

Depressão materna e representações mentais

CRISTINA MARQUES (*)

O conceito de representação mental nasceu inicialmente com Bowlby (1973, 1980), com a teoria dos modelos de funcionamento interno e a partir daqui multiplicaram-se os estudos sobre as relações interpessoais e a sua representação na mente.

Um dos mais importantes de entre estes foi a conceptualização de Stern (1985, 1989, 1991). Segundo este autor, as sequências de interacções são organizadas de acordo com determinados padrões, codificadas na memória e posteriormente, através da repetição de interacções específicas, generalizadas em estruturas mais alargadas (protótipos abstractos), que poderiam ser reactivadas mediante certas emoções ou comportamentos e assim determinar o «estilo» interactivo do indivíduo. O valor afectivo das experiências e a importância subjectiva de cada acontecimento para o indivíduo influenciariam na sua forma e conteúdo todo o processo de memorização e organização das vivências interpessoais.

Mais tarde, os trabalhos de Mary Main (1985) nesta área foram também de uma importância extrema ao mostrarem que o tipo e a qualidade da representação mental que uma mulher tem da sua mãe podem prever o tipo de padrão de vinculação que esta mulher estabelecerá com o seu filho(a). A memória, sob a forma de representações mentais de interacções passadas, parece

pois servir como guia para as interacções presentes, as quais por sua vez mantêm uma correlação estreita com interacções futuras.

As mães não se relacionam apenas com o que a criança faz, com o seu comportamento objectivo, mas conferem significados aos menores gestos ou vocalizações da criança que dependem das suas vivências anteriores. A percepção que os bebés têm do seu próprio comportamento será pois co-determinada por atribuições parentais e as representações que a criança tem de si própria são em grande medida modeladas pelas expectativas, ideais, predilecções e aversões dos pais (Brazelton & Cramer, 1992).

A relação mãe-filho existe já antes do nascimento do bebé e podemos dizer que se inicia com o desejo de ter um filho e com as fantasias que a mãe tem em relação a este futuro bebé, o «bebé imaginário» de Lebovici (1983).

Com o nascimento do bebé, a mãe é posta perante a criança real, o que vai provocar uma reorganização desta relação com o bebé imaginário, cuja representação a mãe desinveste progressivamente para investir o bebé real, com a sua identidade e características específicas.

O jogo interactivo mãe-bebé inicia-se muito precocemente e é a partir desta dialéctica interactiva que se constroem os alicerces para a organização narcísica futura da criança.

Nos primeiros tempos existe por parte de ambos os parceiros, mãe e bebé, uma adaptação

(*) Pedopsiquiatra.

através de uma sinalização mútua em que a mãe, dando-se a conhecer, permite que o bebé se reconheça nela.

O equilíbrio no interior da díade é atingido através destes fenómenos de complementaridade, de reciprocidade e de sincronia emocional que são no fundo o que Stern chamou «a possibilidade de estar um com o outro» (Gonçalves, 1991).

O bebé oscila assim entre o investimento libidinal do seu próprio corpo e o investimento do exterior, o qual se orienta nos primeiros tempos essencialmente para a mãe, que é como todos sabemos o objecto preferencial de investimento do bebé. Há portanto concomitantemente por parte do bebé movimentos narcísicos e movimentos objectais (Gonçalves, 1990).

A mãe vai acompanhando e reforçando estes movimentos, permitindo e favorecendo que se desloquem progressivamente para fora da órbita materna. É assim possível para a criança viver experiências de fusão/simbiose com o objecto mas também e cada vez mais, experiências de diferenciação, também elas progressivamente investidas e reforçadas pela mãe.

A partir daqui a criança começa a valorizar as suas aquisições nomeadamente, nesta fase precoce da sua vida, a marcha. O sentimento de onnipotência que lhe advém das suas novas competências e da valorização destas pela mãe (reflectida na criança) são fundamentais para a estabilidade futura do núcleo da auto-estima, do amor de si próprio (Gonçalves, 1990).

Se a mãe, por motivos e condições que podem ser diversos, não se encontra emocionalmente disponível, se a qualidade do investimento maternal se encontra de alguma forma comprometida, estas bases, estes alicerces da auto-estima da criança vacilam e a depressão torna-se então um risco.

De entre estas condições, penso que a depressão materna merece um lugar especial não só pela frequência com que surge em mulheres jovens com filhos na faixa etária da primeira infância como pelo destaque que lhe tem sido atribuído ultimamente enquanto factor de risco psicopatológico para o desenvolvimento de perturbações emocionais na criança e particularmente da depressão infantil.

Deste modo, várias questões se colocam quando se fala em doença afectiva parental ou mais

especificamente em depressão materna e no seu impacto sobre a criança. É importante na avaliação do risco ter em consideração 3 pontos que me parecem fundamentais:

1. Qual o tipo de depressão ao qual nos referimos.
2. Que outros factores, para além da depressão, podem estar presentes e contribuir para o agravamento do risco psicopatológico na criança.
3. Quais os factores de protecção que permitirão (ou não) à criança desenvolver comportamentos adaptativos positivos face a esta situação de risco.

Tipo de Depressão

É importante não esquecer que uma mãe que nos aparece «deprimida» numa observação clínica pode pertencer a categorias diagnósticas tão diversas como a Depressão pós-parto, a Distímia, a Depressão major ou a Perturbação de personalidade.

Dentro do espectro das doenças afectivas a Doença maníaco-depressiva bipolar parece acentuar o risco de perturbação na criança (Klein et al., 1985; Zahn-Waxler et al., 1984). De acordo com Areias et al. (1992), estudos recentes apontam a Depressão do pós-parto, encarada até há pouco tempo como uma situação banal e com pouco risco para a criança, como outra das situações em que este risco aumenta. Perante este dado e face à sua elevada frequência, impõe-se dar um relevo especial a esta situação.

Depressão do pós-parto

Em primeiro lugar há que saber distingui-la do *blues* pós-parto, o qual se caracteriza por um quadro depressivo de menor gravidade, que ocorre mais precocemente (no 3.º/4.º dia do puerpério), raramente permanece mais de 2 dias e as repercussões no bebé são diminutas.

A depressão pós-parto inicia-se no segundo ou terceiro mês do pós-parto, geralmente instala-se insidiosamente, mantém-se por alguns meses e embora só raramente atinja gravidade acentuada, 10% dos casos requerem internamento. Pode de facto estender-se por todo o primeiro ano de vida do bebé (ou até mais) e embora apresente um prognóstico bastante favorável, existe um risco acrescido de se desenvolverem novas de-

pressões, mesmo que não relacionadas com novas gestações ou maternidades.

Para além dos sintomas nucleares, comuns a qualquer síndrome depressiva, a ansiedade é neste quadro muito marcada e surge sob a forma de uma preocupação excessiva com a saúde e alimentação do bebé, a par com sentimentos de culpabilidade por não cuidar suficientemente do bebé e sentimentos de inadequação e de incapacidade no desempenho do seu papel maternal.

Outra particularidade é o facto de os factores psicossociais desempenharem aqui um papel crucial, estando os factores biológicos menos implicados no desencadear destas situações (ao contrário das psicoses puerperais, por exemplo). São frequentemente mulheres que experienciam dificuldades presentes no relacionamento com a família – falta de suporte emocional da parte do marido ou situações de conflito com a família de origem, nomeadamente com a mãe.

Existem outros aspectos da doença depressiva que também têm de ser tomados em consideração quando avaliamos o risco psicopatológico para a criança (Beardslee et al., 1983). De entre eles são de destacar:

- o momento de início da depressão face à idade da criança.
- a gravidade/cronicidade da doença.
- a ausência de recuperação entre os episódios depressivos agudos.
- a existência de hospitalizações (e portanto de separações da criança).

Outros Factores de risco psicopatológico

Hammen (1987) considera fundamental a avaliação dos chamados factores de stress familiares que incluem: pobreza, acontecimentos de vida negativos, conflitos conjugais, ausência de suporte familiar e doença psiquiátrica no pai. Este último tem um papel fundamental no equilíbrio familiar, na sua capacidade de suporte da mãe deprimida, tal como toda a estrutura familiar, que funciona como fonte de estabilidade material e afectiva.

Factores Protectores

A criança não pode ser considerada como receptáculo passivo da patologia parental – há que ter em conta a resiliência própria de cada

criança e a existência de factores protectores, quer intrínsecos, inerentes à própria criança (dependentes de variáveis genético-constitucionais), quer extrínsecos, nomeadamente a presença de cuidados estáveis fora da família (sendo de salientar a importância do jardim de infância como meio de cuidados alternativo) e de um suporte social ao nível da comunidade.

Este último ponto parece-me importante porque há que ter a noção que nem todas as crianças filhas de mães deprimidas desenvolvem psicopatologia, apesar de pertencerem indiscutivelmente a um grupo de risco.

Apesar de existirem vários tipos de depressão e de factores diversos poderem intervir como protectores ou agravantes de todo este processo, foram isolados alguns padrões comportamentais comuns às mães deprimidas que interferem com a qualidade do investimento maternal e que passo a resumir:

- 1) As mães deprimidas têm percepções desvalorizadas de si próprias enquanto mulheres e também enquanto mães e estas percepções reflectem até certo ponto a sua inadequação no desempenho do papel maternal.
- 2) Relativamente aos padrões interactivos surgem quer padrões sub-envolvidos – isto é, mães distantes, pouco expressivas, ausentes com padrões de sub-estimulação, em que existe um menor envolvimento emocional, menor número de respostas contingentes, menor estimulação global ou estimulação estereotipada e repetitiva –, quer padrões sobre-envolvidos – isto é, mães que estimulam excessivamente os seus bebés, fazendo-o de forma intrusiva, sem reconhecer os ritmos e necessidades do bebé, levando à desorganização do seu comportamento.
- 3) A mãe e o bebé compartilham mais frequentemente os seus estados afectivos negativos (diminuição das interacções pelo sorriso, pelo olhar, pela mímica facial) e segundo Tiffany Field (1979, 1985 citada por B. Brazelton & B. Cramer, 1992) estes padrões interactivos mantêm-se mesmo quando o bebé interage com estranhos não-deprimidos.
- 4) Estes padrões tendem ainda a perpetuar-se

no 2.º ano de vida. Estas mães têm frequentemente dificuldades em pôr limites à criança de forma adequada, oscilando entre uma grande permissividade e uma grande rigidez. Problemas de comportamento e dificuldades na relação com os pares são descritos com maior frequência entre os 18 e os 42 meses, bem como padrões de vinculação de tipo inseguro ou desorganizado (Radke-Yarrow et al., 1985 e 1992).

Os filhos de pais deprimidos têm de facto sido objecto de numerosos trabalhos ao longo das últimas duas décadas. Os trabalhos iniciais situam-se nos anos 70, quando pesquisas sobre filhos de pais com esquizofrenia levaram ao uso de pais com doença afectiva como população de 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).

A partir daqui, multiplicaram-se os trabalhos nesta área e apesar de algumas limitações metodológicas, várias conclusões foram apuradas:

- filhos de pais com doença afectiva apresentam um risco significativo para desenvolver psicopatologia (Klein et al., 1985).
- crianças de todas as idades e estádios de desenvolvimento podem ser afectadas, porém a primeira infância e a adolescência parecem ser fases particularmente vulneráveis (Beardslee et al., 1983).
- o risco mais estudado foi o das perturbações do humor e aí as percentagens variam muito nos vários trabalhos. Embora o espectro de perturbações psiquiátricas encontrado tenha sido largo, não foi possível individualizar um quadro específico ligado à doença depressiva dos pais.

Alguns estudos destacam ainda nestas crianças (Guedeny, 1989):

- dificuldades escolares, ligadas quer a perturbações da atenção quer a dificuldades de aprendizagem (particularmente na área do cálculo).
- perturbações somáticas (que incluem problemas respiratórios e do foro otorrinola-

ringológico), bem como grande incidência de acidentes e comportamentos de risco.

Se não restam dúvidas quanto ao facto de estas crianças constituírem uma população de risco psicopatológico, existem ainda vários aspectos pouco estudados e resultados contraditórios entre os diversos trabalhos, justificando-se portanto a continuação, aprofundamento e principalmente uma especificidade crescente dos temas de pesquisa nesta área.

Foi nesta perspectiva que realizámos na Unidade da Primeira Infância (U.P.I.) um trabalho de investigação em que foram avaliados aspectos diversos da depressão materna e do impacto desta no desenvolvimento psicoemocional de crianças na faixa etária da primeira infância (Marques et al., 1996). No presente trabalho proponho-me aprofundar um de entre os vários aspectos estudados – as representações mentais das mães e a forma como a relação mãe-criança é por elas afectada.

POPULAÇÃO

A população é constituída por 2 grupos de crianças e suas mães (A e B). O grupo A é composto por 10 crianças cujas mães apresentam sintomatologia depressiva. O grupo B (grupo de controlo) é formado por 11 crianças cujas mães não apresentam um quadro de depressão.

Critérios de inclusão:

- crianças entre os 9 e os 30 meses de idade integradas em jardim de infância há pelo menos 3 meses.
- a mãe tem que ser o principal dador de cuidados desde o nascimento.
- as mães do grupo A têm que apresentar um *score* mínimo de 17 na *Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD)*.

Critérios de exclusão:

- situação de luto recente da mãe (menos de 3 meses antes da avaliação).
- diagnóstico de depressão pós-parto ou de psicose pós-parto de acordo com critérios DSM-IV.
- doença ou afecção crónica da criança.
- comportamentos aditivos (toxicodependên-

cia ou alcoolismo) nos principais dadores de cuidados (mãe, pai, avós).

METODOLOGIA

É a educadora do jardim de infância da criança quem apresenta à mãe a proposta de colaboração na investigação, sendo esta última apenas informada que se trata de um estudo sobre o desenvolvimento da criança e sobre relações mãe-filho no âmbito da saúde infantil.

Às mães foram aplicadas duas escalas para o estudo da depressão: a *Hamilton Rating Scale for Depression* (Hamilton, 1960) e o *Beck Depression Inventory* (Beck, 1961). Conforme já foi referido, as mães do grupo A têm que apresentar um *score* mínimo de 17 na *Hamilton Rating Scale for Depression* (HRSD).

As representações mentais das mães foram avaliadas através da Entrevista R (*Entretien R*), um instrumento originalmente desenvolvido por Stern e colaboradores, em Genéve (Stern et al., 1989).

A Entrevista R é composta por 28 questões, agrupadas em 10 temas principais. Em cada tema, são colocadas à mãe questões abertas, por exemplo, é pedido à mãe que descreva o seu filho e que exemplifique com acontecimentos recentes, para determinados adjectivos mais significativos, aquela descrição. Por outro lado é-lhe apresentada para cada tema uma série de adjectivos numa escala bipolar, em que em cada extremo de uma linha são apresentados dois adjectivos de significados opostos (que distam entre si 100mm); a mãe tem que assinalar em que ponto da linha situa a criança ou se situa a si própria.

ALEGRE /  / TRISTE

INDEPENDENTE /  / DEPENDENTE

Neste trabalho, esta entrevista foi aplicada à mãe e foram avaliadas, entre outras, a representação materna da criança, a representação que a mãe tem de si própria como mulher e como mãe

e a representação que tem da sua própria mãe como mãe.

Foram também avaliadas as representações que as educadoras têm das crianças e estas comparadas com as das mães.

As representações mentais (RM) foram então globalmente analisadas quanto a aspectos diversos, como:

1 - Dimensão (D) – rica (número de adjectivos > 3 no item descrição espontânea) ou não rica (número de adjectivos < 3 no item descrição espontânea).

2 - Tonalidade Afectiva (T.A) – positiva (>50% de adjectivos com T.A positiva – itens descrição espontânea e com ajuda) ou não positiva (<50% de adjectivos com T.A positiva – itens descrição espontânea e com ajuda).

3 - Coerência (C) – presente ou ausente.

4 - Qualidade dos adjectivos

Foram criados 3 grupos de adjectivos:

G1 - alegre, inteligente, bonita, empreendedora, confiante e viva.

G2 - receptiva, calorosa, independente, afectuosa, pacífica.

G3 - correspondente à soma dos adjectivos de G1 e G2.

5 - Identificação mãe/criança

Neste item foi avaliado o número de adjectivos semelhantes (concordantes) entre as representações que a mãe tem da criança e as representações que a mãe tem de si própria como pessoa.

Foram considerados concordantes adjectivos que se situassem a uma distância <30mm (para uma distância máxima de 100mm) na escala das Representações Mentais.

6 - Identificação da mãe com a sua própria mãe

A avaliação foi efectuada da mesma forma que no item anterior.

As representações mentais das educadoras relativamente à criança foram avaliadas quanto aos aspectos referidos nos itens 1, 2, 3 e 4.

Foi avaliada a concordância entre as representações maternas e as representações da educado-

ra relativamente à criança através do número de adjectivos semelhantes (concordantes) entre as representações que a mãe tem da criança e as representações que a educadora tem da criança (adjectivos situados a uma distância <30mm).

RESULTADOS

A análise estatística foi efectuada através da análise de variância de um critério ANOVA.

A análise testa a hipótese da existência de diferenças entre as populações (mães e crianças) dos grupos A e B, relativamente à existência ou não de associação entre as variáveis em estudo.

O nível de significância considerado foi de 5%, ou seja, o erro máximo que admitimos ao afirmar que existe associação entre as variáveis, quando de facto não existe é de 5%.

No grupo A existe globalmente um menor número de mães com representações mentais de dimensão rica comparativamente às mães do grupo B (relativamente às representações que a mãe tem da criança, de si própria e da própria mãe). Esta diferença foi particularmente marcada na dimensão das representações mentais das mães relativamente a si próprias.

A tonalidade afectiva das representações mentais da mãe relativamente à criança é positiva em menor número de casos do grupo A comparativamente ao grupo B.

A coerência das representações mentais esteve presente em todos os casos de ambos os grupos.

O número de adjectivos concordantes (média) entre a mãe e a criança é significativamente menor no grupo A, revelando uma menor identificação mãe/criança neste grupo, sendo esta uma diferença altamente significativa entre os dois grupos (Tabela 1).

Também em relação à identificação mãe/avó o número de adjectivos concordantes (média) é menor no grupo A (Tabela 1).

No grupo A existe um menor número de adjectivos concordantes entre a mãe e a educadora relativamente à representação mental que cada uma delas tem da criança, comparativamente ao grupo B, sendo este um resultado estatisticamente significativo (Tabela 2).

Representação Materna da criança – as mães do grupo A têm uma representação da criança menos positiva que as mães do grupo B, no que respeita aos adjectivos de G2, isto é, vêm a criança como menos receptiva, menos calorosa, pouco afectuosa, agressiva e dependente. A soma dos adjectivos de G1 e de G2 (G3) apresenta também diferença estatisticamente significativa entre os grupos A e B (Tabela 3).

Representação Materna de si própria – as mães do grupo A têm uma representação de si próprias menos positiva comparativamente às

TABELA 1
Identificação mãe/criança

Representações Mentais Maternas	Número Adjectivos Concordantes (média)	
	Grupo A	Grupo B
Identificação mãe-criança	7,9** (49,3%)	11,18** (73,7%)
Identificação mãe-avó	6,2* (47,6%)	9,46* (72,6%)

* $p < 0,05$

** $p < 0,01$

TABELA 2
Concordância das representações maternas com as da educadora

Concordância Representações Mentais Maternas versus Representações da Educadora	Número Adjectivos Concordantes (média)	
	Grupo A	Grupo B
Identificação mãe-criança	10,2* (63,8%)	12,7* (79,37%)

* $p < 0,05$

TABELA 3
Número Adjectivos com Qualidade Positiva (média)

Grupos de adjectivos	Grupo A			Grupo B		
	G1	G2	G3	G1	G2	G3
Representação Materna:						
- da criança	5,4	2,2**	7,6**	5,8	3,8**	9,6**
- de si própria	4,3**	3,1	7,4**	5,5**	4,1	9,6**
Representação da Educadora (relativamente à criança)	4,8	3,3	8,1	5,3	3,5	8,8

** $p < 0,01$

mães do grupo B no que respeita aos adjectivos de G1: vêem-se como menos alegres, menos bonitas, menos inteligentes, menos empreendedoras, menos vivas e menos confiantes. G3 apresenta também diferença estatisticamente significativa entre os grupos A e B (Tabela 3).

Representação da Educadora (relativamente à criança) – não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos A e B (Tabela 3).

Ao aprofundar a análise dos adjectivos estudados, verificamos que relativamente à representação materna da criança existe uma diferença mais marcada entre os grupos A e B e entre mães e educadoras para a dupla de *adjectivos dependente/independente*.

Assim, no grupo A 80% das crianças são

descritas pela mãe como dependentes, enquanto no grupo B apenas 36% o são.

Quando comparadas as RM da mãe com as RM da educadora da criança para este adjectivo, verificamos que apenas 22% das crianças do grupo A e 30% das do grupo B são descritas pela educadora como dependentes.

Existe pois uma distorção marcada das RM das mães deprimidas relativamente à criança para os adjectivos de G2 globalmente e mais especificamente para o adjectivo dependente.

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

As mães deprimidas, tal como diz Weissman (Weissman et al., 1987), encontram-se de facto numa situação paradoxal. Se por um lado se sentem desvalorizadas e abandonadas, suportando

dificilmente as necessidades afectivas e de dependência dos seus filhos, por outro lado suportam também mal os movimentos de autonomia da criança.

Ao desencorajarem estes movimentos vão de alguma forma aumentar a dependência da criança em relação a si próprias, criando assim um ciclo de profunda dependência mútua. A dependência da criança é simultaneamente desejada e rejeitada pela mãe, a qual apresenta frequentemente comportamentos de extrema ambivalência que oscilam entre a agressividade/hostilidade e a hiperprotecção ansiosa/culpabilizada.

As relações mãe-filho são nestas díades conflituosas: a par com a incapacidade da mãe deprimida em pôr limites à criança, surgem a rigidificação das respostas (que alterna com a permissividade excessiva) e a dificuldade em se adaptar às crescentes necessidades de desenvolvimento do seu filho.

Penso que esta dinâmica de funcionamento interactivo está na base das perturbações relacionais encontradas entre as mães deprimidas e os seus filhos, presentes desde muito cedo, quando as mães ainda mantêm relações sociais satisfatórias.

Por seu lado, a criança vai reagir a estas perturbações de modo diverso – muitas vezes, particularmente nas crianças da faixa etária que observámos, são os problemas de comportamento nomeadamente as birras, a heteroagressividade e a intolerância à frustração que surgem com maior frequência.

Uma criança exige da mãe uma energia física e psíquica considerável e para este investimento é necessário que a mãe se sinta confiante e segura das suas competências enquanto mulher e mãe.

No caso específico da depressão materna, o investimento da criança e a continuidade afectiva necessária ao seu desenvolvimento encontram-se desde logo comprometidas. As RM que estas mães têm de si próprias como mulheres revelam um baixo auto-conceito.

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 própri-

as mães surgem ainda mais desvalorizadas: a capacidade contentora e a qualidade maternal estão aqui praticamente ausentes. As avós maternas das crianças do grupo A são descritas como tendo sido mães rígidas, pouco empáticas, pouco disponíveis, pouco generosas, muito frequentemente como abandonicas, hostis e mesmo maltratantes em alguns casos. A identificação da mãe com a sua própria mãe (Tabela 1) é em termos estatísticos significativamente menor no grupo A relativamente ao grupo B.

Estas mães que avaliámos parecem ter experienciado na sua infância relações muito perturbadas com as suas mães, que não lhes permitiram construir uma identidade maternal suficientemente sólida e coesa (a qual se organiza por norma muito precocemente, através da relação primária da menina com a sua mãe).

Selma Fraiberg (1980) considera que na relação mãe-filho se repete de algum modo a relação infantil com a própria mãe (ou outros personagens importantes na infância). A qualidade desta relação de objecto iria assim determinar a adequação e competência do desempenho das futuras mães. Também Stern (1985, 1989, 1991) e Main (1985) confirmaram a existência de uma transmissão intergeracional de padrões interactivos.

Apesar de ser importante analisar o que modula e torna única cada situação patológica, parece existir uma via final comum através da qual efeitos adversos são transmitidos à criança.

Rutter (1980), entre outros autores, aponta as interacções pais-criança nas quais predomine um elevado componente de hostilidade como condições em que o risco psicopatológico para a criança é maior.

Bibring (1983, citado por Paul Denis, 1987) caracterizou a depressão como um estado particular do Eu: o sentimento de impotência. É este o afecto que na sua opinião estaria na base da vivência depressiva e que ao ser vivido na relação com o bebé impede a mãe de o investir e de reconhecer e interpretar as suas necessidades enquanto ser completamente dependente. A mãe deprimida surge-nos frequentemente não como abandonica mas como psiquicamente ausente, sem disponibilidade afectiva para o seu filho, absorvida em tentativas frustes de elaboração da sua história passada, dificilmente reparável sem intervenção terapêutica.

São no entanto numerosos os factores que podem mediar o impacto da depressão materna na criança e não se devem estabelecer correlações unívocas ou simplistas entre o funcionamento psíquico da criança e a patologia materna.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Areias, M. E. G., Augusto, A. R., Figueiredo, B., Calheiros, J. M., & Figueiredo, E. (1992). Psicopatologia do puerpério: a depressão do pós-parto. Revisão sobre epidemiologia, etiologia e extensão das suas consequências. *Arquivos de Medicina*, 6 (2), 104-108.
- Beardslee, W. R., Bemporad, J., Keller, M. B., & Klerman, G. L. (1983). Children of parents with Major Affective Disorder: a review. *American Journal of Psychiatry*, 140, 825-832.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss: Vol 2. Separation, anxiety and anger*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss: Vol 3. Loss, sadness and depression*. New York: Basic Books.
- Brazelton, T. B., & Cramer, B. G. (1992). *As primeiras relações*. São Paulo: Ed. Martins Fontes.
- Denis, P. (1987). La dépression chez l'enfant: réaction innée ou élaboration?. *Psychiatrie de L'Enfant*, 30 (2), 301-328.
- 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-mother relationships. In S. Fraiberg (Ed), *Clinical studies in infant mental health* (pp. 164-195). New York: Basic Books.
- Gonçalves, M. J. (1990). O narcisismo da criança e relação primária. *Revista Portuguesa de Psicanálise*, 8, 53-60.
- Gonçalves, M. J. (1991). Psicoses da primeira infância – reflexões clínicas sobre o autismo infantil. *Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria*, 1, 15-21.
- Guedeney, N. (1989). Les enfants des parents déprimés. *Psychiatrie de l'Enfant*, 32 (1), 269-309.
- Hamilton, M. (1960). A rating scale for depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 23, 56-62.
- Hammen, C., Adrian, C., Gordon, D., Burge, D., & Jaenicke, C. (1987). Children of depressed mothers: maternal strain and symptom predictors of dysfunction. *Journal of Abnormal Psychology*, 96 (3), 190-198.
- Hammen, C., Gordon, D., Burge, D., Adrian, C., Jaenicke, C., & Hiroto, D. (1987). Maternal affective disorders, illness and stress: risk for children's psychopathology. *American Journal of Psychiatry*, 144, 736-741.
- Klein, D. N., Depue, R. A., & Slater, J. F. (1985). Cyclothymia in the adolescent offspring of parents with Bipolar Affective Disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 94 (2), 115-127.
- Lebovici, S. (1983). *La mère, le nourisson et le psychanalyste: les interactions précoces*. Paris: Paidós/Le Centurion.
- 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.
- Marques, C., Matos-Pires, A., Fornelos, J., Caldeira da Silva, P., & Gonçalves, M. J. (1996). *Maternal mental representations and psychological functioning of children of depressed mothers*. Trabalho não publicado. Posterworkshop, 6th World Congress of the World Association for Infant Mental Health. Tampere.
- Radke-Yarrow, M., Cummings, E. M., Kuczynsky, L., & Chapman, M. (1985). Patterns of attachment in two and three-year-old in normal families and families with parental depression. *Child Development*, 56, 884-893.
- Radke-Yarrow, M., Nottelman, E., Martinez, P., & Fox, M. B. (1992). Young children of affectively ill parents: a longitudinal study of psychosocial development. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31 (1), 68-77.
- Rutter, M. (1980). *Changing youth in a changing society*. Cambridge: Harvard University 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. (1991). Maternal representations: a clinical and subjective phenomenological view. *Infant Mental Health Journal*, 12 (3), 174.
- Stern, D., Robert-Tissot, C., Besson, G., Busconis-Serpa, S., de Muralt, 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.
- Weissman, M. M., Gammon, G. D., John, K., Merikangas, K. R., Warner, V., Prusoff, B. A., & Sholomskas, D. (1987). Children of depressed parents. *Archives of General Psychiatry*, 44, 847-853.

Zahn-Waxler, C., Cummings, E. M., Mcknew, D. H., & Radke-Yarrow, M. (1984). Altruism, aggression and social interactions in young children with a manic-depressed parent. *Child Development*, 55, 12-122.

RESUMO

A depressão materna merece um lugar especial entre as situações em que a qualidade do investimento materno se encontra comprometida, não só pela sua frequência, mas também pelo papel que ultimamente lhe tem sido atribuído enquanto factor de risco psicopatológico para o desenvolvimento de perturbações emocionais na criança.

Neste trabalho são analisadas de forma mais detalhada as representações mentais de mães com sintomatologia depressiva e o seu impacto nas interações mãe-criança, a partir de um estudo realizado na Unidade da Primeira Infância com o objectivo de avaliar a depressão materna (em correlação com outros factores de risco significativos) e o funcionamento psico-emocional dos filhos de mães deprimidas.

É efectuada uma reflexão sobre os resultados desta investigação, sendo de destacar as diferenças significativas encontradas entre mães deprimidas e não deprimidas relativamente às percepções de si próprias, da criança e a aspectos da identificação mãe-criança.

Palavras-chave: Depressão materna, representações mentais, relação mãe-criança.

ABSTRACT

Maternal depression deserves a special place amongst those situations in which the quality of maternal investment is compromised; not only because of its high prevalence but also due to the role it has been lately given as a risk factor in the development of emotional disturbances in children.

In this paper, maternal mental representations of depressed mothers and their impact on mother-child interactions are more thoroughly analyzed, from the results of a study that took place at the Infancy Unit which aim was to evaluate maternal depression (in correlation with other significant risk factors) and psychological functioning of children of depressed mothers.

The author analyses the results of this research, especially the significant differences found between depressed and non depressed mothers concerning mother's perceptions of herself, of the child and mother-child identification.

Key words: Maternal depression, mental representations, mother-child relationship.