado muito bem para a chegada deste filho tão desejado, frequentado aulas de parto natural, ginástica para bebés, amamentação... lera tudo o que havia sobre o assunto e agora estava a falhar... o seu leite não era suficientemente bom, o bebé estava a perder peso, ela arrastava-se pelos cantos sem força para nada, o

Cansaço

*Circunstancias familiares
Gravidez perturbada/doença*

*Circunstancias familiares/morte de familiar próximo/
Desemprego do companheiro*

Doença materna

Leite materno/fraco

Doença materna

*Indisponibilidade materna/incapacidade
Fracasso*

Frustração materna

*Fracasso
Leite materno/fraco
Culpa
Cansaço*

marido deprimido pela morte do pai e ausente (dedicado a manter o emprego novo) pouca atenção lhe podia dar e ela refugiava-se na casa dos pais, onde se sentia segura mas ao mesmo tempo demasiado vulnerável para uma mulher que sempre se considerara autónoma e independente.

Ao longo das varias sessões percebi que a Rute se deprimia mais ainda por não aceitar esta depressão reactiva, consequência de um excesso de stress acrescido, conjugado com a imprevisibilidade de um recém-nascido e com a consciência de uma nova realidade, de ter um ser completamente dependente dela e cujo bem-estar dependia do seu.

Culpava-se de tudo, de não ser uma boa mãe, como a sua irmã, que tinha duas filhas e nunca tinha precisado de ajuda, de não amamentar convenientemente porque o seu leite não prestava, de não ser boa dona de casa pois neste momento nem o jantar fazia para o marido, de num momento tão importante da sua vida se sentir a mais miserável das mulheres.

Perguntava incessantemente quais as consequências que uma depressão pós-parto teria no seu filho, e quanto tempo mais iria ficar assim, não aguentava a ideia de se sentir impotente perante a situação e entrava em desespero perante a ausência de controlo sobre as suas emoções.

Aos poucos o cansaço deu lugar ao choro. Percebeu que se estava a afastar dos outros, a esconder-se e a enroscar-se no bebé, que não deixava nem por um segundo, que estimulava continuamente com medo que adoecesse de tristeza como a mãe, e finalmente conseguiu fazer as pazes com o marido, que se queixava de ser excluído, esquecido, e relegado para um vazio relacional que ia desvitalizando a ligação forte que existia entre os dois. Largou a regressão a que se tinha

*Afastamento
paterno/ausencia
Regressão*

Fragilidade materna

*Frustração materna
Fracasso*

*Adaptação à
parentalidade
Dependência do bebé*

*Culpa
Não ser boa mãe*

*Leite materno/ fraco
Não ter a casa
arrumada
Não cozinhar
Fracasso*

Culpa

Impotência

Vulnerabilidade

*Fragilidade materna
Isolamento*

Dependência do bebé

*Ressentimento
materno/paterno
Sentimento de rejeição
Perturbação
familiar/casal*

entregado, (a casa dos pais, o lugar de filha) e finalmente pôde nascer como mãe/mulher.

Quando se permitiu aceitar que como qualquer ser humano tinha limites de dor, sofrimento e stress e que a sua depressão era nada mais, nada menos do que a expressão desses limites, quando aprendeu a respeitar a sua mágoa face a uma experiência idealizada que agora tinha de enterrar para poder estar inteira nesta realidade, quando finalmente se perdoou, conseguiu superar a depressão e seguir em frente, acompanhada pelos seres que temia perder e que nunca a deixaram de amar.

Aceitação

Luto da maternidade idealizada

Aceitação

14) Excerto de Acompanhamento Psicológico na Consulta de P. Pediátrica a uma mãe que teve DPP

Nome: Marta

Idade: 29

Habilitações Literárias: Mestrado

Filho com 3 anos

A Marta veio à consulta com o filho de três anos, foi recomendada pela sua terapeuta porque se sente incapaz de cuidar do António, não tem paciência para ele nem sabe como o educar. Descreve o António como um menino muito vivo, enérgico, com uma personalidade muito forte e muita dificuldade em aceitar regras. Faz muitas birras que nem sempre acabam bem. Às vezes descontrola-se e dá-lhe umas palmadas mas considera que não é solução.

A Marta tem um semblante sério e uns olhos tristes, fala com o António como se falasse com um adulto. O menino é franzino, tem uma pele transparente e uns olhos muito vivos, ávidos e fala fluentemente.

Quando peço que me conte a história clínica do António percebo que a mãe fez uma depressão pós-parto bastante grave e que ainda se encontra deprimida e a fazer medicação. Conta-me então que estava a viver no estrangeiro com um namorado quando engravidou, ficou em pânico porque nunca quis ter filhos, foi um choque para ela, ainda pensou em abortar, mas há uns anos atrás tinha feito um aborto e descompensou gravemente, teve medo que lhe acontecesse a mesma coisa e resignou-se à ideia de ter o filho. No entanto, durante a gravidez, a sua relação foi-se degradando e veio para Portugal para ter o filho, sozinha, pensando depois

*Indisponibilidade
materna/ /incapacidade*

Tornar-se visível

Agressividade materna

*Indisponibilidade
materna/
distanciamento/tristeza*

Tornar-se visível

Gravidez indesejada

Choque

Fragilidade psíquica

*Circunstancias
familiares/separação*

voltar ou que o companheiro viesse para cá. Nem uma coisa nem outra aconteceu. A gravidez não foi agradável, não gostou de estar grávida, e o parto assustava-a.

Quando o António nasceu prematuro foi muito complicado, ele era muito pequenino, chorava muito e comia muitas vezes, a Marta estava em casa da mãe, onde ainda está, e sentia-se pressionada pelo olhar das irmãs e da mãe sempre em cima dela, sempre a criticá-la, faz assim, faz assado... Tem muito baixa auto-estima, e sente-se sempre posta em causa pela família. Todos consideram que não faz nada bem feito, não cuida, não arruma, não... e ela própria só sente que tem competência para estudar.

Apesar de ter a ajuda da mãe, que cuidava da casa, considera que ficava muito ansiosa, o bebé chorava muito, e ela não conseguia acalmá-lo, não a deixava dormir e ela precisava de dormir. Desesperava de cansaço.

Olha para mim de lágrimas nos olhos e diz que houve noites em que olhava para o bebé que chorava desalmadamente na caminha ao lado e pensava “e se ele morresse?”. Às vezes desejava que isso acontecesse, acabava-se este sufoco, este suplício!” e depois chorava e pensava, como é que pude pensar uma coisa destas. E castigava-se. E castiga-se. Ainda hoje se sente muito culpada em relação a este filho... às vezes ainda deseja que ele não tivesse nascido, considera que não sabe ser mãe. Nunca quis ser mãe. Tem consciência que é uma mulher depressiva e que lhe falta ânimo para aguentar uma criança pequena. Só quer enroscar-se na cama e dormir.

Digo-lhe que talvez tivesse sido diferente se houvesse um pai presente com quem dividir responsabilidades e tarefas, mas ela não adianta. Esta completamente isolada nos seus afectos, dentro de si própria, nos seus dramas existências que não deixam lugar a mais ninguém. Numa solidão profunda que

Gravidez perturbada

*Bebé problemático/
prematuro*

Critica de familiares

*Reactivar conflitos
anteriores*

Critica de familiares

Regressão materna

*Indisponibilidade
materna/ incapacidade*

Cansaço

Desespero

Rejeitar o bebé

Culpa

*Não ser boa mãe
Rejeitar o bebé*

*Indisponibilidade
materna/ distanciamento
Frustração materna*

Afastamento paterno

*Isolamento afectivo
Indisponibilidade
materna/ isolamento*

ela refere ser permanente, porque não confia em ninguém. Também ela teve um pai ausente, com quem nunca conviveu. O António conta que a mãe não brinca com ele, que não sabe brincar, na consulta, ela aprende agora a sentar-se no chão de frente para o filho, a olhá-lo nos olhos, a tocar-lhe a deixar-se abraçar por ele. É uma mãe/intelecto, uma cabeça/mãe, que pensa o filho mas não o sonha, que o toca mas não o sente. Aos poucos percebe que aquele ser pequenino é fantástico, de uma lucidez profunda e de uma capacidade de análise e de observação fora de série, e vai-se deixando envolver por ele, apesar do medo... não vá ele abandoná-la, afinal também é um homem!

Apesar de tudo, a Marta é uma mulher triste mas corajosa, capaz de se expor no seu lado mais negro, de pedir ajuda e se deixar ajudar.

Reactivar conflitos e vivências anteriores/pai ausente

Aprender a brincar

*Mãe intelecto
Isolamento afectivo*

Tornar-se visível

Medo de perder

15) Entrevista a um Pediatra (1)

Nome: Dra. Maria

Idade: 45

Habilitações académicas: Licenciatura em Medicina;
especialização em Pediatria

2 Filhos

Entrevista a uma pediatra em que começo por lhe pedir que me falasse da sua experiência como pediatra das suas interacções com os pais e com os bebés de mães com depressão

A Dra Maria é pediatra há trinta anos, na sua vasta carreira como pediatra tem assistido a muitos casos de depressão pós-parto.

Começa por afirmar que na maior parte dos casos a depressão pós-parto não aparece diagnosticada nem é tão pouco aceite pelas mães que aparecem na consulta. Ela apercebe-se de que algo não está bem quando as mães se começam a queixar lá para o segundo ou terceiro mês de que não conseguem consolar os bebés que choram por tudo e por nada, estão sempre tristes e elas não sabem como os acalmar.

As mães dizem que o bebé tem cólicas, que o leite não é bom, que esta sempre infeliz e percebe-se pelas descrições que é um bebé que nunca está satisfeito porque à falta de interacção com a criança.

No entanto quando aborda a possibilidade da mãe estar triste, elas tem tendência a negar esse facto, e na maior parte das vezes são os pais presentes na consulta que referem que sim, que acham que a mãe não está bem, que está sempre a chorar e que eles próprios já tinham pensado nisso.

*Relutância em assumir
depressão*

*Bebé problemático/
inconsolável*

*Preocupação maternas
funcionais*

*Bebé problemático/
insatisfeito*

*Relutância em assumir
depressão*

*Atento aos sintomas
(pai)*

40

Quando lhe pergunto se considera que estes homens estão zangados com estas mulheres, ela responde que não, «zangados não, talvez aflitos, muito aflitos na esperança que eu lhe diga ou faça alguma coisa que pare com aquele sofrimento do bebé que chora interminavelmente e da mãe desgostosa a quem eles também parecem não conseguir consolar. E dizem muitas vezes: “ainda bem que fala disso porque eu, acho que ela não está bem e ainda não tinha tido coragem de lhe dizer”. Normalmente eles são mais contentores e penso que as tentam ajudar, pelos menos nessa fase inicial, tentam ajudar».

Pergunto-lhe se consegue perceber que tipo de homens é que ajuda mais, por exemplo, quais é que vestem ou despem o bebé na consulta e a Dra. Maria afirma que actualmente quase todos os pais o fazem, pensa que é uma modernidade uma vez que quando começou a trabalhar a realidade era bem diferente da actual. Os pais raramente apareciam na consulta e muito menos faziam perguntas sobre como cuidar dos filhos. Hoje em dia existem homens tão ou mais competentes a cuidar que as mães. Actualmente os pais são muito mais carinhosos e maternais.

Elas por sua vez têm tendência a intelectualizar a função materna o que impede, por vezes, a emergência do instinto e lhe dificulta a ligação com o bebé. A internet e o excesso de informação são contra-productivos e só servem para que se sintam cada vez pior.

Quando lhe chegam mães deprimidas tenta conversar com elas e convence-las a “passar a pasta” a alguém, a pedir ajuda para quebrar o ciclo vicioso do bebé choroso e inconsolável, e da mãe ansiosa e deprimida incapaz de conter o seu bebé, mas na realidade elas parecem nunca gostar muito da sugestão, dando ideia que as consideramos incompetentes e incapazes, daí rejeitarem logo à partida os seus afectos

Desespero

Solução rápida

Incapacidade

*Compreensão
Ajudar a mãe*

Pais mais presentes

Cuidar do bebé

*Assumir o papel
maternal*

Mãe intelecto

Isolamento afectivo

Pedir ajuda

*Bebé problemático/
inconsolável*

*Recusa em se deixar
ajudar*

Fracasso

41

depressivos, logo é provável que também rejeitem a ajuda deles.

Uma das razões que a Dra. Maria considera estar na origem da depressão pós parto é o facto da maior parte das mulheres actuais não estar habituada a cuidar de crianças, muitas delas quando aparecem com os recém-nascidos na consulta nunca tinham pegado num bebé, muito menos mudado uma fralda ou dado um banho, algumas não conseguem sequer pôr o seu bebé ao peito, e daí, a amamentação se tornar num factor de stress quer para a mãe quer para o bebé.

O desfasamento que parece existir entre o bebé da prima, da vizinha ou da revista e o cansaço inicial, as noites mal dormidas, juntamente com as dificuldades de adaptação “aquela” criança tornam-nas mais vulneráveis; a maior parte das mulheres não está minimamente preparada para ser mãe. Perante o desafio de cuidar e educar um outro ser, elas entram em desespero e levam consigo os filhos. O mais importante é fazer parar o ciclo vicioso de desespero e desequilíbrio na dinâmica entre a mãe e o bebé.

Questionada acerca do que costuma fazer nessas circunstâncias refere que não tem o habito de medicar as mães, manda-as sempre para a consulta de psicologia ou psiquiatria, no entanto considera que a medicação nesta fase pode ser uma boa solução porque é uma intervenção rápida e eficaz, e na verdade a maior parte delas já desistiu de amamentar por essa altura.

Pergunto-lhe se ali na consulta é comum as mães verbalizarem o facto de desejarem ver-se livres dos bebés, e ela afirma que não, pelo contrario, ali o que transparece é o receio de serem consideradas más mães e o facto de nem sequer se sentirem confortáveis em passar o bebé para alguém.

Falta de experiência

Incapacidade materna

*Adaptação à
parentalidade*

Falta de experiência

Desespero

Ajudar a mãe

*Acompanhamento
psicológico*

Medicação eficaz

Medo critica

Não ser boa mãe

Refere que tem dois pais cujos bebés choram de noite e de dia, e acima de tudo, o que vê neles é uma aflicção atroz, uma grande preocupação com a criança e um desespero imenso na procura de um remédio de algo ou alguém que os ajude porque se sentem profundamente impotentes face à situação. A maior parte deles tenta ajudar cuidando do bebé quando chega a casa, mas na verdade tem que ir trabalhar no dia a seguir. Os pais maioritariamente tem tendência a cuidar do bebé e não da mãe, o que o pai deseja, é que a criança fique bem, pare de chorar e cesse o desespero que acaba por contaminar toda a família.

A Dra. Maria também considera que há uma grande pressão familiar sobre a mãe que não as deixa afastar do bebé sem que a culpa se imponha. As avós são as maiores responsáveis. O facto de não acharem bem que uma mãe tenha necessidade de se afastar do bebé, faz com que a mãe não o considere.

Dá como exemplo uma mãe jovem que a principio julgou se tratar de uma mãe um pouco irresponsável porque desde cedo que voltou a fazer tudo o que gostava, ginástica, sair à noite, etc., e que agora que o bebé já tem quatro meses decidiu que quer alargar o período de licença de maternidade porque está a adorar ser mãe e considera que é uma das experiências mais gratificantes que teve. Curiosamente o seu bebé só tem olhos para ela e a devoção parece ser mútua, talvez o facto deste filho não lhe ter pesado, tivesse permitido ama-lo e dedicar-se a ele mais plenamente.

O primeiro conflito delas surge na questão da amamentação, considera que o leite materno é bom quando é bom, porque se é mau, é mau para ambos. Por vezes o facto de não saberem se o bebé mamou o suficiente, se o leite é bom ou não, pode transformar-se num factor de stress e perturbar a relação com o bebé, quando é assim, nada como a

Preocupação com o bebé

Desespero

Solução rápida

Cuidar do bebé

Preocupação com o bebé

Perturbação familiar

Pressão social/culpabilização

Medo da Critica

Cuidar de si

Prazer da maternidade

Relação privilegiada com o bebé

Leite materno

Preocupações maternas funcionais

tranquilidade do biberão, que lhes dá uma maior liberdade e confiança relativamente à quantidade de comida que o bebé ingeriu.

Actualmente o dito instinto maternal mal existe. “Cada mãe sabe de si, eu por exemplo, nunca conseguiria deixar um bebé até aos três meses sozinho, no entanto muitas mães têm uma imensa necessidade de o fazerem”.

A maternidade mudou muito, as mães deixaram de contactar com bebés e não fazem ideia do que é ser mãe, suportam mal os sacrifícios e, quando deveriam deixar o instinto vir ao de cima, que é uma coisa tão primária, isso não acontece. Intelectualiza-se a maternidade, o que dificulta a interacção com o bebé que é um excelente leitor/receptor/emissor de sensações e emoções que são a única linguagem que consegue descodificar e reconhecer. De facto, a internet e os livros ainda não conseguem ser sensíveis o suficiente para responder de forma adequada às necessidades daquele bebé específico, a menos que se use o instinto (intuição, ou capacidade de rêverie) o mais certo é não acertar.

Os pais, homens, são de facto, os primeiros a pedir livros de instruções para lidar com os bebés problemáticos.

*Indisponibilidade
materna/ distanciamento*

Frustração materna

Mãe intelecto

Importância do afecto

Importância do afecto

Solução rápida

16) Entrevista a um Pediatra (2)

Nome. Dra. Ana

Idade: 42

Habilitações académicas: Licenciatura em Medicina;
especialização em Pediatria

3 Filhos

A Dra. Ana é pediatra tem uma vasta experiência clínica e ofereceu-se para conversar comigo relativamente à sua prática com mães com depressão pós-parto e respectivos companheiros.

Começa por me confessar que ao longo destes anos de trabalho, que já são muitos, não assistiu a muitas depressões pós-parto. Considera que isso tem a ver com a forma como se relaciona com estas mulheres, com o apoio que lhes dá e com a forma como estimula a relação mãe-bebé. No entanto reconhece que há um determinado tipo de mulheres que tem tendência a fazer depressões após o nascimento dos filhos, são as mães perfeccionistas, que lhe aparecem na consulta desesperadas porque não são capazes de dar “conta do recado”. São as mães dos calendários das mamadas e das horas a que o menino fez cocó! Quando elas chegam muito angustiadas porque o bebé não come, não dorme, e não sabem mais o que lhe fazer, percebe que tem de as ajudar. Normalmente o que faz é incentivá-las a largar o controlo e a “entregar-se à criança”, “porque se está preocupada com a casa, com a roupa e com a comida, o bebé cresce e vai perder o tempo mais fantástico que tem com o seu filho!”, “pegue o seu bebé ao colo, dê-lhe mimo, converse com ele” e “esqueça tudo, se ele não comer às duas come às duas e meia, e se não tomar banho às oito toma às nove, mas acima de tudo mantenha-se calma e tranquila, sem stress!”

Ajudar a mãe/ apoio

*Mães funcionais/
perfeccionistas
Desespero*

*Preocupações maternas
funcionais*

Bebé problemático

Largar o controlo

Importância do afecto

Dedicação tranquila

Segundo a Dra. Ana estas mães costumam aparecer carregadas de perguntas, algumas vezes escritas em papel, e por muito que se lhes explique que tudo é natural e que o tempo vai ajudar a mãe e o bebê a adaptarem-se, continuam ansiosas. São mães com dificuldade em se relacionar afectivamente. Nessas alturas, costuma olha-las nos olhos e comentar “ a mãe não se tem sentido muito bem, pois não?” e aí surge o choro e as queixas das noites mal dormidas e do cansaço que não conseguem combater.

Normalmente não falam acerca dos seus instintos mais agressivos para com o bebê, no pediatra tendem a demonstrar ser pelo menos eficientes porque receiam o julgamento e a culpa, mas percebe-se que falta “aquele colo” e a paciência.

Quando lhe pergunto pelos pais, o que dizem e fazem estes homens, considera que não costumam ser muito interventivos, acenam com a cabeça quando ela confronta delicadamente a mãe com a sua tristeza, e afirmam que é verdade que a mãe tem andado muito cansada ou que chora com frequência, e ela aproveita para lhes dizer que têm de ajudar a mulher a cuidar da casa e a cuidar do bebê, porque ela está esgotada e precisa de apoio, tem inclusivamente por hábito pedir-lhe que sejam eles a dar uma das mamadas da noite (no biberão), para que a mãe possa dormir um bocadinho mais e normalmente eles acedem e ajudam-nas. Só se lembra de um pai que tinha uma atitude mais machista e culpabilizante, a maior parte dos homens parece compreender e aceitar a situação, pelo menos à frente dela. Dá-lhes logo o recado. Considera que talvez por isso, foram raras as (suas) mães que permaneceram deprimidas por longos períodos de tempo após o parto. Normalmente na consulta seguinte já vêm mais animadas e aparentemente tudo corre melhor.

*Preocupações maternas
funcionais*

Isolamento afectivo

*Choro fácil
Cansaço*

*Medo da critica
Culpa
Indisponibilidade
materna/ distanciamento*

*Atentos aos sintomas
(pai)*

*Cansaço
Choro fácil*

Ajudar a mãe

Cuidar do bebê

Compreensão

Compreensão

Recuperação rápida

Pergunto-lhe como é que percebe que elas não estão bem, e a Dra. Ana afirma que é uma coisa instintiva, nem sabe responder, “sente-se”, principalmente na forma como pegam no bebé, no olhar, no tipo de questões que apresentam. Considera que é muito pragmática com estas mulheres, tenta sempre ajuda-las a deixar de complicar, a aceitar a realidade imposta por uma criança pequena, a aceitar e a entregar-se a esta experiência fantástica que é a maternidade.

Pede-me desculpa por não me poder ajudar mais, mas de facto, sente que na sua prática clínica as coisas costumam correr bem. Sorriu e explico-lhe um pouco a nossa teoria que vai de encontro ao que ela tem estimulado nos casais de forma espontânea, ela devolve-me o sorriso e afirma “Sabes Débora, para além de médica eu sou mãe de três filhos, a minha experiência como mulher e como mãe ajuda-me a perceber melhor as necessidades delas e a ir ao encontro dessas mesmas necessidades”. Conversamos um pouco relativamente à falta de apoio familiar, e ela acrescenta que as depressões também parecem ser mais frequentes naqueles casais que estão sozinhos, isolados da família, como por exemplo os que têm a família longe, no interior ou mesmo no estrangeiro. Essas mães têm uma pressão acrescida porque não têm onde deixar os bebés e falta-lhes companhia.

Refiro que na minha prática clínica tenho por habito dizer-lhe que vão apanhar ar sozinhas, à ginástica, beber café com uma amiga, que deixem de ser apenas mães por algum tempo porque o bebé fica bem com outra pessoa que o aconchegue e lhe encha a barriga. E a Dra. Ana acena com a cabeça e sorri, “tantas vezes que eu as mando para o cabeleireiro, arranjar as unhas, vá se pôr bonita que isso tudo passa!”.

Apesar das abordagens distintas o facto de lidarmos com mães e bebés, de sermos mulheres e também nós, termos filhos permite-nos perceber que é fundamental apoiar estas

*Indisponibilidade
materna
Preocupações maternas
funcionais*

Ajudar a mãe

Aceitação

Experiência pessoal

Ajudar a mãe

Isolamento familiar

Solidão

Cuidar de si

Cuidar de si

Experiência pessoal

mães, ajudá-las a largar a rigidez, o perfeccionismo, o controlo, a culpa, a dor de não ser o que se sonhou ou desejava ser, despovoar os fantasmas do passado e a aceitar que longe de sermos super-mulheres somos apenas seres humanos numa experiência única e maravilhosa e desconhecida em que embarcámos ao mesmo tempo que os nossos filhos.

Largar o controlo

Aceitação

ANEXO II

CATEGORIAS

Lista de Categorias

A

Acalmar a mãe (7, 21)
 Aceitação (7, 22); (7, 23); (13, 36); (16, 47); (16, 48)
 Acompanhamento psicológico (15, 42)
 Adaptação à parentalidade (13, 35); (15, 42)
 Afastamento paterno (12, 33); (14, 38)
 Afastamento paterno/ausência (1, 1); (1, 2); (13, 35)
 Agressividade com o pai/zanga (1, 4)
 Agressividade materna (14, 37)
 Ajudar a mãe (15, 41); (15, 42); (16, 45); (16, 46); (16, 47)
 Angústia materna (12, 31)
 Aprender a brincar (14, 39)
 Assumir papel maternal (1, 3); (1, 4); (1, 5); (4, 12); (4, 13); (4, 14); (5, 15); (10, 26);
 (10, 27); (11, 28); (15, 41)
 Atento aos sintomas/pai (15, 40); (16, 46)
 Ausência de expectativas (7, 22)
 Ausência de suporte (4, 13); (4, 14)

B

Bebê desejado (4, 12); (6, 19); (7, 20); (12, 30)
 Bebê de sonho (1, 4)
 Bebê problemático (1, 4); (2, 6); (16, 45)
 Bebê problemático/doente (12, 30); (12, 31)
 Bebê problemático/exigente (4, 13); (7, 21)
 Bebê problemático / inconsolável (1, 3); (6, 16); (15, 40); (15, 41)
 Bebê problemático/ irritável (3, 10); (6, 16); (6, 17); (7, 21)
 Bebê problemático/ insatisfeito (1, 5); (15, 40)
 Bebê problemático/ perturbação do sono (1, 5)
 Bebê problemático/prematuro (14, 38)

C

Cansaço (4, 12); (4, 13); (6, 17); (6, 18); (7, 21); (13, 34); (14, 38); (16, 46)
 Circunstâncias familiares (2, 6); (3, 10); (13, 34)
 Circunstâncias familiares/ desemprego do companheiro (13, 34)
 Circunstâncias familiares/morte de familiar próximo (13, 34)

Circunstâncias familiares/mudança de casa (7, 20); (8, 23)
 Circunstâncias familiares/separação (14, 37)
 Ciúmes do irmão (11, 27)
 Choque (14, 37)
 Choque inicial (12, 31)
 Choro fácil (6, 17); (10, 27); (12, 30); (12, 33); (16, 46)
 Compreensão (6, 17); (7, 20); (7, 23); (15, 41); (16, 46)
 Consciência das dificuldades da companheira (4, 11)
 Consciência da importância (1, 3)
 Criança irrequieta (10, 26)
 Crítica de familiares (14, 38)
 Cuidado Funcional (6, 17)
 Cuidador (5, 15); (7, 22); (7, 23); (9, 25); (11, 28)
 Cuidar de si (15, 43); (16, 47)
 Cuidar do bebê (10, 26); (10, 27); (15, 41); (15, 43); (16, 46)
 Culpa (1, 5); (6, 18); (8, 24); (12, 31); (13, 34); (13, 35); (14, 38); (16, 46)

D

Dedicção tranquila (16, 45)
 Deixar-se ajudar (7, 21)
 Descoberta do 2º filho (1, 2)
 Descobrir o 2º filho/ sonho ausente (1, 5); (2, 7)
 Desespero (6, 17); (6, 18); (7, 21); (12, 33); (14, 38); (15, 41); (15, 43); (16, 45)
 Dependência da mãe (6, 18)
 Dependência do bebê (13, 35)
 Dependência do companheiro (8, 24)
 Dependência emocional (9, 25); (11, 28)
 Dependência emocional/filho (11, 28)
 Desvalorização paterna (1, 2)
 Dificuldades de comunicação (10, 26)
 Dificuldade em se adaptar ao bebê (8, 23)
 Dificuldade inicial (1, 2)
 Discurso claro (1,1); (6, 16)
 Doença do bebê (6, 17)
 Doença materna (13, 34)

E

Experiência pessoal (16, 47)
 Evitamento sexual (8, 24)
 Exclusão do pai (1, 6); (6, 18); (11, 28); (12, 33)
 Exigência Paterna (6, 18)
 Expectativa face à companheira (1, 5); (2, 8); (4, 12); (4, 13); (4, 14); (4, 15); (6, 17)

F

Falta de experiência (15, 42)
 Falta de tempo para o casal (7, 21)

Falta de tempo para se preparar (1,1); (4, 13)
 Fracasso (6, 18); (8, 24); (11, 29); (13, 34); (13, 35); (15, 41)
 Fragilidade materna (1,1); (8, 24); (12, 31); (12, 33); (13, 35)
 Fragilidade psíquica (14, 37)
 Frustração materna (1, 4); (11, 28); (13, 34); (14, 38); (15, 44)
 Frustração materna/ insatisfação (1, 4)
 Frustração materna/ incapacidade (1, 5)

G

Gravidez imprevista (2, 6)
 Gravidez indesejada (14, 37)
 Gravidez inoportuna (7, 20)
 Gravidez perturbada (1, 1); (1, 3); (4, 12); (14, 38)
 Gravidez perturbada/doença (12, 30); (13, 34)

I

Idealização da figura materna (4, 14)
 Idealização da figura materna/cuidadora (2, 8)
 Idealização da figura materna/sonhar os filhos (2, 8)
 Identificação ao filho (1, 2); (2, 8)
 Imaturidade emocional (11, 28)
 Imaturidade emocional/deslimite (12, 31)
 Importância da família (9, 25)
 Importância do afecto (15, 44); (16, 45)
 Impotência (13, 35)
 Incapacidade (15, 41); (15, 42)
 Incapacidade materna (15, 42)
 Incompreensão (4, 14); (12, 33)
 Indisponibilidade materna (2, 9); (12, 32); (16, 47)
 Indisponibilidade materna/distanciamento (1, 3); (1, 5); (4, 13); (14, 37); (14, 38);
 (15, 44); (16, 46)
 Indisponibilidade materna/incapacidade (1, 4); (3, 10); (4, 13); (10, 27); (11, 27);
 (11, 28); (12, 31); (13, 34); (14, 38)
 Indisponibilidade materna/irritabilidade (1, 3); (1, 4); (4, 11); (12, 30); (12, 33)
 Indisponibilidade materna/isolamento (7, 23); (12, 30); (12, 32); (14, 38)
 Indisponibilidade materna/ rejeição (4, 12); (6, 17)
 Indisponibilidade materna/tristeza (14, 37)
 Insatisfação (9, 25)
 Insegurança (9, 25); (12, 32); (12, 33)
 Isolamento (3, 11); (4, 12); (4, 13); (4, 14); (12, 32); (13, 35)
 Isolamento afectivo (14, 38); (14, 39); (15, 41); (16, 46)
 Isolamento familiar (16, 47)

L

Largar o controlo (16, 45); (16, 48)
 Leite materno/ fraco (13, 34); (13, 35); (15, 43)

Luto da maternidade idealizada (13, 36)

M

Mãe funcional (1, 3)

Mãe funcional/perfeccionista (16, 45)

Marido ideal (8, 24)

Mãe intelecto (14, 39); (15, 41); (15, 44)

Medicação eficaz (15, 42)

Medo da crítica (15, 42); (15, 43); (15, 46)

Medo da rejeição (12, 33)

Medo de perder (14, 39)

Medo de ser traída (8, 24); (12, 33)

N

Não aceitar o corpo (8, 23); (8, 24); (12, 32)

Não cozinhar (13, 35)

Não saber quem é (12, 32)

Não ser boa mãe (6, 18); (12, 31); (12, 32); (12, 33); (13, 35); (14, 38); (15, 42)

Não ter a casa arrumada (12, 31); (12, 33); (13, 35)

Necessidade de agradar (11, 29)

O

Orgulho (11, 29)

P

Pai dependente (5, 15)

Pais mais presentes (15, 41)

Partilhar cuidado com o bebé (7, 21)

Partilhar sentimentos (7, 20); (7, 21)

Parto pré-termo (1,1)

Pedir ajuda (15, 41)

Pena (5, 15)

Permissividade materna (6, 18); (9, 25); (11, 28)

Perplexidade (2, 6); (4, 12); (4, 13); (7, 20)

Perplexidade/confusão (6, 17)

Perturbação familiar (7, 20); (15, 43)

Perturbação familiar/casal (1, 4); (1, 5); (7, 21); (7, 21); (13, 35)

Perturbação familiar/irmãos (1, 3); (1, 4)

Prazer da maternidade (15, 43)

Preocupação com a mãe (6, 17); (6, 18); (7, 21); (7, 23)

Preocupação com o bebé (1, 3); (1, 5); (4, 15); (15, 43)

Preocupação com o primeiro filho (1, 2); (2, 8)

Preocupações maternas funcionais (1, 3); (15, 40); (15, 43); (16, 45); (16, 46); (16, 47)

Pressão social/culpabilização (15, 43)

Projecção da agressividade (11, 28)

Protecção mimo/culpa (7, 21)

Q

Querer esquecer (6, 16)

R

Reactivar conflitos anteriores (1, 2); (2, 7); (2, 8); (4, 14); (6, 19); (12, 31); (12, 32); (12, 33); (14, 38)

Reactivar conflitos anteriores/maltrato (12, 32)

Reactivar conflitos anteriores/pai ausente (14, 39)

Reactivar conflitos anteriores/pais negligentes (12, 31)

Reactivar conflitos anteriores/pais irresponsáveis (12, 31)

Reactivar conflitos anteriores/ rejeição (12, 32)

Reactivar conflitos anteriores/ rivalidade ente irmãos (2, 8); (6, 19)

Reconsideração/arrependimento (2, 8); (2, 9); (4, 14); (4, 15)

Recuperação rápida (16, 46)

Recusa em se deixar ajudar (15, 41)

Regressão materna (1, 4); (11, 28); (13, 35); (14, 38)

Rejeição familiar (3, 11); (6, 19)

Rejeição familiar /materna (4, 12)

Rejeitar o bebé (14, 38)

Relação posterior ao parto (1, 2)

Relação privilegiada com o bebé (4, 13); (5, 15); (10, 27); (15, 43)

Relação privilegiada com o bebé /filho (11, 29)

Relutância em assumir a depressão (15, 40)

Repetição (1, 1)

Resistência (8, 24)

Resistência/em ser ajudada (12, 32); (12, 33)

Ressentimento materno (4, 13); (5, 15); (7, 22); (11, 29); (13, 35)

Ressentimento materno/pai (1, 2); (8, 24); (10, 27)

Ressentimento paterno (7, 22); (12, 33); (13, 35)

Ressentimento paterno/crítica (1, 5); (1, 6)

Ressentimento paterno/ filho intruso (1, 5); (6, 18); (7, 21); (8, 24)

Ressentimento paterno/ traição (1, 6); (2, 9)

Ressentimento paterno/tristeza (7, 23)

Ressentimento paterno/zanga (1, 3); (1, 4); (1, 5); (1, 6); (2, 9); (12, 33)

Revolta conta a família (3, 10); (3, 11)

S

Sacrifício (6, 17)

Ser valorizada como mãe (11, 29)

Sentimento de expropriação (11, 28); (11, 29)

Sentimento de rejeição (12, 33); (13, 35)

Sentir-se rejeitada pelo bebé (8, 23); (10, 27); (11, 28)

Sufrimento materno (4, 13)

Solução rápida (15, 41); (15, 43); (15, 44)

I

Tempo difícil (6, 16); (6, 18)
 Trabalho em excesso (4, 12); (4, 13)
 Traição ao 1ºfilho (1, 2); (6, 19)
 Tornar-se visível (2, 7); (6, 18); (7, 21), (10, 27); (11, 27); (14, 37); (14, 39)

V

Vivências anteriores (4, 14); (12, 31)
 Vivências anteriores/ ausência materna (2, 7)
 Vivências anteriores/crescer sozinho (7, 22); (9, 25); (12, 31)
 Vivências anteriores/culpa (5, 15); (9, 25)
 Vivências anteriores/dependência (4, 12)
 Vivências anteriores/divórcio dos pais (2, 7)
 Vivências anteriores/ domínio dos avós (2, 8)
 Vivências anteriores/filho preferido (7, 22)
 Vivências anteriores/ mãe depressiva (8, 23)
 Vivências anteriores/ mãe funcional (7, 22)
 Vivências anteriores/mãe negligente (7, 22)
 Vivências anteriores/pai alcoólico (8, 23)
 Vivências anteriores/ perturbação materna (2, 8)
 Vivências anteriores/rivalidade entre irmãos (7, 22)

Categorias Principais**1. Tempo difícil**

Bebé problemático
 Cansaço
 Circunstâncias familiares
 Desespero
 Impotência
 Incapacidade
 Indisponibilidade materna
 Fragilidade materna
 Perturbação familiar

2. Circunstâncias

Afastamento paterno
 Circunstâncias familiares:
 . Desemprego do companheiro
 . Morte de familiares

- . Mudança de casa
- . Separação
- Falta de tempo para se preparar
- Gravidez imprevista
- Gravidez indesejada
- Gravidez inoportuna
- Gravidez problemática
- Isolamento familiar
- Vivências anteriores

3. Bebê problemático

Bebê problemático:

- . Doente
- . Exigente
- . Inconsolável
- . Irritável
- . Insatisfeito
- . Prematuro

4. Indisponibilidade materna

Agressividade para com o pai /zanga

Evitamento sexual

Exclusão do pai

Indisponibilidade materna:

- . Distanciamento
- . Incapacidade
- . Irritabilidade
- . Isolamento
- . Rejeição
- . Tristeza

Mãe funcional

Mãe intelecto

5. Perplexidade

Choque

Incompreensão

Perplexidade:

- . Confusão

6. Reactivar conflitos e vivências anteriores

Identificação ao filho

Reactivar conflitos anteriores:

- . Maltrato
- . Pai ausente
- . Pais negligentes
- . Pais irresponsáveis

- . Rejeição
- . Rivalidade entre irmãos
- Rejeição familiar
- Vivências anteriores:
 - . Ausência materna
 - . Crescer sozinho
 - . Culpa
 - . Dependência
 - . Divorcio dos pais
 - . Domínio dos avós
 - . Filho preferido
 - . Mãe depressiva
 - . Mãe funcional
 - . Mãe negligente
 - . Pai alcoólico
 - . Rivalidade entre irmãos

7. Expectativas face à companheira

- Aceitação
- Ausência de expectativas
- Consciência da importância
- Expectativa face à companheira
- Idealização da figura materna:
 - . Cuidadora,
 - . Sonhar os filhos

8. Compreensão

- Acalmar a mãe
- Ajudar a mãe
- Compreensão
- Cuidador
- Partilhar os cuidados com o bebé
- Preocupação com a mãe

9. Ressentimento

- Afastamento paterno:
 - . Ausência.
- Falta de tempo para o casal
- Ressentimento paterno:
 - . Crítica
 - . Filho intruso
 - . Traição
 - . Tristeza
 - . Zanga
- Sentimento de rejeição

10. Assumir o papel maternal (P.S.B.)

Assumir o papel maternal
Cuidar do bebê
Preocupação com o bebê
Relação privilegiada com o bebê/filho

Impacto do comportamento paterno na recuperação da mãe

11. Depressão materna

Culpa
Fracasso
Incapacidade
Isolamento
Medo:
. Crítica
. Rejeição
. Perder
. Ser traída
Ressentimento materno
Sentir-se rejeitada pelo bebê
Sentimento de expropriação
Sofrimento
Solidão

12. Recuperação

Deixar-se ajudar
Partilhar:
. Cuidados com o bebê
. Sentimentos.
Prazer da maternidade

ANEXO III

MEMORANDOS

Categorias Principais

Categorias relativas aos sentimentos paternos

Tempo difícil

Se a transição para a parentalidade é por si só um processo complexo mesmo quando tudo corre normalmente, obrigando cada um dos membros do casal a uma adaptação progressiva aos novos papéis e funções familiares, no caso das depressões pós-parto ela parece ser um tempo de dor e um autêntico pesadelo. Ocasionalmente por circunstâncias familiares adversas, e ou dificuldades de adaptação à parentalidade, causa de facto uma grande perturbação familiar com possíveis consequências para todos os membros.

A depressão pós-parto das mães é considerada por ambos os membros do casal como um tempo de grande sofrimento quer para a díade mãe-bebé, quer para o pai, que se vê apanhado de surpresa numa situação que não previu, não controla e nem sabe como resolver principalmente, porque não depende dele.

Alguns pais referem não ter saudades desse tempo, afirmando “nem gosto de me lembrar” e descrevendo a vivência familiar da altura como um verdadeiro caos. Um bebé que chora sem parar e uma companheira frágil, desesperada e indisponível, que não o consegue cuidar nem calar e que por sua vez também chora, grita e adocece psicologicamente, sentindo-se incapaz de cumprir com as tarefas da maternidade.

Este tempo difícil parece ser um tempo pautado pelo cansaço e pelo desespero.

Circunstâncias

A depressão pós-parto das mães é por vezes o reflexo de uma série de circunstâncias, que só por si são causadoras de perturbação, influenciando de grande modo a forma como a mulher se adapta à maternidade. De facto, existem episódios na vida dos indivíduos que os fragilizam, como uma morte de familiares, o desemprego de

um dos conjugues ou mesmo o abandono do companheiro numa altura crítica como a gravidez ou o pós-parto.

As circunstâncias do aparecimento de uma gravidez também determinam a forma como a mãe se vai adaptar ao bebé, o facto de ser ou não uma gravidez desejada, e se correu de forma saudável e se o seu termino foi previsível ou pelo contrário se surge abruptamente não dando à mãe tempo para se preparar.

As vivências anteriores da mãe, nomeadamente a relação dela com a família e o isolamento provocado pela distância ou por conflitos anteriores também são só por si factores predisponentes ao surgimento de uma depressão materna

Bebé problemático

O bebé problemático é um bebé que pelas suas características físicas ou temperamento se torna difícil de cuidar.

Normalmente chora muito, parece estar insatisfeito e irritado e nada o consegue consolar. Na maior parte das vezes não tem um sono regular, acorda durante a noite ou para comer ou porque está simplesmente incomodado. Pode ser um bebé hipotónico, dando sempre a noção de afastamento e rejeição face à mãe, como se não gostasse de ser tocado por ela ou ainda um bebé prematuro, demasiado pequeno, e com determinados problemas respiratórios, de alimentação ou outros. Os bebés com malformação também parecem estar incluídos neste grupo de bebés difíceis e de facto é mais comum o aparecimento de sintomatologia depressiva nestas mulheres que se vêm obrigadas a adaptar-se e a conformar-se com um bebé diferente.

A sintomatologia depressiva pode acontecer quer porque existe uma desfazagem entre o bebé de sonho e o bebé real, o que leva a que a mãe precise de tempo para fazer o luto do bebé fantasmático, mas também parece ser uma consequência das noites mal dormidas e do stress que um bebé com cuidados especiais exige durante os primeiros meses de vida.

No entanto também é do nosso conhecimento que a angustia e depressão maternas são indutoras de uma maior agitação e mal estar nos bebés, sendo que por vezes nos leva a colocar a questão do que é que surgiu primeiro, ou o que é que conduzi-o a quê.

“Será que um bebé problemático conduz à depressão materna? Ou será que a depressão materna é a responsável pelas alterações no temperamento do bebé? Provavelmente as duas são verdadeiras dependendo das situações a que nos reportamos.

Indisponibilidade Materna

A disponibilidade das mulheres com depressão pós-parto diminui imenso. A sintomatologia depressiva leva a que se sintam extremamente frágeis, inseguras, chorosas, irritadas e incapazes do que quer que seja. Nos casos mais graves, estas mulheres chegam mesmo a rejeitar os filhos e a delegar a responsabilidade dos seus cuidados a outros. Isolam-se, tendo imensa dificuldade em pedir ajuda e se deixar ajudar. *“Eu tento mas ela não me deixa ajudar”*. É comum excluïrem o companheiro, demonstrando uma grande agressividade relativamente a este.

A indisponibilidade das mães parece ser um factor desagregador da família, indisponibilidade que acontece; quer relativamente ao bebé, muitas vezes “negligenciado” pela sua incapacidade para o cuidar; “abandonado” pelo distanciamento/afastamento afectivo; e “rejeitado” por uma mãe que se sente incapaz de cuidar dele, situação sentida como incompreensível para o pai; quer relativamente ao companheiro, esquecido e relegado para segundo plano.

Estas são as mães intelecto, as mães funcionais, que querem executar tudo na perfeição mas não se deixam tocar pelo bebé que não conseguem sonhar!

O humor depressivo, a irritabilidade latente, e a diminuição da libido acabam por exercer uma influência profundamente nefasta na relação conjugal que quase sempre parece deixar sequelas no casal, “nunca mais voltou a ser a mesma coisa”.

Perplexidade

A maior parte dos pais entrevistados confessa ter sentido uma certa perplexidade face ao comportamento da companheira. Como se tivessem sido apanhados de surpresa. Não estavam à espera que ela rejeitasse e reagisse com o bebé da forma como a vêem reagir.

“Não é suposto” referem alguns que uma mãe rejeite, recuse ou se sinta incapaz de cuidar do seu filho. Por vezes essa perplexidade surge acompanhada de um sentimento de incompreensão, *“não percebo porque é que ela está assim”*. De confusão *“vê-la afirmar que desejava deitar fora a filha fazia-me confusão”*, de desilusão face à indisponibilidade da companheira para cuidar do filho de ambos. Independentemente da reacção mais ou menos compreensiva do companheiro, a depressão pós-parto é sempre vivenciada pelo pai como uma reacção anti-natura.

Identificam-se com os filhos, como se ao rejeitar o filho (deles) os rejeitassem a eles também.

Reactivação conflitos e vivências anteriores

A indisponibilidade e a rejeição da companheira relativamente ao filho de ambos, parece “reactivar conflitos” e “vivências anteriores” nestes homens, que acabam por reviver, durante este período, a relação precoce com a própria mãe, família, irmãos ou outros significativos.

A qualidade das vivências anteriores parece determinar a capacidade de adaptação que revelam nesta situação. Se alguns homens se dedicam a ajudar a companheira, tomando conta do bebé e assumindo um papel de cuidador, compreensivo e contentor, outros há que parecem reagir de forma mais intolerante e violenta. Nestes homens a zanga e a incompreensão são visíveis, “de vez em quando dizia-lhe umas maldades”, têm tendência a ser verbalmente mais agressivos, criticam as companheiras “tu não consegues cuidar da tua filha!”, fazendo com que elas se sintam profundamente incompetentes, ocupando o lugar delas e fazendo com que elas se sintam profundamente incompetentes, ou então por e simplesmente ignoram-nas e afastam-se da situação. A reacção do pai parece ter a ver com a expectativa que ele tem face à companheira e à “maternidade”.

Mas não só os homens são chamados a reactivar estes conflitos e a recordar estas vivências, o nascimento dos filhos, evoca sempre as relações mais precoces no íntimo das mães, mas sobre isso há muito que se escreve. O que me parece ser relevante é o facto, dos pais/mães não conseguirem perceber que colocam estes filhos no lugar dos seus fantasmas e que assim sendo não os conseguiram “ver”.

Expectativa face à companheira

A expectativa do pai face ao comportamento parental da companheira parece assentar num modelo de maternidade pré-concebido. Este modelo de maternidade tem como base as suas vivências anteriores na relação com o feminino materno, ou seja com os modelos de mãe aos quais teve acesso sejam eles: a sua mãe na relação consigo e com os irmãos, avós, tias entre outras.

Um factor muito importante relativamente à expectativa prende-se com a “idealização da figura materna”, que se pressupõe carinhosa, contentora, capaz de sacrifícios, de sonhar os filhos..., etc., entre outros aspectos nomeadamente a existência de um instinto maternal que parece ter desaparecido, ou nunca ter existido nestas mães.

O outro tem a ver com a consciência da importância da mãe neste período da vida do bebé. Homens mais conscientes do impacto da indisponibilidade da mãe relativamente ao bebé acabam por ser mais exigentes e menos tolerantes.

Quer a idealização quer a consciência e o conhecimento fazem com que o pai reaja de forma mais agressiva e menos contentora. A primeira porque os faz sentir frustrados e enganados pela companheira no que diz respeito à mãe que eles julgavam que ela ia ser, a segunda porque as responsabilizam dos danos psicológicos provocados ao seu filho pelos comportamentos da mãe.

Por sua vez quando não existem expectativas, por ausência de modelos maternos positivos e/ou sólidos, os pais acabam por aceitar pacificamente as dificuldades das companheiras e têm posturas de grande preocupação, compreensão e ajuda.

Ressentimento Paterno

Alguns pais denotam um certo ressentimento face à companheira, que consideram não estar a cumprir devidamente o projecto comum de parentalidade assumido por ambos.

A reacção da mulher face ao bebé causa-lhes um certo mal-estar. Sentem-se traídos, rejeitados, tristes e por vezes bastante zangados, levando algum tempo a perceber como se posicionar nesta situação inesperada.

Ressentem-se pela falta de tempo para o casal, pela ausência de intimidade, e por vezes estendem este ressentimento aos próprios filhos que vêm como intrusos e desestabilizadores da união familiar.

A zanga e o ressentimento estão intimamente ligados com a questão da expectativa. Se, e com base na sua história pessoal e no seu carácter, alguns assumem o papel maternal (felizmente a maioria), outros é que se afastam, sentindo-se profundamente feridos, rejeitados e excluídos da díade mãe-bebé.

Compreensão

A falta de expectativa e de exigência parece tornar a “falha” materna mais aceitável. Efectivamente os homens que não esperam “nada” de concreto das suas companheiras, porque assumem naturalmente a figura do cuidador acabam por ser mais compreensivos com as dificuldades destas. São mais pacientes e tolerantes. Tendem a acalmar as mães, ajudam-nas e preocupam-se verdadeiramente com elas.

Normalmente são homens com estruturas mais depressivas e dependentes, e experiências de desamparo vividas durante a infância, “cuidam” naturalmente das companheiras, como cuidaram das mães deles e dos outros, não lhes exigindo seja o que for.

Zelam pela companheira, para que ela possa continuar a cuidar um bocadinho dele e do filho deles, mantendo assim a ilusão da dedicação desta para com eles. A necessidade de cuidar dos outros fá-los sentir importantes e validos para alguém, e se esse ser necessita deles, então provavelmente são “amados” por ele.

Por esta razão, parecem não ter noção do “sacrifício” de cuidar do bebé, adequando-se naturalmente ao papel maternal, e compensando, desta forma, o deficit da companheira.

Alguns ainda conseguem perceber que não devem ocupar o lugar dela e ajudam-na a sentir-se mais competentes nesse papel.

Assumir o papel maternal

Efectivamente a sociedade delega nas mães a função e a responsabilidade de assumir o cuidado com os bebés, talvez pelo simples facto de serem estas que os dão à luz e supostamente os amamentam nos primeiros tempos de vida. Como tal parece natural que o homem considere que o papel da mãe seja o de nutrir e conter os filhos cabendo ao pai prover o lar e manter o equilíbrio e o bem-estar de ambos. Quando isso não acontece, o pai tem de reformular um conjunto de expectativas e reajustar o comportamento às necessidades do momento. Alguns pais vêm-se na eminência de ter de se apossar do papel maternal no cuidado com os filhos, para que as necessidades básicas do bebé sejam satisfeitas. Ao se depararem com a indisponibilidade/incapacidade da companheira face ao bebé, e perante o sofrimento da criança e da mãe, alguns homens sentem-se na obrigação de cuidar dos bebés, ocupando literalmente o lugar da mãe, são eles quem mais se preocupa e quem assume as tarefas do dar banho, vestir, mudar a fralda etc.

“Eu via as duas a chorar, e pegava na bebé, era eu que lhe mudava a fralda e lhe dava banho, eu fui a mãe dela”. Alguns pais deixam transparecer o prazer e o orgulho de ter assumido eficazmente este papel. E todos eles parecem ter desenvolvido uma relação privilegiada com este filho de quem se sentem “mães”.

Categorias Relativas aos Sentimentos Maternos

Depressão Pós-parto

Sentimento de expropriação

Apesar de nos parecer claro o facto destas mulheres precisarem de apoio emocional e suporte em termos concretos, como ajuda nas tarefas domésticas e outros, a reacção destas a esse mesmo apoio nem sempre é favorável. Algumas mães referem que ainda passados uns anos, se sentem-se ressentidas e melindradas pelo facto de terem sido os companheiros, normalmente contentores e carinhosos a tratar dos filhos, como se o facto da ajuda deles e da relação especial que criam com os filhos as tivesse espoliado do seu papel maternal. Sentem-se expropriadas e afirmam que sentiram que eles competiram com elas.

A culpa que carregam por não terem sido as mães que gostariam de ser convertidas em mães mais permissivas e tolerantes. Por vezes colam-se tanto aos filhos que não deixam ninguém aproximar-se, nem pai, nem avós, e tornam-nos crianças excessivamente dependentes com graves angústias de separação.

Fragilidade Materna

As mulheres que desenvolvem depressão pós-parto parecem na sua maioria muito inseguras da sua competência maternal. “Eu não conseguia cuidar dela e acalma-la”. Sentindo-se muito postas em causa cada vez que não conseguem aquietar o bebé, desempenhar convenientemente as tarefas domésticas, cumprir horários ou mesmo gerir comentários sobre a forma como cuidam da criança. A culpa que sentem pela falta de disponibilidade relativamente aos filhos ainda agrava mais a dor de não se sentirem mães suficientemente boas. “Quando a filha adoeceu ela dizia que a culpa era dela porque tinha sido uma má mãe”.

Estas mulheres tem tendência a isolar-se e rejeitar ajuda de terceiros, uma vez que aceitar auxílio é reconhecer incapacidade de levar a cabo o seu papel maternal. “Quando a minha sogra se ofereceu para me passar a roupa, fiquei furiosa”.

Estas fragilidades parecem ter como pano de fundo sentimentos depressivos, uma baixa auto-estima, um auto-conceito desfavorecido e uma dificuldade imensa em lidar com o “olhar do outro”, ou seja, com a opinião dos outros relativamente à forma como

cuidam do seu bebé. Normalmente relatam vivências anteriores perturbadas por conflitos e/ou desamparos.

Esta reactividade tem tendência a agravar-se quando o filho, por razões várias não corresponde ao que esperam dele, ou seja, quando o bebé não as gratifica, ou porque chora muito, porque é pouco atractivo ou porque é pouco expressivo. “Ela não me queria, parecia que o meu colo tinha picos”.

Os bebés prematuros, irritáveis, que dormem menos ou com um carácter mais instável parecem ser aqueles que mais afectam as mães.

Intolerância à frustração

Todos os pais referem uma maior reactividade materna, uma sensibilidade à flor da pele. Um dos primeiros sinais parece ser uma irritação permanente, como se nada estivesse bem do seu agrado. Refilam porque estão cansadas, porque não conseguem, porque os pais fazem ou deixam de fazer, revelando uma grande insatisfação, com o bebé, com o companheiro, com a casa e essencialmente consigo próprias.

Algumas delas são extremamente exigentes, demasiado rígidas e controladoras, querem ser perfeitas, e são mães essencialmente funcionais, aspectos que parecem colidir com as necessidades e comportamentos sempre imprevisíveis do bebé durante os primeiros meses de vida. Estas mães parecem querer agendar cada aspecto do seu dia e da sua interacção com a criança sentindo-se permanentemente frustradas quando nada acontece como planearam. Esta extrema exigência acaba por aumentar a culpa relativa ao que sentem como uma falha irreparável, que por sua vez ao espelhar o que consideram aquém das expectativas, aumenta o seu estado depressivo. Toda esta zanga parece ter como alvo principal o companheiro que acaba sempre por ser o bode expiatório. “*Ela descarregava todo a raiva em cima de mim*”.

O cansaço de que são vítima e a inadaptação ao pequeno ser a quem estariam a ter dificuldades em vincular, parecem ser os grandes responsáveis.

Sentimento ego-distónico

As mães referem não compreender porque é que se sentem assim, porque é que rejeitam o filho que na maior parte das vezes até foi investido e desejado. Algumas experimentam uma dor imensa por sentirem algo que as envergonha e as atormenta. Não se reconhecem e não percebem como é que aquele bebé lhes evoca tamanha rejeição.

Consideram-no um sentimento ego-distónico, na maior parte das vezes, inconsciente que se impõe a elas e que as fragiliza e ataca narcisicamente, despoletando uma culpa que as deprime ainda mais.

Mais do que os outros, a sua consciência grita-lhes a sua indisponibilidade, incapacidade e fracasso daí ficarem tão reactivas aos comentários vindos do exterior.

Recuperação

Ajudar e preocupar-se com a mãe

Normalmente os homens preferem ocupá-se dos bebés pois consideram que são mais delicados, indefesos e dependentes enquanto as companheiras são adultas e devem ser capazes de se cuidar sozinhas, no entanto, é fundamental que os pais percebam que devem ajudar estas mulheres e cuidar delas porque estão regredidas e profundamente frágeis, não conseguindo sozinhas ultrapassar o deserto que estão a atravessar, sem que subestimem a dor e as consequências que uma depressão pós-parto acarreta.

Quando isso acontece, ou seja, quando os pais demonstram uma verdadeira preocupação por elas e as ajudam a recuperação é muito mais rápida e ultrapassa-se sem grandes traumas ou consequências.

Partilhar

A partilha de sentimentos, sem culpas nem recriminações, a ajuda nos cuidados ao bebé, na arrumação da casa permite-lhe descansar, dormir, reparar as energias que as noites mal dormidas e o stress de um bebé exigente lhes roubou.

É muito importante que o pai compreenda que não pode e não deve ocupar o lugar da companheira na relação com o filho, deve sim, e caso ela rejeite o bebé, ajudá-la a estabelecer com ela uma nova relação descontaminada de fantasmas e dores internas que inconscientemente se projectam.

O prazer da maternidade

Aquilo que seria desejável é que os homens devolvessem a auto-estima a estas mulheres, narcisando-as. Convencendo-as a sair um bocadinho, a cuidar de si, mimá-las e fazê-las sentir bem como mães e como mulheres, porque a tendência é a de se focarem na maternidade e deixar para trás tudo o que se é. Acordá-las sem as pressionar vai

ajudá-las a recuperar a mulher e a amante adormecidas, necessárias para o redescobrimto da identidade e para o equilíbrio do casal e da família.

Só assim estarão disponíveis para vivenciar em pleno o prazer da maternidade!

Categorias relativas aos filhos da Depressão Pós-parto

Os bebés cujas mães deprimiram no pós-parto são os filhos da dor, isto porque são criados num clima de sofrimento e mal-estar familiar que influencia sobremaneira o seu carácter e a relação que os pais acabam por estabelecer com eles.

Certos pais revelam algum ressentimento face ao bebé, sentido como um elemento destabilizador da harmonia familiar, uma espécie de mágoa relativamente a este ser que veio adoecer a mãe, desequilibrar o quotidiano e entrepor-se ao casal. *“Talvez seja mais exigente com ela, a () diz que a trato de forma diferente”*. E isso interfere na forma com os educam.

As mães por sua vez acabam por ser extremamente ambivalentes oscilando entra a excessiva permissividade (culpa) a falta de paciência (cansaço) e uma rigidez (isolamento afectivo/depressividade), que os confunde mas que é compreensível nas situações de falta de limites.

Segundo me parece, são bebés que acabam por ser investidos de uma série de projecções dos próprios pais, tais como: culpas, ressentimentos, magoas, rejeições, e sacrifícios que acabam por fazer diferença na forma como pais e filhos se vinculam, e se relacionam uns com os outros ao longo da vida.

Tornar-se visíveis

Estes filhos da dor são os bebés inconsoláveis tão bem diagnosticados na consulta de pediatria, choram, irritados e insatisfeitos, ávidos do que não têm. Tentam desesperadamente chamar a atenção sobre si, para que a mãe que parece olhá-los sem os ver, repare neles. Mais tarde tornar-se-ão numas crianças sedutoras, exigentes, inquietas ou excessivamente rebeldes que tudo farão para se “tornar visíveis”. *“Aé uma bebé linda e é uma sedutora, como se a natureza tivesse de ter garantido que nós, apesar de tudo iríamos olhá-la e cuidar dela”*.

Na consulta são os meninos que surgem com angustias de separação, perturbações de sono, estados limite e estruturas psicossomáticas.