

Algumas considerações sobre a transferência num caso de depressão pós-parto em consulta terapêutica mãe-bebê

On Transference in Postpartum Depression Case brought about by a Mother-Child Therapeutic Consultation

*Nadia Regina Prando**

Resumo

O objetivo deste trabalho é refletir sobre o fenômeno da transferência, conforme definido por Freud e analistas posteriores, no trabalho realizado por nós junto à gestante e mãe-bebê em situação de risco social. As histórias de vida trazidas por estas mulheres são, em geral, marca-das por abandonos físicos e afetivos, maus tratos, violências e abusos. A maioria delas foram criadas por outra pessoa que não a mãe. A Habitare desde 2004 vem desenvolvendo projetos sociais que se realizam através da atuação de psicólogos em instituições que atendem Comunidades de Baixa Renda, com o objetivo de Prevenção e Intervenção Precoce. Um desses Projetos será ilustrado através do relato de fragmentos de um caso. Trata-se de uma gestante primigesta com depressão pós-parto, que começou a ser atendida durante a gestação e conti-nuou no pós-parto, então incluindo o bebê. O Projeto de atendimento, que acontecia em parce-ria com o Programa Einstein na Comunidade de Paraísopolis, ocorria através de Consultas Terapêuticas (Winnicott, 1971; Lebovici, 2000; Oliveira, 2008) que eram oferecidas às gestantes e mãe-bebê que apresentavam inúmeros fatores desfavoráveis ao desenvolvimento do vínculo mãe-bebê. O relato deste caso ilustra a importância da transferência positiva entre terapeuta e paciente para a ocorrência da Consulta Terapêutica, na qual um ambiente de confiança é estabelecido. Neste, as representações evocadas pelo bebê real e o estado de desamparo vivido por elas na gestação e pós-parto, favorecem a revivência de sentimentos e lembranças primitivas que acompanharam as experiências traumáticas. Assim, o cuidado e a empatia verdadeira

* Especialista em Psicanálise da Criança pelo Instituto Sedes Sapientiae. Psicóloga, supervisora e coordenadora de projetos da ONG Habitare - Centro de Estudo e Pesquisa em Intervenção a termo em Saúde Pública. E-mail: nadia_prando@hotmail.com

ofertados pelo setting terapêutico possibilitam muitas vezes a recuperação da esperança e da criatividade, elementos necessários a uma maternagem suficientemente boa. Assim, aspectos cindidos do self podem ser integrados tornando possível a saída da depressão pós-parto.

Palavras-chaves: *consulta terapêutica, transferência, depressão pós-parto, intervenção precoce, risco social.*

Abstract

The objective of this paper is to reflect on the phenomenon of transference, according to Freud's definition and that of subsequent analysts, in work done with the gestating and mother-child in social risk situation. The life stories told by these women are generally stricken by physical and emotional abandonment, mistreatment, violence and abuse and most were not brought up by their mothers. Habitare has been developing social projects since 2004, that involve psychological services in institutions that serve Low Income Communities, aiming for Early Prevention and Intervention. One of these Programs shall be illustrated through the case report of some aspects. It centers on a gestating primigravida with postpartum depression, who began treatment during her pregnancy and continued to be treated after giving birth, thereafter including the baby. The Treatment program was carried out in partnership with the Einstein Program in the Paraisópolis community, and was upheld through Therapeutic Consultation (Winnicott 1971; Lebovici, 2000; Oliveira, 2008) that was offered to the mothers-to-be and to mothers-babies who presented many unfavorable factors for the development of the mother-child bond. The account of this case illustrates the importance of positive transference and trust between therapist and patient in order for the Therapeutic Consultation to happen. In it, the representations evoked by the real baby and the state of abandonment it faces during gestation and postpartum, favor the revival of feelings and primitive memories that accompany traumatic experiences. And so, the care and the real empathy offered by the therapeutic setting permit the recovery of hope and creativity, necessary elements for a good enough mothering. Therefore the split aspects of the self may be integrated, enabling the end of postpartum depression.

Keywords: *Therapeutic Consultation, Transference, Postpartum Depression, Early Intervention, Social Risk.*

INTRODUÇÃO

Para compreender o conceito de transferência na contemporaneidade é necessário fazer um recorte histórico de sua evolução, através das definições apresentadas por Freud. Em 1985 no *Estudo sobre Histeria* ele afirma que as representações inconscientes são incapazes de penetrar no pré-consciente, necessitando então se conectar a representações já pertencentes ao pré-consciente formando uma “*conexão falsa*” que erroneamente é ligado a figura do médico.

Em 1900 Freud reformula o conceito de transferência, ligando-o aos sonhos em *A Interpretação dos Sonhos*, onde ele descreve que o deslocamento afetivo de uma representação inconsciente a outra pré-consciente pode ocorrer quando a representação do analista funciona como resto diurno do sonho, tomando lugar dos objetos originais, favorecendo a resistência.

A transferência não é vista como parte fundamental da relação analista-paciente para o sucesso da análise, como ilustra o caso Dora, no qual a transferência é vista como um conjunto de fantasias ou experiências afetivas passadas que devem ser revividas na relação com o analista, portanto a função da análise é pontuar, explicar e destruir estas transferências.

Na *A Dinâmica da Transferência* em 1912 Freud continua considerando a transferência como a resistência mais poderosa ao tratamento, ele descreve o desenvolvimento do sujeito a partir dos impulsos libidinais dizendo que estes se dividem em uma parte da personalidade que fica consciente e outra parte que se mantém inconsciente, de forma que esta catexia libidinal insatisfeita irá se dirigir à figura do médico. Com a descoberta do Complexo de Édipo, Freud descreve que esta libido inconsciente entra num curso regressivo, ou seja, a força da libido inconsciente se torna mais forte que a consciente, e revive as imagos infantis, como a imago paterna, do paciente, através da figura do analista.

Um novo olhar referente à neurose de transferência é descrito em uma das conferências de Freud em 1916, onde o papel da transferência é ainda explicado de acordo com sua relação com a resistência. Freud descreve

que quanto maior a intensidade e persistência da transferência maior a expressão da resistência, a qual seria dividida em dois tipos: a transferência positiva, carregada de sentimentos afetuosos e a transferência negativa, que possui sentimentos hostis.

Portanto Freud sustenta como ideal do tratamento a rememoração completa ou o preenchimento das lacunas do passado infantil, tendo a transferência como resistência a esta completa rememoração devido ao alto conteúdo emocional inconsciente que é transferido das figuras originais ao analista.

Em 1910 Freud introduz o termo da contratransferência no trabalho *As Perspectivas Futuras da Terapia Psicanalítica*, descrevendo que a terapia analítica baseia-se em três fatores: o progresso interno, o incremento da autoridade e a repercussão geral do trabalho nos analista. Deste modo a contratransferência seria a influência do doente sobre os sentimento inconscientes do analista, de forma que a análise pessoal do analista seria de extrema importância, já que nenhum analista conseguiria ir além de seus próprios complexos e resistências internas.

Depois de Freud diferentes teorias surgiram com base em determinados pontos pelos quais Freud passou em seu desenvolvimento da teoria. Para o autor Racker (1982), existem dois grupos de analistas que seguem duas técnicas distintas, devido ao enfoque que Freud fez em dois aspectos diferentes da dinâmica da transferência:

Para um grupo de analistas, a transferência é, predominantemente, resistência. O essencial do processo analítico está em “recordar” a infância reprimida propriamente dita, em “preencher as lacunas mnêmicas”, e a transferência é – segundo Freud – um instrumento para isso ... Para outro grupo de analistas, o essencial no processo analítico está na própria transferência, ou seja, na revivência, devendo simultaneamente “impedir-se uma nova repressão”. (Racker, 1982, p.48)

Winnicott (1954) fala da importância de considerar a história do desenvolvimento da pessoa no estabelecimento do diagnóstico. Para ele, a transferência segundo o conceito clássico somente se aplicaria aos pacientes que não tiveram falhas de maternagem no período da dependência absoluta (1945). Para aqueles que não puderam contar com um ambiente

suficientemente bom nesta época, o que é projetado na figura do terapeuta são experiências de abandono e desamparo vividas num momento anterior a constituição de um aparelho psíquico com recursos para representar e portanto reprimir tais conteúdos.

Assim, tomando como referência a classificação sugerida por Racker (1982), ele pertenceria ao segundo grupo de analistas por considerar a transferência fenômeno fundamental para o estabelecimento do espaço potencial entre paciente e analista. Nele, através do trabalho do analista, o não acontecido pode acontecer, ou seja, é possível viver uma experiência e retomar o desenvolvimento. Percebemos então que há diferenças entre a clínica clássica e a de Winnicott que adota um conceito fenomenológico e temporal, no qual evolui o desenvolvimento do ser humano e o faz de acordo com o auxílio do meio ambiente. As diferenças teóricas resultantes de uma nova compreensão da transferência resultam em mudanças no setting terapêutico, com um novo enfoque ao trabalho clínico:

“A clínica Winnicottiana, de fato, não é clínica do significado, mas a clínica do acontecimento. Não é a clínica do reprimido, mas a clínica do não-acontecido. Não é a clínica do inconsciente, mas a clínica do a-consciente e do a-inconsciente. Revelou-se para mim, também, que se tratava de uma clínica em que a concepção de transferência sofria uma transformação profunda. A transferência não mais poderia ser compreendida como fruto de um deslocamento, ou da, identificação projetiva. Trata-se de uma transferência norteada pela busca do não-acontecido.” (Safra, 2007).

Então, para Winnicott que considera o setting metáfora dos cuidados maternos, o analista, na transferência, exerce a função da mãe suficientemente boa que oferece um ambiente acolhedor, confiável e continente ao bebê, indispensável ao desenvolvimento emocional do indivíduo. Na análise de pacientes que desenvolveram um falso self, ou que não possuem um ego formado intacto, como ocorre no caso que será apresentado oportunamente, Winnicott (1955-6) pontua a necessidade de dar maior importância ao manejo do que a interpretação; o analista deve ser suficientemente bom para adaptar-se à necessidade do paciente, suscitando neste a esperança de que o verdadeiro self não sofrerá riscos e assim poderá a viver.

Como dissemos anteriormente, o encontro do analista com o paciente se dá no espaço potencial, ou seja na terceira área da experiência humana, na qual o brincar é possível, e na qual a transferência também é possível:

“A transferência é compreendida por esse vértice como uma forma de brincar. O paciente faz um movimento de busca do analista e o analista, por sua vez, deixa-se encontrar através da singularidade e do estilo de ser do paciente. O analista lá está, em disponibilidade, para ser usado pelo paciente e para vir a ser destruído em um determinado momento do percurso da análise. A destruição do analista como objeto subjetivo é um momento fundamental da análise, mas a disponibilidade do analista de colocar-se no lugar do objeto subjetivo implica também a capacidade de poder jogar, de viver dentro do espaço potencial.” (Safra, 1999, pg.99)

Portanto a análise só é possível se houver a capacidade, tanto do analista quanto do paciente, de vivenciar o espaço potencial, isto é, utilizá-lo como um espaço de co-criação numa verdadeira comunicação entre ambos (Winnicott,1971).

O caso que trouxemos para ilustrar nosso trabalho versa sobre o atendimento psicológico de uma jovem mãe, cujo início ocorreu ainda na gestação por apresentar sintomas de depressão que continuaram no pós parto. Por este motivo, teceremos algumas considerações sobre esta patologia.

A depressão foi descrita por Freud em 1915 quando ele a diferenciou da melancolia; depressão portanto seria o estado inerente ao luto quando se faz presente a tristeza e o desinteresse pelas relações objetais, enquanto a melancolia seria um estado patológico que se estabelece quando não é possível viver o luto, pois parte do ego se perde com o objeto.

Klein em 1935 apresenta sua teoria da posição depressiva, descrevendo uma forma de funcionamento mental mais evoluída que torna possível integrar os aspectos ambivalentes da relação com o objeto. Nesta dinâmica o objeto atacado é logo em seguida reparado. A possibilidade psíquica da integração permite a vivência da experiência de perda, dor e tristeza pois, como Winnicott (1954, p.442) pontua, a posição depressiva possibilita que o ser humano sinta remorso e se preocupe com o destino do objeto amado que foi atacado, buscando repará-lo. Este estado de

preocupação, possibilitado pela posição depressiva, irá auxiliar a futura mãe a viver a maternidade sem adoecer, ou seja, ela será capaz de se preocupar com seu bebê, se identificar com suas necessidades, sem entrar em um estado patológico.

Mas aquelas mulheres que não puderam contar com uma boa maternagem não elaboraram a posição depressiva e adoecem no pós-parto, geralmente entre a quarta e oitava semana, podendo se prolongar até os 6 meses de vida do bebê. Estas mulheres apresentam episódios depressivos maiores e menores, humor alterado, irritabilidade, sentimento de desvalia, baixa motivação, além de transtorno alimentar e de sono, entre outros sintomas psicossomáticos. Portanto a depressão pós-parto impossibilita a mãe não somente de cuidar do seu bebê, como também pode favorecer a atuação da agressividade.

Os estudos sobre a depressão pós-parto permitiram concluir que as circunstâncias associadas a ela são semelhantes aquelas presentes na depressão durante a gravidez:

“... historia anterior de depressão (e.g., Gorman et al., 2004; Marcus et al., 2003); condições sociodemográficas desfavoráveis, (e.g., Marcus, Flynn, Blow & Barry, 2003); circunstâncias de vida adversas, baixos níveis de suporte social; problemas relacionais (e.g. McKnee, Cunningham, Jankowski & Zayas, 2001 as cited in Figueiredo, 2005, com exceção de variáveis que se referem ao bebê, como um pior estado geral de saúde (e.g. McKnee, Cunningham, Jankowski & Zayas, 2001 as cited in Figueiredo, 2005), menos cuidados de saúde pré-natais (e.g., Lindgren, 2001), e sobretudo um maior consumo de substâncias tóxicas, como bebidas alcoólicas e fumo (Marcus et al., 2003).” (Gonçalves, 2008, p.16).

Quase todas estas circunstâncias estavam presentes na vida da paciente. Fernanda¹ tinha 21 anos quando chegou ao atendimento. Estava grávida de 6 meses. A primeira vista pareceu-me com menos idade, quase uma menina. Seus cabelos longos estavam presos. Mostrava-se agitada, falando muito rápido; suas roupas eram simples, sem nenhum vestígio de vaidade ou preocupação com seu visual.

1 Nome Fictício

No primeiro encontro ela falou de sua frustração em relação ao bebê, pois contou-me que queria engravidar de um menino, não se sentindo pronta para cuidar de uma menina. Falou que a gravidez era de risco devido a existência de um mioma e temia morrer no parto. Ao contar sua história de vida relatou o porque de não estar pronta para cuidar de uma menina, conta que nasceu prematura e sua mãe por ser solteira entregou-a a um irmão casado e com filhos para que cuidasse dela. Aos 7 anos de idade sua mãe pediu-lhe que fosse morar com ela, porém como esta mãe trabalhava o dia todo, Fernanda que ficava sozinha em casa e passou a freqüentar a casa do vizinho, o qual abusou sexualmente dela quando tinha 9 anos. Após o ocorrido, a tia veio buscá-la passando a cuidar de Fernanda com muito rigor, segundo ela, não podia sair de casa.

Hoje Fernanda está casada e diz que o marido a trata como o tio que a criou. Ela se diz muito caseira e só consegue visitar os parentes se houver uma desculpa para ir na casa deles, tem medo de sair sozinha; preocupa-se demasiadamente com o que os outros pensam sobre ela.

A preocupação com a gestação relaciona-se com a aparência física do bebê, temendo que este fosse feio e mal-educado; desejava que ele fosse como ela, calma e boazinha, como se descreve, e diz que irá bater nele quando fizer algo de errado, mas que nunca o rejeitará, como sente que sua mãe fez com ela.

O atendimento foi interrompido no período que ocorreu o parto, sendo retomado quando o bebê tinha um mês de idade. Nesta consulta Fernanda relatou que o parto havia sido ruim, que sentiu muita dor e teve que fazer cesárea, relatou que teve muito medo de morrer, e que o bebê engoliu mecônio e demorou a chorar, deixando-a muito preocupada.

Ela relatou com muito pesar que ninguém de sua família a ajudou no resguardo, apenas o marido e a vizinha, o que lhe deixou muito magoada, porém parece compensar este sofrimento relatando que seu bebê é como ela desejava, bem tranquilo. Durante a consulta Fernanda olhava para o bebê com bastante carinho dando voz a ele, conclui então que o vínculo entre eles esta se desenvolvendo bem o que me levou a finalizar o atendimento,

porém deixando combinado que ela poderia solicitar uma nova consulta sempre que julgasse necessário, pois um dos nossos objetivos é justamente oferecer um lugar de escuta e acolhimento.

Cerca de três meses depois Fernanda pede para ser atendida novamente, chegando à consulta muito agitada, falando rápido e alto, seu olhar evitava o bebê, o que gerou sentimentos intensos de desconforto, ficando claro o quanto Fernanda não estava podendo cuidar de seu bebê, necessitando de ajuda para isto.

O bebê com cinco meses de idade chorava e ficava inquieto no seu colo enquanto Fernanda muito agitada, oferecia o seio na tentativa de acalmá-lo. Nesta situação, sentia-me inundada por um rio de palavras despejadas sobre mim porém, após esta descarga ambos se tranquilizavam e podíamos conversar.

Fernanda contou que chegou a agredir o bebê num dia em que ficou muito nervosa, estava cozinhando e o bebê não parava de chorar, até que ela muito irritada e sem controle o jogou na cama passando a agredi-lo com socos pelo corpo todo, quando se acalmou viu o filho roxo de tanto chorar, e diz que se sentiu culpada. Ela contou com muita dor o que fez com o filho, sua emoção era verdadeira e ela tinha clareza que havia feito algo errado, assumindo o fato de ter se descontrolado e por isso pedia ajuda. A responsabilidade pela maldade e consciência de seus atos são expressão de culpa e acompanham o desejo de reparação, característicos da depressão saudável (Winnicott, 1963).

A partir deste relato foi solicitado a presença do marido, de uma vizinha que se mostrava disponível e da cunhada separadamente, foram informados que Fernanda estava muito doente e precisava dos cuidados deles durante 24 horas, já que o bebê corria risco de vida; simultaneamente Fernanda foi encaminhada para Psiquiatria, solicitando urgência.

O auxílio dos familiares e conhecidos fez com que Fernanda se sentisse mais protegida. Nas consultas ela mostrava o grau de sua identificação com o bebê, não aquele que permite a mãe oferecer-lhe os cuidados necessários, mas uma identificação indiferenciada com ele. Quando oferecia um brinquedo ao bebê, Fernanda pegava e ficava brincando, ignorava o bebê. Era evidente a incapacidade para cuidar do filho. Ela mesma necessitava dos

cuidados de uma mãe. A confiança experimentada no setting terapêutico em consequência da transferência positiva permitia-lhe contar não somente as agressões dirigidas ao bebê mas também as fantasias agressivas.

Fernanda movimentou toda sua família para que soubessem que ela estava doente. Sua mãe biológica veio do Piauí para ajudar a cuidar dela e tomar conta do bebê. Mas ao relatar que Fernanda não precisa de medicação, apenas de apoio familiar, a mãe não pode reparar a culpa por não ter podido cuidar de Fernanda através dos cuidados oferecidos ao neto e a ela porém, Fernanda, que agora diferente de uma bebê podia se opor e comunicar sua vontade decidiu ficar e pedir para mãe voltar sozinha.

Fernanda falava de sua raiva referente ao bebê pelos cuidados exigidos e da mãe por tê-la deixado mais uma vez, por não tê-la protegido, ou seja, pelas diversas falhas que viveu na sua infância, revividos no setting terapêutico.

Com a ajuda do marido que passou a dar mais atenção a ela, escutando-a nas suas queixas e ajudando-a nos afazeres da casa e nos cuidados com o bebê, ela se sentiu melhor e mais amparada, começando a responsabilizar-se pela medicação. Fernanda teve recaídas voltando a agredir a criança. Como era de se esperar ela também passou por dificuldade para desmamar o bebê, acreditando que a única coisa que os ligava era o leite.

Pedro² apresentou desenvolvimento atrasado, era muito pequeno e magro para sua idade, adoeceu com frequência. Nas consultas, quando Fernanda lhe dirigia a palavra com um tom de voz doce, e lhe dava voz, Pedro sorria e buscava meu olhar, como se não tivesse um olhar constante e intenso fora daquele espaço.

Presenciar o sofrimento de Pedro por ter uma mãe doente e incapaz de cuidar dele naquele momento, causou na terapeuta intensos sentimentos contratransferenciais exigindo desta grande trabalho mental para elaborar a angústia e não atuar a raiva em relação á mãe abandonando o caso. Houveram ganhos significativos relatados por Fernanda com alegria. Ela passou a saber o que a deixava nervosa e a reconhecer seu limite de tolerância entregando Pedro para que outra pessoa cuidasse, a fim de evitar

2 Nome Fictício

agredi-lo. Sua dor expressa através do choro demonstrava que era uma mãe que sofria por não poder cuidar bem de seu filho e estava consciente das coisas ruins que fez a ele, a ponto de temer que este nunca a perdoasse.

A possibilidade de reviver falhas vividas muito precocemente com o nascimento do bebê, Fernanda pode expressar irritação, agitação e sofrimento. Ao longo do atendimento Fernanda foi fazendo outro uso do espaço terapêutico, relatando novas experiências. Ela começou a sair mais de casa, passou a visitar parentes quando tinha vontade, saía com o marido quando queria. Esta descrição é uma demonstração de que o verdadeiro self de Fernanda começou a se desenvolver na realidade, mudança possível devido ao trabalho realizado na transferência.

Fernanda também relatou que conseguia se entender melhor, não se preocupava com que os outros pensavam, e podia focar no que ela desejava, parecia caminhar em direção a sua independência. Sempre que Fernanda ficava sem os remédios sua ansiedade voltava bem como os maus tratos dirigidos ao filho. No final do atendimento ela finalmente pode reconhecer a necessidade da medicação, embora relatasse seu desejo de ficar sadia. Também escutamos seu depoimento como o desejo de crescer, ficar adulta e poder cuidar de si e da sua família, pois o desejo e esperança de saúde são fundamentais para que o tratamento funcione.

Quando Fernanda estava mais integrada psiquicamente era capaz de priorizar os cuidados com seu bebê, deixando as coisas da casa para depois, brincava com ele, dava voz a ele, o beijava, abraçava, o olhava com carinho, o que fazia Pedro sorrir. Logo ele começou a engatinhar e a ficar em pé, demonstrando interesse pelos brinquedos.

Devido a questões institucionais o atendimento foi encerrado e Fernanda foi encaminhada para outro terapeuta. Ela ficou triste e preocupada, me perguntou se eu era casada e se tinha filhos pois, achava incrível como eu a compreendia, demonstrando que a transferência positiva existira ali.

O atendimento através de Consulta Terapêutica neste caso saiu do formato de poucos encontros devido a gravidade do caso, que colocava em risco a integridade física do bebê. As experiências traumáticas vividas pela mãe precocemente causaram sérios danos a sua saúde mental. O

atendimento ofereceu a ela uma verdadeira experiência de cuidado que junto a transferência positiva, graças ao acolhimento pela terapeuta do desamparo da paciente, resultaram no sucesso do atendimento.

O manejo utilizado buscando uma rede de apoio na família e na vizinhança foram decisivos pois, Fernanda apresenta todas as circunstancia anteriormente citadas presentes na depressão pós-parto.

O relato apresentado mostra a eficácia e importância dos projetos que como os nossos visam a psicoprofilaxia em saúde mental materno atuando junto a população que se encontra em Vulnerabilidade Social.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Freud, S. *A Interpretação dos Sonhos* (1900). In: Obras Completas, vol.4, p.1. Trad. Coord. Jayne Salomão. Rio de Janeiro. Imago, 1976.
- *As Perspectivas Futuras da Terapia Psicanalítica* (1910). In: Obras Completas, vol.11, p.127. Trad. Coord. Jayne Salomão. Rio de Janeiro. Imago, 1976.
- *A Dinâmica da Transferência* (1912). In: Obras Completas, vol.12, p.193. Trad. Coord. Jayne Salomão. Rio de Janeiro. Imago, 1976.
- *Luto e Melancolia* (1915). In: Obras Completas, vol., p. . Trad. Coord. Jayne Salomão. Rio de Janeiro. Imago, 1976.
- *Conferências Introdutórias à Psicanálise* (1916-17). Conferências XXVII, XXVIII. In: Obras Completas, vol.15, p.27. Trad. Coord. Jayne Salomão. Rio de Janeiro. Imago, 1976.
- *Além do Princípio do Prazer* (1920). In: Obras Completas, vol.18, p.17. Trad. Coord. Jayne Salomão. Rio de Janeiro. Imago, 1976.
- *Estudos sobre a Histeria* (1985). In: Obras Completas, vol.4, p.1. Trad. Coord. Jayne Salomão. Rio de Janeiro. Imago, 1976.
- Gonçalves, J. I de C. *Depressão pós-parto da mãe e retraimento social do bebê* (2008). Tese de Mestrado em Psicologia - Instituto de Educação e Psicologia- Universidade de Minho - Portugal.

- Oliveira, T. M. *Atenção Materna Primária e Consulta Terapêutica: uma proposta de prevenção comunitária*. (2008). Tese de Doutorado em Psicologia - Instituto de Psicologia da Universidade São Paulo –São Paulo.
- Racker, H. *Estudos sobre Técnica Psicanalítica*. Trad. De José Cláudio de Almeida. Porto Alegre, Artes Medicas, 1982.
- Safra, G. En: Espaço Potencial: diversidade e interlocução – SP: Landuz Editora, 2007.
- *A clínica em Winnicott*. (1999). In: Natureza Humana: Revista internacional de filosofia e práticas clínicas/Grupo de pesquisa em Filosofia e Prática Psicoterápicas do Programa de Estudos Pós-Graduandos em Psicologia Clínica da PUC-SP.- vl.1,n 1 (1999)- São Paulo: EDUC,1999.
- Winnicott, D.W. *O valor da Depressão*. Association of Psychiatric Social Workers, 1963.
- (1955-6) *Formas Clínicas da Transferência*. Rio de Janeiro. Imago, 1974.
- (1956) *A preocupação materna primária*. In: Winnicott, D. W. Textos selecionados: da pediatria à psicanálise - obras escolhidas. (Bogomoletz, D. trad). Rio de Janeiro: Imago, 2000.